МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
Кафедра юридичної психології



ЕКСТРЕМАЛЬНА ТА КРИЗОВА ПСИХОЛОГІЯ

Курс лекцій
для підготовки здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти освітнього ступеня бакалавра в галузі знань 05 «Соціальні та поведінкові науки» за спеціальністю 053 «Психологія»

Київ - 2024

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Кафедра юридичної психології

ЕКСТРЕМАЛЬНА ТА КРИЗОВА ПСИХОЛОГІЯ

Курс лекцій

для підготовки здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти освітнього ступеня бакалавра в галузі знань 05 «Соціальні та поведінкові науки» за спеціальністю 053 «Психологія»

Київ – 2024

Укладач

ГАЛИЧ Марина – доцент кафедри юридичної психології, доктор філософії.

Рецензенти

ОСЬОДЛО Василь – начальник гуманітарного інституту Національного університету оборони імені Івана Черняховського, доктор психологічних наук, професор;

РОМАНЕНКО Оксана – професор кафедри юридичної психології Національної академії внутрішніх справ, доктор психологічних наук, професор.

Рекомендовано

- на засіданні кафедри юридичної психології Національної академії внутрішніх справ, від_____ 2024 р., протокол №__;
- на засіданні науково-методичної ради Національної академії внутрішніх справ, від_____ 2024 р., протокол №__;

Матеріали подано в авторській редакції

Екстремальна та кризова психологія [Текст] : курс лекцій / уклад. М. Галич. – Київ: Національна академія внутрішніх справ, 2024. – 164 с.

ЗМІСТ

Тема 1. Методологічні основи та система принципів кризової психології……. 5
Запитання та завдання для самоконтролю…… 22
Тема 2. Предмет, задачі та методи екстремальної психології…… 23
Запитання та завдання для самоконтролю…… 48
Тема 3. Класифікація екстремальних ситуацій та їх психологічний аналіз ……..…… 49
Запитання та завдання для самоконтролю…… 76
Тема 4. Поняття деструктивних способів виходу з кризи. Корекція кризових станів особистості…….. 77
Запитання та завдання для самоконтролю…… 116
Тема 5. Психологічна допомога в екстремальних та кризових станах…….. 117
Запитання та завдання для самоконтролю…… 150
Питання для підготовки до екзамену……..... 152
Основні терміни дисципліни…….. 155
Рекомендована література……... 162

ТЕМА 1. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ТА СИСТЕМА ПРИНЦИПІВ КРИЗОВОЇ ПСИХОЛОГІЇ

План

1. Історія виникнення та розвитку кризової психології.
2. Предмет та завдання кризової психології.
3. Понятійно категоріальний апарат кризової психології: криза, психологічної проблема, критична ситуація, психічна травма, кризове переживання.
4. Поняття психічної травми та психологічний зміст переживань.

1. Історія виникнення та розвитку кризової психології.

Практична психологія вже не один рік працює з постраждалими в різних катастрофах людьми, а потреба у фахівцях в області психології криз зростає.

Безпосередня історія кризової психології починається на початку 80-их років XX століття.

Причини і умови виникнення кризової психології:

Перша: Запит практики, соціальний запит.

1. Посилення відставання соціального прогресу від прогресу науково-технічного, що веде до кризового стану людини в суспільстві. Практична психологія XX століття відповідала на питання, які були сформульовані дев'ятнадцятим століттям. Цим можна пояснити появу на початку століття психоаналізу і біхевіоризму. Якщо психоаналіз відповідавна проблеми психічного здоров'я, то біхевіоризм – на проблеми навчання та трудової діяльності. Дев'ятнадцяте століття було «спокійним» від психічних травм часом. Однак, бурхливий розвиток цивілізації завжди супроводжувався зниженням захищеності людини від її наслідків. XX століття було епохою перелому, який пізніше П. Тіллих назвав *часом занепаду цивілізації, що*

загрожує духовному самоствердженню. Ця тенденція продовжується у XXI столітті, коли зростає кількість кризових подій.

2. Збільшення природних катаклізмів, техногенних катастроф, війн, насилля та ін. Психологам і психотерапевтам все частіше доводиться працювати з вимушеними переселенцями та біженцями, жертви захоплення в заручники, людьми, які пережили бомбардування, обстріли, загибель родичів, розбійні напади, які були у полоні, втратили житло і т.д. Надзвичайні ситуації, великомасштабні аварії й катастрофи неминуче обумовлюють виникнення й широке поширення кризових станів особистості.

3. Раніше стурбованість викликали такі наслідки екстремальних ситуація, як кількість смертей, фізичних хвороб і травм. Зараз зростає стурбованість їх *наслідками для психосоціального і душевного здоров'я населення*. З людей, які перенесли психотравму, 80% нормально функціонують, а у 20% через деякий час (2-6 місяців) виникають ті чи інші проблеми в одній або декількох сферах життя: афективній, психосоціальній, професійній, психосоматичній.

4. Поява у 80-ти р. XX ст теорії посттравматичного розладу, коли оформилися поняття «психічна травма» (психотравма), «кризовий стан» та інші. Поява у МКХ -10 діагнозу ПТСР, поява профілактичної психіатрії.

У нашій країні були як мінімум три вагомі зовнішні причини, які змусили звернути увагу на необхідність оформлення кризової психології як науки.

По-перше, суперечливість перебудовного періоду. Виживання в нових умовах змусило багатьох приймати рішення, але не всі здатні стати авторами життя. Багато з наявних зараз хронічних станів мають початок в цьому періоді.

По-друге, проблема адаптації ветеранів афганської війни до післявоєнних умов суспільства, в якому вони мали жити.

По-третє, наслідки Чорнобильської катастрофи.

Тобто, практика потребувала знань в галузі кризової психології і спеціалістів. Активний розвиток кризової психології в нашій країні почався з 2014 року, особливо – з 2022 року. Друга причина: Розвиток науки.

Витоки кризової психології:

а) перших філософських текстах, в грецькій і римській міфології, в Біблії.

Б) введення *поняття екстремальності* (від лат. - крайній, граничний) сформульовано античною філософією як граничний стан в існуванні речей. Найбільш яскраво екстремальну форму розвитку описує *теорія катастроф* (Ж.Кювье, М. Фуко). Основна ідея: повільний еволюційний розвиток в якісь моменти раптово переривається кризовими ситуаціями.

В) *Відкриття законів діалектики (Гегель):* закон єдності та боротьби протирічь, закон переходу кількісного в якісне, закон заперечення заперечення.

Г) до непсихологічних джерел кризової психології необхідно віднести твори українських письменників Т.Г.Шевченка, І.Франка, І.Нечуй- Левицького та ін., зарубіжних письменників - Е. Хемінгуей, Е. М. Ремарка та інші.

Д) поява науки *феноменології* в німецькій філософії та психології, заснована Е. Гуссерлем. Вивчає неспотворений опис безпосереднього досвіду.

Є) поява і розвиток *екзистенціальної філософії*. Своєрідною точкою відліку можна вважати наробки датського філософа, теолога С. К'єркегора. (40 р 19 ст.). Він намагався дати узагальнене філософське обґрунтування «буття людини в світі». При цьому аналізувалися такі базові філософські поняття як сенс, свобода, відповідальність, Ніщо, смерть, самотність.

Ж) Надалі проблем кризових станів глибоко розглядалася такими *екзистенційними психологами* як Людвіг Бінсвангер, Метард Бос, Віктор Франкл, Ірвін Ялом, Ролло Мей. Акцент в їх дослідженнях був зроблений на людських обмеженнях і трагічній стороні існування людини. В основі - феноменологічний підхід, що вимагає входити у світ переживань і сприймати феномени цього світу без упереджень, які спотворюють розуміння іншого.

З) Значний внесок у становлення кризової психології внесла *гуманістична психологія* (поч. 50-х років XX ст). Ідея: колишнім підходам до людини не вистачало найголовнішого - уваги до унікального світу індивідуального досвіду. Виключалися з розгляду такі важливі людські якості, які (за І. Яломом), і роблять людину людиною: вибір, любов, креативність, самоусвідомлення і т.д. У 60-х р гуманістична психологія висунула п'ять основоположних принципів (вперше сформульовані

президентом Американської асоціації Гуманістичної психології Дж. Бьюдженталем). Ці принципи стали для кризової психології своєрідним орієнтиром в складному осягненні кризи як феномена.

На теоретичне становлення кризової психології мали значний вплив представники *психоаналітичного напрямку і постфрейдісти* (А. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер, Е. Еріксон, К. Хорні, Е. Фромм та ін).

Надзвичайно важливою для становлення кризової психології є *концепція психосоціальних криз Е. Еріксона*, *ідея компенсаторних механізмівта стилю життя А.Адлера*.

Отже, по-перше, психологія напрацювала певну теорію, знання.

Друге: а) кожна прикладна і практична галузь психології розкриває свій предмет. Коли справа виходить за рамки «мирного» процесу, доходить до кризи, відповіді у даних галузей немає.

Ці причини і поставили задачу виділення кризової психології в са- мостійну галузь наукового знання.

Таким чином, виникнення кризової психології стало закономірним етапом у розвитку психологічного знання. У своєму становленні кризовапсихологія спиралася і продовжує використовувати теоретичні, практичні напрацювання основних психологічних шкіл.

Отже, **кризова психологія** – це галузь наукової психології та психологічної практики, яка вивчає особливості поведінки людини в ситуаціях кризової події і катастрофи, стратегії подолання життєвих криз, розробляє програми психологічної допомоги кризовим клієнтам.

Кризова психологія – відносно нова, але така, що інтенсивно розвивається, сфера психологічної практики. Активний розвиток кризової психології в нашій країні почався з 2014 року, а особливо – з 2022 року. Це пов’язано з воєнними діями, пандемією коронавірусу, обмеженнями, міграцією та ін. Кризова психологія є однією з форм практики, що спрямована на оптимізацію індивідуального розвитку людини та збереження її індивідуальності.

2. Предмет та завдання кризової психології.

Надзвичайні ситуації, великомасштабні аварії й катастрофи неминуче обумовлюють виникнення й широке поширення кризових станів особистості. Це дало підставу розвитку в межах психологічної науки нового наукового напряму – кризової психології.

Кризова психологія – відносно нова, але така, що інтенсивно розвивається, сфера психологічної практики. Вона є однією з форм духовної практики, що спрямована на оптимізацію індивідуального розвитку людини та збереження її індивідуальності. ***Кризова психологія*** – це галузь професійної діяльності, яка має на меті визначення психологічних особливостей життєвої ситуації та індивідуальності людини або групи, внесення позитивних змін у процес взаємодії між ними і профілактику небажаних форм поведінки для найбільш повного розкриття сутнісних сил людини.

Отже, якщо у випадку наукової психології мова йде про дослідження явищ психічного життя людини, то у випадку практичної психології (якою і є кризова психологія) – про діагностично-корекційну та профілактичну роботу з окремим індивідом або групою для збереження їхнього психічного здоров'я та запобігання небажаних явищ у поведінці й розвитку. Досягнення цього відбувається за допомогою специфічних психологічних методів, методик і технологій. Структура практичної психології багато в чому подібна до структури психології академічної. Разом з тим існують і деякі розбіжності. Головні – в орієнтації не на вивчення, дослідження, а на активне втручання в процеси індивідуальної або групової активності. До базових категорій кризової психології можна віднести психологічну проблему та життєву ситуацію особистості.

Метою «Кризова психологія» *є* надання поглиблених знань про теоретичні підходи кризової психології, кризові події та їх психологічні наслідки у житті людини, оволодіння основними методами психологічної діагностики травматичних станів, стратегіями та методами психологічної допомоги людині у кризовій і посткризовій ситуації життєвого шляху.

Предмет «Кризової психології» - особливості поведінки людини в ситуаціях кризової події і катастрофи, стратегії подолання життєвих криз, програми

психологічної допомоги кризовим клієнтам.

Виходячи з мети та предмету кризової психології, в курсі пропонуються для вивчення наступні ***завдання:***

- аналіз теоретичних підходів у кризовій психології, кризових подій та їх психологічних наслідків у житті людини;
- вивчення основних механізмів та закономірностей протікання криз та їх різновидів;
- оволодіння методами психодіагностики кризових та травматичних станів;
- оволодіння основними стратегіями та методами психологічної допомоги і підтримки людини у кризовій і посткризовій ситуації життєвого шляху.

Основними методами «Кризової психології» є дві групи: методи дослідження та методи впливу.

Методи дослідження, у свою чергу, поділяються на методи збору інформації і методи обробки інформації. До методів збору інформації належать: - спостереження; аналіз документів (контент-аналіз); опитування (анкети, інтерв'ю); тести та шкали. В якості методів обробки інформації використовуються статистичні методи (кореляційний, факторний, кластерний аналіз), прийоми логічної і теоретичної обробки (побудова типологій, класифікацій, пояснювальних моделей і т. д.)

Методи впливу – це методи психологічної просвіти (психоедукації), психопрофілактики, психокорекції і психотерапії. Тобто, методи надання психологічної допомоги людям у кризових та посткризових станах.

Змістом діяльності кризової психології *є* надання психологічної допомоги особистості, яка знаходиться в кризовому стані. Кризові стани особистості характеризуються високим рівнем нервово-психічної напруги аж до перенапруги й психічного виснаження.

Важливими ознаками кризових станів особистості є високий рівень тривоги, депресії, почуття безпорадності, апатії, суму, гніву, фізичного стомлення, зниження самооцінки, сенситивність, а також наявність психологічної фрустрації як нездоланної перешкоди або життєвої ситуації. 9 Психологічно кризовий стан

особистості характеризується інтенсивними негативними емоціями: почуттям невизначеності, занепокоєнням, тривогою аж до дезорганізації, фіксацією на психотравмуючій ситуації, переживаннями власної безпорадності, неспроможності, самотності, безнадійності, песимістичною оцінкою власної особистості, актуальної ситуації й життєвої перспективи, вираженими утрудненнями в плануванні майбутнього. Кризовий стан треба розглядати як нормальну реакцію людини на аномальну (психотравмуючу) подію. Це пов'язане з тим, що людина в процесі подолання кризи може набути нового досвіду, розширити діапазон своїх адаптивних резервів. З іншого боку, у тому випадку, якщо людина схильна реагувати на кризу дезадаптивними реакціями, криза може поглибитися й викликати хворобливий стан, що вимагає спеціалізованої медичної допомоги (психіатра, психотерапевта, суїцидолога). Розвиток клінічної симптоматики в цьому випадку може прийняти катастрофічний характер і призвести до важких порушень психіки (психічних захворювань), смерті або суїциду. Звичайно, будь-яка загрозлива ситуація викликає зміни в почуттях, поведінці й думках людини. Якщо ці трансформації підконтрольні людині й вона у силах самостійно впоратися з ними, то втручання психолога не потрібно. Якщо ж негативні зміни набувають тривалого характеру і виявляються поза зоною самостійного контролю, то виникає необхідність у професійній психологічній і психотерапевтичній допомозі.

3. Загальна характеристика «кризи», «психологічної проблеми» та «критичної ситуації».

Поняття «Криза» (від греч. «krisis» – рішення, поворотний пункт, результат) трактується як переломний момент, важкий перехідний стан, загострення, небезпечний нестійкий стан.

Криза - це ситуація емоційного й розумового стресу, що вимагає значної зміни уявлень про світ і про себе за короткий проміжок часу. Найчастіше подібний перегляд уявлень спричиняє зміни в структурі особистості. Ці зміни можуть носити як позитивний, так і негативний характер. Згідно з даним визначенням, особистість, яка перебуває в кризі, не може залишатися колишньою; іншими словами, їй не вдається осмислити свій актуальний психотравмуючий досвід, оперуючи

знайомими, шаблоновими категоріями або використовувати прості звичні моделі пристосування (Гордон В. Олпорт).

Життєвий шлях особистості пов'язаний із проходженням різних критичних ситуацій, які, на думку Е. Іоманс, можна позначити як етапи руйнування, коли відбувається ламання, відмирання або позитивна дезінтеграція деяких наших природних способів бачення світу, пізнання себе й ставлення до навколишнього.

Критична ситуація - це така ситуація, у якій суб'єкт не може реалізувати основні потреби свого життя і яка ставить його перед необхідністю зміни способу буття.

Криза - це реакція особистості на критичну ситуацію, що виражається в нездатності особистості розв'язати цю ситуацію в короткий час і звичний спосіб. Найсильнішими критичними ситуаціями особистості є такі, що пов'язані з усвідомленням власної смертності (невиліковна хвороба, участь у бойових діях і т.под.) або зіткнення зі смертю іншого (переживання втрати близької людини). Однак в екзистенціально-гуманістичній парадигмі будьякі критичні ситуації можна розглядати як своєрідне зіткнення зі смертю. Причому, смерть у даному контексті розуміється як трансформуючий процес, відмова від старих, звичних способів буття і підбір, удосконалювання нових, більш адекватних умовам, що змінилися.

Критична ситуація переживається особистістю по-різному. З одного боку, вона може справити руйнівну дію, підвищуючи тривогу й депресію, почуття безпорадності й безнадійності, що може призвести до життєвої кризи. А з іншого, – додати життю значення, зробити його більш повним і змістовним. У кожному разі зіткнення із критичною ситуацією болісно переживається особистістю й змінює її відношення до життя, смерті, себе й цінностей, що формує різні життєві стратегії, які допомагають людині вийти із критичної ситуації. Ситуації, що вимагають від людини змін у життєвому стилі, способі мислення, способі пізнання й бачення світу або відношення до себе й оточення, можна описати як критичні. Критична ситуація може стати поворотним моментом у житті особистості; вести до кризи. Будь-яка криза містить як позитивний, так і негативний компонент. Негативна складова

полягає в тому, що для особистості, яка перебуває в критичній ситуації, характерна завантаженість нерозв'язними проблемами, наявне почуття безнадійності, безпорадності, переживання життя як «безвихідність».

Суб'єктивно криза переживається як «безвихідність». Будь-яка критична ситуація потенційно може стати для особистості кризовою (тобто такою, що веде до кризи), - це буде у повній мірі залежати від адаптивних можливостей особистості. У вітчизняній психології сама наявність критичних ситуацій у житті людини розуміється як передумова особистісних змін – змінюється соціальна ситуація розвитку особистості, відбувається зміна ролей, змінюється коло осіб, включених у взаємодію з нею, спектр розв'язуваних проблем і спосіб життя. Будь-яка кризова ситуація містить небезпеку. Отже, її необхідно уникати, усувати, запобігати, а до того ж і приховувати. Безумовно, що психічні кризи можуть нести в собі загрозу. Багато реакцій, що спостерігаються у зв'язку із кризами, – прагнення до самоізоляції або бурхливої діяльності, – являє собою спробу перебороти ситуацію. Такі типи реакції можуть бути адаптивними. Причому бажання ізолювати себе не слід змішувати, наприклад, з депресією, як і прагнення бродити без утоми в кризовій ситуації не можна приймати за контрольований маніакальний стан. Слово «криза» підкреслює момент порушення рівноваги, появи нових потреб і перебудови мотиваційної сфери особистості. Існує чотири ключових поняття, якими в сучасній психології описуються критичні життєві ситуації. Це поняття стресу, фрустрації, конфлікту й кризи (Ф. Василюк).

У термінах «подія» і «криза» ми виділяємо наступні істотні ознаки: небезпечний перехідний стан (термін «криза») і собитність подій, сумісність за часом (термін «подія»). ***Отже, стан спільної за часом небезпеки - сутність змісту поняття «кризова подія»***. У визначеному нами понятті «кризова подія» системоутворюючим є елемент «небажане явище». Дана характеристика ставить кризове явище в залежність від особистісної оцінки й особистісного сприйняття. Небажаність кризової події визначається тим, що вона є небезпечною («спільна небезпека» - другий системоутворюючий елемент даного поняття) для життєдіяльності людини. Це може бути загроза її здоров'ю, матеріальному

благополуччю, соціальному статусу, внутрішньо особистісній рівновазі. При аналізі й визначенні сутності кризової події можна виділити п'ять підходів, послідовно п'ять різних варіантів розгляду даної категорії: життєвий, на рівні здорового глузду; психологічний; соціологічний; філософський; технічний. У зв’язку з тим, що для нас першорядне значення мають перші два підходи, розглянемо їх більш докладніше.

Основні ознаки кризової події (Пергаменщик та ін.):

- раптовість настання події;
- наднормативний для даної людини, для даної ситуації зміст кризової події (глибоко травматичний для людини);
- стан психічного дискомфорту, що глибоко переживається;
- виникнення внутрішньоособистісного, міжособистісного чи міжгрупового конфлікту, що потребує оперативного вирішення та відсутності в людини досвіду вирішення конфлікту такого рівня;
- динамічні, прогресуючі зміни у ситуації, за умов життєдіяльності, у соціальних ролях;
- ускладнення процесів життєдіяльності у зв'язку з появою невідомих раніше та не мають аналогів у досвіді людини невизначених елементів життєдіяльності;
- перехід ситуації у фазу нестабільності, вихід меж адаптаційних ресурсів людини.

Ризик також є вирішальним елементом будь-якої кризи: хвороба може призвести до смерті, сімейна криза до розлучення, а політична криза до війни. Проте криза необов'язково веде до нещастя.

На життєвому рівні кризову подію характеризують у таких термінах здорового глузду: надзвичайність, стихійність, небезпека.

Ще один підхід до ***психологічного аналізу параметрів кризової події***:

1) несприятливі умови для життєдіяльності;
2) подія має загрозливий характер;
3) різке зростання внутрішньоособистісної напруженості, тривоги;
4) виснаження адаптаційних ресурсів та "прорив" адаптаційного бар'єру;
5) зміна динамічних стереотипів поведінки;

6) кризовий стан особистості.

Кризовий стан - дискомфортний психічний стан, що виникає внаслідок впливу кризової події. Безнадійність, страждання, страх, тривога, безсилля, пригнічений настрій, безглуздість - ось основні риси.

Почуття та емоції в кризі.

Тривога – головне складове почуття, що супроводжує кризу. Найбільш поширене та загальне для всіх людей. Більше виражені: страх, жах.

Безпорадність. Це почуття також є одним із основних у кризі. Криза завжди загострює усвідомлення людиною хисткості, нестійкості, невизначеності життя. (На противагу людина прагне завжди до якоїсьгарантії, стабільності, надійності, контролю). Образно можна сказати, що у людини «виходить грунт з-під ніг». І тоді різко відчувається власна безпорадність.

У разі свідка: «я безсилий, нічим не можу допомогти».

Сором. Особливо це властиво для людей, які звикли «тримати ситуацію під контролем». Сором дуже часто переживається людьми, які є жертвами насильства. Це почуття сорому багато в чому ускладнює психотерапевтичну роботу з такими людьми.

Суперечливість - внутрішня боротьба між потребою у незалежності і відчуттям залежність від інших, потребою у допомозі.

Почуття провини - це емоційний досвід, який виникає, коли людина вірить або усвідомлює - точно чи ні - що вона порушила власні стандарти поведінки або порушила загальнолюдські моральні норми і несе за це порушення значну відповідальність. Людина карає саму себе за певні, досить часто суб’єктивно нав’язані, неприйняті прояви.

Типова у кризі : «провина того, хто вижив». «Я залишився жити, а вони

– ні!!!». Є «синдром провини вцілілого». Провина тісно пов'язана з поняттям каяття а також сорому.

Печаль. Зазвичай відзначається як наслідок переживання втрати. Це частина загальної реакції горя.

Почуття ***гніву і озлобленості***, які спрямовані або на себе, або на іншу людину, або на весь світ загалом. «Як же це могло статися?!!!» Гнів включається в будь-яку кризу, спричинену втратою, приниженням або образою. Однак гнів часто захований за іншими сильними емоціями, гнів іноді може переживатися як заміщення емоцій, що ущемляють людську гідність, таких як страх, сором або вина. Коли гнів виникає у ситуації кризи, завжди є можливість розвитку подій від поганого на гірше.

Однак, може бути і ***радість, полегшення*** – свідок події: «Я в порядку, пронесло, слава Богу»

Узагальнюючи, можна говорити про три групи емоцій та почуттів.

Депресивні почуття – апатія, байдужість, розчарування, втома, туга, пригніченість, байдужість.

Деструктивні почуття - дратівливість, злість, образа, агресія, ненависть, досада, впертість, прискіпливість, недовірливість, заздрість.

Самотність - почуття непотрібності, нерозуміння, глухого кута, безнадійності, порожнечі.

Зазвичай людина може самостійно подолати кризовий стан. На початку кризи посилюються напруга і тривога, потім активізуються стратегії вирішення проблем. Для вирішення кризи і полегшення стану використовуються всі психологічні та фізичні ресурси. У цей період людина сприйнятлива до мінімальної допомоги і може отримати значну користь з простої підтримки і вислуховування.

Тому *кризовий стан не входить до категорії хворобливих станів*, це — *нормальна реакція людини на аномальні події*. У процесі подолання кризи людина може набути нового досвіду, розширити діапазон адаптивних реакцій.

З іншого боку, в тому випадку, якщо людина схильна реагувати на кризу дезадаптивними реакціями, криза може поглибитися, а хворобливий стан - посилитися. Розвиток клінічних симптомів викликає нові дезадаптивні реакції, які можуть прийняти катастрофічний характер і призвести до тяжких порушень психіки, смерті або суїциду.

Негативні зміни в результаті кризи (ускладнені кризи) Багато негативних змін думок, почуттів, поведінки та фізичного стану в кризовому стані за симптомами відповідають категоріям МКХ-10.

У процесі життєдіяльності особистість зіштовхується з багатьма життєвими проблемами. Кожна з них, як правило, має психологічну складову (психологічна проблема), без розв'язання якої неможливе розв'язання проблеми в цілому. *Психологічна проблема* – це стан невизначеності, що виникає в процесі життєдіяльності індивіда між його намірами, уявленнями, мотивами й цілями поведінки та об'єктивними й суб'єктивними умовами її реалізації як протиріччя між очікуваними та реальними результатами дій людини. В одних ситуаціях психологічні проблеми не відіграють вирішальної ролі, в інших вони є центральними. Одні психологічні проблеми вирішуються легко й не потребують сторонньої допомоги, інші пов'язані з багатьма ускладненнями та вимагають втручання оточуючих людей. З-поміж останніх є проблеми, що можуть бути розв'язані тільки за допомогою спеціалістів. Психологічна проблематика особистості є багатоаспектною, як багатоаспектною є її життєва проблематика. Тому досить важко вирізнити типологію психологічних проблем людини.

Психологічні проблеми розрізнюються за рівнем їх усвідомлення суб'єктом або оточуючими його людьми (В.М. Крайнюк). З огляду значення для індивіда, його подальшої долі, психологічні проблеми можуть бути більш значущі, актуальні й менш значимі. Залежно від вітальності проблеми, вона переживається з більшою або меншою гостротою. Відносно життєвої ситуації та життєвого шляху особистості психологічні проблеми можуть бути кризовими, критичними, значущими та малозначущими.

Психологічні проблеми можна також класифікувати за основними сферами активності людини: сімейні, професійні, особисті, пов'язані із здоров'ям, навчанням, правовими відносинами, дозвіллям, політичною діяльністю та ін. *Психологічна проблема* – результат взаємодії індивіда з навколишнім світом. Тому при аналізі проблеми логічно розглядати не тільки індивідуальність особистості, але й життєві обставини, у яких їй доводиться діяти. Низка досліджень останніх років (зокрема

Л.Ф. Бурлачука) показує необхідність психологічного аналізу ситуації діяльності індивіда в процесі психодіагностики рис його особистості. Адже ієрархічна структура особистості має широкі можливості пристосування до умов навколишнього середовища; тому в одній ситуації холерик може поводити себе як сангвінік, в іншій – як холерик. Отже, ми вийшли на другу базову категорію кризової психології – категорію життєвої ситуації особистості. Життєва ситуація особистості – це сукупність обставин життєдіяльності, які прямо або опосередковано впливають на поведінку людини, її стан і внутрішній світ, обумовлюючи зміст та напрями індивідуального розвитку, тим самим сприяючи виникненню та розв'язанню проблем. Кожна з життєвих ситуацій особистості більшою чи меншою мірою обумовлює перспективу подальшого життя, вносить певні корективи в плани та цілі, що ставить перед собою кожна людина.

Психологічний аналіз звертає увагу на наступні параметри кризової події:

1) несприятливі умови для життєдіяльності;

2) подія має загрозливий характер;

3) різке зростання внутрішньоособистісної напруженості;

4) виснаження адаптаційних ресурсів і «прорив» адаптаційного бар'єра;

5) зміна динамічних стереотипів поведінки;

6) кризовий стан особистості.

4. Поняття психічної травми та психологічний зміст переживань.

Психічна травма - переживання, потрясіння. Головним змістом психічної травми є втрата особистістю віри в те, що життя організоване відповідно до порядку й піддається контролю. У даному підході активно розглядається вплив психічної травми на сприйняття часу, тобто як міняється бачення минулого, сьогодення й майбутнього (динамічний аспект у дослідженні життєвого шляху) під впливом травми.

У якийсь момент життя людина переживає психічну травму, що викликає найсильніші почуття. Травматичний стрес за інтенсивністю пережитих почуттів пропорційний з усім попереднім життям. Через це травматичний досвід здається найбільш істотною подією життя, ніби що ділить все життя на події, що відбулися до

й після події, яка травмує. Отримана травма міняє бачення не тільки сьогодення, минулого, але й майбутнього. Людина, яка одержала психічну травму, відчуває себе не такою, якою вона була колись, а значно дорослішою, досвідченішою, ніж її однолітки. Людина, яка пережила подію, що травмує, але відреагувала на неї, ніби залишається в минулому. Подія, що травмує, притягає до себе людину й не відпускає її. З цієї причини досить велика ймовірність для таких людей повторення травматичної ситуації в майбутньому. Вони прагнуть пережити подію, що травмує, знову, щоб відреагувати на неї. Найближчі наслідки травматичних подій проявляються у вигляді психічних станів (страх, жах, безпорадність й ін.), які відбивають об'єктивний зміст подій і відповідають характеру даної людини. Виниклі стани впливають на взаємодію людини з новими обставинами, визначаючи, чи займе вона активну позицію й буде боротися з ними або ж, навпаки, розгубиться, не знайде виходу з важкої ситуації. Тривалість станів коливається від декількох хвилин до декількох років, і це залежить від сили зовнішнього впливу й характеру людини. Існує тісний зв'язок між характером і станами. У цьому – віддалений ефект події. Віддалені психічні наслідки можуть виникати й без чітко виражених психічних станів. Певні біографічні факти не викликають найближчого психологічного ефекту, але мають віддалені наслідки. Психологічна роль такої події полягає в тому, що вона визначає багато наступних подій, кладе початок новому способу життя.

Основною одиницею внутрішнього життя особистості є переживання. Переживання у формі психічних станів, у яких злиті емоційні, вольові й інтелектуальні компоненти, відображають події й обставини життя в їхньому відношенні до самого суб'єкта. Пережите зберігається в пам'яті особистості й служить матеріалом для осмислення в процесі вироблення життєвих планів і цілей, життєвої філософії, що визначає поведінку людини. Ще Л.С. Виготський звертався до сфери емоцій і переживань. Наприкінці життя він почав велике теоретичне дослідження, присвячене вченню Б. Спінози про пристрасті. Він писав про те, що в системі знань узагальнюється, усвідомлюється світ внутрішніх переживань - людина виходить із «рабства афектів» і знаходить внутрішню волю. С.Л. Рубінштейну належить твердження про те, що емоції народжуються в дії, і тому в кожній дії

укладені хоча б зачатки емоційності. Як об'єкт свого дослідження Ф.Є. Василюк обрав процеси, за допомогою яких людина переборює життєві критичні ситуації. Основною метою дослідження стало встановлення закономірностей, яким підкоряються процеси переживання. Переживання розглядається Ф.Є. Василюком не як відблиск у свідомості суб'єкта тих або інших його станів, не як особлива форма споглядання, а як особлива форма діяльності, спрямована на відновлення душевної рівноваги, втраченої свідомості існування. З інших теоретичних позицій розглядала категорію «переживання» Л.І. Божович, виділивши в ній компоненти відношення, орієнтування й спонукання. Переживання дійсно відбиває стан задоволеності суб'єкта в його відносинах з навколишнім середовищем. І, таким чином, виконує в житті суб'єкта вкрай важливу функцію: «інформує» його про те, у якому відношенні із середовищем він перебуває, і, відповідно до цього, орієнтує його поведінку, спонукаючи суб'єкта діяти у напряму, що зменшує або повністю ліквідує виниклий розлад. Підхід Л.І. Божович може служити як пояснювальний механізм розуміння психологічної природи переживання. Процес переживання стану втрати, смерті близької людини отримав назву «скорбота» та описується у сучасній психологічній літературі як феномен, що складається із трьох стадій: перша стадія містить у собі шок і відмову вірити в те, що кохана людина вмерла, супроводжується плачем і найсильнішим дистресом; друга стадія характеризується хворобливою тугою за померлим і думками про нього; третя стадія характеризується зменшенням суму й поверненням до нормальної діяльності

При наданні психологічної допомоги («кризової інтервенції») психолог повинен керуватися наступними принципами:

1. Емпатичний контакт. Це найважливіша умова кризової допомоги. Співпереживання й розуміння психологічного стану іншої людини – це найпростіше й саме складне. Із встановлення емпатичного контакту починається кризове втручання.

2. Невідкладність. Кризове втручання характеризується невідкладністю, граничною терміновістю.

3. Високий рівень активності психолога. Психолог повинен проявляти максимальну активність у встановленні контакту з людиною, що переживає кризу, і в зборі інформації, щоб якомога швидше оцінити ситуацію й намітити план дій.

4. Обмеження цілей. Найближча мета кризової інтервенції – запобігання катастрофічним наслідкам. Основна мета – навчити користуватися адаптивними способами подолання кризи й відновлення психічної рівноваги.

5. Підтримка. При роботі з подолання кризи психолог у першу чергу забезпечує клієнтові підтримку.

6. Сфокусованість на основній проблемі. Кризове втручання повинне бути досить структурованим, щоб допомогти зосередитися на основній проблемі, що призвела до кризи.

7. Повага. Людина, що переживає кризу, сприймається психологом як знаюча, цілком компетентна, незалежна, прагнуча набути впевненості в собі, здатна зробити самостійний вибір.

Кризова допомога повинна бути реалістичною й цілеспрямованою, тому її загальна стратегія може бути побудована за типом навчання стратегії розв'язання проблем.

Запитання та завдання для самоконтролю

1. Назвіть причини і умови виникнення кризової психології.
2. Охарактеризуйте стан розвитку кризової психології в Україні.
3. Дайте визначення «кризова психологія».
4. Назвіть та охарактеризуйте предмет та завдання кризової психології.
5. Розкрийте зміст діяльності кризової психології.
6. Надайте визначення понять «криза» та «критична ситуація».
7. Назвіть основні ознаки кризової події.
8. Надайте визначення поняття «кризовий стан» та «психічна травма».
9. Розкрийте зміст поняття кризової інтервенції.
10. Назвіть основні принципи яким повинен керуватись психолог під час кризової інтервенції.

ТЕМА 2. ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧІ ТА МЕТОДИ ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

План

1. Становлення екстремальної психології як науки.
2. Предмет, задачі та методи екстремальної психології.
3. Аналіз основних понять в межах екстремальної психології.
4. Психофізіологічні реакції в екстремальних ситуаціях.
5. Травматичний стрес. Концепція посттравматичного стресового розладу як наслідку перебування в екстремальних ситуаціях.

1. Становлення екстремальної психології як науки

Екстремальна психологія як самостійний напрям психологічного знання виникла в кінці XX ст. ***Екстремальна психологія*** - це галузь психологічної науки, що вивчає загальні психологічні закономірності життя і діяльності людини в змінених (незвичних, екстремальних) умовах існування, наприклад, в процесі авіаційних і космічних польотів і підводного плавання, перебування в різних експедиціях в важкодоступних районах планети.

Дослідниками в галузі екстремальної психології були виділені наступні основні психогенні чинники, характерні для екстремальних умов: монотония; змінені структури простору і часу; обмеження особистісно-значущої інформації; самотність; групова ізоляція; загроза для життя. При збільшенні часу перебування в змінених умовах, дуже сильному впливі психогенних факторів, а також при недостатній нервово-психічної стійкості, слабкому типі нервової системи у людини можуть виявлятися ознаки порушення нормального психічного стану

У 1956 р в Університеті Мак-Гілла групою психологів було проведено відповідний досвід. Дослідники пропонували добровольцям пробути якомога довше в спеціальній камері, де вони були максимально захищені від зовнішніх подразників світу. Вчених вразив той факт, що більшість піддослідних виявилися нездатними витримати такі умови довше 2-3 днів. Був зроблений висновок, що це відображає фундаментальну потребу організму в отриманні стимулів від мінливого оточення. У

найвитриваліших випробовуваних виникали галюцинації, і це, на думку вчених, вказувало на те, що без зовнішніх подразників інтелектуальні функції і сама особистість неминуче деградують [1] .

В даний час дана галузь психологічної науки і практики інтенсивно розвивається в зв'язку з ростом кризових і надзвичайних ситуацій, збільшенням випадків насильства в сім'ях і на вулицях, зростанням ризику терористичних актів, всіляких природних і техногенних катастроф, при цьому саме поняття кризової, екстремальної ситуації розуміється більш широко.

Сучасні дослідження в руслі екстремальної психології спрямовані на вдосконалення психологічного відбору та психологічної підготовки фахівців в екстремальних умовах. Також однією вербнайважливіших завдань екстремальної психології є розробка заходів захисту від травмуючого впливу різноманітних психогенних факторів.

У соціумі існує замовлення на висококваліфікованих фахівців в галузі екстремальної психології, здатних надати допомогу населенню в зоні різних надзвичайних ситуацій. Професіонал в сфері екстремальної психології повинен володіти методами діагностики і корекції екстремальних станів, що виникають в процесі роботи в небезпечних умовах, в зонах стихійних лих, усуненням соціально-психологічних наслідків терористичних актів, різних (природних, техногенних, автомобільних, авіаційних) катастроф. Крім екстреної психологічної допомоги (екстреного психологічного реагування) такі фахівці здійснюють профілактику та посткризовий психологічну підтримку і допомогу.

26 квітня 1986 р сталося руйнування четвертого енергоблоку Чорнобильської атомної електростанції. Руйнування мало вибуховий характер, реактор був повністю зруйнований, і в навколишнє середовище було викинуто велику кількість радіоактивних речовин. Аварія розцінюється як найбільша у своєму роді за всю історію ядерної енергетики як за кількістю загиблих і потерпілих від її наслідків людей, так і за економічним збитком. Близько 200 тис. Чоловік було евакуйовано із зон забруднення. Несвоєчасність, неповнота і взаємні суперечності офіційної інформації про катастрофу породили безліч незалежних інтерпретацій. Жертвами

трагедії можна вважати не тільки громадян, які померли відразу після аварії, але і жителів прилеглих областей. Багатьом місцевим жителям довелося покинути свої будинки, вони втратили частину свого майна. Пов'язані з цим проблеми, страх за своє здоров'я викликали у людей сильний стрес, який також приводив до різних захворювань [2] .

Фахівці, які надають медичну та психологічну допомогу людям, які пережили катастрофу, помітили, що психічні (психологічні) наслідки катастроф можуть бути не менш важкими, ніж соматичні (тілесні). У людей, які пережили катастрофу, підвищений ризик небезпечних захворювань, також вони нерідко стикаються і з серйозними соціальними проблемами. Ще на початку XX ст., В роки Першої світової війни, психіатри багаторазово описували такі явища: солдати і офіцери, які не отримали серйозних поранень під час бойових дій, проявляли однакову симптоматику, причини виникнення якої були не ясні. Це захворювання виражалося в пригніченому стані, слабкості, виснаженні, порушенні сну і апетиту, також відзначалися спалахи невмотивованої агресії. Згодом було виявлено, що причини такого стану викликані психічною травмою (психічним переживанням), отриманої в ході військових дій.

Сучасні дослідження показали, що різні природні і техногенні катастрофи, терористичні акти, локальні збройні конфлікти впливають на психіку не тільки безпосередніх учасників травмуючих подій, а й сторонніх спостерігачів, які стають непрямими учасниками цих подій, завдяки засобам масової інформації. Реалістичне відображення відбуваються травмуючих подій в ЗМІ сприяє зануренню в них великої кількості людей, які стають свого роду безпосередніми очевидцями того, що відбувається.

Діяльність фахівця в галузі екстремальної психології, перш за все, спрямована на надання екстреної психологічної допомоги людям, що знаходяться в гострому стресовому стані (ВСР). Це стан пов'язаний з переживанням емоційної і розумової дезорганізації. Психодіагностика і подальше надання психологічної допомоги людям, які опинилися в зоні НС (надзвичайної ситуації), має певну специфіку. Так, в екстремальних умовах через дефіцит часу і складної обстановки неможливо

використовувати стандартні діагностичні інструменти (наприклад, бланкові опитувальники).

У методів психологічного впливу також свої відмінні риси, і багато в чому їх вибір визначається конкретними цілями: в одному випадку необхідна психологічна допомога і підтримка, в іншому - необхідно запобігти (а іноді і припинити) розповсюдження чуток, зупинити паніку, в третьому - провести переговори. Основними принципами надання допомоги людям, які пережили психологічну травму, є: «невідкладність; наближеність до місця подій; очікування, що нормальний стан відновиться; єдність і простота психологічного впливу

2. Предмет, основні задачі та методи екстремальної психології. *Екстремальна психологія* – науково-практичний розділ психології, який вивчає психологічні закономірності діяльності особистості при виникненні надзвичайних обставин та ситуацій, пов’язаних з підвищеним професійним ризиком, небезпекою для життя та здоров’я, та розробляє науково обґрунтовані заходи психологічного забезпечення професійної та функціональної надійності працівників екстремальних професій при виконанні задач в умовах, що потребують граничної мобілізації фізичних, психологічних та моральних якостей особистості.

Виділення екстремальної психології як окремого науково-практичного розділу психологічної науки пов’язано з особливими морально-правовими аспектами діяльності працівників екстремальних професій в ризико-небезпечних ситуаціях службової діяльності.

Екстремальна психологія здійснює синтез основ психологічних знань з питань діяльності особистості в особливих умовах, основ безпеки життєдіяльності та основних правових норм, які регулюють поведінку та взаємовідносини між індивідами, між особистістю та суспільством в умовах надзвичайних ситуацій, викликаних подіями техногенного, природного або соціального походження.

Предметом екстремальної психології є вивчення загальнопсихологічних закономірностей функціонування психіки та життєдіяльності індивіда в зоні граничних можливостей організму, особистості, групи, соціуму, а також

удосконалювання управління та практичної діяльності підрозділів МНС України у надзвичайних ситуаціях. Методологічну основу екстремальної психології складають концептуальні підходи до вивчення психологічного (професійного) стресу (В.О. Бодров, Л.О. Китаєв-Смик, R. Lazarus, А.Б. Леонова, Н.І. Наєнко, Г. Сельє, C.D. Spielberger, В.В. Суворова та інш.). Суттєве значення для розвитку екстремальної психології мають: положення, що пов'язані з розробленою у вітчизняній психології теорією єдності психіки і діяльності (Б.Г. Ананьєв, Л.С. Виготський, Г.С. Костюк, О.М. Леонтьєв, Б.Ф. Ломов та інш.); теоретичні положення загальної та генетичної психології, що розкривають закономірності розвитку особистості як суб'єкта власної життєдіяльності (С.Л. Рубінштейн, С.Д. Максименко та інш.); системно-структурний підхід до вивчення психологічної готовності до діяльності (О.Д. Ганушкін, М.І. Д'яченко, Л.С. Нерсесян, В.М. Пушкін, О.Д. Сафін, М.І. Томчук та інш.); концепція відстрочених реакцій на травматичний стрес (посттравматичних стресових реакцій) (Ф.В. Бассін, Д. Вільсон, М. Горовиць, Л.А. Пергаменщик, Н.В. Тарабрина, Ч. Фіглі, З. Фрейд, Д. Шпігель та інш.). Джерела екстремальної психології складають: нормативно-правові документи, що регулюють діяльність органів та підрозділів МНС України; дані про особливі психічні стани і реакції, що спостерігаються у ризиконебезпечних ситуаціях (Ю.О. Олександровський, Г.О. Балл, М.Д. Левітов, Ю.М. Швалб та інш.), у тому числі – фахівців екстремальних професій (С.П. Бочарова, М.С. Корольчук, І.О. Котенєв, В.С. Медведєв, О.М. Столяренко, О.В. Тімченко та інш.); праці сучасних вітчизняних психологів з теорії та практики психологічної допомоги (О.Ф. Бондаренко, В.П. Москалець, Н.В. Чепелєва, С.І. Яковенко, Т.С. Яценко та інш.).

Задачі екстремальної психології. Задачі, які повинна вирішувати екстремальна психологія, визначаються різноманітністю та складністю теоретичних та практичних проблем, що входять до сфери діяльності органів та підрозділів МНС України. Дослідження в межах екстремальної психології мають своїм завданням удосконалювання психологічного відбору та психологічної підготовки персоналу МНС України, а також розробку засобів психологічного захисту особового складу та

цивільного населення від травмуючого впливу психогенних факторів кризових та надзвичайних ситуацій.

Таким чином, *в екстремальній психології можна виділити такі завдання:*

1. Методолого-теоретичне завдання: розробка відповідно до вимог загальної наукової методології та гносеології проблем об'єкта, предмета, методологічних принципів, історичного розвитку, категоріального апарату, структури і взаємозв'язку даної дисципліни з іншими науками, створення методики дослідження особливостей поведінки людей в екстремальних ситуаціях і психологічного забезпечення професійно-екстремальної діяльності.

2. Аналітичне завдання: дослідження психологічних закономірностей і механізмів розвитку психіки особистості в екстремальних умовах, розробка діагностичного інструментарію щодо психологічної стійкості фахівців, які працюють у ризико-небезпечних ситуаціях.

3. Прогностичне завдання: вироблення науково обґрунтованих припущень щодо профілактики і зниження психологічного травматизму на основі використання закономірностей діяльності в ситуаціях небезпеки, формування експертно-психологічних оцінок і прогнозування ефективності роботи фахівців.

4. Практичне завдання: розробка і впровадження рекомендацій і методів, які спрямовані на професійний розвиток, адаптацію та реадаптацію фахівців, участь фахівців-психологів у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій і наданні екстреної психологічної допомоги постраждалому населенню, створення загальноосвітніх програм психологічної підготовки працівників професійно-екстремальної діяльності.

Вирішуючи ці питання, екстремальна психологія сприятиме кращій підготовленості, оптимальній адаптації особового складу до ризиконебезпечних ситуацій службової діяльності, зниженню рівня психічних втрат та психічної недієздатності серед персоналу МНС України та успішному подоланню можливих негативних психічних наслідків кризових та надзвичайних обставин та ситуацій.

Методи екстремальної психології. Екстремальна психологія використовує систему методів як психологічної науки в цілому (оскільки це – науково-практичний

розділ психології), так і специфічну сукупність методів, які забезпечують процес пізнання її предмету. Методологічну основу екстремальної психології складають:

1. положення, які пов'язані з розробкою у вітчизняній психології теорією єдності психіки і діяльності;

2. теоретичні положення загально і генетичної психології, які разкривают закономірності розвитку особистості як суб'єкта власної життєдіяльності;

3. системно-структурний підхід щодо вивчення психологічної готовності і діяльності;

4. концепція відстрочених реакцій на травматичний стрес.

Діяльність в особливих екстремальних умовах вивчаються шляхом аналізу взаємозв'язку 3 параметрів:

1. характеристика екстремальних факторів;

2. психологічний стан і властивості особистості;

3. показники діяльності.

Екстремальні чинники діляться на зовнішні і внутрішні (психологічні).

До зовнішніх відносяться:

-фактори населеності (шуми, вібрації, різного роду випромінювання, радіації)

-професійні (гіподинамія, монотония, суміщені дії, безперервність роботи)

-інформаційні фактори (дефіцит і перевантаження інформацією, наявність перешкод, сенсорний голод).

Психологічні чинники:

-рівень загального інтелекту;

-рівень особистісної стабільності (надійність, впевненість в собі, відповідальність ...)

-психодинамічні властивості.

Результат діяльності: основними показниками результатів діяльності є продуктивність, якість і надійність.

В надзвичайних ситуаціях службової діяльності найбільш доцільними методами дослідження будуть: серед головних методів психологічного дослідження – метод спостереження, а серед додаткових методів психологічного

дослідження – метод аналізу продуктів діяльності. Знання психологічних особливостей конкретного працівника, можливість за допомогою психологічної науки заздалегідь прогнозувати його поведінку в різноманітних за складністю ризиконебезпечних ситуаціях службової діяльності дозволить керівнику звести до мінімуму рівень фізичних та психічних втрат серед особового складу.

3. Аналіз основних понять, що використовуються в межах екстремальної психології.

У сучасній науковій літературі термін “стрес” використовується принаймні у трьох значеннях:

по-перше, поняття стрес може визначатися як будь-які зовнішні стимули або події, що викликають у людини напругу або збудження. На сьогодні у цьому значенні частіше вживаються терміни “стресор”, “стрес-фактор”;

по-друге, стрес може відноситися до суб'єктивної реакції й у цьому значенні він відбиває внутрішній психічний стан напруги і збудження. Цей стан інтерпретується як емоції, оборонні реакції і процеси подолання (coping processes), що відбуваються в самій людині. Такі процеси можуть сприяти розвитку й удосконалюванню функціональних систем, а також викликати психічну напругу;

по-третє, стрес може бути фізичною реакцією організму на запропоновану вимогу або шкідливий вплив. Функцією цих фізичних (фізіологічних) реакцій, мабуть, є підтримка поведінкових дій і психічних процесів щодо подолання цього стану.

Стрес – нервово-психічне перенапруження, викликане несподіваним чи надсильним подразником, адекватна реакція на який раніше не була сформована, але повинна бути знайдена в ситуації, що склалася; емоційний стан, що спонукає до вирішення екстремальної ситуації за рахунок загальної мобілізації всіх ресурсів організму до пристосування в наявних умовах.

Розглядаючи різноманітні варіанти визначення стресу виділяють, що:

1) іноді це поняття відносять до стану занепокоєння в організмі, яке він прагне усунути або зменшити. У цьому значенні поняття стресу не на багато відрізняється

від неприємних станів, таких як тривожність, або аверсивних мотивацій, слабкого болю і дисонансу;

2) стрес також розглядається як психологічні і поведінкові реакції, що відбивають стан внутрішнього занепокоєння або його придушення. Такі захисні від стресу реакції або індикатори спостерігалися в різноманітних функціональних проявах, включаючи емоційні, когнітивні, поведінкові;

3) стрес визначається як подія або умова у фізичному або соціальному оточенні, що веде до вживання заходів з уникання, агресії, ухвалення рішення про усунення й ослаблення загрозливих умов.

Таке поняття як «стресори» подібне до понять небезпека, погроза, тиск, конфлікт, фрустрація й екстремальна ситуація. Ще у 1965 році, виступаючи на Міжнародному симпозіумі, який був організований Шведським центром досліджень у галузі військової медицини, Р. Лазарус зауважив, що різноманітні уявлення про сутність стресу, його теорії і моделі багато в чому суперечать одне одному. У цій галузі не існує сталої термінології. Навіть визначення стресу часто дуже істотно різняться. Правда, таке положення є характерним і для цілої низки інших кардинальних проблем, таких як адаптація, стомлення, здібності, особистість і багато інших.

Для прояснення поняття стресу Р. Лазарусом було сформульовано два основних положення:

по-перше, термінологічну плутанину і протиріччя у визначенні поняття «стрес» можна буде усунути, якщо при аналізі психологічного стресу враховувати не тільки зовнішні стресові стимули і реакції, що спостерігаються, але і деякі, пов'язані зі стресом, психологічні процеси (наприклад, процес оцінки загрози);

по-друге, стресова реакція може бути зрозумілою тільки з урахуванням захисних процесів, породжуваних загрозою (фізіологічні і поведінкові системи реакцій на загрозу пов'язані з внутрішньою психологічною структурою особистості, її роллю у прагненні суб'єкта справитися з цією загрозою).

Характер стресової реакції причинно пов’язаний з психологічною структурою особистості, яка взаємодіє із зовнішньою ситуацією за допомогою процесів оцінки і

самозахисту. Автор зауважує, що «тільки пов’язуючи характер стресової реакції з... психічними процесами, що діють у людях з різноманітними психічними структурами, ми можемо сподіватися пояснити походження явища й одержати можливість пророчити його». Таким чином, на сьогодні у науці відсутнє точне визначення стресу, а різні спроби дослідників у цьому напряму все ще є фрагментарними і невизначеними.

Стрес викликає зсув активності у бік підвищення (частіше) або зниження від рівня, що тримається при домінуючій (звичній) інтенсивності мотивації, характерної для даного індивіда. Стрес не завжди виявляється в підйомі активності. Млявість, апатія також є можливою формою стресової реакції. Наприклад, тривала інтенсивна напруга може призвести до відмови від виконуваної діяльності через зниження мотивації і до вкрай полярних емоційних реакцій: від гострих афектів до повної байдужності.

Л.М. Аболін відзначає, що для об'єднання понять «стрес» і «напруга» немає достатніх підстав, оскільки психічні зриви на фазі шоку у стресі не завжди супроводжуються переживаннями напруженості. Він підкреслює, що під психічним стресом слід розуміти не стан, а насамперед процес, причому такий, що завжди призводить до якихось психічних відхилень [3-5]. Напруга може забезпечувати цілі адаптації, вона необхідна для досягнення їх, але вона може виникати і за інших причин, служити іншим цілям.

Слід також пам'ятати, що стрес – це інтегральна (глобальна) відповідь організму й особистості на екстремальні впливи (стресори) або на підвищене навантаження. Стрес являє собою явище, що має багато біохімічних, фізіологічних, психологічних, соціально-психологічних і соціальних проявів. Для напруги такі особливості не завжди характерні. У розвитку вчення про адаптацію у двадцятому столітті найбільшого поширення одержала теорія «загального адаптаційного синдрому» (ЗАС), яку було розроблено Г. Сельє і його послідовниками. У даній теорії Г. Сельє широко використовував поняття стресу. Надалі це поняття стало широко використовуватися у різних наукових дисциплінах і стало більш популярним, ніж ЗАС. На сьогодні у переважній більшості досліджень з даної

проблематики ключовим поняттям стало поняття стресу. Головною характеристикою стресу є напруга. Ця обставина сприяла об'єднанню і змішанню двох близьких, але різних феноменів – стресу і напруги. Значна кількість емпіричних і теоретичних узагальнень зроблено в рамках дослідження стресу. Психологічний стрес як особливий психічний стан є своєрідною формою відображення суб'єктом складної, екстремальної ситуації, у якій він знаходиться. Специфіка психічного відображення обумовлюється процесами діяльності, особливості яких (суб'єктивна значущість, інтенсивність, тривалість протікання і т.д.) значною мірою визначаються обраними або прийнятими цілями, досягнення яких спонукається змістом мотивів діяльності. У процесі діяльності мотиви "наповнюються" емоційно, поєднуються з інтенсивними емоційними переживаннями, що відіграють особливу роль у виникненні і протіканні станів психічної напруженості. Не випадково остання часто ототожнюється з емоційним компонентом діяльності. Звідси рівнозначне вживання таких понять, як "емоційна напруженість", "нервово-психічна напруга", "емоційне збудження", "емоційний стрес" та інш. Загальним для всіх цих понять є те, що вони позначають стан емоційної сфери людини, у якому яскраво виявляється суб'єктивна забарвленість її переживань і діяльності.

Емоційне збудження - що визначає мобілізаційні зміни в організмі. У всіх випадках, коли подія має значення для індивіда і констатується у формі **емоційного** процесу, відбувається підвищення збудливості, швидкості та інтенсивності перебігу психічних, моторних і вегетативних процесів.

Нервово-психічна напруга (НПН) – особливий психічний стан, що виникає у важких, незвичних для психіки умовах, що вимагають пере- будови всієї адаптаційної системи організму.

Емоційна напруженість - тимчасове зниження стійкості психічних і психомоторних процесів і падіння працездатності, викликані негативними, іноді надмірними психогенними впливами.

Н.І. Наєнко в теоретико експериментальних дослідженнях обґрунтувала доцільність розподілу поняття психічної напруженості на два види – операціональну й емоційну.

Перший вид визначається процесуальним мотивом діяльності, що або збігається з її метою, або знаходиться у близьких із нею відносинах. Він характеризується тісним зв'язком об'єктивного і суб'єктивного змісту діяльності.

Другий вид (емоційна напруженість) обумовлюється домінуючим мотивом самоствердження в діяльності, що різко розходиться з її метою і супроводжується емоційним переживанням, оцінним ставленням до діяльності.

Аналіз робіт дослідників, які вивчали *стан психічної напруженості, дозволяє визначити його як неспецифічну реакцію активації організму й особистості у відповідь на вплив складної (екстремальної) ситуації, що залежить не тільки від характеру екстремальних чинників, але й від ступеня адекватності і сприйнятливості до них організму конкретної людини, а також від індивідуальних особливостей особистісного відображення ситуації і регуляції поведінки в ній.* При аналізі поняття “емоційний стрес” цілком природним стає питання про його співвідношення з поняттями “емоції”. Хоча в основі емоційного стресу лежить емоційна напруга, ототожнення зазначених понять не є правомірним. Так, Р. Лазарус характеризує психологічний стрес як обумовлене “загрозою” емоційне переживання, що впливає на спроможність людини достатньо ефективно здійснювати свою діяльність.

У такому контексті між емоцією (негативною за своєю модальністю) і емоційним стресом немає істотного розходження, тому що як визначальний чинник розглядається вплив емоційної напруги на діяльність індивіда. У психології це становить традиційну і досить докладно вивчену проблему про вплив емоцій на мотиваційноповедінкові реакції. У медицині основний акцент в оцінці сутності емоційного стресу робиться не на початкових станах, а на кінцевих фазах емоційностресового процесу, що є патогенетичною основою багатьох захворювань.

Як вважає В.Л. Вальдман, у явищі емоційного стресу треба розрізняти:

а) комплекс безпосередніх психологічних реакцій, що у загальній формі можна визначити як процес сприйняття і переробки особистісно значущої для даного індивіда інформації, яка утримується в сигналі (впливі, ситуації) і суб'єктивно сприймається як емоційно-негативна (сигнал “загрози”, стан дискомфорту, усвідомлення конфлікту і т.д.);

б) процес психологічної адаптації до емоційно-негативного суб'єктивного стану;

в) стан психічної дезадаптації, який обумовлений емоційними для даної особистості сигналами унаслідок порушення функціональних можливостей системи психічної дезадаптації, що веде до порушення регуляції поведінкової активності суб'єкта.

Кожен з цих трьох станів (вони принципово зближаються із загальними фазами розвитку стресу, але оцінюються за психологічними, а не соматичними проявами) супроводжується, на думку авторів, широким комплексом фізіологічних зсувів в організмі. Вегетативні, симптоматико-адреналові й ендокринні кореляти виявляються при будьякій емоції або емоційній напрузі (як позитивній, так і негативній) у періоді психологічної адаптації до стрес-впливу й у фазі психічної дезадаптації. Тому за перерахованим комплексом реакцій диференціювати емоцію від емоційного (психологічного) стресу, а останній – від фізіологічного стресу поки не представляється можливим.

Таким чином, підводячи підсумок, зробимо деякі основні висновки:

1. Психічним проявам загального адаптаційного синдрому присвоєно найменування “емоційний стрес”.

2. Фактично, під “емоційним стресом” в загальносвітовій психологічній науці розуміють афективні переживання, що супроводжують стрес і ведуть до несприятливих змін в організмі людини. Саме емоційний апарат першим включається у стресову реакцію при впливі екстремальних факторів і чинників, що ушкоджують. Це пов'язано із залученням емоцій у структуру будь-якого цілеспрямованого поведінкового акту.

4. Психофізіологічні реакції в екстремальних ситуаціях.

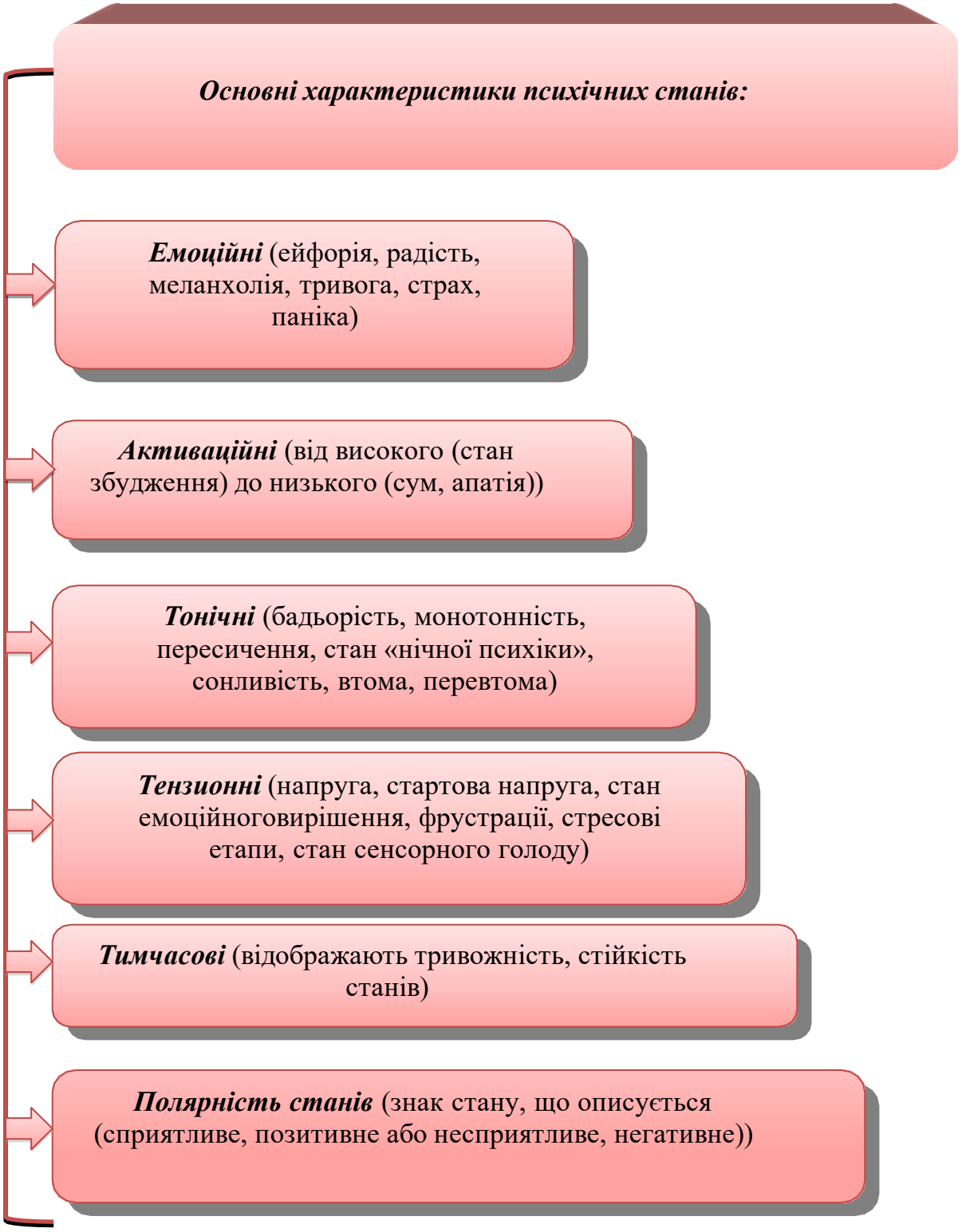


Схема 1.1. Основні характеристики психічних станів

ЕМОЦІЙНІ СТАНИ, ДО ЯКИХ ПРИЗВОДИТЬ ЕКСТРЕМАЛЬНА СИТУАЦІЯ:

Афект – бурхливий та швидкоплинний стан, що повністю оволодіє особою й характеризується значними змінами в свідомості, порушення вольового контролю за поведінкою

Фрустрація (від лат. frustatio - марне очікування) - психічний стан людини, що виражається в характерних переживаннях іповедінці і те, що викликається об'єктивно непереборними (або суб'єктивно сприйманими як непереборні) труднощами на шляху до досягнення мети і розбіжності реальності з очікуваннями суб'єкта.

Стрес (від лат. stress - тиск, напруження) - нервово-психічне перенапруження, викликане несподіваним чи насильним подразником; емоційний стан, що спонукає до вирішення екстремальної ситуації за рахунок загальної мобілізації всіх ресурсів організму до пристосування в наявних умовах

Схема 1.2. Емоційні стани, до яких призводить екстремальна ситуація

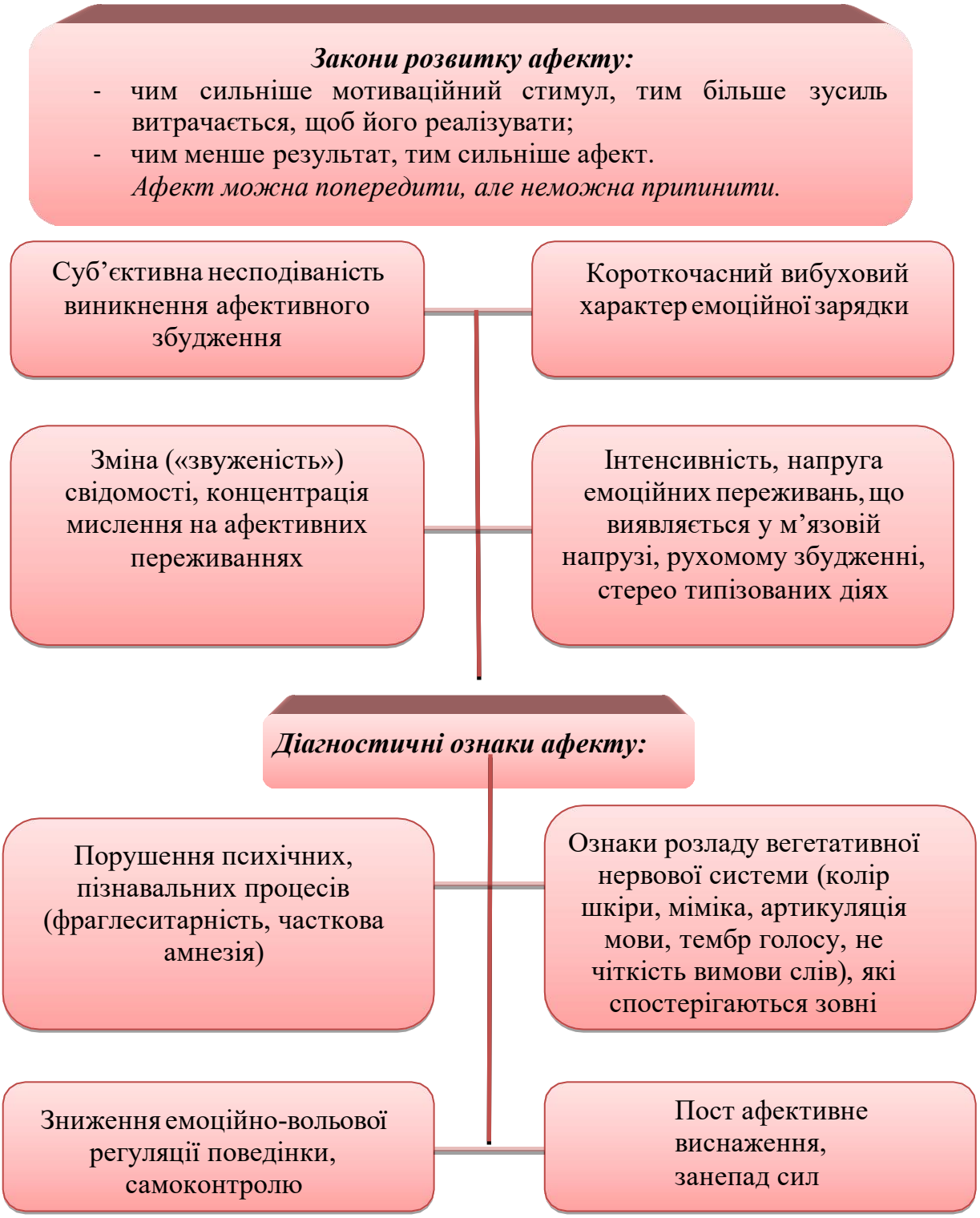


Схема 1.3. Афект. Закони розвитку афекту. Діагностичні ознаки афекту

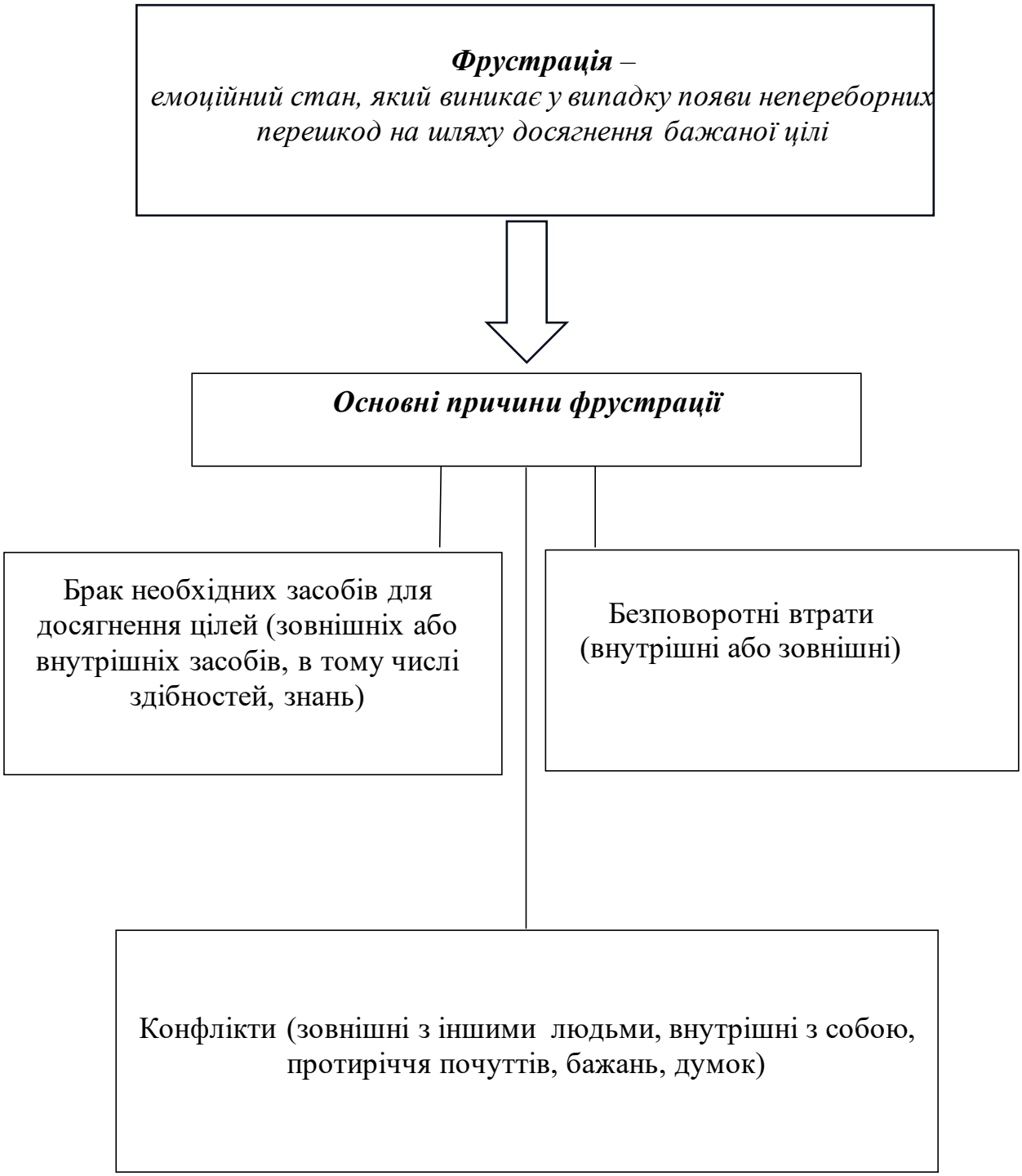


Схема 1.4. Фрустрація. Основні причини фрустрації



Схема 1.5. Стрес: види та фази

Існує класифікація гострих психологічних реакцій людини на стресогенні події. Відповідно до вираженості реакцій організму на стресогенні події ми виділили наступні набуті розлади (ступінь тяжкості чи характер). Останні виникають у людей за відсутності психічного захворювання у відповідь на винятково стресогенні події, такі, наприклад, як стихійне лихо, військові дії чи надзвичайна криза у взаємовідносинах.

До них можна віднести:

а) психічний ступор - це стан, що визначається різкою загальмованістю рухів аж до зупинки (відсутність рухів). Люди, які зазнали травми, незважаючи на смертельну небезпеку, не рухаються з місця, не можуть зробити жодного руху, не спроможні вимовити ні слова (мутизм). Вони оглушені, дезорієнтовані, свідомість у них звужена, увага знижена; вони не здатні адекватно відреагувати на зовнішні подразники. Так званий параліч психіки обмежується сферою емоцій (емоційний параліч), який характеризується тим, що всі почуття на деякий момент ніби зникають, людина стає до всього байдужою й емоційно не

реагує на те, що відбувається навколо. Одночасно виникають вегетативні розлади. Ступор триває недовго - хвилини, рідко години, і часто трансформується в інші типи психогенних реакцій - зазвичай депресивні, астенічні, фобічні. Проте процеси сприймання і мислення повністю зберігаються, і людина все бачить, чує і розуміє. Однак, попри смертельну небезпеку, що їй загрожує, спостерігає за всім, що відбувається, як сторонній спостерігач. Згадки про те, що відбувалося, досить фрагментарні, оскільки свідомість людини звужується. Як різновиди реакцій на гострий стрес описуються також «гостра кризова реакція», «бойова стомленість», «психічний шок»;

б) психомоторне збудження полярно протилежне вищезазначеному стану ступора - стан «рухової бурі» за Е. Кречмером. Цей стан характеризується раптовим, безглуздим і хаотичним руховим неспокоєм. Людина робить безліч зайвих, непотрібних рухів, без потреби розмахує руками, кричить, просить про допомогу, не помічаючи іноді при цьому реальних шляхів виходу із ситуації. Вона раптово біжить куди-небудь без будь-якої мети, іноді навіть у напрямку небезпеки. Такі люди не піддаються продуктивному контакту. Навпаки, часто подібні спроби ще більше ускладнюють стан потерпілих, посилюють тревогу, хвилювання, метушливість, викликаючи негативізм і агресивність. Стани збудження іноді різко припиняються, особливо при наданні медичної допомоги і переходять у депресію, ступорозні стани. Спогади про період збудження досить невиразні, що свідчить про звуження свідомості в період розладу;

в) психогенний транс. Внаслідок потужних землетрусів (наприклад, Спітакський) у багатьох потерпілих розвивалися стани, яким властиві звуження свідомості, явища автоматизму в поведінці та мові, детерміновані певною установкою - пошуком рідних і близьких. Після виходу із цього стану самі потерпілі ледве могли згадати про те, чого зазнали і що побачили в перші години, відтворювали певні епізоди із загальної картини, часом плутаючи хронологічну послідовність подій, не могли пригадати, де вони перебували, що робили. Майже всі говорили про втрату чутливості. Іноді висловлювали

здивування, як вони «не втратили глузду», «які вони були байдужі». Намагаючись певним чином пояснити цей стан, припускалися думки, що над зоною землетрусу «ймовірно розвіювали аерозолі чи якісь порошки, щоб не втратили глузду, тому ми нічого не відчували». На той період вони не усвідомлювали усієї глибини і трагічності того, що сталося. Тривалість посткатастрофічного психогенного трансу була різною і залежала від успіху пошуків тіл загиблих близьких і рідних;

г) реакції гострого лиха виникають одразу після втрати, хоча можуть бути і відстрочені (відставлені реакції). Вони проявляються психологічними і соматичними симптомами. Потерпілі скаржаться на втрату сили, відчуття виснаженості, нереальності (зміна свідомості), емоційну віддаленість від оточення, рідних. Відзначається почуття провини, ворожості до інших, дратівливість, злість, страх втрати здорового глузду, втрати сеансу та інтересу до життя. Виокремлюють п'ять основних ознак реакції гострого лиха: фізичне страждання, захопленість образом померлого, почуття провини, агресивні реакції, втрата моделей поведінки. Тривалість нормальної реакції на лихо залежить від здатності упокоритися з болем тяжкої втрати. Ця психологічно зрозуміла реакція гострого лиха може набувати патологічних форм: відстрочені реакції, коли відстрочення може тривати роки, і викривлена реакція лиха. В гострому періоді травми було описано стан, який можна визначити як посткатастрофічний синдром. За даного розладу людина, яка зазнала катастрофи, відчуває майже постійну різку слабкість, відчуття «ватяних ніг», почуття «втрати свідомості» та інші соматичні розлади; д) афективно-шокові реакції іноді називають у літературі «шоковими реакціями», «шоковими неврозами», «емоційними неврозами», «емоцією-шоком».

Усі представлені форми: психомоторне збудження, ступор і шок є крайніми формами реагування на раптову екстремальну ситуацію. їх тривалість коливається від кількох хвилин до декількох годин, рідше - днів; є) істеричні психози найчастіше проявляються у формі психогенних розладів свідомості, яка звужується під впливом інтенсивного афекту. Іноді виникають затьмарення

свідомості із зануренням у фантастичні переживання. В екстремальній катастрофічній ситуації найчастіше спостерігаються «синдром регресу психіки» (синдром здичавіння). *Наприклад, на другий день землетрусу, що стався 1986 р. у Вірменії,* дослідники спостерігали за сорокарічним чоловіком, який втратив єдиного сина-школяра. Він сидів із підібганими під себе ногами на канапі й по-дитячому схлипував. Лікаря, який прийшов, назвав «дядею»; дізнавшись, що «дядя», який прийшов, - лікар, заплакав; заявив, що боїться уколів. Афективні реакції на бесіду були по-дитячому наївними, супроводжувалися дитячою мімікою. Постійно намагався обійняти свою стареньку матір, підсісти ближче до неї. При цьому в поведінці хворих завжди відображається конкретна психотравмуюча ситуація, яка часто супроводжується гучним демонстративним плачем, неадекватним сміхом чи реготом. Всі, хто пережили гострі стресові реакції, з великими труднощами пригадують події перших хвилин і годин, частіше відтворюють деякі уривки, епізоди із загальної картини, плутаються в хронологічній послідовності подій і переживань. Майже всі постраждалі зазначають, що «нічого не відчувають», що їх «нічого не турбує», дивуються, що «не втратили здорового глузду». Окрім гострих психологічних реакцій, важливого значення має розвиток посттравматичних, постстресорних і посткризових психосоматичних реакцій, які фахівцями були виділені в окрему групу постстресових розладів. Водночас вони є наслідком перенесеного гострого стресового стану.

Вивчення різноманітних симптомів показало, що психічний і фізичний стан *співробітників силових структур* у ході проведення складних службових дій в умовах підвищеного ризику для життя може бути надзвичайно пригніченим.

До цих станів відносяться:

1. Стан тривоги. Загальне почуття тривоги, що відчуває рятувальник в екстремальній ситуації, характеризується втомою і почуттям напруги всього організму. Такий стан не зникає навіть після сну або відпочинку і призводить до того, що людина не може ні на чому зосередитися. Працівник, якому вдалося

заснути, часто прокидається від страху, від жахів нічних кошмарів, пов'язаних із тим, що він випробував в екстремальній ситуації. Деяких починають переслідувати думки про смерть, страх, що вони не впораються з завданням, що їхні товариші побачать їхній страх. Якщо таке почуття зберігається достатньо довго, розвивається стан фобії, тобто почуття стійкого страху, який із чим небудь асоціюється. Загальне почуття тривоги може перейти в істерію. Почуття тривоги часто виявляється в різноманітних соматичних неврозах, таких як синдром зусилля (хвороблива фізіологічна реакція на необхідність вчинити якусь дію). Нерідко це супроводжується хеканням, слабкістю, нечіткістю зору, запамороченням, порушенням реакцій опорно-рухового апарату, втратою свідомості. Іншим видом реакції на почуття тривоги є емоційна гіпернапруженість, що викликає стрімке підвищення кров'яного тиску з усіма супутніми хворобливими проявами (слабкість, пітливість, напруженість і т.п.). Може з'явитися прискорене серцебиття. Надалі часто починають виявлятися такі фізичні недуги, як розлад органів травлення, болі у спині й у поперековій ділянці.

2. Випадки бойової втоми. Працівники, які страждають від простої втоми, вкрай виснажені фізично і психічно, їхні біологічні системи відмовляють після певного періоду гіперактивності, коли фізичні можливості знаходяться в такому стані, що дозволяє справитися з небезпекою. Фізичне виснаження організму призводить до порушення розумової діяльності. Людина не усвідомлює, що її голова працює усе гірше. У стані бойової втоми рятувальник відчуває утруднення, а іноді і не може рухатися взагалі. Починає виявлятися тенденція до самотності, працівники стають занадто дратівливими. Вони втрачають інтерес до спілкування зі своїми товаришами, намагаються уникнути будь-яких видів діяльності, пов'язаних із витратою навіть незначних фізичних зусиль. Такі працівники схильні до емоційних криз, істерії або до приступів надзвичайно сильного страху або жаху. Все це може супроводжуватися крайньою сприйнятливістю до звукових подразників, підвищеною спітнілістю, посиленим серцебиттям, посинінням кінцівок. 3. Випадки бойового шоку.

“Бойовий шок” – емоційна реакція, що виникає через кілька годин або днів інтенсивних дій у надзвичайних ситуаціях, викликаних соціальними явищами криміногенного характеру або введенням режиму військового часу. При прогресуванні “бойовий шок” проходить три стадії: перша розвивається протягом декількох годин або днів і характеризується почуттям тривоги, депресією і страхом; на другій (гострій) стадії з'являються невротичні симптоми. Вона триває від декількох днів до декількох тижнів. Прогноз на видужання на другій стадії залишається сприятливим; третя (хронічна) стадія характеризується проявом хронічної психічної декомпенсації. Уражені в цій стадії працівники видужують повільно і часто не повністю.

4. Асоціальна поведінка. Екстремальні ситуації службової діяльності можуть мати такий глибокий вплив, що зміниться сама натура людини (тобто майже вся сукупність людських якостей конкретного працівника). З такого стану рятувальника дуже складно вивести. Цей стан припускає стійкі нав'язливі ідеї, коли людина фіксує свою увагу на якихось конкретних діях або об'єктах. Все це супроводжується дратівливістю, запальністю, почуттям пригніченості, занепокоєння і сприймається як загроза особистій безпеці.

Крім вищевказаних станів, при довготривалій участі в умовах надзвичайної ситуації, можна спостерігати:

5. Стан помутніння свідомості. Особистість, що страждає від психічного і фізичного виснаження, може швидко переходити до такого стану, коли порушується нормальне функціонування мозку (це звичайно виявляється у вигляді відходження від реальності, втрати орієнтації у часі і просторі). Часто такі стани супроводжуються втратою пам'яті, що може викликати шизофренічний стан дисоціації (тобто своєрідний відхід у себе), розвиток маніакальнодепресивних психозів, при яких можливі різкі зміни настрою і фізичної активності. Нерідко відмічається розвиток синдрому Ганзера (істеричне сутінкове потьмарення свідомості, що проявляється у відповідях на запитання невпопад). Будучи оточеним страхіттями екстремальної ситуації, працівник із синдромом Ганзера починає не до місця жартувати, нерозумно

себе веде, тобто намагається заглушити свій страх веселістю і сміхом. Ступінь ураження мозку у стані потьмарення свідомості може коливатися від глибоких неврозів до явних психозів.

6. Конверсійна істерія. Це психічне захворювання – одне з найважчих і сильних проявів наслідків екстремальної ситуації. Працівник, який знаходиться ніби між “ковадлом” професійного обов'язку і “молотом” страху (реакція організму на напругу екстремальної ситуації), розряджається від надмірної напруги шляхом конвертування (перетворення) своїх страхів у фізичні розлади організму, які є достатньо серйозними, щоб цілком вивести людину з ладу й у такий спосіб звільнити від страху за рахунок такого “законного” способу, як втрата здоров'я. Конверсійна істерія може викликати травматичні наслідки або відбуватися в посттравматичний період (тобто вона може виникнути після того, як працівник одержав травму або каліцтво). Конверсійна істерія викликає великі або часткові розлади психіки. Великі розлади психіки можуть виявлятися, зокрема, у реакції втечі, тобто при втраті орієнтування у просторі, коли людина не в змозі зрозуміти, що їй робити. Нерідко такий стан супроводжується безцільним ходінням у ризиконебезпечній зоні, при цьому людина залишається цілком байдужою до можливої небезпеки. І нарешті, розлади психіки, що із клінічної точки зору не є серйозними захворюваннями, можуть викликати жахливі симптоми. Серед них найбільш часто зустрічаються істеричний параліч, втрата слуху і зору. Мозок буквально “робить” тіло непрацездатним. Наприклад, під час випадку контрактивного паралічу рука не тільки цілком паралізована, але згинається в ліктьовому суглобі і нерухомо фіксується, коли кисть наближається до плеча. Психофізичний характер цього явища очевидний. Практично у кожного, хто брав участь у складних службових діях в умовах підвищеного ризику для життя, розвиваються деякі прояви стресу та посттравматичних стресових розладів. Помірний стрес сприяє мобілізації фізичних і психічних можливостей, захисних сил організму, активізує інтелектуальні процеси, створює оптимальне бойове збудження, інтенсифікує

доцільну діяльність працівника. Тривалий та інтенсивний вплив негативних стрес-факторів, здатні породжувати непродуктивні стресові стани (дистрес).

Дистрес виникає при таких варіантах стресу, при яких мають місце безпорадність, неспроможність, безнадія, пригніченість. Він нерідко супроводжується порушенням психічних процесів – відчуття, сприйняття, пам'яті, мислення, виникненням негативних емоцій (страх, байдужість, агресивність та інш.), перебоями в координації рухів (метушливість, тремор, заціпеніння та інш.), тимчасовими або тривалими особистими трансформаціями (пасивність, втрата волі до життя, впевненості в успіху, довіри до товаришів і начальників; схильність до шаблонних дій і примітивного наслідування; надмірний вияв інстинкту самозбереження та інш.). *Дистрес* може викликати різноманітні психогенні патологічні реакції і психологічні розлади. Стрес суб'єктивно усвідомлюється як переживання страху, тривоги, гніву, образи, суму, ейфорії, відчаю, нелюдської втоми і т. п. Інтенсивність переживання бойового стресу залежить від взаємодії двох основних чинників: сили і тривалості впливу на психіку працівника бойових стресорів; особливостей реагування працівника на їхній вплив.

Різноманітні бойові стресори поділяються на *специфічні і неспецифічні.*

Специфічні мають підвищений рівень стресогенності і включають:

- ситуації, що загрожують життю і фізичній цілісності особистості;
- поранення, контузії, травми, каліцтва;
- загибель близьких людей і товаришів по службі;
- жахливі картини смерті і людських мук;
- випадки загибелі товаришів по службі, громадян, відповідальність за які працівник приписує собі;
- події, у результаті яких постраждали честь і гідність рятувальника.

До другої групи (неспецифічні) відносяться стресори, притаманні як надзвичайній ситуації, так і іншим видам стресових ситуацій:

- підвищений рівень перманентної потенційної загрози для життя; тривала напружена діяльність;

- тривала депривація основних біологічних і соціальних потреб;
- різкі і несподівані зміни умов служби і життєдіяльності;
- важкі екологічні умови життєдіяльності;
- відсутність контактів з близькими;
- неможливість змінити умови свого існування;
- інтенсивні і тривалі міжособистісні конфлікти;
- підвищена відповідальність за свої дії;
- потенційна можливість фізичних і моральних страждань заради досягнення цілей.

На вплив психогенних факторів різноманітних службових обставин організм працівника відповідає “реакцією тривоги”. Вона виникає в кожної особи, може варіюватися за ступенем виразності (це залежить від індивідуальних особливостей) і продовжується протягом короткого проміжку часу. До симптомів нормальної “реакції тривоги” відносяться: м'язова напруга, тремор; збільшення потовиділення; прояв дисфункцій із боку травної, сечовивідної, серцевосудинної і дихальної систем; підвищення сприйнятливості до звуку; утруднений відхід до сну; прояв апатії або дратівливості. “Реакція тривоги” завершується формуванням “стану резистентності” (стійкості) за рахунок мобілізації компенсаторних механізмів організму. У цьому стані працівник готовий до виконання службового завдання. Під впливом стресу, що продовжується, “стан резистентності” змінюється фазою виснаження. Психічні травми можуть виникнути на всіх зазначених стадіях нормальної відповіді на психогенні фактори, якщо сили останніх перевищують захисні можливості організму рятувальника. Більше того, вважається за можливе виникнення психотравм у результаті “зриву” у “стані резистентності”, якщо він не підкріплюється подальшими діями, до яких готовий працівник.

Запитання та завдання для самоконтролю

1. Надайте визначення поняттю «екстремальна психологія».
2. Охарактеризуйте розвиток екстремальної психології в Україні.

3. Надайте визначення та охарактеризуйте предмет екстремальної психології.

4. Назвіть методи екстремальної психології.

5. Назвіть та надайте характеристику зовнішніх та внутрішніх чинників екстремальних ситуацій.

6. Надайте визначення понятть стрес та стресори.

7. Охарактеризуйте та розмежуйте поняття «емоційне збудження» «емоційне напруження» та «нервово-психічна напруга».

8. Надайте визначення та охарактеризуйте поняття «травматичні події».

9. Охарактеризуйте концепцію посттравматичних стресових розладів.

10. В чому різниця між стресом та хронічним стресом?

ТЕМА 3. КЛАСИФІКАЦІЯ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ ТА ЇХ ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ.

План

1. Аналіз понять, що використовуються в законодавстві України для відображення та опису ризиконебезпечних ситуацій.

2. Небезпечні ситуації воєнного часу.

3. Типи психотравмуючих ситуацій, поняття колективної травми.

4. Травматичний стрес. Концепція посттравматичного стресового розладу як наслідку перебування в екстремальних ситуаціях.

1. Аналіз понять, що використовуються в законодавстві України для відображення та опису ризиконебезпечних ситуацій.

У фундаментальних наукових працях з психологічних наук для опису і відображення ризиконебезпечних ситуацій, що виникають в діяльності представників екстремальних професій, використовується ще більше коло

понять. Вживання загальноприйнятих конкретних понять (катастрофа, локальний збройний конфлікт, збройний напад, пожежа, стихійне лихо і т. інш.) переплітаються з більш абстрактними узагальнюючими поняттями (виключний стан, кризові ситуації, надзвичайні ситуації, критичні ситуації, особливі ситуації, ускладнена оперативна обстановка, умови підвищеної небезпеки і т. інш.).

Наприклад, А.І. Пригожин (1989) надзвичайні ситуації розглядає як катастрофи природного, екологічного, технічного й соціального характеру;

В.І. Арнольд (1990) – як зміну зовнішніх умов у будь-яких системах, які виникають під впливом змін параметрів, і коли новий стан цих систем кардинально міняє їх якість, або таким само чином діє на пов'язані з ними системи;

Б.М. Порфір'єв (1989) – як зовнішньо несподівану, що виникає раптово, обстановку, яка характеризується невизначеністю і складністю прийняття рішення, гострою конфліктністю і стресовим станом населення, значними соціальноекологічними й економічними збитками, перш за все людськими жертвами, і як наслідок цього, – необхідністю великих людських, матеріальних і часових затрат на проведення евакуаційно-рятувальних робіт та ліквідацію різнопланових негативних наслідків (руйнування, пожеж тощо);

А.К. Микеєв (1990) – як невизначену комбінацію обставин, що являють собою небезпеку для життя, здоров'я і діяльності людей та вимагають негайних дій;

Я.І. Василькевич (1998) – як обстановку на об'єкті або певній частині території (акваторії), що склалася в результаті подій і лих природного, екологічного, техногенного, соціального та іншого характеру, та призвела або може призвести до значних збитків, людських жертв і порушень умов життєдіяльності та т. інш.

В цілому ж, ризиконебезпечні ситуації, що виникають у діяльності органів та підрозділів МНС України, прийнято визначати як надзвичайні ситуації. Отже виходячи із того, що поняття є сутністю предмета, термін

“надзвичайна ситуація” використовується більшістю авторів у значенні узагальненого небезпечного явища, яке викликає особливі умови. З прийняттям Постанови Кабінету Міністрів України від 24 березня 2004 р. №368 “Про затвердження Порядку класифікації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру за їх рівнями” поняття “надзвичайна ситуація” має подвійний характер: з одного боку, воно описує небезпечне явище, а з іншого боку – це певний режим діяльності державних органів, передбачений системою реагування і запобігання.

Для визначення рівня надзвичайної ситуації встановлюються такі категорії: територіальне поширення та обсяги технічних і матеріальних ресурсів, що необхідні для ліквідації наслідків надзвичайних ситуації; кількість людей, які постраждали або умови життєдіяльності яких було порушено внаслідок надзвичайної ситуації; розмір заподіяних (очікуваних) збитків. Разом з тим вже після введення в дію зазначеного нормативного акта у вітчизняній, як в навчальній, так і у науковій літературі зустрічаються певні розбіжності в підходах щодо трактування та класифікації надзвичайних ситуацій. Наприклад, М.М. Биченок (2004) для класифікації НС пропонує застосовувати причинно-наслідковий і просторово-часовий підхід.

Такий підхід, на думку автора, дозволяє розрізняти будь-які НС за п’ятьма мінімально необхідними класифікаційними ознаками:

- за причинами виникнення (джерелами небезпеки);
- за несприятливими наслідками (обсягами ураження);
- за протидіючими чинниками (ресурсами захисту);
- за просторовими характеристиками (масштабністю);
- за часовими характеристиками (періодизацією).

У світовій і вітчизняній літературі існує кілька десятків визначень катастроф. У Кодексі цивільного захисту України визначено терміни сфери цивільного захисту, зокрема поняття і сутність терміну «надзвичайна ситуація».

Надзвичайна ситуація - обстановка на окремій території чи суб’єкті господарювання на ній або водному об’єкті, яка характеризується порушенням

нормальних умов життєдіяльності населення, спричинена катастрофою, аварією, пожежею, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, застосуванням засобів ураження або іншою небезпечною подією, що призвела (може призвести) до виникнення загрози життю або здоров'ю населення, великої кількості загиблих і постраждалих, завдання значних матеріальних збитків, а також до неможливості проживання населення на такій території чи об'єкті, провадження на ній господарської діяльності.

Надзвичайна ситуація є наслідком сукупності виняткових обставин, що склалися у відповідній зоні в результаті надзвичайної події техногенного, природного, антропогенного та воєнного характеру, а також під впливом можливих надзвичайних умов.

Таким чином, надзвичайна ситуація є наслідком небезпечної події і можливих небезпечних чинників.

Небезпечна подія - подія, у тому числі катастрофа, аварія, пожежа, стихійне лихо, епідемія, епізоотія, епіфітотія, яка за своїми наслідками становить загрозу життю або здоров'ю населення чи призводить до завдання матеріальних збитків.

Небезпечний чинник - складова частина небезпечного явища (пожежа, вибух, викидання, загроза викидання небезпечних хімічних, радіоактивних і біологічно небезпечних речовин) або процесу, що характеризується фізичною, хімічною, біологічною чи іншою дією (впливом), перевищенням нормативних показників і створює загрозу життю та/або здоров'ю людини.

Також у Кодексі визначаються наступні поняття, які обумовлюють визначення терміну надзвичайна ситуація.

Зона надзвичайної ситуації - окрема територія, акваторія, де сталася надзвичайна ситуація.

Зона можливого ураження - окрема територія, акваторія, на якій внаслідок настання надзвичайної ситуації виникає загроза життю або здоров'ю людей та заподіяна шкода майну.

Катастрофа - велика за масштабами аварія чи інша подія, що приводить до тяжких наслідків.

Аварія - небезпечна подія техногенного характеру, що спричинила ураження, травмування населення або створює на окремій території чи території суб'єкта господарювання загрозу життю або здоров'ю населення та призводить до руйнування будівель, споруд, обладнання і транспортних засобів, порушення виробничого або транспортного процесу чи спричиняє наднормативні, аварійні викиди забруднюючих речовин та інший шкідливий вплив на навколишнє природне середовище.

Пожежа - неконтрольований процес знищування або пошкодження вогнем майна, під час якого виникають чинники, небезпечні для істот та навколишнього природного середовища.

Стихійне лихо - природне явище, що діє з великою руйнівною силою, заподіює значну шкоду території, на якій відбувається, порушує нормальну життєдіяльність населення, завдає матеріальних збитків.

Епідемія - масове поширення інфекційної хвороби серед населення відповідної території за короткий проміжок часу.

Епізоотія - широке поширення заразної хвороби тварин за короткий проміжок часу, що значно перевищує звичайний рівень захворюваності на цю хворобу на відповідній території.

Епіфітотія - широке поширення на території однієї або кількох адміністративно-територіальних одиниць заразної хвороби рослин, що значно перевищує звичайний рівень захворюваності на цю хворобу на відповідній території.

Об'єкт підвищеної небезпеки - об'єкт, який згідно із законом вважається таким, на якому є реальна загроза виникнення аварії та/або надзвичайної ситуації техногенного чи природного характеру.

Постраждалі внаслідок надзвичайної ситуації техногенного або природного характеру - особи, здоров'ю яких заподіяна шкода внаслідок надзвичайної ситуації.

Класифікація надзвичайних ситуацій - система, згідно з якою надзвичайні ситуації поділяються на класи і підкласи залежно від характеру їх походження.

Вона визначена у Національному класифікаторі ДК 019:2010 «Класифікатор надзвичайних ситуацій».

Національний «Класифікатор надзвичайних ситуацій» застосовують для збирання адміністративних даних та організації взаємодії органів центральної влади, відомств, організацій, підприємств під час вирішування питань, пов'язаних із надзвичайними ситуаціями.

За структурою класифікатор складається з *трьох рівнів класифікації*: клас, підклас, група. Метод класифікації – ієрархічний, послідовний, п'ятизначний.

Надзвичайні ситуації класифікуються за:

1) характером походження,

2) ступенем поширення,

3) розміром людських втрат

4) розміром матеріальних збитків.

Залежно від характеру походження подій, що можуть зумовити виникнення надзвичайних ситуацій на території України, визначаються такі **види** надзвичайних ситуацій:

1) техногенного характеру;

2) природного характеру;

3) соціальні;

4) воєнні.

Надзвичайні ситуації ***техногенного характеру:*** транспортні аварії (катастрофи), пожежі, неспровоковані вибухи чи їх загроза, аварії з викидом (загрозою викиду) небезпечних хімічних, радіоактивних, біологічних речовин, раптове руйнування споруд та будівель, аварії на інженерних мережах і спорудах життєзабезпечення, гідродинамічні аварії на греблях, дамбах тощо.

Надзвичайні ситуації ***природного характеру***: небезпечні геологічні, метеорологічні, гідрологічні явища, деградація ґрунтів чи надр, природні пожежі, змін» стану повітряного басейну, інфекційна захворюваність людей, сільськогосподарських тварин, масове ураження сільськогосподарських рослин хворобами чи шкідниками, зміна стану водних ресурсів та біосфери тощо.

Надзвичайні ситуації ***соціального характеру*** пов'язані з протиправними діями терористичного і антиконституційного спрямування; здійснення або реальна загроза терористичного акту (збройний напад, захоплення і утримання важливих об'єктів, ядерних установок, і матеріалів, систем зв'язку та телекомунікація, напад чи замах на екіпаж повітряного чи морського судна), викрадення (спроба викрадення) ми знищення суден, установлення вибухових пристроїв у громадських місцях, зникнення (крадіжка) зброї, виявлення застарілих боєприпасів тощо.

Надзвичайні ситуації ***воєнного характеру*** пов'язані з наслідками застосування зброї масового ураження або звичайних засобів ураження, під час яких виникають вторинні фактори ураження населення внаслідок зруйнування атомних і гідроелектричних станцій, складів і сховищ радіоактивних і токсичних речовин та відходів, нафтопродуктів, вибухівки, сильнодіючих отруйних речовин, токсичних відходів, транспортних та інженерних комунікацій тощо.

Загальними ознаками надзвичайних ситуацій є:

1. Наявність або загроза загибелі людей чи значне погіршення умов їх життєдіяльності;

2. Заподіяння економічних збитків;

3. Істотне погіршення стану довкілля.

Людина повинна, перш за все, сама турбуватися і приймати рішення по захисту від небезпеки, вміти захищати своє життя. Для прийняття рішення щодо заходів захисту необхідно знати фактори ураження даного типу НС і характеристики осередку ураження.

Осередком ураження називається територія, на яку впливають негативні фактори надзвичайної ситуації (стихійного лиха, техногенної аварії та ін.), викликаючи масові ураження людей, пошкодження (руйнування) будівель і споруд, пожежі, зараження місцевості. Осередки ураження бувають прості і складні (комбіновані).

Простим осередком ураження називається осередок, який виникає під дією одного вражаючого фактору.

Складний осередок ураження виникає в результаті дії декількох вражаючих факторів.

Залежно від обсягів заподіяних надзвичайною ситуацією наслідків, обсягів технічних і матеріальних ресурсів, необхідних для їх ліквідації, визначаються такі ***рівні надзвичайних ситуацій:***

1) державний;

2) регіональний;

3) місцевий;

4) об’єктовий.

Класифікаційна ознака надзвичайної ситуації - технічна або інша характеристика небезпечної події, що зумовлює виникнення обстановки, яка характеризується як надзвичайна ситуація та визначаються центральним органом виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері цивільного захисту.

Порядок класифікації надзвичайних ситуацій за їх рівнями встановлюється Кабінетом Міністрів України.

В Постанові Кабінету Міністрів України від 24 березня 2004 р. № 368 «Про затвердження Порядку класифікації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру за їх рівнями » встановлюються такі категорії:

- територіальне поширення та обсяги технічних і матеріальних ресурсів, що необхідні для ліквідації наслідків надзвичайної ситуації;
- кількість людей, які постраждали або умови життєдіяльності яких було порушено внаслідок надзвичайної ситуації;

- розмір заподіяних (очікуваних) збитків.

Надзвичайна ситуація ***загальнодержавного рівня*** - це надзвичайна ситуація, яка виникає на території двох та більше областей (міста Києва) або загрожує транскордонним перенесенням, а також у разі, коли для її ліквідації необхідні матеріали і технічні ресурси у обсягах, що перевищують можливості окремої області (Автономної Республіки Крим, міст Києва та Севастополя), але не менше одного відсотка обсягу видатків відповідного бюджету.

Надзвичайна ситуація ***регіонального рівня*** — це надзвичайна ситуація, яка виникає на території двох або більше адміністративних районів (міст обласного значення), областей, міста Києва або загрожує перенесенням на територію суміжної області України, а також у разі, коли для її ліквідації необхідні матеріальні і технічні ресурси в обсягах, що перевищують можливості окремого району, але не менше одного відсотка обсягу видатків відповідного бюджету.

Надзвичайна ситуація ***місцевого рівня*** — це надзвичайна ситуація, яка виходить за межі потенційно небезпечного об'єкта, загрожує поширенням самої ситуації або її вторинних наслідків на довкілля, сусідні населені пункти, інженерні споруди, а також у разі, коли для її ліквідації необхідні матеріальні і технічні ресурси в обсягах, що перевищують можливості потенційно – небезпечного об'єкта, але не менше одного відсотка обсягу видатків відповідного бюджету.

До місцевого рівня також належать всі надзвичайні ситуації, які виникають на об’єктах житлово - комунальної сфери та інших, що не входять до затверджених переліків потенційно небезпечних об'єктів.

Надзвичайна ситуація ***об'єктового рівня*** — це надзвичайна ситуація, яка розгортається на території об'єкта або на самому об'єкті і наслідки якої не виходять за межі об'єкта або його санітарно-захисної зони.

Природні надзвичайні ситуації класифікують за видами можливих природних явищ, що призводять до їх виникнення: небезпечні геологічні, метеорологічні, гідрологічні, морські та прісноводні явища, деградація ґрунтів

чи надр, природні пожежі, зміна стану повітряного басейну, інфекційна захворюваність людей, сільськогосподарських тварин, масове ураження сільськогосподарських рослин хворобами і збудниками, зміна стану водних ресурсів і біосфери тощо. Кожний клас стихійних лих класифікується за характеристиками явища, які визначають особливості дії факторів ураження на людей, навколишнє природне середовище та суб'єкти господарської діяльності.

Надзвичайні ситуації соціально-політичного характеру, які пов'язані з протиправними діями терористичного й антиконституційного спрямування, поділяються на наступні НС: здійснення або реальна загроза терористичного акту, викрадення (спроба викрадення) чи знищення суден, захоплення заручників, встановлення вибухових пристроїв у громадських місцях, викрадення або захоплення зброї, виявлення застарілих боєприпасів тощо. Біологічні хімічні викиди (загроза викиду) небезпечних речовин вибухи не спровоковані або їх загроза надзвичайні ситуації техногенного характеру транспортні аварії (катастрофи) радіаційні аварії на інженерних мережах і системах життєзабезпечення рантове руйнування споруд і будівель гідродинамічні аварії пожежі Надзвичайні ситуації воєнного характеру пов'язані з наслідками застосування зброї масового ураження або звичайних засобів ураження, під час яких виникають вторинні фактори ураження населення, внаслідок зруйнування атомних і гідроелектричних станцій, складів і сховищ радіоактивних і токсичних речовин та відходів, нафтопродуктів, вибухівки, транспортних та інженерних комунікацій тощо.

За другою основною підставою, “за галузевою ознакою”, надзвичайні ситуації поділяються на НС, які можуть виникати: в будівництві, у промисловості, в житловій, комунальній і побутовій сферах обслуговування населення, на транспорті, в сільському господарстві, в лісному господарстві. Надзвичайні ситуації на транспорті додатково поділяються залежно від виду транспорту на надзвичайні ситуації на повітряному, водному, наземному чи підземному транспорті. За третьою головною ознакою, “за масштабом можливих наслідків”, надзвичайні ситуації поділяються з урахуванням

територіального поширення, характеру сил і засобів, що залучаються для ліквідації наслідків на: НС загальнодержавного рівня – надзвичайна ситуація розвивається на території двох та більше адміністративно-територіальних одиниць (областей, Автономної Республіки Крим, міст Києва і Севастополя) або загрожує транскордонним перенесенням, а також у разі, коли для її ліквідації необхідні матеріальні і технічні ресурси в обсягах, що перевищують власні можливості окремої області (Автономної Республіки Крим, міст Києва і Севастополя), але не менше одного відсотка обсягу видатків відповідного бюджету; НС регіонального рівня – надзвичайна ситуація розгортається на території двох та більше адміністративних районів (міст обласного підпорядкування) Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя або загрожує перенесенням на територію суміжної області держави, а також коли для її ліквідації необхідні матеріальні і технічні.

2. Небезпечні ситуації воєнного часу.

Надзвичайні ситуації воєнного характеру — це ситуації, пов'язані з на; слідками застосування зброї масового ураження або звичайних засобів ураження, під час яких виникають вторинні фактори ураження населення внаслідок зруйнування атомних і гідроелектричних станцій, складів і сховищ радіоактивних і токсичних речовин та відходів, нафтопродуктів, вибухівки, сильнодіючих отруйних речовин, токсичних відходів, нафтопродуктів, вибухівки, транспортних та інженерних комунікацій тощо.

Джерела небезпечних ситуацій у військовий час. Звісно першим і самим небезпечним джерелом є зброя. На даний час ми можемо виділити такі види зброї:

1. Зброя масового ураження, яка в свою чергу розділяється на:

- ядерну зброю;
- хімічну зброю;
- біологічну зброю.

Вся ця зброя веде до масового ураження населення на великих територіях, а при ядерному ударі і до значних руйнацій.

2. Звичайна зброя, яка застосовується при локальних і широкомасштабних бойових діях. *Розрізняють багато видів звичайної зброї, але вся вона застосовується для знищення людей та матеріальних об'єктів. Наприклад при застосуванні системи залпового вогню на площі близько 13 га будуть знищені всі споруди і майже 82% живої сили ворога.*

3. Засоби радіоелектронної боротьби, які не ведуть до знищення споруд, але надзвичайно шкідливі для людини.

Іншим джерелом небезпеки є надзвичайна антисанітарна обстановка під час ведення бойових дій. Перш за все це велика кількість трупів, які не завжди можна поховати (наприклад у містах ведення інтенсивних бойових дій), по-друге порушується нормальна робота комунальних служб міст, що призводить до погіршення якості води, перебоїв каналізаційної системи і т. п.

Також завжди спостерігається зріст популяції гризунів і інших тварин, які завжди є переносниками хвороб. Також відчувається недостатнє медичне обслуговування, нестача медичних препаратів (більшість іде на фронт). Отже створюється сприятлива ситуація для виникнення епідемій, особливо в теплі місяці. Також багато людей можуть потерпати від звичайних хвороб які не зможуть ефективно лікуватися в умовах воєнного часу.

Третьою складовою є складна екологічна та техногенна обстановка. Треба враховувати, що сучасна війна не обходиться без значних руйнувань, які самі по собі являють загрозу життю людини і зазвичай супроводжуються пожежами.

Але ще більшу небезпеку несуть в собі підприємства, які й за мирних умов були джерелом небезпеки і шкідливих викидів. *Хімічні підприємства, АЕС, нафтопереробні заводи у разі їх часткового або повного руйнування викличуть техногенну катастрофу і будуть становити значну небезпеку для життєдіяльності людей у районі розташування.*

Розглянувши основні джерела надзвичайних ситуацій воєнного часу хочу перейти до опису їх видів і наслідків, та способів локалізації та ліквідації.

В сучасних умовах при виникненні широкомасштабної війни не викликає сумнівів використання зброї масового ураження і перш за все ядерної зброї. Розглянемо наслідки такого використання для життєдіяльності людини.

Ядерна зброя має декілька факторів ураження: світловий удар, тепловий удар, ударна хвиля та променеве ураження. Кожен з них становить велику небезпеку для життя і здоров'я людини. Світловий удар приводить до сліпоти, загорання одежі і предметів навколишньої обстановки, тепловий доповнює цей ефект.

Ударна хвиля руйнує будівлі і споруди, а послідуюче радіоактивне ураження робить перебування на зараженій території небезпечним для здоров'я та життя. Ядерний удар характеризується великим радіусом дії (120 км для бомби середньої потужності), великими втратами серед людей (90% в радіусі 100 км) і ще більшою кількістю опромінених. Після нього територія непридатна для проживання, а виниклі пожежі розносять за вітром радіоактивні елементи. Люди отримують опіки різного ступеня, механічні ушкодження від ударної хвилі і звичайно променеву хворобу. В залежності від її ступеня наступає смерть або розвивається лейкемія, ракові захворювання, значно послаблюється імунітет.

Звісно при ураженні поводяться евакуаційні заходи, люди переховуються в спеціальних сховищах з фільтрацією повітря і запасами води та їжі. Проводяться роботи по розбору завалів і локалізації та тушіння ядерних пожеж. Люди повинні мати засоби індивідуального захисту, які призначені для таких випадків. Район ураження локалізується і оточується для запобігання розповсюдження радіоактивного забруднення. Проводиться повна евакуація людей, особового складу формувань та техніки та їх повна дезинфекція після виведення з зон ураження. Ядерна зброя представляє найбільшу загрозу для життя і здоров'я людини.

Також можливе широке використання хімічної зброї, в основному газів і отруйних речовин для зараження водних ресурсів. Хімічні бойові речовини

уражають слизові оболонки людей, очі та відкриті ділянки шкіри і маючи в основному нервово-паралітичну дію приводять до їх смерті.

При невиконанні заходів індивідуального захисту можливий великий процент втрат людей. Також слід зауважити, що строк дії цих речовин досить довгий і вони уражають тварин та рослини. Так при застосуванні бойового газу SD-12 залишається тільки випалена земля і пусті споруди. Окремо стоять отруйні речовини якими забруднюють джерела води, як важливі стратегічні об’єкти. При такому диверсійному акті великі міста можуть залишитися без достатньої кількості водних ресурсів.

В разі подання сигналу "Хімічна тривога" необхідно відразу ж надягнути протигаз, а при необхідності і інші засоби захисту, і при першій можливості прибути до сховища. В той же час силами військ та підрозділів ГО розгортаються евакуаційні заходи, медична допомога постраждалим і їх транспортування до сховищ, починаються перші етапи дегазації. Потрібно швидко ліквідувати загрозу для життя людей, локалізувати і очистити зони забруднення води, не допустити розповсюдження отруєння на великі території. Для цього існують спеціальні війська хімічного захисту та підрозділи ГО і МНС.

Ще складніше ліквідувати наслідки дії біологічної зброї. Звичайно біологічна зброя застосовується в вигляді штамів різних хвороботворних бактерій, часто генетично змінених, які прищеплюються гризунам, комахам, рослинам для викликання епідемій і ураження живої сили противника і підриву його тилів.

Ознаки біологічної атаки виявити зразу складно і можливо піде не менше місяця до цього. Тому важливо проводити попереджуючий контроль, а при перших ознаках біологічної атаки оголошується карантин і всі сили кидаються на виявлення збудників хвороби та їх переносників. Проводиться дезинфекція міст зараження, дератизація, відлов бродячих тварин, захоронення трупів.

Можливе отруєння водних ресурсів бактеріями. В такому разі повинне бути забезпечене постачання незараженою водою з зовнішнього периметру.

Складність полягає в тому, що наслідки біоатак можуть накластися на епідемії воєнного часу. Сполучення з зараженим районом строго обмежується і здійснюється тільки через КПП з відповідним санітарним контролем. Вся техніка та люди з зараженого району мають пройти встановлений карантин і дезінфекцію.

При використанні звичайних видів зброї відбуваються значні руйнування та загибель великої кількості людей. При бомбардуванні і веденні бойових дій сучасною зброєю виникають пожежі які представляють значну загрозу життю та здоров'ю людей, особливо при застосуванні спеціальних запальних боєприпасів з напалмом та іншими горючими речовинами. Для таких випадків в підрозділах ГО та військ формуються спеціальні пожежні команди для допомоги в гасінні пожеж, недопущенні знищення матеріальних цінностей та людей.

Головним завданням таких команд є зразу ж після нанесення удару виявити, локалізувати та погасити пожежі до того як ті завдали шкоди майну і людям. Цивільне населення евакуюється з зони пожежі в першу чергу, а потім починається евакуація майна якщо зупинити вогонь на даному етапі неможливо.

Також при бойових діях і бомбардуваннях утворюються завали і під ними можуть бути заблоковані люди які не встигли сховатися в бомбосховища. Підрозділи ГО повинні розчищати завали, ліквідовувати небезпеку нових завалів, евакуювати населення з небезпечної зони. Але в першу черга повинна проводитися робота по вчасній евакуації населення в бомбосховища перед загрозою бомбардування. На цих роботах повинна в повній мірі застосовуватися спеціальна техніка МНС.

Особливу увагу слід приділяти техногенним катастрофам які можуть виникнути від руйнування у ході бойових дій екологічно небезпечних об'єктів. *Візьмемо гіпотетичний приклад: бойові дії йдуть поблизу Києва. Для послаблення обороноздатності міста противних знищує Київську ГЕС. Наслідки для столиці катастрофічні – затоплені багато районів, перервані*

комунікації, знищені або в непрацездатному стані багато підприємств, зникла електрична енергія і звісно значні людські жертви.

Іншим прикладом може стати знищення під час бомбардування крупного хімічного підприємства з виробництва небезпечних для людей хім. речовин (тієї ж хімічної зброї). Можна тільки уявити до яких жертв це приведе. Ще більш непередбачуваними будуть наслідки удару по АЕС. Треба взяти до уваги, що противник завжди намагатиметься знищити або захопити важливі стратегічні об'єкти, як то електростанції, крупні промислові підприємства і т. п.

Особливою статтею слід виділити загрозу виникнення епідемій у зв'язку з антисанітарними умовами. Як було сказано вище не завжди є можливість поховати останки загиблих під час воєнних дій, що приводить до значного зростання ризику спалаху інфекційних захворювань. До того ж бродячі тварини, гризуни та комахи які мають контакт з тілами можуть стати переносниками інфекцій.

В умовах війни та неможливості дотримуватися правил гігієни, бруду спостерігається розквіт вошей, бліх та інших паразитів які є переносником такої небезпечної інфекції як тиф, свербіж і т. п. Також вода та продукти можуть бути заражені різними бактеріями у зв'язку з попаданням у них тіл та продуктів життєдіяльності зі збудниками інфекцій. Особливо небезпечною ситуація стає в теплі пори року, коли всі мікроорганізми розмножуються надзвичайно швидко.

При загрозі виникнення епідемій мають запроваджуватися наступні невідкладні заходи:

- повне захоронення тіл та останків загиблих, а при неможливості, їх спалення;
- проведення комплексів дезинфікуючих заходів східних з аналогічними при біологічній атаці;
- контроль за гігієною в військах та у цивільного населення, ліквідація міст розносу педикульозу та інших подібних захворювань;

- ретельний контроль за станом здоров'я населення, станом води та продуктів харчування;
- карантин у місцях спалаху епідемій.

Загроза виникнення надзвичайної ситуації будь якого класу чи рівня — це реальна загроза для життя і здоров'я людей, загроза порушення нормальних умов їх життя і діяльності або ж значних матеріальних втрат. Завданням безпеки життєдіяльності як галузі науково-практичної діяльності є *захист здоров'я та життя людини і середовища її проживання від небезпек, а також * розробка і реалізація відповідних засобів та заходів щодо створення і підтримки здорових та безпечних умов життя і діяльності людини. Виконання цього завдання особливо гостро стоїть під час загрози виникнення та при виникненні надзвичайних ситуацій.

3. Типи психотравмуючих ситуацій, поняття колективної травми

Питання психотравми як відносно самостійного психічного і психологічного феномену вивчали такі дослідники, як Б. Колодзін, Д. Калшед, П. Левін, Дженей і Баррі Уайнхолд, Е. Фредерик, Л. Бурбо, Н. Пезешкіан, А. Єрмошин, Н. Тарабріна та ін. В Україні інтерес до цієї проблеми різко зріс після 2013 року: з’явилася низка зарубіжних публікацій [4; 11; 24 та ін.], в яких систематизовано найновіший досвід подолання наслідків психотравми; зросла кількість робіт вітчизняних дослідників, серед яких публікації О. Романчука, З. Кісарчук, Т. Титаренко, В. Климчука, П. Горностая, А. Карачевського, Г. Лазос, Я. Омельченко, Л. Гребінь, Н. Журавльової, Л. Царенко, О. Вознесенської, М. Сидоркіної, В. Горбунової та ін.

У різних джерелах по-різному тлумачиться поняття «психотравма». *Виділяють «психічну» і «психологічну» травми* [65, 68]. За умови психічної травми спостерігаються помітні порушення нормального функціонування психіки. А якщо це травма психологічна, то таких порушень не буде, проте суттєво зміняться базові переконання і цінності людини. У випадку психічної травми події загрожують життю людини, а у випадку психологічної – події є загрозливими для особистості (чи такі, що інтерпретуються як загрозливі):

втрата домівки, роботи, місця проживання, свободи (наприклад, у випадку ув'язнення); подружня зрада, приниження людської гідності (цькування в школі чи психологічне насильства в сім'ї) тощо. Такі події змінюють усталений спосіб життя та особистісну цілісність людини. Результатом пережитого може бути дистрес (виснаження), криза або важкий емоційний стрес. За цих умов зміни психічного стану суттєво відрізняються від змін у випадку психічної травми. Часто визначення терміна «психотравма» (як синонім у літературі вживається ще й термін «травмівний стрес») схожі на визначення стресу (подія [31], що несе додаткове навантаження на людину):

а) психотравма [68] – незвичайна подія, яка здатна спричинити важкий психологічний стрес, що супроводжується почуттям жаху, страху та безпорадності;

б) психотравма – це зовнішні подразники, що діють на індивіда болісно й патогенно, викликають переживання і страждання.

Незважаючи на подібність визначень переживання стресу і психотравми відрізняються. На цю відмінність указує Н. Тарабріна [цит. за 12]. Згідно з сучасними уявленнями про стрес, останній стає психотравмою, коли наслідком дії стресора стає порушення у психічній сфері людини аналогічне з порушеннями в соматичних процесах. Стресором у таких випадках стає травмівна подія.

ТРАВМІВНА ПОДІЯ ХАРАКТЕРИЗУЄТЬСЯ РАПТОВІСТЮ, РУЙНІВНОЮ СИЛОЮ, ІНТЕНСИВНІСТЮ; ЧАСТО ПОВ'ЯЗАНА З ФАКТОМ АБО ЗАГРОЗОЮ СМЕРТІ, СЕРЙОЗНОГО ТІЛЕСНОГО УШКОДЖЕННЯ ЧИ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА; НЕСЕ ЛЮДИНІ АБСОЛЮТНО НОВУ ІНФОРМАЦІЮ, ЯКУ НЕОБХІДНО ІНТЕГРУВАТИ В ПОПЕРЕДНІЙ ЖИТТЄВИЙ ДОСВІД.

Отже, у випадку травмівних подій людина «зустрічається з фізичною смертю», такі події можуть загрожувати життю чи фізичній цілісності людини: поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, побратимів, мирного населення; картини смерті,

поранень і людських страждань; суїциди і вбивства. Такі події з великою ймовірністю призведуть до психічної травми. Ця особливість відображена у п'ятому виданні (DSM-5; Американська психіатрична асоціація [APA], 2013) [4], де психотравма визначається як «експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства в один (чи більше) з таких способів:

(1) безпосереднє переживання травмівної події (-ій);

(2) перебування свідком подій, які трапилися з іншими;

(3) знання того, що травмівна подія (-ії) трапилась із членом сім'ї чи близьким другом – у випадках смерті чи загрози життю члену сім'ї чи другові, якщо ця подія була насильницькою або непередбаченою;

(4) переживання багаторазової або надмірної експозиції до нестерпних деталей травмівної події (-ій), наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки. (Експозиція – безпосереднє зіткнення з якоюсь подією та пов'язані з цим переживання). Дослідники розглядають психотравму і як стан, і як ситуацію чи подію (психотравмівна ситуація чи психотравмівна подія).

Психотравма (як стан) [цит. за 61] – переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їхнього подолання. Цей стан супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності й втрати контролю, когнітивними змінами і змінами у способах регуляції афектів, що спричиняє іноді тривалі фізичні, психічні й особистісні розлади. На фізіологічному рівні змінюється біохімічна рівновага (чим пояснюються ефект знеболення, надмірне збудження, амнезія, зниження імунітету, виснаження тощо); змінюється робота мозку – блокується міжпівкульна синаптична передача. Інакше функціонують нейрони кори головного мозку, внаслідок чого страждають насамперед мозкові зони, пов'язані з контролем агресивності та циклом сну [11; 31].

І в зарубіжній, і у вітчизняній літературі більше зосереджуються на вивченні психотравми як стану, спричиненого травмівною подією/ситуацією. У

цьому розділі ми коротко розглянемо характеристики психотравми як ситуації/ події і визначимо типологію травмівних подій.

У найширшому значенні психотравма – це реакція особистості на психотравмівні події, такі як війни, терористичні акти, стихійні лиха, нещасні випадки та аварії, фізичне, емоційне і сексуальне насильства, важкі захворювання, ситуації втрати, горя, міжособистісні конфлікти тощо.

Психотравма (як ситуація/подія) – це будь-яка особисто значуща ситуація/подія, що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини і може, у випадку недостатності захисних психологічних механізмів, зумовити психічні розлади [58].

Відмінність між поняттями «подія» і «ситуація» полягає в тому, що коли йдеться про ситуацію, то розглядають взаємовплив особистості й середовища, і провідна роль тут відводиться суб'єктивним чинникам: переживанню і розумінню ситуації людиною, ставлення до неї, а в події зауважують насамперед зовнішні чинники. Подія [9]:

- те, що відбувалося або відбулося, сталося;
- явище, факт суспільного або особистого життя;
- сукупність пов'язаних між собою явищ, фактів суспільного життя (зазвичай, важливих, значних), які є ніби єдиним цілим;
- те, що порушує усталений, звичний хід життя;
- щось важливе, видатне;
- що-небудь непередбачене, несподіване.

Найважливіші характеристики травмівної події: несподівана, неочікувана, приголомшлива. Така подія виходить за межі звичайного досвіду людини. Це може бути аварія, пожежа, одиничний епізод насильства, раптова втрата близької людини тощо. Зазвичай, таку травмівну подію називають монотравмою на відміну від мультитравми [49], коли одночасно людина піддається впливу кількох травмівних подій (наприклад, у зоні воєнного конфлікту – отримана контузія від вибуху, і від цього ж вибуху загинув

товариш). Близькими до поняття мультитравма є поняття політравма (множинна, поєднана, комбінована травма).

Ці визначення – *«монотравма», «мультитравма», «політравма»* – запозичені з медичної термінології.

Політравми особливо важкі, супроводжуються суттєвим розладом життєво важливих функцій організму, труднощами діагностики, складністю лікування, високим відсотком інвалідності, високим рівнем смертності.

До *комбінованих травм (політравм)* призводять різні травмувальні чинники, що діють не обов'язково одночасно. Деякі характеристики множинних травм, прийняті в медицині, можна застосувати і для опису наслідків комбінованих психотравм та мультитравм. Політравми характеризуються такими особливостями [49]:

- синдромом взаємного обтяження – реакцією на множинну травму часто буває шоковий стан, важче переживаються травмівні ситуації, гірший прогноз;
- поєднання травм утруднює терапевтичний процес;
- частіше розвиваються супутні розлади та важкі ускладнення;
- спостерігається нечіткість симптоматики, що спричиняє діагностичні помилки.

Отже, наслідки політравми/мультитравми (кількох травмівних подій, що діють одночасно або через короткий час) завжди будуть важчі, ніж наслідки монотравми (однієї травмівної події). Інше смислове навантаження (порівняно з визначенням «політравма») закладено в понятті «повторювана травма» – ситуація пов'язана з тривалим жорстоким ставленням, домашнім насильством, війною, постійною зрадою тощо. Це поняття характеризує травмівну життєву ситуацію, в якій часто повторюються схожі події. Працюючи з наслідками повторюваної травми, вибирають найбільш інтенсивні, останні (чи перші) за часом або найбільш значущі для постраждалої людини. А якщо це політравмівна ситуація, то травмівні події – різні, і працювати потрібно з кожною.

Психотравми в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій називають колективними. ***Колективна травма – це психічна травма, яку отримала група людей будь-якого розміру, аж до цілого суспільства, внаслідок соціальної, техногенної чи екологічної катастрофи або злочинних дій політичних чи інших соціальних суб'єктів.***

Причини колективних травм:

- війни, гібридні війни, збройна агресія проти України з 2014 (АТО, ООС), анексія Криму (збройна агресія проти територіальної цілісності та суверинінету України), широкомаштабне вторгнення Російської федерації на територію України;
- геноцид у різних виявах (в Україні це Голодомор);
- катастрофи (техногенні Чорнобильська АЕС, Каховська ГЕС, окупація збройними силами російської федерації Запоріжської АЕС) та гуманітарні);
- стихійні лиха (екологічні катастрофи);
- соціальні революції і перевороти (державні та військові);
- депортація або вигнання великих груп людей (наприклад, за етнічною чи релігійною ознакою, депортація Кримських татар з Криму радянською владою (травень 1944р);
- обмеження свободи великих груп людей (концтабори, рабство);
- політичні, релігійні та інші репресії;
- терористичні акти, що викликали суспільний резонанс;
- вбивство або трагічна загибель суспільних лідерів чи кумирів.

Особливості колективної травми:

1) не обмежена в просторі – окрім безпосередніх учасників, охоплює людей, прямо не причетних до травмувальних подій;

2) розтягнутість у часі – травма відривається від конкретної події, закріплюється в історичній пам'яті, часто проходить через декілька поколінь (тоді травму називають історичною);

3) жертви колективної травми не окремі люди, а соціальні групи, що стали об’єктами травматизації;

4) травмованою себе відчуває вся група, навіть ті, кого особисто не торкнулася трагедія; 5) тривалий характер (в неопрацьованих травмах є багато прихованих наслідків, особливо, коли події замовчувалися).

Рівень травмованості поглиблюється, якщо:

- група переживає несправедливість того, що сталося;
- були невинні загиблі;
- причинами травмування стали свідомі чи навмисні дії людей (страта, катування, вигнання тощо);
- жертва не може чинити опору (загибель на полі бою не така травмівна для суспільства, як насильницька смерть у концтаборі).

Психологічні наслідки колективної травми: соціальна фрустрація; зростання психологічних проблем; посттравмівні стресові та супутні розлади; зростання соматичних хвороб; групоцентризм, схильність ідеалізувати власну соціальну групу та бачити образ ворога в представниках інших груп, особливо тих, хто відповідає за травмування.

4.Травматичний стрес. Концепція посттравматичного стресового розладу як наслідку перебування в екстремальних ситуаціях.

Відповідно до сучасних поглядів, стрес стає травматичним, коли результатом впливу стресора є порушення у психічній сфері. У цьому випадку, відповідно до існуючих концепцій, порушується структура “самості”, когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що управляють процесами навчання, системи пам'яті, емоційні шляхи навчання.

Як стресор у таких випадках *виступають травматичні події* – екстремальні кризові ситуації, що володіють потужним негативним наслідком, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких. Такі події докорінно порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого є різноманітними. Факт

переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи в них у майбутньому посттравматичного стресового розладу (PTSD, ПТСР).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – різновид неврозу, хронічне порушення психічного стану, що розвивається внаслідок пережитої травматичної ситуації або події загрозливого чи катастрофічного характеру.

До важливих факторів ризику розвитку ПТСР відносяться особистісні особливості людини, які включають акцентуацію характеру, психологічні розлади особистості з переважанням асоціальних проявів, що характеризуються зневагою до соціальних зобов'язань, відсутністю співчуття до оточуючих або жорстокою байдужістю, а також алкогольною або наркотичною залежністю.

Наявність в анамнезі психічних розладів (генетична схильність) може збільшувати ризик розвитку ПТСР після травми; на це також впливає попередній травматичний досвід, важливий і віковий фактор: подолання екстремальних ситуацій складніше вдається дуже молодим і літнім людям. Ризик ПТСР також зростає у випадках втрати сім'ї і близького оточення, ізоляції людини на період переживання травми.

Детермінуючим фактором може виступати й фізіологічний стан в ситуації отримання травми, особливо соматичне виснаження організму. Такі стани в умовах «гострого» емоційного стресу характеризуються уповільненням розумових операцій, повною байдужістю до оточення, неадекватністю сприйняття навколишнього середовища, нездатністю самостійно приймати рішення, нечітким осмисленням подій.

Концепцію посттравматичних стресових розладів (ПТСР) уперше була офіційно схвалено Американською психіатричною асоціацією в 1980 році, і тільки нещодавно вона одержала міжнародне визнання. Незважаючи на те, що суперечки про природу цих порушень, про доцільність їх виділення в особливу категорію далеко не завершені, описова частина концепції може служити непоганою робочою гіпотезою для психолога, а критерії діагностики – доброю підмогою при виявленні подібних порушень. Розглянемо ці критерії більш докладно, спираючись на 4-е видання посібника з діагностики психічних

розладів DSM-IV. Загальним обов'язковим критерієм для діагностики постстресових порушень є факт переживання індивідом події, що виходить за межі звичайного людського досвіду і спроможна травмувати психіку практично будь-якої здорової людини (наприклад, серйозна загроза життю і здоров'ю як своєму, так і близьких або друзів, раптова руйнація житла і т.п.). Під "звичайним" же людським досвідом тут розуміються такі події, як:

- утрата близької людини, що трапилась в силу природних причин;
- хронічна важка хвороба; утрата роботи; сімейний конфлікт і т.п.
- До стресорів, що викликають ці розлади, відносять:
- стихійні лиха, техногенні (антропогенні) катастрофи, а також події, що є результатом цілеспрямованої, часто злочинної діяльності (диверсії, терористичні акти, катування, масове насильство, бойові дії, табори смерті і т.п.).

Необхідною умовою ймовірного розвитку ПТСР є також те, що пережита подія супроводжується інтенсивними емоціями страху, страхітливості або відчуттям безпорадності індивіда перед драматичними обставинами, що власне і являє собою основний етіологічний чинник виникнення постстресових станів.

Структура розладу психічної діяльності містить у собі дві взаємозалежні підгрупи порушень, описані вперше ще учнем З. Фрейда А. Кардінером (1941), які пізніше набули сучасної інтерпретації у роботах М. Горовітца (1979, 1986): симптоми "завзятого вторгнення" у свідомість образів, спогадів і емоцій, пов'язаних з обставинами, що психічно травмують і викликають кожного разу сильний психологічний дистрес у індивіда; симптоми "уникання", що виявляються в прагненні і спробах наполегливо уникати думок, почуттів, розмов, осіб, місць і діяльності, які викликають спогади про травму. При цьому відмічаються такі явища, як звуження спектра і зменшення сили емоційного реагування, помітне зниження інтересу й участі у раніше значущих видах діяльності, почуття залежності або відчуженості від людей, скорочення або відсутності майбутнього і ряд інших. Іншою, загальною для обох категорій постстресових порушень, підгрупою симптомів є стійкі симптоми фізіологічної

гіперактивації (що не були наявними до травми). Ця підгрупа відбиває явища як загальної підвищеної збуджуваності центральної нервової системи, властивої постраждалим із наслідками психічної травми, так і підвищену реактивність їхньої психіки стосовно специфічних, свого роду “ключових” подразників. Вона містить у собі: порушення сну (труднощі засинання, безсоння); дратівливість, спалахи раптового гніву; труднощі зосередження, концентрації уваги; необгрунтовано підвищену пильність; готовність до оборонної реакції “бий або біжи”.

У структуру гострих стресових розладів, крім цих загальних ознак, входить підгрупа так званих “дисоціативних” симптомів (термін “дисоціація” уперше використав ще у 1889 році П. Жане), що спостерігалися або в період травми, або згодом;

- суб'єктивне відчуття емоційної залежності, “притуплення” або відсутності емоційного реагування;
- звуження свідомості про навколишній світ (”сплутаність”);
- дереалізація;
- деперсоналізація;
- дисоціативна амнезія (нездатність пригадати якийсь важливий аспект події, що травмує психічно).

Наявність зазначених порушень є необхідною, але недостатньою умовою постановки діагнозу ПТСР або ГСР (гострий стресовий розлад). Ще один критерій, що доповнює картину постстресового стану, складається з того, що розлади обумовлюють клінічно виражений дистрес або порушують соціальну, фахову або іншу значущу діяльність. Цей критерій можна назвати функціональним: він пов'язаний із порушенням психологічної адаптації, порушенням (або зниженням) фахової працездатності, погіршенням якості життєдіяльності в цілому у зв'язку з перенесеною психічною травмою.

Нарешті останній, часовий критерій дозволяє диференціювати ПТСР і ГСР, з одного боку, і підвиди власне ПТСР – з іншого. Точкою відліку є сама по собі подія, що травмує, або такі обставини. Гострий стресовий розлад виникає

протягом 1 місяця з моменту травми і продовжується від 2 днів до 4 тижнів, посттравматичний – не менше, ніж через 1 місяць після травми і має тривалість більше 4 тижнів. Відповідно до особливостей прояву розрізняють три підвиди посттравматичних стресових розладів: гострий (його не слід змішувати з гострим стресовим розладом), що розвивається в термін до 3 місяців; хронічний, що має тривалість більше 3 місяців; відстрочений, коли розлад виник через 6 і більше місяців після травматизації.

На сьогодні ряд зарубіжних авторів пропонує доповнити діагностику постстресових порушень ще однією категорією – посттравматичними особистісними розладами (або PTPD – posttraumatic personality disorder), що являє собою достатньо логічний крок з огляду на те, що наявність хронічних симптомів ПТСР часто відмічається протягом усього подальшого життя людини, яка пережила масовану психотравму. Безумовно, що така травма спроможна залишити незгладимий відбиток у душі людини і призвести до патологічної трансформації всієї її особистості. Деякі з відомих дослідників стресу, такі як Р. Лазарус, більшою частиною ігнорують PTSD, як і інші розлади, як можливі наслідки стресу, обмежують поле уваги дослідженнями особливостей емоційного стресу. *Концепції "травматичного горя" E. Lindermann (1944) і "синдрому стресової реакції" M.J. Horowitz (1986)* часто наводяться як приклад розширення концепції класичної теорії стресу. Проте ці моделі включають поняття про фази відновлення або асиміляції, суть яких зводиться до пролонгованої боротьби з наслідками екстремального або травматичного стресу. Автори цих концепцій указують, що для людей, які перенесли психічну травму, характерні переживання психічного дискомфорту, дистресу, тривоги і лиха протягом цього періоду. Спроби розглядати ці концепції як різновид класичної теорії стресу, певне, виникають із позначення авторами вищеописаних реакцій як "стрес" і "хронічний стрес". Хронічний стрес не обмежений ситуацією впливу стресора. Реакції можуть мати місце як до того, як зникає вплив стресора, так і в подальшому житті. Таким чином, на сьогодні буде більш коректно з теоретичної точки зору використовувати термін

“стрес” для позначення безпосередньої реакції на стресор, а “посттравматичні психічні порушення” – для відстрочених наслідків травматичного стресу. Крім того, розбіжності між дослідженнями в галузі стресу і травматичного стресу носять чисто методологічний характер.

Так: 1. Більшість досліджень травматичного стресу сфокусовано на оцінці взаємозв'язку між травмою і викликаними нею розладами, а також оцінці ступеня травматогенності тієї або іншої події більшою мірою, ніж на його стресогенності.

2. Дослідження в галузі стресу, в основному, носять експериментальний характер із використанням спеціальних планів експерименту в контрольованих умовах, у той час як дослідження, що присвячені проблемі травматичного стресу, навпаки, носять натуралістичний, ретроспективний характер і більшою частиною можуть бути віднесені до спостереження.

3. Дослідники в галузі травматичного стресу схильні до вимірів перемінних, що мають концептуальний характер результату (виміри розвитку розладу), у той час як дослідники в галузі стресу віддають перевагу мати справу з континуальними перемінними. Сполучним елементом між концепціями стресу і травматичного стресу може стати положення теорії S.E. Hobfoll про тотальний стрес, відповідно до якого останній провокує якісно інший тип реакції, що полягає в консервації адаптаційних ресурсів.

Запитання та завдання для самоконтролю

1. Надайте визначення поняттю «надзвичайна ситуація».

2. Надайте визначення та охарактеризуйте терміни: зона надзвичайної ситуації, зона можливого ураження, об’єкт підвищеної небезпеки, катастрофа, аварія.

3. Для чого використовують Національний класифікатор надзвичайних ситуацій.

4. За якими ознаками класифікують надзвичайні ситуації в Україні?

5. Назвіть та охарактеризуйте види надзвичайних ситуацій.

6. Охарактеризуйте надзвичайні ситуації техногенного, природного, соціального, воєнного характеру.

7. Надайте визначення поняттю «надзвичайні ситуації воєнного характеру».

8. На які види поділяється зброя масового ураження?

9. Надайте визначення та розмежуйте поняття «психічної» та «психологічної» травми.

10. Надайте визначення поняттю «травмуюча подія» та «політравма».

11. Надайте визначення та назвіть причини виникнення колективної травми.

ТЕМА № 4: ПОНЯТТЯ ДЕСТРУКТИВНИХ СПОСОБІВ ВИХОДУ З КРИЗИ. КОРЕКЦІЯ КРИЗОВИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ

План

1. Поняття життєвої кризи та види ставлення до кризової ситуації.
2. Деструктивні способи виходу з кризи.
3. Класифікація видів психологічної допомоги.
4. Стратегії подолання кризових ситуацій у контексті індивідуальних властивостей особистості

1. Поняття життєвої кризи та види ставлення до кризової ситуації.

Життєва криза є складним феноменом індивідуального життя людини. У кризовій психології існує декілька визначень поняття «життєва криза».

Життєва криза - феномен внутрішнього світу людини, який виявляється в різних формах переживання непродуктивності свого життєвого шляху та є його поворотним пунктом, який виникає в ситуації неможливості реалізації життєвого задуму. Життєва криза – це перехідний період життя, для якого

характерним є ламання й активна зміна життєвих ролей особистості, межа між старим і новим досвідом, якісний перехід з одного стану в інший.

Нормальна криза – це існування людини у межах норми, закономірні перехідні етапи в її становленні та розвитку (вікові кризи, нормативні сімейні кризи та ін.). Вікові розлади, що супроводжують вікові кризи, мають не досить тривалий, найчастіше непатологічний характер. Для оточуючих, та навіть для самої людини, ці розлади можуть бути майже непомітними. Прикладами нормальних криз можуть бути закономірні етапи розвитку сім'ї (одруження, народження дитини, вступ дітей до школи та ін.). Негативні емоційні кореляти кризового стану: напруженість, тривога, депресивні симптоми.

Анормальна криза – загострення суперечностей психіки людини, спричинене складними, несприятливими життєвими обставинами. Ненормативні кризи мають незапланований і автономний характер. Вони виникають у складних життєвих умовах, коли людина переживає події, що раптово змінюють її долю. Такі події можуть відбуватися у родинному, професійному, особистому житті (зрада, розлучення, раптова втрата роботи, катастрофа, смерть близької людини тощо).

Особливо болісно переживаються життєві колізії після серії випадкових невдач, під час зростання загального незадоволення собою, власною долею, своєю діяльністю, супутником життя та ін. За змістом та характером психологічної проблеми, що спричинила життєву кризу, а також з позиції особистісних ролей (рольова теорія), виділяють наступні *види життєвих криз:*

1. Кризи становлення особистості (вікові кризи).

2. Кризи здоров'я (втрата здоров'я).

3. Термінальні (невідворотні) кризи (невиліковна хвороба, смертельний вирок суду та ін.).

4. Кризи значущих стосунків (смерть близької людини, вимушена розлука, розлучення, кризи кохання та ін.).

5. Кризи особистої автономії (позбавлення волі, фатальна залежність від інших людей та ін.).

6. Кризи самореалізації (втрата роботи, вихід на пенсію, банкрутство, втрата соціального статусу та ін.).

7. Кризи життєвих помилок (переживання внаслідок зради або злочину, втрата коштовної речі, кризи гріха та ін.).

За критерієм тривалості виділяють:

- мікрокризи, що тривають протягом кількох хвилин (шок);

- короткочасні кризи, що тривають близько 4-6-ти тижнів;

- довготривалі кризи (до 1-го року).

За критерієм результативності виділяють кризи:

- конструктивні, що призводять до позитивної соціальної адаптації;

- деструктивні, наслідком яких є асоціальні або антисоціальні поведінкові реакції.

За критерієм детермінованості є:

- кризи, обумовлені інтрапсихічними чинниками;

- кризи, породжені ситуаційними чинниками.

За критерієм складності виділають:

- прості кризи (спричинені однією подією);

- складні, багатовимірні кризи (охоплюють майже всі аспекти індивідуального життя людини).

За діяльнісним критерієм є:

- криза операційного аспекту життєдіяльності («не знаю, як жити далі»);

- криза мотиваційно-цільового аспекту («не знаю, для чого жити»);

- криза смислового аспекту («не знаю, навіщо взагалі жити»).

Досить відомою є класифікація життєвих криз, або так званих бібліографічних криз, яку розробив Р.А. Ахмеров:

1. Криза нереалізованості (виникає на підставі переживань особистості з приводу нереалізованості життєвих досягнень).

2. Криза спустошеності (зумовлена переживаннями людини щодо невизначеності свого майбутнього, своєї життєвої перспективи).

3. Криза безперспективності (спричинена відсутністю у свідомості людини чіткого уявлення про майбутнє, знеціненням життєвих планів, проектів, мрій).

Типи ставлення до кризової ситуації.

У кризовій психології виділяють наступні типи ставлення людини до кризи.

1. Ігноруюче ставлення. Людина не хоче або не може реально оцінити наслідки того, що відбувається; всіляко намагається не помічати непорозуміння, конфлікти у взаємодії з оточуючими, які виникають все частіше і частіше; заплющує очі на професійні проблеми, яких раніше не було; не хоче бачити погіршення свого здоров'я, яке також свідчить про наявність кризового стану. Можливо, ігноруюче ставлення є віддаленим результатом дитячої психічної травми, коли людина дійсно не мала ніякої змоги протидіяти обставинам, і найкраще, що вона могла зробити, – це проігнорувати ситуацію.

2. Перебільшуюче ставлення. У людини виникає паніка, що наростає, (йдеться про протилежне першому ставлення до кризової ситуації). Людина фіксує кожну, навіть зовсім випадкову зміну обставин як знак, що віщує про поглиблення страждань, зростання неприємностей. До зовнішніх обставин, свого здоров'я, психічного стану вона ставиться, як справжній іпохондрик, перебільшуючи, утрируючи кожну дрібничку, створюючи собі небажані настанови, провокуючи ускладнення ситуації, зменшуючи власну можливість адекватного реагування на нові несприятливі обставини.

Долати перебільшуюче ставлення до складних життєвих ситуацій можна наступним чином: попрацювати над самооцінкою, знайти давні причини добре компенсованої, прихованої невпевненості у собі; знайти ті сфери у житті, де проявляються самостійність, автономність, творчі здібності; рухатися у бік звільнення від залежностей.

3. Демонстративне ставлення. Особистість постійно підкреслює, що її ситуація – найгірша, що доля до неї несправедлива і життєвих випробувань у її житті надто багато: якщо хвороба, то така складна і небезпечна, якої досі не

існувало; якщо сімейний конфлікт, то про його жахливі подробиці будуть знати всі знайомі, сусіди, співробітники, рідні та друзі. Причинами демонстративного ставлення можуть бути бажання отримати співчуття, постійно відчувати до себе інтерес, бути у ролі страждальця, жертви, яка непомітно експлуатує оточуючих, формує у них емоційну залежність від себе, маніпулюючи відвертим бажанням допомогти, підтримати. Людина з демонстративним ставленням до кризи нерідко використовує власне тіло як засіб привертання до себе уваги. Несприятливі життєві обставини трактуються з утилітарного боку і життєва позиція стає рентовою. Ефективним кроком у подоланні такого ставлення є робота з маніпуляціями, аналіз своїх власних маніпулятивних впливів.

4. Волюнтаристське ставлення. Особистість з волюнтаристським ставленням до власного життя починає з подвоєною енергією заперечувати дійсність: не приймає реальності, не хоче рахуватися з погіршенням працездатності, загостренням хронічних захворювань, необхідністю зупинитися у своєму рухові вперед і, можливо, трохи змінити напрямок або подбати про надійне оточення. У такої людини завжди є чіткий план дій, мета, від якої не можна відступати. Рухаючись під дією власної волі, вона не приймає своїх слабин, не дозволяє собі відпочити, розслабитись, бути безпосередньою, щирою, втомленою. Від оточуючих вона чекає схожої поведінки і тому нерідко потерпає від самотності. Дана позиція загрожує власному здоров'ю, штучно затягуючи та поглиблюючи кризу. Шляхами долання такого ставлення є: вчитися жити сьогоденням, сприймати реальність такою, якою вона є, а не такою, якою повинна бути, виходячи з життєвих планів людини.

5. Продуктивне ставлення. Особистість з продуктивним ставленням тверезо, терпляче сприймає себе завжди – і в часи везіння, успіху, натхнення, і в періоди загибелі надій, краху найзаповітніших мрій та бажань. Пам'ятаючи про складні періоди свого життя, вона не втрачає надії поступово впоратися з ними. Інколи треба відволіктися, розслабитися, зняти напруження, щоб побачити, що робити далі. Опанування стає можливим і у формі прояву емоцій,

гіркого плачу, вибуху гніву. Дехто звертається по допомогу до свого оточення або до спеціаліста. Продуктивне ставлення до кризи передбачає володіння людиною цілою гамою стратегій самоопанування. Залежно від конкретної ситуації, використання цих стратегій може бути досить гнучким, різнобічним, тоді як чотири попередні типи ставлень до кризи передбачали оволодіння переважно однією стратегією, далеко не завжди адекватною ані стану людини, ані характеру ситуації. Людина з продуктивним ставленням до кризи розуміє, що криза – це не лише страждання, а й великі можливості та несподівані перспективи власного життя. Особистість і подія, взаємно заломлюючись, у залежності від психологічної переробки різних обставин життя викликають різні переживання та реакції, структурують дійсність у відповідності з глибиною страждань. Не можна відкидати й індивідуальної історії, яка активно впливає на вибір певної стратегії опанування кризи. Відомо, що попередні невдачі, стан горя, депресії детермінують відповіді особистості на складну життєву ситуацію.

Складні життєві обставини, що не мають глибинного підґрунтя у вигляді хронічного стресового стану, як вважають дослідники цієї проблеми, трапляються досить рідко (1-9% випадків), тобто зовнішні неприємності, якими б складними та несподіваними вони не були, завжди знаходять підготовлений ґрунт. У складних життєвих умовах можна виділити конструктивні, неконструктивні та самовражаючі стратегії їх подолання. Серед популярних стратегій перетворення критичних ситуацій можна назвати порівняння, що йде донизу. Деякі люди намагаються порівнювати свій складний стан з тими, хто перебуває у ще гірших умовах, з тими, кому набагато важче. Таке порівняння, що найчастіше виникає стихійно, без усвідомлюваних зусиль, допомагає первинній, поверховій адаптації до нових умов життя завдяки тому, що людина відшукує у собі приховані резерви оптимізму.

Наступна техніка життя у складних умовах – порівняння, що йде вгору. Людина порівнює своє сьогодення з учорашнім днем і бачить, що стало трохи краще. Вона відчуває, що може передбачити наступний крок у розвитку

ситуації і підготуватись до нього. Потроху відбувається опанування, і рух у позитивний бік стає безумовним. Техніка так званого антиципуючого опанування дає змогу підготуватись до важких випробувань і заздалегідь визначити шляхи запобігання ускладнень. Так, для зменшення тривоги, що її відчуває кожна людина перед операцією, така стратегія є досить вдалою. Типовий прийом самодопомоги – передбачений сум. Він полегшує самоналаштування на можливі випробування і дає змогу завчасно відвернути нещасливий поворот подій.

Серед неконструктивних стратегій, які все ж полегшують внутрішній стан людини, сприяють її адаптації до складних умов, можна назвати стратегію втечі. Людина відмовляється від ніби звабних пропозицій, службових підвищень, відчуваючи, що за все це вона надто дорого розплачуватиметься. У сфері здоров'я існують стратегії, які фокусуються на емоціях. Це психологічна боротьба з негативними емоційними станами і болісними відчуттями, коли людина не хоче помічати симптомів хвороби, намагається оцінювати свій стан з гумором, сподівається на допомогу надприродних сил. Розповсюджений прийом самозбереження – техніка заперечення, тобто відмова визнати, що жахлива подія вже трапилася. Так, людина знає про смерть своєї дитини, але продовжує планувати її майбутнє життя. Р. Ліфтон, який вивчав мешканців міста Хіросіма, які пережили трагедію атомного бомбардування, констатував у більшості з них так зване «психологічне відключення». Заперечення є психологічним бар 'єром на шляху руйнівного проникнення трагедії у внутрішній світ людини. Кризова ситуація переробляється невеликими дозами таким чином, щоб у людини вистачило сил на неї відреагувати. Серед самовражаючих стратегій слід назвати такі руйнівні форми самодопомоги, як уживання алкоголю, який у певних дозах дійсно ніби полегшує сприйняття ситуації, надає сміливості та оптимізму. Але ефект дуже нестійкий, і подальша регуляція емоційних станів потребує, як відомо, постійного збільшення доз. Ще небезпечнішою є наркотизація, яка теж сприяє зняттю напруги, тимчасовому відволіканню від страждань, але її руйнівну післядію важко переоцінити.

Найменш ефективними стратегіями подолання є уникання та самозвинувачення в будь-яких варіантах. Зниження самооцінки, зневіра у себе реально виснажує, забирає таку необхідну енергію. До речі, тривалі самозвинувачення можуть стати причиною психосоматичних розладів та захворювань. У кризовій психології існує таке поняття, як біографічний стрес, яке позначає сумарний ефект усіх стрес-факторів, що впливають на людину протягом певного періоду життя, наприклад, року. Післядія стресогенних факторів накопичується, і врешті-решт зовсім незначна подія може стати останньою краплею перед зривом, виникненням захворювання або кризовим станом.

2. Деструктивні способи виходу з кризи.

До деструктивних способів виходу з кризи слід віднести алкоголізм, наркоманію, суїцидальні наміри та дії. Ці стратегії демонструють неспроможність особистості витримати випробування самостійно та передбачають необхідність допомоги ззовні.

Алкоголізм – хронічне, психічне, прогресуюче захворювання, різновид токсикоманії, характеризується пристрастю до алкоголю з психічною та фізичною залежністю від нього. Симтомокомплексами алкоголізму є втрата контролю над кількістю спожитого алкоголю, ростом толерантності до нього, абстинентним синдромом, токсичним враженням органів, а також змінами у психіці людини.

Наркоманія – група хвороб, що виникає внаслідок систематичного у зростаючий кількості вживання речовин, які на офіційному рівні включені до списку наркотиків. Проявами наркоманії є психічна і фізична залежність від цих речовин, а також абстиненція (симптомокомплекс розладів) внаслідок припинення їх прийому.

Наркозалежність – непереборний потяг, пов’язаний із психічною (психологічною) та фізичною (фізіологічною) залежністю від наркотиків. Розрізняють позитивну прихильність до наркотиків (з метою зміни настрою, ейфорії) та негативну прихильність (з метою усунення фізичних страждань).

Алкоголізм та наркоманія є позитивними факторами суїциду як форми кризового реагування

Загальнотеоретичні передумови аналізу проблеми суїцидальної поведінки. Звертаючись до понять «самогубство» і «суїцид», насамперед необхідно зазначити, що вони є синонімічними і в сучасній психологічній науці мають таке значення: суїцид (від англ. suicide) – самогубство, що чинить людина в стані афекту, фрустрації, під впливом психічних аномалій.

Суїцид – усвідомлений акт відходу з життя під впливом психотравмуючих ситуацій, за якого власне життя як найвища цінність втрачає сенс для даного індивіда в силу особистісних психічних деформацій, соціально-економічних і морально дестабілізуючих факторів. Фактично розвиток суїцидологічного знання почався в 40-50 роках XX ст. Він ознаменувався появою суїцидології як самостійної комплексної науки мультидисциплінарного характеру, що об'єднала в собі ряд суміжних дисциплін (психіатрію, психологію, соціологію, педагогіку, юриспруденцію). З розширенням сфери суїцидологічних досліджень пов'язане і введення Дезе у 1947 році терміну «суїцидальна поведінка», що став сьогодні загальноприйнятим. Він не тотожний поняттям «самогубство» і «замах на самогубство» і дозволяє описати більш широке коло явищ (суїцидальні думки, погрози, тенденції, наміри, підробки і т.под.

Сучасне західне суїцидологічне знання характеризується великою розмаїтістю теорій аутоагресії. Дехто з авторів ставить самогубство в залежність від комплексних інтрапсихічних явищ: почуття провини (Дж. Хенслін); безнадійності (А. Бек, М. Ковач, А. Вейсман); аггравації почуття образи, приниження (А. Покорні); незахищеності (Г. Каплан, А. Покорні); почуття неповноцінності, замкнутості (П. Анжель, М. Талігані).

Суїцидальна поведінка безпосередньо пов'язана із психологічною кризою. Оскільки криза викликається депривацією і фрустрацією найважливіших потреб (наприклад, у безпеці, приналежності, досягненні, автономії, розумінні), - можливість екстремальних наслідків очевидна. Загальною ознакою важких

кризових станів є душевний біль. Нестерпність душевного болю призводить до прагнення припинити його будь-яким шляхом, і суїцид може здаватися людині, яка перебуває в кризовому стані, єдиним способом рятування й вирішення всіх проблем.

Суїциди можливо поділити на три групи: справжні, приховані й демонстративні. Справжній суїцид ніколи не буває спонтанним - хоч іноді і виглядає досить несподіваним. Такому суїциду завжди передують пригнічений настрій, депресивний стан або просто думки про відхід із життя. Причому люди, які оточують суїцидента, навіть найближчі люди, нерідко такого стану не помічають (особливо якщо відверто не хочуть його помічати). Своєрідним тестом на готовність людини до скоєння справжнього суїциду є роздуми цієї людини про сенс життя. Втрата сенсу життя може виглядати як завгодно - все залежить від того, хто в чому бачить цей сенс. Але основна частина суїцидів - це не що інше, як спроба вести діалог: тільки, зрозуміло, ось таким своєрідним і зовсім непридатним для цього методом. Більшість самовбивць, як правило, хотіли зовсім не померти - а тільки достукатися до когось, звернути увагу на свої проблеми, покликати на допомогу. Це явище психіатри та кризові психологи часто називають демонстративним суїцидом. Звичайно, демонстративний суїцид іноді виявляється і як спосіб своєрідного шантажу. Головне лихо демонстративних самогубців - випадковість: випадково вистрілила рушниця, випадково затягнулася петля, випадково виявився слизьким перон Тому-то частіше за все і не виходить конструктивного діалогу.

Прихований суїцид - доля тих, хто розуміє, що самогубство - не самий гідний шлях вирішення проблеми, але іншого шляху знову ж таки знайти не може. Такі люди обирають не відкритий відхід з життя «за власним бажанням», а так зване «суїцидально обумовлену поведінку». Це і ризикована їзда на автомобілі, і заняття екстремальними видами спорту або небезпечним бізнесом, і добровільні поїздки в гарячі точки, і навіть алкогольна або наркотична залежність... Навіть діти, які катаються на даху ліфта, можуть робити це з тієї ж самої причини. І скільки завгодно можна твердити людині про те, що все це

небезпечно для життя: як правило, саме цієї небезпеки і жадають приховані суїциденти.

Види суїциду щодо способів його здійснення:

- автосуїцид (за допомогою транспортних засобів);
- асистуючий (за допомогою іншої людини, наприклад, евтаназія);
- груповий (парами, групами);
- імпульсивний (спричинений алкоголем, наркотичними засобами та ін.);
- раціональний (спричинений невиліковною хворобою);
- ритуальний (зумовлений релігійними поглядами);
- альтруїстичний (на користь іншим).

Сенситивними періодами суїцидальної активності людини є:

– дитячий вік (до 12-ти років), зумовлений сімейними конфліктами;

– підлітковий вік (12-17 років), зумовлений конфліктами з дорослими (батьками, вчителями);

– молодіжний вік (17-29 років), зумовлений зниженням соціальної адаптації;

– зрілий вік (30-55 років), зумовлений професійною, сімейною кризами та матеріально-побутовими труднощами;

– похилий вік (55-70 років), зумовлений соціально-психологічною дезадаптацією;

– старечий вік (більше 70-ти років), зумовлений погіршенням психічного та фізичного здоров’я.

Індикатори суїцидального ризику - це особливості сформованої ситуації, настрою, когнітивної діяльності й висловлень людини, які також збільшують ступінь ризику суїцидальної поведінки. Ситуаційні індикатори суїцидального ризику: смерть коханої людини, особливо чоловіка або дружини; розлучення; втрата роботи; вихід на пенсію; змушена соціальна ізоляція, особливо від сім'ї або друзів (еміграція, змушене переселення, тюремне ув'язнення, у підлітків – переїзд на нове місце проживання); сексуальне насильство; небажана вагітність (у підлітків); «втрата обличчя» - у підлітків (ганьба, приниження). Поведінкові

індикатори суїцидального ризику: зловживання психоактивними речовинами, алкоголем; ескейп-реакції (втеча з дому й т. ін.); самоізоляція від інших людей і життя; різке зниження повсякденної активності; зміна звичок, наприклад, недотримання правил особистої гігієни, догляду за зовнішністю; перевага тем, пов’язаних зі смертю й самогубством над іншими темами у розмовах або при читанні; часте прослуховування жалобної або сумної музики; «приведення справ у порядок (оформлення заповіту, урегулювання конфліктів, написання листів до родичів і друзів, роздача особистих речей та ін.).

Комунікативні сигнали суїцидального ризику: Прямі або непрямі повідомлення про суїцидальні наміри: «Хочу вмерти» - пряме повідомлення, «Незабаром все це закінчиться» - непряме. Жарти, іронічні висловлення про бажання вмерти, про безглуздість життя також відносяться до непрямих повідомлень. Когнітивні індикатори суїцидального ризику:

1. Установки до суїцидальної поведінки.

2. Так звана «негативна тріада», характерна для депресивних станів: негативні оцінки своєї особистості, навколишнього світу та майбутнього. Власна особистість сприймається як незначна, що не має права жити; світ розцінюється як місце втрат і розчарувань; майбутнє уявляється як безперспективне, безнадійне.

3. «Тунельне бачення» - нездатність побачити інші прийнятні шляхи вирішення проблеми, крім суїциду.

4. Наявність суїцидальних думок, намірів, планів. Ступінь суїцидального ризику прямо пов'язаний з тим, чи є в людини тільки невизначені рідкі думки про самогубство («добре б заснути й не прокинутися») або вони постійні, оформився намір скоїти самогубство («я зроблю це, іншого виходу немає») і з'явився конкретний план, що містить у собі рішення про метод самогубства, засоби, час і місце. Чим більш докладно розроблений суїцидальний план, тим вища ймовірність його реалізації.

5. Імпульсивність. Імпульсивність як характерологічна риса відіграє важливу роль у суїцидальній поведінці, особливо у підлітків. Імпульсивна

людина може протягом декількох хвилин перейти від думки про самогубство до суїцидальних дій. Тому, коли кризовий психолог має справу з підлітком, важливо пам'ятати, що відсутність суїцидального плану в цей час ще нічого не говорить про ступінь суїцидального ризику. Підліток з будь-якими ознаками суїцидальної активності повинен перебувати під постійним спостереженням дорослих, звичайно ж, це спостереження повинне бути ненастирливим і тактовним.

6. Істотне значення має доступність засобів суїциду (наприклад, доступ до зброї; фармакологічні препарати завжди під рукою або їх ще потрібно придбати й т. ін.). Ступінь летальності засобів суїциду не має визначального значення в оцінці ступеня ризику суїцидальної поведінки. Якщо суїцидент скористався неефективними засобами, спроба все-таки зроблена, при цьому ймовірність суїцидальної поведінки в майбутньому зростає. Емоційні індикатори суїцидального ризику: амбівалентність стосовно життя; депресивний настрій, байдужність до своєї долі, пригніченість, безнадійність, безпорадність, розпач; переживання горя.

3. Класифікація видів психологічної допомоги.

Психологічна допомога – це вид допомоги, яку надає кваліфікований психолог людині або групі людей з метою оптимізації психофізіологічних станів, пізнавальних процесів, поведінки, спілкування, реалізації індивідуальної і особливо групової діяльності.

Психологічна допомога є складовою частиною загальнодержавної системи реабілітації, що являє собою єдину систему взаємозалежних соціально-економічних, організаційних, медичних, соціальних, психологічних, педагогічних і інших заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, на ефективне й раннє повернення людини в суспільство й до суспільно корисної праці.

Психологічна допомога являє собою комплекс діагностичних, психокорекційних і психологічних (відновних) заходів, спрямованих на

якнайшвидше відновлення оптимального психічного стану й соціальної життєдіяльності, підвищення рівня психологічної стійкості особистості.

Загальна мета - допомога й підтримка особистості в процесі її становлення й розвитку, рятування людини від того, що заважає їй бути щасливою і гармонійною у навколишньому світі.

За глибиною занурення, рівнем процесу надання психологічної допомоги розрізняють наступні види психологічної допомоги:

- психотерапія;
- психологічна корекція;
- психопрофілактика;
- психологічна реабілітація.

Психологічне консультування - це психологічна допомога, яка надається фахівцями здоровим людям з метою корекції відносин і підвищення якості життя. Консультування - один з основних, широко розповсюджених інструментів у сфері інтелектуальних технологій.

Особистість психолога - один з найбільш важливих факторів психологічної роботи та змін у житті клієнта. Слово «консультація» походить від латинського «consultatio» - звертання за порадою. Психолог повинен уміти створити атмосферу безумовної поваги та емоційного тепла, довіри та розуміння, прийняття індивідуальності людини, цінувати унікальність її внутрішнього світу, не давати оцінок почутому, мати щиросердечну чуйність, здатність співпереживати та співчувати, мати внутрішню потребу бути корисним для клієнта. І, звичайно, психолог повинен мати відповідну кваліфікацію, оскільки він повинен зберігати при цьому здатність до аналізу та виявлення тих факторів, які приведуть клієнта до бажаного позитивного результату.

За тривалістю процесу виділяють короткострокову допомогу, - звичайно кілька консультацій - орієнтовану на вирішення певної проблеми, й довгострокову допомогу, що має на меті особистісні зміни клієнта.

Також існує екстрена психологічна допомога, яка необхідна в невідкладній ситуації, коли потрібно негайно відреагувати на критичний стан людини. Довгострокова психотерапія є психодінамічним (психоаналітичним) процесом. *Про довгострокову психотерапію можна говорити,* коли процес терапії перевищує 40-50 сеансів, тривалість процесу залежить від кількості конфліктних зон. Психотерапевтичні заняття звичайно проводять два-три рази на тиждень (на відміну від одного сеансу на тиждень при короткостроковій психодінамічній психотерапії (brief psychodynamic psychotherapy)).

Довгострокова психотерапія зосереджує увагу на минулому клієнта (у той час, як короткострокова психодінамічна психотерапія сфокусована на головному конфлікті й більшою мірою спирається на здатність самої людини робити узагальнення й застосовувати на практиці те, що було досягнуто в ході психотерапевтичної роботи). У ході поглиблення взаєморозуміння між клієнтом і психотерапевтом розширюється самопізнання людини, виявляються й вирішуються внутрішні несвідомі конфлікти, формується розуміння механізмів психічної діяльності, що дозволяє людині, зрештою, змінити існуючу життєву концепцію, стиль реагування на зовнішні умови, своє відношення до світу й прийти до більш збалансованого й гармонійного стану.

Короткострокова психотерапія (shortterm, brief, timelimited, immediate therapy), незважаючи на значеннєву однозначність, - досить розпливчасте поняття поза зв'язком з конкретними концептуальними рамками: починаючи від короткострокової психодинамічної психотерапії протягом декількох місяців до психотерапії однієї зустрічі в межах поведінкової психотерапії або короткострокової позитивної психотерапії. У кожному разі маються на увазі істотні обмеження в часі у порівнянні з аналогічними «класичними» формами психотерапії.

Психокорекція – це система заходів, спрямованих на виправлення недоліків психологічного розвитку чи поведінки людини з допомогою спеціальних заходів психологічного впливу.

Психокорекція орієнтована на клінічно здорову особистість.

Орієнтується на здорові сторони особистості незалежно від ступеня їх порушень.

В психокорекції орієнтуються на теперішнє і майбутнє клієнтів:

- Психокорекція орієнтується на середньо термінову допомогу (короткотермінова 15 зустрічей при консультуванні. Довготермінова – до кількох років при психотерапії).
- Психокорекцій ні впливи спрямовані на зміну поведінки і розвиток особистості клієнта.
- Психокорекція відрізняється від психологічного розвитку тим, що психокорекція має справу з вже сформованими якостями особистості чи видами поведінки і спрямована на їх переробку, в той час як основна задача розвитку полягає в тому, щоб при недостатньому при недостатньому розвитку сформувати в людини психологічні якості.

Сьогодні психологічна корекція широко використовується в системі психологічної допомоги дітям і підліткам. Незважаючи на широкий спектр застосування поняття психологічної корекції, існують розбіжності відносно її використання.

Наприклад, деякі автори розглядають психологічну корекцію як спосіб профілактики нервово-психічних порушень в дітей (А. С. Співаковська, 1988). Інші розуміють її як метод психологічного впливу, спрямований на створення оптимальних можливостей і умов розвитку особистісного та інтелектуального потенціалу дитини (Г. В. Бурменська, О. А. Караванова, А. Г. Лидерс, 1990, чи як сукупність прийомів, які використовує психолог для виправлення психіки чи поведінки психічно здорової людини (Р. С. Немов, 1993).

Види психокорекції

Психокорекційні заходи можна класифікувати.

1. По характеру спрямованості:

- симптоматичну,
- Каузальну.

Симптоматична корекція передбачає короткотривалий вплив з метою зняття гострих симптомів відхилень у розвитку, які заважають перейти до корекції каузального типу.

Каузальна (причинна) корекція спрямована на джерела і причини відхилень. Цей тип корекції більш тривалий у часі, вимагає значних зусиль, але є більш ефективним.

Залежно від заявленої проблеми психокорекційна робота ведеться індивідуально або в групі. Але в якій би формі робота не велася, це буде спрямований психологічний вплив на певні психологічні структури з метою забезпечення повноцінного розвитку й функціонування людини (дитини або дорослого). Тобто, «психологічна корекція» - це виправлення в інтелектуальній, афективній або вольовій сферах людини. У корекції відбувається заміна одних психічних утворень або психічних операцій на інші. Ця діяльність може бути спрямована на підвищення можливості участі клієнта у всіляких сферах (у навчанні, у стосунках з іншими людьми та ін.), на розкриття потенційних творчих резервів людини. Психологічна корекція розрізняється за видами та формами. На сьогодні поняття «психологічна корекція» існує в трьох різних змістовних контекстах. У першому випадку психологічна корекція є синонімом психотерапії з усіма наслідками, що випливають звідси. У медичній психотерапії психологічна корекція розуміється як діяльність, що вирішує завдання психопрофілактики.

Психопрофілактика - один з різновидів психологічної допомоги, спрямований на попередження психічних захворювань, реабілітацію психічно хворих людей, а також на збереження, поліпшення й зміцнення психічного здоров'я (психогігієна). До психопрофілактики можна віднести й психологічну освіту (лекторії, семінари й т. ін.). Виділяють три рівні психопрофілактики: первинний, вторинний та третинний. Наприклад, у первинній профілактиці може брати участь вся група, з якою працює психолог. Вторинна профілактика проводиться з тими людьми, які перебувають у зоні ризику, які схильні до тієї

або іншої проблеми. Третинна профілактика проводиться з тими, у кого вже є проблеми.

До основних сфер профілактичної діяльності відносяться: Профілактика академічних проблем. У цій сфері передбачається навчання вмінням керувати пам'яттю (запам'ятовувати, зберігати, відтворювати), розумовими процесами (логічним, творчим, критичним, інтуїтивним), мовленням, спілкуванням і т. ін. Профілактика індивідуально-соціальних проблем спрямована на формування у людини адекватного відношення до наркотиків, алкоголю, паління, конфліктів. З метою профілактики може проводитися навчання вмінням керувати агресією, говорити «ні», критично сприймати зауваження й т. ін. Часто така робота проходить у формі тренінгів. Профілактика проблем психічного здоров'я полягає в попередженні виникнення залежностей від інших людей, харчової залежності, паління, алкоголю, наркозалежності і т. ін. Особливо важливо проводити таку роботу серед людей, які перебувають у групі ризику. *Психологічна реабілітація* - це відновлення втрачених психічних утворень або психічних операцій. Психічні функції можуть бути порушені як у результаті фізичної або психічної травми, так і в результаті недоліків процесу розвитку (наприклад, гіперопіка батьків, неповна сім'я, неадекватна референтна група й т. ін.). Зокрема, для будь-якої людини може бути актуальним відновлення адекватної Я-концепції, формування усвідомлюваної мотивації своїх дій. З метою реабілітації потерпілих від травм, поранень або органічних хвороб психологами може проводитися відновлення або розвиток знижених внаслідок цього психічних функцій. Психологічний розвиток або формування нових психічних операцій або психічних утворень. Звичайно даний вид роботи проводиться в освітніх установах, де найбільш актуально розвивати в учнів нові розумові операції, мнемічні й інші операції, формувати актуальний їхньому віку рівень розвитку. Ця робота може вестися в медичній і іншій лікувальній установах, де необхідно з метою заміни втрачених унаслідок травм або хвороб психічних утворень «виростити» нові, які будуть виконувати функції зниклих або ушкоджених.

Психопрофілактика – це розділ загальної профілактики, що включає сукупність заходів, які забезпечують психічне здоров'я, охоплює профілактику особистих і професійних криз, попередження, виникнення і поширення нервово-психічних захворювань. Виконання психопрофілактичних заходів вимагає наявності у лікаря будь-якого профілю, окрім загальної професійної підготовки, спеціальних знань в галузі клінічної (медичної) психології, психіатрії і психотерапії. Це особливо важливо, якщо враховувати тісний взаємозв'язок фізичного і душевного здоров'я людини: психічний стан спричиняє вплив на соматичне здоров'я людини, а соматичні проблеми можуть викликати серйозний емоційний розлад.

Реабілітація (лат. rehabilitatio – відновлення в правах) – система медичних, психологічних, педагогічних і соціально-економічних заходів, спрямованих на чи усунення можливо більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності людини, викликаних порушенням здоров’я зі стійким розладом функцій організму.

Психологічна реабілітація – це система медико-психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію чи компенсацію порушених психічних функцій, станів особистісного і соціального статусу хворих, а також осіб, що перенесли захворювання чи отримали психічну травму в результаті різкої зміни соціальних стосунків, умов життя та ін.

В основі психологічної реабілітації лежить уявлення про хворобу як руйнівний процес в організмі людини, що характеризується не лише поганим фізичним самопочуттям, але і зміною його особистості, зрушеннями в емоційній сфері.

Повернення до здоров’я з точки зору цього підходу, передбачає усунення наслідків переживань, небажаних установок, невпевненості в своїх силах, тривоги з приводу можливості погіршення стану і рецидиву хвороби.

Актуальним завданням психологічної реабілітації є розробка ефективних методів відновлення особистісних установок направлених на подолання наслідків хвороби у осіб, що перенесли нервові чи психічні захворювання.

Особлива увага в психологічній реабілітації приділяється роботі спрямованій на компенсацію втрачених професійних і соціально-адаптивних якостей.

Принципи психологічної реабілітації:

1. Єдність біологічного і психологічного (поєднання біологічних і психологічних методів впливу);
2. Різносторонність реалізації реабілітаційних програм;
3. Партнерство;
4. Етапність.

4. Стратегії подолання кризових ситуацій у контексті індивідуальних властивостей особистості

Аналіз наукової літератури з проблеми особистісних ресурсів стресоподолання свідчить про те, що нині найбільш вивчені два види опрацювання особистістю негативних переживань, а саме: психологічний захист і копінг-стратегії (або стрес-долаюча поведінка). У сучасній зарубіжній та вітчизняній психології накопичений багатий теоретичний та емпіричний матеріал, що відображає різноманітні концепції психологічного захисту, ілюструє суперечливість даного феномену (Ф. Бассін, Ф. Василюк, Р. Грановська, Б. Зейгарник, А. Налчаджян, Н.Хаан, Дж.Вайлант, L. Murphy, R. White та ін.).

Витоки сучасних досліджень подолання стресу можна виявити у працях, опублікованих наприкінці XIX століття представниками психоаналітичного напряму, і передусім у працях самого З. Фройда. Велика частина робіт З. Фройда сфокусована на способах, за допомогою яких людина справляється із неприємними відчуттями і емоціями, або пригнічуючи їх (таким чином, що перестає їх усвідомлювати), або використовуючи інші захисні механізми. Механізми психологічного захисту – поняття у психоаналізі, яке позначає

способи захисту свого Я (Его), що дозволяють регулювати імпульси, які йдуть від тваринної складової психіки людини (Ід) і захищають від іншої складової психіки Над-Я, тобто від норм і правил, які формуються суспільством і тиснуть на Его. Захисні механізми захищають людину від травмуючих подій, явищ, переживань, тривоги.

Поняття «захисні механізми» ввів З. Фройд, в 1894 р., у своїй статті «Захисні нейропсихози» (The neuro-psychoses of defence, 1894) і було використано в низці його подальших робіт для опису боротьби Я проти хворобливих або нестерпних думок і афектів. Спочатку З. Фройд писав передусім витіснення, але у 1926 р., в додатку до роботи «Гальмування, симптом і тривога» (нім. Hemmung, Symptom und Angst, 1926), він повертається до старого поняття захисту, стверджуючи, що його застосування має свої переваги: «оскільки ми вводимо його для загального позначення всіх технік, які Я використовує у конфлікті і які можуть привести до неврозу, залишаючи слово «витіснення» для особливого способу захисту, найкраще вивченого нами на початковому етапі наших досліджень» [15].

Всі захисні механізми володіють двома загальними характеристиками:

1) вони діють на несвідомому рівні і тому є засобами самообману;

2) вони спотворюють, заперечують чи фальсифікують сприйняття реальності, щоб зробити тривогу менш загрозливою для індивіда. Люди рідко використовують будь-якої єдиний механізм захисту – зазвичай вони застосовують різні захисні механізми для вирішення конфлікту або зменшення тривоги (С.К.НартоваБочавер, 1997).

Перелік захисних механізмів величезний, і дослідники не прийшли до єдиного консенсусу, щодо точного їх числа. Різні теоретики мають різні категоризації і концептуалізації захисних механізмів. Великі огляди теорій механізмів захисту було зроблено D.L. Paulhus, B. Fridhandler і S.Hayes (1997) [36] і P. Cramer (1991) [21]. Журнал Journal of Personality опублікував спеціальний випуск присвячений механізмам психологічного захисту (1998)9 . Зокрема висвітлено огляд сучасних підходів до захисних механізмів

особистості (P Cramer), відмінності між копінгами та захисними механізмами (P Cramer), сучасні методики діагностики захисних механізмів (опитувальник-самозвіт «Self-Report Defense Mechanism Measures» K. Davidson, M.W. MacGregor, методики для спостереження «Observer-Rated Measures of Defense Mechanisms», J.C.Perry, F.F.Lanni), зв'язок захисних механізмів із базовими рисами особистості та мотивами (D. L. Paulhus, O. P. John), фройдівські захисні механізми в емпіричних дослідженнях сучасної соціальної психології (R. F. Baumeister, K. Dale, K. L. Sommer), роль захисних механізмів у життєвій історії (D. P. McAdams).

Функціональне призначення і мета психологічного захисту полягають в ослабленні внутрішньоособистісних конфліктів (напруги, занепокоєння), зумовлених протиріччями між інстинктивними імпульсами несвідомого і засвоєними (інтеріоризованими) вимогами зовнішнього середовища, що виникають в результаті соціальної взаємодії. Послаблюючи цей конфлікт, захист регулює поведінку людини, підвищуючи її пристосовність і врівноважуючи психіку (E.Frydenberg, 2002). У 1936 р. донька З.Фройда А.Фрейд узагальнила виділені ним захисні механізми та визначила наступні:

1) витіснення, 2) регресія, 3) реактивне утворення, 4) ізоляція, 5) анулювання, 6) проекція, 7) інтроекція, 8) самоушкодження, 9) альтруїстична капітуляція, 10) сублімація.

Класифікація захисних механізмів З. Фройда.

1. Витіснення – захисний механізм, полягає в активному, мотивованому усунення чого-небудь зі свідомості. Зазвичай проявляється у вигляді невмотивованого забування або ігнорування. На думку З.Фройда це основний механізм формування несвідомого. Як захисний механізм, витіснення спрямоване на мінімізацію негативних переживань за рахунок видалення зі свідомості того, що ці переживання викликає. Віддалені зі свідомості, ці елементи, однак, не зникають з пам'яті (людина легко згадує їх під гіпнозом) та не перестають впливати на поведінку людини і її сни (S.Boag, 2006).

2. Регресія – захисний механізм, який є формою психологічного пристосування до ситуації конфлікту або тривоги, коли людина несвідомо вдається до більш ранніх, менш зрілих і менш адекватних зразків поведінки, які на її думку гарантують захист та безпеку. Поведінка, пов'язана з регресією може сильно варіюватися в залежності від того на якій стадії людина зупинилася. Наприклад, на оральної стадії може почати зловживати їжею, палити чи виражати вербальну агресію. Фіксація на анальній стадії може привести до надмірної охайності або безладності.

3. Реактивне утворення – психологічний захист, який полягає у перетворенні негативного почуття на позитивне, або навпаки. Реактивне утворення часто описується як один з найскладніших для розуміння захистів, що свідчить не лише про його ефективність для маскування, а й про гнучкість можливостей його використання. Концепція реактивного утворення була використана для пояснення відповідей на зовнішні загрози, а також внутрішніх тривог (C.S. Hall, 1954). Даним явищем описується так званий «Стокгольмський синдром», коли жертва закохується у свого агресора. Іншим прикладом є звіти ув’язнених, які створювали собі «фаворитів» серед охоронців і навіть збирати предмети викинуті ними. Механізм реактивного утворення часто характерний для нав'язливих неврозів, у випадку занадто часто його використання він може стати постійною рисою характеру. Це часто спостерігається у хворих з нав'язливими характером і нав'язливими розладами особистості.

4. Ізоляція – психологічний процес, що відноситься до механізмів психологічного захисту, полягає у видаленні зі свідомості емоційної складової переживання, але збереженні при цьому його розуміння. Цей процес може запускатися в психіці для захисту від надмірного поглинання свідомості емоціями. У тих випадках, коли емоції поглинають людину, вона може намагатися зберегти холодний розум шляхом ізоляції когнітивної складової від емоційної (Y.Schul, M.Schiff, 1995). У багатьох випадках це корисний захист, необхідний в роботі лікарів, бойових офіцерів, співробітники МНС тощо. Якби

свідомість, наприклад, хірурга була сповнена почуттям від страждання його пацієнтів, він просто не міг би працювати. Часто дію ізоляції захисту можна бачити у людей, які пережили події, що значно травмують психіку (війну, стихійне лихо, насильство), коли вони розповідають про пережиті події беземоційним або навіть веселим тоном.

5. Анулювання – психологічний процес, що відноситься до механізмів психологічного захисту, полягає у несвідомій спробі врівноважити певне почуття (зазвичай провину чи сором) за допомогою відносин або поведінки, які «магічним чином» знищують це почуття. Вперше З.Фройд описав цей механізм у 1909 р. («Notes upon a Case of Obsessional Neurosis»), де його пацієнт спочатку прибрав великий камінь з дороги, по якій їхала карета його коханої, а потім знову поставив його посеред дороги. Пізніше, у 1926 р. він визначив анулювання того, що було зроблено, як своєрідну негативну магію, моторний символізм для перенесення у несвідоме не лише усвідомлення події (чи пов’язаних із нею переживань), а й власне самої події. М. Кляйн у своїх ранніх працях описувала анулювання як вид магічної компенсації.

Типовий приклад прояву цього захисту – подарунок, зроблений після нанесення образи. В даному випадку маються на увазі лише ті випадки, коли зв'язок між бажанням зробити подарунок і нанесена образа не усвідомлюється. У разі, коли мотивація цілком усвідомлена – це вже не анулювання. Якщо почуття провини (і як наслідок бажання його спокутувати) не усвідомлюється, але подарунок робиться – це анулювання.

Анулювання може бути одним з компонентів «побутових ритуалів», спрямованих на зниження тривоги. Коли потреба «відшкодовувати збиток» від власних думок і почуттів стає всеосяжною для особистості потребою, таку особистість зазвичай класифікують як компульсивну – її ритуали стають вкрай нав'язливими і значущими.

6. Проекція – психологічний процес, який відноситься до захисних механізмів психіки, в результаті якого внутрішнє помилково сприймається як таке, що відбувається ззовні. Людина приписує іншим власні думки, почуття,

мотиви, якості характери тощо, вважаючи, що він/вона прийняли дещо, що відбувається ззовні, а не всередині цієї самої людини.

Проекція – це один з основних захисних механізмів при параноїдальному та істероїдному розладах особистості. Але водночас цей же механізм лежить в основі емпатії — розуміння відносин, почуттів, психічних станів іншої особи у формі співпереживання. Типовими формами проекції є: звинувачення жертви (жертва винна у тому, що стала об’єктом домагань злочинця), проекція провини чоловіка/дружини (невірність партнеру несвідомо проектується у вигляді звинувачення його у зраді), залякування (хуліган чинить свої дії аби приховати власну вразливість), проекція загальної провини і проекція надії (P. Casement, 1990).

7. Інтроекція – захисний механізм психіки, при якому особа (суб'єкт) переймає судження, властивості, способи поведінки оточуючих (найчастіше – значимих близьких – батьків). Інтроекція вважається нормою в процесі виховання моральності у дітей, передачі знань. Стає патологічною у разі, коли особа не в змозі критично поставитися до «інтроекту» та/або визначити його джерело. Інтроекція дозволяє маленькій дитині усвідомлювати себе всемогутньою (незважаючи на її фактичну безпорадність) за рахунок «присвоєння» собі можливостей і якостей важливих для дитини дорослих. Коли людина стає дорослою, цей захист може зберігатись, захищаючи її від втрати самоповаги в ситуаціях залежності від інших людей, хоча зазвичай у дорослих людей інтроекція починає усвідомлюватись і перетворюватись у ідентифікацію. Як і будь-який психологічний захист, інтроекція спотворює сприйняття реальності людини, а конкретно — змушує її відчувати дещо зовнішнє як дещо внутрішнє. У наслідок, зникнення цього зовнішнього може бути сприйнято як зникнення чогось внутрішнього, що безпосередньо пов'язане з депресією та процесом горювання — намагаючись зберегти цільність людина може впасти у позасвідому фантазію про те, що це вона винна у втраті, і що вона може якось загладити провину, повернути таким образом те, чого їй не вистачає.

8. Самоушкодження – навмисне пошкодження свого тіла через внутрішні причини без суїцидальних намірів. Самоушкодження зустрічається як симптом багатьох психологічних і психічних розладів. Найчастіша форма самоушкодження – порізи шкіри, роздряпування шкіри, також зустрічаються удари, опіки, перетискання частин тіла, перешкоджання загоєнню ран, виривання волосся, вживання токсичних речовин. Хворобливе голодування (нервову анорексію) і переїдання (нервову булімію) багато фахівців також відносять до видів самоушкодження.

9. Альтруїстична капітуляція – це «гарний програш» в ім'я «загальнолюдських» (альтруїстичних) цінностей. Альтруїстична капітуляція завжди тісно пов'язана з раціоналізацією або інтелектуалізацією.

10. Сублімація – психоаналітичний термін, що позначає один із психологічних захисних механізмів дорослої людини. Сублімація у психології у психології – психічний процес трансформації енергії на соціальну роботу і культурну творчість. Поняття було введене З. Фройдом в 1900 р. у розробленій ним концепції психоаналізу розглядається як один з видів трансформації потягу (лібідо), протилежний витісненню. У соціальній психології сублімація пов'язується з процесами соціалізації. Проблемам сублімації приділяється значна увага в психології творчості, дитячій психології, психології спорту та ін.

При сублімації соціально неприйнятні імпульси або ідеалізації свідомо перетворюються на соціально прийнятні дії чи поведінку, приводячи до довгострокової конверсії психічної енергії вхідного імпульсу. З. Фройд вважав, що сублімація є ознакою зрілості (та цивілізованості), що дозволяє людям нормально функціонувати в культурно прийнятний спосіб. Він визначав сублімацію як процес перенаправлення сексуальних інстинктів в акти більш високої соціальної цінності, які є «особливою прикметою культурного розвитку; це те, що дає можливість вищим формам психічної діяльності, таким як наукова, художня або ідеологічна, грати таку важливу роль у цивілізованому житті». Розвиваючи ідеї батька, А. Фрейд зробила наступні висновки. У людей можуть формуватися бажані захисні механізми або бажані стилі захисту

(А.Фрейд, 1946) [14], а потім певні типи захисту можуть виражатися в тих чи інших специфічних формах психопатології (J.A. Parker, N.S. Endler, 1996) [34].

Класифікація захисних механізмів Дж. Вайланта. Чотирьох-рівнева класифікація містить наступні рівні:

Рівень 1: Патологічні захисти (психотичне заперечення, маячна протекція тощо);

Рівень 2: Незрілі захисти (фантазія, проекція, пасивна агресія тощо);

Рівень 3: Невротичні захисти (інтелектуалізація, реактивне утворення, дисоціація, витіснення тощо);

Рівень 4: Зрілі захисти (гумор, сублімація, альтруїзм, антиципація тощо).

Рівень 1: Патологічні захисти Механізми цього рівня завжди виражено патологічні. Ці шість захистів дозволяють особі ефективно реорганізувати зовнішній досвід так, аби не відчувати потребу справлятися із реальністю. Часто домінування таких захистів свідчить про психічну хворобу.

1. Конверсія – вираз інтрапсихічного конфлікт у вигляді фізичних симптомів, наприклад, сліпота, глухота, параліч або оніміння (по суті аналог істерії).

2. Маячна проекція – маячні ідеї переслідування, про небезпеку зовнішнього світу.

3. Заперечення – небажання визнати зовнішньо реальність через її надмірну небезпечність, вирішення емоційних конфліктів і зниження рівня тривоги шляхом невизнання неприємних аспектів зовнішнього світу.

4. Спотворення – суттєва зміна зовнішньої реальності для задоволення внутрішніх потреб.

5. Екстремальна проекція – явне заперечення морального чи психологічного дефіциту, який сприймається як недолік у іншої людини або групи людей.

6. Розщеплення – примітивний захист, уявлення про когось як про найкращу або найгіршу людину, зі сприйняттям властивих їй якостей, що не відповідають цій оцінці, як таких, що її не стосуються.

Рівень 2: Незрілі захисти. Ці захисти часто властиві дорослим людям, вони знижують дистрес і тривогу, захищаючи тим самим від неприємної реальності. Надмірне використання захистів цієї групи є соціально неприйнятним, оскільки людина може втратити зв'язок із реальністю. Часто вони надмірно виражені при великій депресії та розладах особистості.

1. Відреагування назовні, розрядка – механізм захисту, що виражається в несвідомому знятті внутрішньої напруги через поведінку, що реалізує лякаючий сценарій, за рахунок зміни своєї ролі в ньому з пасивно-жертовної на активно-ініціюючу. Іншими словами – це несвідоме провокування розвитку тривожної для людини ситуації. Тісно пов’язане із імпульсивністю.

2. Фантазії – схильність тікати у мрії, замість того аби вирішувати зовнішні чи внутрішні конфлікти.

3. Ідеалізація – схильність вважати іншу людину кращою, ніж вона є насправді.

4. Інтроекція – настільки сильна ідентифікація себе з ідеєю чи об’єктом, що вона стає частиною людини.

5. Пасивна агресія – агресія на інших виражається непрямо, часто через ухилення, відкладання важливих справ на потім.

6. Проективна ідентифікація – відбувається тоді, коли людина нав'язує комусь роль, засновану на своїй проекції.

7. Проекція – примітивна форма параної, помилкове сприйняття своїх внутрішніх процесів як таких, що відбуваються ззовні.

8. Соматизація – трансформація негативних переживань на фізичний біль, хворобу чи тривогу.

9. Прийняття бажаного за дійсне – це формування переконань та прийняття рішень відповідно до того, що є приємним, замість того, щоб звернутись до наявних доказів, раціональності або реальності.

Такі дії є результатом вирішення конфліктів між переконаннями та бажаннями.

Рівень 3: Невротичні захисти. Ці механізми вважаються невротичним, але досить часто зустрічаються у дорослих людей. Такі засоби захисту мають короткострокові переваги в спробах впоратися зі складними ситуаціями, але часто може викликати довгострокові проблеми в стосунках, роботі і у контексті задоволеності життя, особливо якщо вони використовуються в якості основного стилю подолання.

1. Заміщення – захисний механізм, що трансформує сексуальні або агресивні імпульси у більш прийнятні, скеровує емоції на більш прийнятний результат, відділяє їх від реального об’єкту. Наприклад, матір ображається на дитину, тому що посварилася з її батьком.

2. Дисоціація – тимчасова різка зміну своєї особистої ідентичності або характеру, щоб уникнути емоційного розладу.

3. Іпохондрія – надмірна стурбованість власним здоров'ям, пошук у себе симптомів хвороб.

4. Інтелелекуалізація – форма ізоляція, акцент на інтелектуальних компонентах ситуації задля дистанціювання від тривожних емоцій, відокремлення емоцій від думок.

5. Ізоляція – відокремлення почуттів від думок та подій, наприклад опис вбивства з графічними деталями проте без жодних емоцій.

6. Раціоналізація – переконання себе у тому, що нічого поганого не сталося, або що всі події нашого життя визначені заздалегідь і нічого зробити не можна.

7. Реактивне утворення – перетворення неусвідомлюваних негативних бажань на їх пряму протилежність, поведінка протилежна тій, яка мала б бути в такій ситуації.

8. Регресія – тимчасовий відхід на попередню стадію розвитку. Типовим прикладом є зведення розмови на крик у дорослої людини.

9. Витіснення – активне, мотивоване усунення чого-небудь зі свідомості.

10. Анулювання (відшкодування) – несвідома спроба врівноважити певне почуття (зазвичай провину або сором) за допомогою поведінки, яка «магічним чином» знищує це почуття.

11. Соціальні порівняння – захисний механізм, що використовується як засіб самооцінки. Люди порівнюють себе з іншими задля того, аби визначити, хто є кращим.

12. Уникнення – найважча форма захисту. Втеча від болісних, травматичних подій, стимулів і стосунків.

Рівень 4: Зрілі захисти. Властиві емоційно здоровим дорослим, які знаходяться на відповідній до їх віку стадії розвитку, успішним у соціальному та сімейному житті. Використовувані захисні механізми допомагають їм інтегрувати конфліктні емоції та думки задля ефективнішого функціонування.

1. Прийняття - людина приймає реальну ситуацію, розуміє її не комфортність без спроби змінити її чи протестувати проти неї. Релігія та психологічна допомога зазвичай передбачає прийняття ситуації, якщо її реально неможливо змінити.

2. Альтруїзм – конструктивна допомога іншим, яка приносить людині задоволення.

3. Антиципація – реалістичне передбачення майбутнього дискомфорту.

4. Мужність – здатність протистояти конфліктам, страху, болі, небезпеці, невпевненості, відчаю, труднощам і залякуванню. Фізична мужність часто з роками зменшується, тоді як моральна мужність незалежно від віку зберігає ідеали чесності та справедливості.

5. Емоційна самодостатність – незалежність від думок (позитивних та негативних) інших.

6. Прощення – припинення образи, обурення або гніву, не вимагання відплати за проступки.

7. Подяка – відчуття вдячності, що зумовлює вищий рівень щастя, і більш низькі рівні депресії та стресу у людини. Протягом всієї історії, подяка посідала центральне місце в релігійних і філософських теоріях.

8. Смирення – механізм, за допомогою якого людина сприймає власні недоліки як даність, не є занадто гордовитою, втім і не схильна до самоосуду.

9. Гумор – публічний вираз думок і почуттів (особливо неприємних, про які не прийнято говорити відкрито), що приносить задоволення іншим людям.

10. Ідентифікація – несвідоме моделювання себе за характером і поведінкою інших осіб.

11. Милосердя – вираз співпереживання та співчуття людини, яка має певну перевагу.

12. Самоусвідомленість – прийняття себе такою, якою людина є. Характеризується відкритістю, допитливістю та прийняттям себе.

13. Помірність – відсутність крайнощів в емоціях та думках, певне самообмеження у бажаннях і прагненнях.

14. Терплячість – терпляче ставлення до негативних обставин, пауза перед реакцією на критику чи провокацію. Вважається основною чеснотою у багатьох релігіях.

15. Повага – бажання показати свою вдячність чи вираз захоплення людиною із позитивними якостями. Стосунки, які не базуються на повазі, завжди нетривалі. Відсутність поваги – найчастіша причина міжособистісних і міжгрупових конфліктів.

16. Сублімація – трансформація негативних емоцій у позитивні дій або почуття. Наприклад, сильний гнів може виразитися у результативній грі у футбол.

17. Супресія (придушення) – свідоме бажання відволіктися від проблем на більш приємні речі.

18. Толерантність – прийняття думок і почуттів іншого, навіть якщо людина з ним не згодна.

Збереження зв’язків із реальністю як найголовнішу функцію захисних механізмів визначила у своїх працях Н. Хаан (1977). Вона створила ієрархію механізмів адаптації, ґрунтуючись на ступені усвідомленості або неусвідомленості їх стратегій. Н.Хаан виділила три види дій: подолання

(свідомі, гнучкі, цілеспрямовані дії, що допускають прояви емоцій), захист (вимушені, ригідні дії, спрямовані на подолання тривоги), уникнення (автоматизовані і ритуалізовані ірраціональні дії). Згідно з Н. Хаан, якщо людина в змозі впоратися з ситуацією, стратегії подолання характеризуються як цілеспрямовані, гнучкі, у стресових обставинах особистість зберігає цілісність за рахунок спотворення реальності, зовні обумовленою ригідними захисними стратегіями, які більше відображають прояв тривоги, ніж сприяють вирішенню проблеми.

У психотерапевтичній та медикопсихологічній літературі психологічний захист нерідко розглядається як поняття, близьке копінг-поведінки.

У психології копінг (від англ. coping — справлятися) — те, що робить людина, щоб справитися (англ. to cope with) зі стресом. Поняття об'єднує когнітивні, емоційні та поведінкові стратегії, які використовуються, щоб впоратися із запитами буденного життя. У психології копінг можна розуміти як розширення (збільшення) свідомого зусилля задля вирішення особистих та міжособистісних проблем і намагання опанувати, мінімізувати або переносити стрес або конфлікт.

Ефективність копінгових зусиль (копінгу) залежить від типу стресу і/або конфлікту, від індивідуальних особливостей кожної окремої людини, а також від обставин. Поняття «вправляння зі стресом», або «копінг», стало використовувати для опису окремих механізмів психологічного захисту лише з 1960-х років (J.A. Parker, N.S. Endler, 1996). Вперше термін з'явився в психологічній літературі в 1962 р.; Л. Мерфі застосувала його, вивчаючи, яким чином діти долають кризи розвитку. Вона виявила співвідношення копінг-поведінки з індивідуальнотипологічними особливостями особистості, попереднім досвідом подолання стресу; а також визначила дві складові частини копінгу – когнітивну та поведінкову [34]. Чотири роки по тому, у 1966 р. Р. Лазарус у своїй книзі «Psychological Stress and Coping Process» звернувся до копінгу для опису усвідомлених стратегій подолання стресу і з іншими, що породжують тривогу подіями. Фройдівські ідеї вплинули на деякі наступні

підходи до вправляння зі стресом, що виразилися зокрема, в роботах, виконаних у 1960-70-х роках і були присвячені ставленню людей до наближення і невідворотної смерті, власної або смерті інших людей (наприклад, Е.Кюблер-Росс, 1970; К.Р. Паркес, 1972, 1986, 1994) [35]. Е. Кюблер-Росс встановила, що люди, які опинилися перед реальною загрозою смерті, проходять ряд стадій, які характеризуються формами копінгу, що нагадують роботу захисних механізмів. Модель К. Паркес містить подібні стадії, хоча й виведені на основі інтерв'ю з пацієнтами. Однак підхід з точки зору стадій неодноразово піддавався критиці. Згодом дослідники стверджували, що і ранні дослідження не підтвердили стадіальну модель, і за наступні 20 років не було отримано свідчень, які доводять валідність і надійність цієї моделі. Тото не існує підстав вважати, ніби є тільки п'ять способів подолання стресу, або що в процесі подолання формуються ці стадії. Всупереч цій критиці подібні моделі часто використовуються в літературі для консультантів і людей, що займаються наданням допомоги іншим людям. Навпаки, в психологічній літературі, присвяченій подоланню стресу, підходу з точки зору стадій приділяється мало уваги. Фактично, багато психологів до психоаналітичних ідей відносяться різко критично і відкидають будь-який зв'язок з цим теоретичним підходом, вважаючи його в принципі недоступним перевірці строго науковими методами. Проте, вплив психоаналітичних ідей був настільки сильним, що відображення таких підходів неминуче відчувається у сучасних психологічних теоріях. У психології домінували переважно диспозиційний, ситуаційний підходи до копінгу. Перший з них, так званий диспозиційний підхід, спрямований на пошуки відповіді на питання про те, чи існують особливі стилі подолання стресу, або диспозиції, що дозволяють людині краще справлятися з будь-якими важкими ситуаціями. Другий, так званий ситуаційний підхід, концентрується на процесах подолання стресу і вивченні специфічних стратегій, які можуть бути корисними в конкретних ситуаціях. *Диспозиційний підхід по подолання стресу.* Диспозиційний підхід спрямований на пошук відповіді на питання, чи існують певні особистісні якості, що

сприяють кращому вправлянню із труднощами і стилі подолання стресу. Прихильники даного підходу зосереджують свою увагу на стійких індивідуальних особливостях і властивостях особистості як предикторах подолання стресу. Ключове для цього підходу питання полягає в тому, щоб виявити ступінь ефективності певних диспозиційних тенденцій, тобто стилів вправляння (coping styles), наскільки успішно вони забезпечують позитивні результати такі як поліпшення здоров'я і психологічне благополуччя. Домінуючою у психологічній літературі конкретною дихотомією є розрізнення між такими шляхами подолання стресу, як уникнення і наближення до джерел стресу (стрессорам). Існує кілька різних способів концептуалізації даного розрізнення (L.H. Cohen, C.E. Burt, J.P. Bjork, 1987) [20].

Репресивний та сенситизуючий стилі подолання стресу. Поняття репресивного стилю подолання чітко пов'язано із поняттям витіснення (repression), одним з найбільш впливових аспектів теорії З. Фройда. З.Фройд вважав, що витіснення є захисним механізмом, суть якого – у витісненні індивідом неприємних спогадів в область несвідомого таким чином, що вони стають недоступними усвідомленого спогаду і можуть виражатися лише непрямим способом через певні симптоми чи риси характеру [15].

Даний стиль подолання стресу як індивідуальна розрізнювальна характеристика був виділений Д.Бірном (D.Byrne, 1961, 1964) [17].

Представники репресивного стилю – це люди, для яких характерне уникнення стресу; репресія негативних переживань. Відмінності між представниками даного типу – «репресорами» (repressors) і тими, хто віддає перевагу іншому стилю – «сенситизерами» (sensitisers), також виділені Д. Бірном. Репресори реагують на тривожні стимули і їх наслідки уникаючою поведінкою (включаючи витіснення, заперечення і раціоналізацію).

Представники ж сенситизуючого стилю намагаються редукувати тривогу, наближаючись до її джерел або прагнучи контролювати загрозливі події (наприклад, за допомогою інтелектуалізації, обсесивних дій або нав'язливої стурбованості). Задля діагностики цих двох стилів подолання було

створено Шкалу Репрессії-Сенситизації (Repression-Sensitization (R-S) Scale, D. Byrne, 1961). Втім згодом виявилося, що попри свою поширеність опитувальник виражає соціальну бажаність і адаптованість людини, а не її захисні механізми (R. B. Cattell, 1965) [17]. На думку N. H. Weinberger, Шкала соціальної бажаності Марлоу-Крауна (Marlowe—Crowne Scale of Social Desirability, 1960) краще вимірює витіснення. При використанні цього методу підставою для віднесення людини до репресивного стилю є низький показник тривожності, але водночас високий показник захисної поведінки (defensiveness). Як показник захисної поведінки часто використовується міра бажаності, що оцінює тенденцію людей давати по пунктам опитувальника відповіді не так точні, скільки соціально схвалювані.

За допомогою цього методу можуть бути ідентифіковані три інші групи осіб: люди з низьким рівнем тривожності (низькі показники тривожності і захисної поведінки), високо тривожні люди (високий показник тривожності і низький – захисної поведінки) і тривожно-захисні люди (високий показник тривожності і високий – захисної поведінки). Нині за кордоном використовуються обидва методи вимірювання.

Ситуаційний підхід до подолання стресу. Ситуаційний або динамічний підхід концентрується на процесі подолання стресу і вивченні специфічних стратегій, які змінюються відповідно до зміни конкретних ситуацій. Такий підхід розглядає більш рухливі і мінливі ситуаційнообумовлені фактори, які визначають вибір копінг-стратегій. Відповідно до цього підходу, індивід в одних випадках, головним чином, використовує одну форму подолання, наприклад, емоційні стратегії, а в інших – вдається до стратегій вирішення проблеми шляхом зміни ставлення «особистість – довкілля». Одна зі змінних особистості, пов'язана із негативною ефективністю і корисна в прогнозуванні хвороби, - це песимістичний стиль пояснення. Роботу в цій області провели C.Peterson, M.Seligman (1988). На їхню думку, людина з песимістичним стилем схильна пояснювати негативні події, створюючи стійкі, глобальні, внутрішні атрибуції.

Наприклад, така людина може трактувати серйозний конфлікт з кимось як щось, «що ніколи не буде залагоджено» (стійка атрибуція), «здатне все зруйнувати» (глобальна атрибуція) і «те, в чому винен я сам» (внутрішня атрибуція). Навпаки, оптиміст може інтерпретувати подію як менш тривале явище, таке, що має обмежені наслідки і зумовлене провиною іншої людини або обставинами. Одним із головних прихильників ситуаційного підходу є Р.Лазарус. Його транзакційна теорія розглядає подолання стресу як процес і при цьому акцентує його специфічність щодо конкретних ситуацій. Особливу увагу когнітивні психологи (Р. Лазарус, С.Фолкман) звернули на два когнітивні процеси – оцінку і подолання стресу. У даному контексті оцінка означає встановлення цінності стресової ситуації, а «подолання» (coping) - додаткові поведінкові і когнітивні зусилля для задоволення зовнішніх і внутрішніх вимог довкілля [12]. Пізніше С.Фолкман і К. Парк (1997) зазначали, що визначення сенсу подій окремими індивідами залежить переважно від їх загальноприйнятого значення (наприклад, у релігії чи певній соціальній спільноті). Відбувається взаємодія традиційних уявлень на певне явище чи подію із індивідуальними властивостями людини (її самооцінкою, життєвим досвідом), посередником у якій є саме копінгпроцеси.

Дослідження C.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub (1989) побудовані на основі теорії Р. Лазаруса, але передбачене розмежування між сконцентрованими на проблемі і сфокусованими на емоціях способами подолання стресу є занадто спрощеним. Автори вважають, що в рамках цих двох широких категорій вміщуються стратегії, занадто сильно відрізняються один від одного і ведуть до різних наслідків. Далі вони відзначають, що поширені раніше опитувальники були створені в основному на базі статистичних даних, а не на базі будь-якої теорії. Розроблений ними Опитувальник подолання стресу (COPE-inventory) ґрунтується на двох теоретичних роботах: на теорії стресу Р. Лазаруса і на їх власній моделі саморегуляції поведінки (C.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub, 1988).

Спочатку опитувальник складався з 13 окремих шкал, але пізніше було додано ще дві, що вимірюють використання алкоголю / наркотиків і гумору.

У неконтрольованих ситуаціях частіше використовуються сфокусовані на емоціях стратегії подолання, наприклад прийняття або заперечення. Опитувальник COPE був призначений для вимірювання як ситуаційних реакцій (стратегій), так і для диспозиційних стилів, в залежності від того, чи пов'язані оцінки респондентів з їх «звичайними» способами реагування або зі специфічними інцидентами. Інтегративний підхід до подолання стресу. Згідно із даним підходом і особистісні, і більш мінливі ситуаційні фактори впливають на вибір копінг зусиль (R. H. Moos, J. A. Schaefer, 1993).

Класифікація копінг-стратегій. Оскільки інтерес до копінг-стратегій виник в психології відносно недавно і через складність самого феномена вправляння з труднощами, дослідники ще не дійшли до однієї єдиної класифікації копінг-поведінки. Роботи по копінгстратегіями поки ще є досить розрізненими, тому мало не кожен новий дослідник при вивченні проблематики копінгової поведінки пропонує свою власну класифікацію. При цьому, щоб хоч якось систематизувати наявні підходи до копінг-стратегій, вже робляться зусилля по класифікації самих класифікацій.

Проблемно-фокусовані / емоційно-фокусовані копінг-стратегії. Дослідники, які вперше використали поняття копінга у психології, запропонували і першу класифікацію копінг-стратегій. Р.Лазарус і С.Фолкман у своїй дихотомічній класифікації виділили наступну спрямованість копінгстратегій: 1) проблемно-фокусовані стратегії (11 копінгових дій) 2) емоційно-сфокусовані стратегії (62 копінгових дії). Іншими дослідниками пропонувалися схожі класифікації копінг-стратегій.

Так, наприклад, R. H. Moos, J. A. Schaefer (1986) виділяють три стратегії:

- сфокусована на оцінці (встановлення для себе значення ситуації);
- сфокусована на проблемі (прийняття рішень та здійснення конкретних дій для подолання стресу);

- сфокусована на емоціях (управління почуттями і підтримку емоційної рівноваги).

L.I.Pearlin, C. Schooler (1976) пропонують аналогічну до запропонованої Р.Моосом і Дж. Шеффер класифікацію, виділяючи в ній три наступні стратегії: стратегія зміни способу бачення проблеми, стратегія зміни проблеми, і стратегія управління емоційним дистресом. Обидві класифікації практично повторюють класифікацію Р. Лазаруса і С. Фолкмана. При цьому R. H. Moos, J. A. Schaefer і, відповідно, L.I.Pearlin, C. Schooler виділяють в стратегії «фокусування на проблемі» дії двох типів: когнітивні («фокусування на оцінці» і «зміна способу бачення проблеми», відповідно) і поведінкові («фокусування на проблемі» і «стратегія зміни проблеми», відповідно).

Багато з класифікацій копінг-стратегій, що виникали вслід за класифікацією Р. Лазаруса і С. Фолкмана, складалися в тій же традиції, пропонуючи дихотичний поділ копінг-стратегій за принципом «робота з проблемою» / «робота зі ставленням до проблеми». Отже, багато класифікації копінг-стратегій, в основному, зводяться до розрізнення між активними, фокусованими на проблемі зусиллями впоратися із зовнішніми запитами проблеми проти більш інтроспективних зусиль переформулювати або когнітивно переоцінити проблему так, щоб вона краще відповідала зовнішнім вимогам. Когнітивні / поведінкові / емоційні копінг-стратегії.

Деякі дослідники пропонують класифікації, в яких копінг-стратегії розрізняються залежно від типів процесів (емоційних, поведінкових, когнітивних), що лежать в їх основі. Так, И. М. Нікольська та Р. М. Грановська виділяють три великі групи копінг-стратегії, що відбуваються на наступних рівнях: поведінка, емоційне опрацювання пригніченого і пізнання. Існують й класифікації, що оперують лише одним типом процесів.

Так, наприклад, E.K. Koplik (1992), розглядаючи виключно когнітивні копінгстратегії, пропонує дихотичну класифікацію: стратегія пошуку інформації та стратегію закритості для інформації.

Ефективніта неефективні копінг-стратегії. Водночас, деякі дослідники вважають за краще згрупувати копінгові стилі за функціональними аспектами копінга. Функціональні стилі являють собою прямі спроби впоратися з проблемою, за допомогою інших або без їхньої допомоги, водночас дисфункціональні стилі пов'язані з використанням непродуктивних стратегій. У літературі прийнято називати дисфункціональні копінг-стилі «уникаючим копінгом». Так, наприклад, E.Frydenberg, R.Lewis (2000, 2014) пропонують класифікацію, в якій 18 стратегій згруповані в три категорії: звернення до інших (звернення до інших за підтримкою, будь це однолітки, батьки або хтось ще), непродуктивний копінг (стратегії уникнення, які пов'язані з нездатністю впоратися з ситуацією) і продуктивний копінг (працювати над проблемою, зберігаючи оптимізм, соціальний зв'язок з іншими і тонус). У даному випадку, копінг-стратегія в категорії «Звернення до інших» стоїть окремо від категорій «ефективного» і «неефективного» копінга. Отже, незважаючи на те, що дана класифікація базується на вимірюванні «ефективності / неефективності», дослідниками тут все ж зроблена спроба виділити ще один вимір – «соціальна активність», який не може однозначно оцінюватися як продуктивний або непродуктивний. Копінг-стратегії як ступінь контролю за ситуацією. У психологічній літературі також представлені інші класифікації, які розглядають копінг-стратегії як специфічні поведінкові конкретизації процесів довільного контролю над дією, а саме, як плановані поведінкові стратегії, які служать для того, щоб підтримувати або відновлювати контроль в ситуаціях, коли він піддається загрозі (D. F. Lopez, T. D. Little, 1996). Так, наприклад, у запропонованій цими авторами класифікації BISC (Behavioral Inventory on Strategic Control, Керівництво по стратегічному контролю поведінки) передбачається, що копінг-стратегії дітей варіюються за чотирма вимірам стратегічного поведінкового контролю: активна діяльність, непряма діяльність, просоціальна поведінка і антисоціальна поведінка.

У своїй CORTeорії (Conservation of Resources, теорія збереження ресурсів) він пропонує розглядати в копінг-поведінці шість осей: просоціальна /

антисоціальна спрямованість, пряма / непряма поведінку і пасивна / активна поведінка. Відкритим лишається питання й про співвідношення поняття «психологічний захист» і «копінг».

Згідно з Н. Хаан (1977), копінг і психологічний захист ґрунтуються на однакових, тотожних его-процесах, але відрізняються полярністю спрямованості на продуктивну адаптацію і слабку адаптацію. Копінг-процеси беруть початок зі сприйняття виклику. Сприйняття виклику запускає когнітивні, ціннісні і мотиваційні структури, дія яких є основною для адекватної відповіді. Коли відбувається ситуація, в якій особистість стикається з новими вимогами соціального середовища, для яких наявні відповіді не можуть бути застосовані, виникає копінг-процес.

Таким чином, з точки зору Н. Хаан, *копінг-процес* – це пошук і здійснення адаптивної відповіді особистості на стресогенні вимоги соціального середовища з урахуванням існуючого досвіду, але нових обставин. Захисні механізми з точки зору традиційного психоаналізу дозволяють усунути психічну травму або редукувати емоційне напруження за рахунок спотворення дійсності. Однак Н. Хаан прийшла до висновку, що існує група захисних механізмів, що дозволяють подолати проблемну ситуацію без спотворення дійсності і відмови від реальності. Класичні ж захисні механізми вона характеризує як ригідні, емоційно неадекватні і такі, що не відповідають реальності процеси. Питання про межі понять «копінг» і «психологічний захист» досі залишається відкритим. Т. Краснянська виділяє такі відмінності копінгу від механізмів психологічного захисту: усвідомленість, довільність, цілісність охоплення ситуації, відновлення зруйнованих соціальних зв’язків суб’єкта і спрямованість на перспективу. За таких умов існує можливість цілеспрямованого оволодіння механізмами копінгу, що сприятиме оптимізації поведінки людини в екстремальних ситуаціях

Запитання та завдання для самоконтролю

1. Надайте визначення поняттю життєва криза.

2. Назвіть види життєвих криз та надайте визначення «нормальна криза» та «аномальна криза».

3. На які види поділяють кризи за критерієм тривалості?

4. На які види поділяють кризи за критерієм детермінованості?

5. Назвіть та охарактеризуйте типи ставлення до кризової ситуації.

6. Назвіть основні деструктивні способи виходу з кризи та надайте загальну характеристику.

7. Надайте визначення поняттю суїциду та назвіть види суїциду щодо способів його здійснення.

8. Назвіть індикатори суїцидального ризику.

9. За глибиною занурення, та рівнем процесу надання психологічної допомоги які розрізняють види психологічної допомоги?

10. Надайте визначення поняттю психокорекція та охарактеризуйте її види.

11. Назвіть основін види захисних механізмів за З.Фройдом та Вайлантом, охарактеризуйте їх та назвіть їх значення у контексті подолання кризових станів.

ТЕМА № 5: ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ТА КРИЗОВИХ СТАНАХ.

План

1. Поняття «екстрена психологічна допомога» в умовах надзвичайної ситуації.
2. Допомога в екстремальних ситуаціях, які пов’язані із загрозою для життя.
3. Психологічна допомога клієнтам у кризових станах.
4. Особливості надання психологічної допомоги клієнтам із депресією.
5. Особливості надання психологічної допомоги клієнтам з тривожністю.

6. Особливості надання психологічної допомоги клієнтам зі страхом і фобіями.
7. Особливості роботи психолога з клієнтами, які переживають втрату.
8. Особливості роботи психолога з невиліковно хворими клієнтами.

1. Поняття «екстрена психологічна допомога» в умовах надзвичайної ситуації. ***Екстрена психологічна допомога*** – це система короткострокових заходів, які надаються людям, що постраждали у зоні надзвичайної ситуації або найближчим часом після травматичної події.

Екстрена психологічна допомога спрямована на:

- надання допомоги одній людині, групі людей або великій кількості постраждалих після екстремальної або надзвичайної ситуації;
- регуляцію актуального психічного, психофізіологічного стану і негативних емоційних переживань, пов'язаних з екстремальною або надзвичайною ситуацією, за допомогою професійних методів, які відповідають вимогам конкретної ситуації.

Основна мета екстреної психологічної допомоги – запобігання особистісній патологічній еволюції людини, яка волею долі залучена до надзвичайної ситуації.

Зміст і методи екстреної психологічної допомоги істотно залежать від характеру надзвичайної ситуації, від ефекту її травматичної дії на психіку людини. Тож екстрена психологічна допомога націлена на підтримку особистості постраждалого, його родичів та рятувальників в осередку надзвичайної ситуації, зменшення їх душевних страждань та зниження впливу на них стрес-факторів підвищеної інтенсивності.

В умовах надзвичайної ситуації у людини відбувається розрив цілісності особистості на всіх рівнях вияву: когнітивному, рольовому, особистісному й соціальному. Когнітивний розрив виявляється в нерозумінні того, що відбулося.

Рольовий розрив – це нездатність постраждалої людини виконувати свої функції в сім'ї, на роботі. Соціальний розрив можна розглядати як віддалення від сім'ї та друзів. Розрив на особистісному рівні характеризується як нездатність усвідомлювати те, що відбулось, емоційно або фізично.

Для подолання розривів необхідні:

– пояснення, інформування, структурування, осмислення (ці засоби вживаються на подолання когнітивного розриву);

– знаходження будь-якої ролі з метою мобілізації активності (ліквідація рольового розриву);

– допомога в знаходженні контакту й підтримки (усунення соціального розриву);

– визначення того, що не змінилося (особистісний розрив). Крім того, якщо, виїжджаючи на місце трагедії, психолог МНС приблизно знає, які проблеми на нього чекають, то психолог, який вперше залучається до такої місії, з ними не ознайомлений. Саме для мінімізації негативного впливу цих проблем і підвищення рівня власної діяльності з надання екстреної психологічної допомоги постраждалим психолог повинен здійснити низку певних заходів.

Надання екстреної психологічної допомоги потерпілим та населенню в зоні надзвичайної ситуації проходить за загальною схемою:

І етап – «Інформаційний». Інформаційний етап несе на собі місію профілактики паніки серед населення, зменшення почуття страху у потерпілих та надання практичних рекомендацій щодо поведінки в тій чи інший надзвичайній ситуації (оскільки одним із головних завдань психологічної допомоги є профілактика гострих панічних реакцій та сприяння інформованості населення щодо само- та взаємодопомоги при надзвичайній ситуації).

ІІ етап - створення атмосфери довіри у населення, що потребує екстреної психологічної допомоги. Другий етап протікає при розгортанні аварійно-рятувальних робіт, коли, за образним висловлюванням, починається «нормальне життя в екстремальних умовах». Побутова невпорядкованість,

незручності й розгубленість повинні бути компенсовані створенням у пункті екстреної психологічної допомоги атмосфери безпеки, підтримки й довіри. Ті, хто звертається за допомогою до психолога, повинні мати можливість задовольнити свої потреби в їжі, відпочинку, сні, безпеці. У цьому випадку чай і шоколад є одним з найефективніших способів налагодження рапорту. Професійна компетентність заспокоює, тому психологу МНС бажано розповісти потерпілим про свою кваліфікацію й досвід роботи. Обов'язково розпитати постраждалих, хто вони за професією, про їх захоплення, мрії. Показати свою зацікавленість.

III етап - діагностика актуального психоемоційного стану постраждалого населення. Діагностика актуального психоемоційного стану постраждалого населення здійснюється в осередку надзвичайної ситуації шляхом візуального спостереження, опитування постраждалих (інтерв'ю), розподілу потерпілих за психічними реакціями на травму, за потребами у певній психологічній допомозі для можливості проведення роботи в групі (тобто проводиться розподіл потерпілих за реакціями на виниклу ситуацію). Додатково, для більш глибокого аналізу впливу на постраждалого психологічних чинників надзвичайної ситуації, при евакуації населення в безпечні райони, або за наявності часу, можливе використання експресметодик. Звичайно, використання даних методик ні в якій мірі не повинне виключати методів бесіди й спостереження, які в умовах надзвичайної ситуації є більш інформативними й показовими.

IV етап – релаксація. Психоемоційна напруга, що характерна на початку виникнення надзвичайної ситуації, змінюється по її завершенню, як правило, підвищеною стомлюваністю. Четвертим етапом (при наявності часу) є сеанси релаксації з використанням аутогенних тренувань, музикотерапії, ароматерапії, дихальних вправ на розслаблення. Вправи на розслаблення дають можливість людям відпочити, набратися сил, відволіктися від негативних переживань тощо. Етап релаксації є ресурсним етапом, за допомогою якого людина одержує можливість зарядитися енергією.

V етап – психотерапевтичний. Психотерапевтичний етап проводиться після евакуації населення в безпечні райони. Після евакуації населення в безпечні райони в період емоційної й когнітивної переробки ситуації, що склалася, можливе залучення до проведення цілеспрямованих психотерапевтичних і психокорекційних заходів практичних психологів правоохоронних органів, військових формувань, навчальних закладів, наукових установ, співробітників органів державної влади, громадських та релігійних організацій, засобів масової інформації. Звертаємо увагу, що це залучення можливе тільки після евакуації постраждалого населення в безпечні райони!

Так як робота з населенням в осередку надзвичайної ситуації для психологів МНС носить формат екстреної психологічної допомоги (тобто першої, невідкладної, швидкої допомоги), то психотерапевтичний ефект простежується протягом всього терміну проведення аварійно-рятувальних робіт та виражається в зменшенні негативного впливу надзвичайної ситуації на психічний стан населення шляхом доброзичливого ставлення до оточуючих, психологічної підтримки та співчуття.

VI етап - рекомендуючий За результатами проведеної психологами МНС роботи, тим, хто потребує подальшої психологічної допомоги, рекомендують звернутися до лікувально-профілактичних закладів та центрів психологічної допомоги населених пунктів, де проживають чи перебувають постраждалі. Цей етап проводиться або після евакуації постраждалого населення, або перед евакуацією, якщо психологами МНС не передбачається супроводження постраждалого населення в безпечні райони. Перераховані вище етапи можуть, за необхідністю, мінятися місцями або проводитися паралельно один з одним. Робота з населенням при ліквідації надзвичайної ситуації може негативно вплинути й на психологів МНС. Виникаючу в ході такої роботи напругу можна знімати за допомогою релаксаційних вправ та професійної супервізії. Сеанси супервізії повинен вести професійно підготовлений модератор.

2. Допомога в екстремальних ситуаціях, які пов'язані із загрозою для життя.

До подібних ситуацій відносяться: дорожньо-транспортна пригода, пограбування, розбійний напад, побиття. За короткий час відбувається зіткнення з реальною загрозою смерті (у повсякденному житті психіка створює захист, дозволяючи сприймати смерть як щось далеке або навіть нереальне). Змінюється образ світу, дійсність представляється наповненою фатальними випадковостями. Людина починає ділити своє життя на дві частини – до події і після неї. Виникає відчуття, що оточуючі не можуть зрозуміти її почуттів і переживань. Необхідно пам'ятати, що навіть якщо людина не піддавалася фізичному насильству, вона все одно отримала найсильнішу психологічну травму.

Допомога: 1. Допоможіть людині висловити почуття, пов'язані з пережитою подією (якщо вона відмовляється від бесіди, запропонуйте їй описати те, що сталося, свої відчуття у вигляді розповіді).

2. Покажіть людині, що навіть із найжахливішої події можна зробити висновки, корисні для подальшого життя (нехай людина сама поміркує над тим досвідом, який вона придбала в ході життєвих випробувань).

3. Дайте людині можливість спілкуватися з іншими людьми, які з нею пережили трагічну ситуацію (обмін номерами телефонів учасників події).

4. Не дозволяйте людині грати роль «жертви», тобто використовувати трагічну подію для отримання вигоди («Я не можу нічого робити, адже я пережив такі страшні хвилини»).

Дитина, яка пережила насильство по відношенню до себе або членів сім'ї, стала свідком нанесення каліцтв іншим людям, відчуває такі ж сильні почуття, що і дорослий (страх повторення події, руйнування ілюзії справедливості світу, безпорадність). Пряме насильство над дитиною може виявитися психологічно занадто важким, нестерпним для неї, що може виражатися в мовчанні і заціпенінні. У дитини може зафіксуватися в пам'яті картина події. Вона буде знову і знову представляти найстрашніші моменти того, що сталося (наприклад,

поранених людей або того, хто напав на неї), може відчувати почуття провини (вважати причиною події свою поведінку). Дитина, що пережила психотравмуючу подію, не бачить життєвої перспективи (не знає, що буде з нею через день, місяць, рік; втрачає інтерес до раніше привабливих для неї занять). Для дитини пережита подія може стати причиною зупинки особистісного розвитку.

У даній ситуації:

1. Дайте дитині зрозуміти: ви всерйоз ставитеся до її переживань і ви знали інших дітей, які теж через це пройшли («Я знаю одного сміливого хлопчика, з яким теж таке трапилося»).

2. Створіть атмосферу безпеки (обіймайте дитину якомога частіше, розмовляйте з нею, приймайте участь в її іграх).

3. Подивіться разом з дитиною «хороші» фотографії – це дозволить згадати приємні образи з минулого, послабить неприємні спогади.

4. Зводьте розмови про подію з опису деталей на почуття.

5. Допоможіть дитині вибудувати життєву перспективу (конкретні цілі на конкретні терміни).

6. Повторюйте, що відчувати безпорадність, страх, гнів цілком нормально.

7. Підвищуйте самооцінку дитини (частіше хваліть її за хороші вчинки).

8. Заохочуйте гру дитини з піском, водою, глиною (допоможіть їй винести назовні свої переживання у вигляді образів).

9. Не можна дозволяти дитині стати тираном. Не виконуйте будь-які її бажання з почуття жалості.

Особливості надання екстреної психологічної допомоги при маренні та галюцинаціях. Найбільш важкими наслідками пережитого сильного стресу можуть бути марення (помилкові, перекручені, абсолютно нелогічні уявлення або умовиводи, у помилковості яких потерпілого неможливо переконати) й галюцинації (потерпілий сприймає об'єкти, які в цей момент не впливають на відповідні органи почуттів: чує голоси, бачить неіснуючих людей, відчуває

запахи, яких немає насправді й т. ін.). Марення і галюцинації найчастіше виникають у людей з уже наявними психічними захворюваннями (екстремальна ситуація викликає в людини потужний стрес, призводить до сильної нервової напруги, порушує рівновагу в організмі, негативно позначається на здоров'ї в цілому - не тільки фізичному, але й психічному також). Це може загострити наявне психічне захворювання. Марення та галюцинації можуть виникати і як короткочасні реакції психіки на сильний стрес і у здорових людей (Наприклад, у м. Дніпропетровськ (2007 р.), після вибуху в житловому будинку побутового газу, у матері загиблої дівчинки почали спостерігатися галюцинації. Жінка стверджувала, що чує, як її донька кличе на допомогу, чує її стогін та плач зпід завалів... Якщо ви зіткнулися з поведінкою потерпілого, схожою на марення або галюцинації, не поспішаєте терміново викликати бригаду швидкої психіатричної допомоги. Спостерігайте за зміною в поведінці потерпілого протягом деякого часу. Справа в тому, що перша реакція на повідомлення про смерть близького – це, як правило, заперечення факту смерті. Саме це стає причиною роботи механізму психологічного захисту. Психіка активно не приймає того, що відбулося. На першому етапі емоційний шок супроводжує спроба заперечувати реальність ситуації, і тому людина намагається відійти від реальності у вигаданий світ, світ ілюзій та фантазій, що в свою чергу може викликати появу марення й галюцинацій. Якщо Ви побачили такі прояви – не лякайтеся, а поспостерігайте деякий час. Якщо ситуація не поліпшується протягом 1-2 годин, а марення й галюцинації у потерпілого залишаються, то зверніться за психіатричною допомогою.

Пам'ятайте! Головна ознака при мареннях та галюцинаціях: люди украй активні.

Особливості надання екстреної психологічної допомоги при мареннях та галюцинаціях:

1. Зверніться до медичних працівників, викличте бригаду швидкої психіатричної допомоги.

2. До прибуття фахівців стежте за тим, щоб постраждалий не нашкодив собі та оточуючим. Заберіть від нього предмети, які являють потенційну небезпеку.

3. Переведіть потерпілого у відокремлене місце, не залишайте його одного.

4. Говоріть з постраждалим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним, не намагайтеся його переконати. Пам’ятайте! В такій ситуації переконати потерпілого неможливо. Надзвичайні ситуації притягують людей з хворою психікою (вони таким чином себе реалізовують).

Особливості надання екстреної психологічної допомоги при нервовому тремтінні.

При нервовому неконтрольованому тремтінні в організмі необхідна допомога не тільки психолога. Людина, яка тільки що пережила екстремальну ситуацію, сильно тремтить - не може удержати в руках дрібні предмети, запалити сигарету. З боку це виглядає так, начебто вона змерзла. Однак причина в іншому. Після екстремальної ситуації з'являється неконтрольоване нервове тремтіння - людина не здатна за власним бажанням припинити цю реакцію, яка може тривати кілька годин. Так організм «скидає» напругу. Якщо цю реакцію зупинити неможливо, то напруга залишиться усередині та викличе м'язові болі, а надалі може призвести і до розвитку таких серйозних захворювань, як гіпертонія або виразка.

Пам’ятайте! Головна ознака: тремтіння всього тіла або окремих його частин починається раптово, відразу після інциденту. Реакція може тривати досить довго (до декількох годин). Особливості надання екстреної психологічної допомоги при нервовому тремтінні:

1. Потрібно підсилити тремтіння. Візьміть потерпілого за плечі й сильно, різко потрясіть протягом 10-15 секунд (віброгімнастика). Таким чином організм «струшує» весь адреналін. Продовжуйте спокійно розмовляти з потерпілим. Не підвищуйте інтонацію голосу, інакше потерпілий може сприйняти ваші дії як

напад. Не треба при цьому звертати увагу на його тремтіння, говорити про це, лякатися цього стану.

2. Після завершення тремтіння запропонуйте потерпілому затримати подих. Через 1-2 хвилини наступить заспокоєння.

3. Дайте потерпілому можливість відпочити. Бажано укласти його спати, тому що після нервового тремтіння людина відчуває сильну утому.

Пам’ятайте! Не можна постраждалого з нервовим тремтінням обіймати або притискати до себе, укривати чимось теплим, говорити, щоб він взяв себе в руки.

Особливості надання екстреної психологічної допомоги при плачу.

Плач - це форма емоційного захисту. Прояв реакції плачу людини є симптомом переробки негативних емоцій, тому дуже важливо дати можливість постраждалому відреагувати. Сльози служать катарсисом, своєрідним очищенням. Плач викликає розслаблення й уповільнення подиху. Подих компенсується одночасним потовиділенням і тахікардією, однак розслаблююча дія постраждалого швидко їх нейтралізує. Саме із цієї причини людина звичайно пам'ятає переважно приємне розслаблення після ридань. Після плачу ми почуваємо себе набагато краще. Справа в тому, що секрет очної залози містить психотропні засоби, які зменшують почуття тривоги, туги й навіть болю. Однак лікарі попереджають про те, що подібною «терапією» не варто зловживати, інакше розпущені нерви призведуть до складних нервових захворювань. Сльози нормалізують кров'яний тиск, мають антистресову та антибактеріальну дію, сприяють загоєнню травм, підсилюють опірність організму інфекціям, знижують ризик розвитку мігрені, виразки шлунка й гіпертонії. Сльози – відмінний болезаспокійливий засіб. При серйозних потрясіннях організм виробляє велику кількість так званих «гормонів стресу». Саме тому у важких ситуаціях єдине, на що вистачає сил, – розплакатися. Так організм позбувається від шкідливих речовин, які могли б нашкодити йому.

Слізна реакція ділиться на два види:

1) Фізіологічна. Це рефлекторні сльози. Вони очищають очі від пилу й дрібних смітинок і зволожують їх, зберігаючи роговицю від пересихання.

2) Емоційна. Це сльози, які виникають як реакція на будь-яке нервове потрясіння. Плач як обов'язкова ритуальна техніка пропонується людині в строго обмежених важких та кризових життєвих ситуаціях. Ці ситуації дуже різні і, на перший погляд, видимого зв'язку між ними не спостерігається (наприклад, смерть близької людини). Однак насправді їх поєднує одна важлива ознака: необхідність швидко реагувати реальною поведінкою на зміни ціннісного або комунікативного середовища. Перш ніж «будувати» певну поведінку, людина повинна заново здійснити деякі самооцінні процеси. Саме тому обряд улаштований так, що в ході його «виконання» найбільша кількість часу приділяється рішенню самооцінних завдань. Під час плачу самооцінка піддається серйозним трансформаціям, і в результаті обряду вона оптимізується й здобуває стійкість. Тільки після цього людина має можливість правильно й ефективно здійснювати свою поведінку вже в новій життєвій ситуації. Обряд плачу відноситься до трансових технік. Під час плачу спостерігаються деякі ознаки змінених станів свідомості. Відомо також, що людина в стані плачу іноді втрачає почуття часу й простору.

Пам’ятайте! Головна ознака: у людини, яка вже плаче або готова розридатися, дрижать губи, спостерігається відчуття пригніченості. На відміну від істерики, немає порушень поведінки.

Особливості надання екстреної психологічної допомоги при плачі:

1. У ситуації, коли у потерпілого починається реакція плачу, надайте людині підтримку на раціональному, вербальному й тілесному рівні.

2. Не залишайте постраждалого одного. Якщо неможливо надати такій людині професійну допомогу, необхідно подбати про те, щоб поруч із нею хтось перебував, бажано, щоб це була близька або знайома людина.

3. Можна та бажано використовувати елементарні прийоми тілесноорієнтованої терапії: установіть тісний фізичний контакт із постраждалим (візьміть за руку, покладіть свою руку йому на плече або спину,

погладьте його по голові). Це допоможе людині відчути, що хтось поруч, що вона не самотня.

4. Застосовуйте прийоми «активного слухання», вони допоможуть приєднатися до потерпілого на вербальному рівні. Періодично вимовляйте «ага», «так», «звичайно», кивайте головою, тобто підтверджуйте, що слухаєте й співчуваєте; повторюйте за постраждалим уривки фраз, у яких він виражає свої почуття; говоріть про свої власні почуття й почуття потерпілого. Дайте йому виговоритися.

5. Не намагайтеся заспокоїти потерпілого. Не намагайтеся зупинити плач, просто говорячи йому: «Не плач». Подібні вислови лише підсилюють і продовжують процес ридання. Дайте людині можливість виплакатися, «виплеснути» із себе горе, страх, образу.

6. Не задавайте питань, не давайте порад. Уникайте порівнянь типу «От один знайомий був у такій же ситуації, як ви....». Ваше завдання зараз – допомогти людині виговоритися, вислухати її.

7. Після плачу умийте обличчя потерпілого прохолодною водою, можна покласти прохолодний компрес біля очей.

Пам’ятайте! Не можна плакати закривати або терти очі руками, інакше головного болю та набряклого обличчя й червоних очей не уникнути. Плач протипоказаний людям з різними афективними розладами й підвищеною тривожністю - їм сльози приносять лише обтяження внутрішнього стану. Зверніть увагу: якщо не відбувається емоційної розрядки, полегшення, потерпілий стримує сльози, то внутрішнє напруження може нанести шкоду фізичному і психічному здоров’ю людини (необхідно підняти людину та злегка погойдати). Після цього буде плач.

3. Психологічна допомога клієнтам у кризових станах.

Клієнти із психосоматичними розладами Існує чимало спроб пояснити походження психосоматичних розладів. Майже всі вони так чи інакше пов’язані з психоаналітичним розумінням особистості, оскільки власне основи психосоматичної медицини в третьому десятилітті минулого століття

формувалися під впливом психоаналізу. І сьогодні вплив психоаналізу на розуміння й лікування психосоматичних порушень великий. Тривалий час підкреслювалося значення особливостей особистості у виникненні психосоматичних порушень (наприклад, Dunbar описав «коронарну», «алергічну», «гіпертонічну», «ревматоїдну» та інші особистості). Пізніше вважали, що виникнення конкретних психосоматичних порушень передбачено стійкістю певних емоційних станів (один із основоположників психосоматичної медицини Weit-Isaker говорить, що злість, жорстокість зумовлюють виникнення хвороб серця; безсилля й залежність призводять до хвороб травного тракту, а сексуальна наруга – до порушення системи дихання і т. ін.). Сьогодні учені схиляються до концепції багатофакторного патогенезу психосоматичних порушень і пояснюють їх не особистісною структурою, а специфічними психологічними, генетичними і соціальними факторами. Підкреслюється значення генетично заданих властивостей людини (у тому числі й психічних), підвищеної вразливості окремих органів (зумовлених родовими, соматичними захворюваннями і фізичними ушкодженнями в дитинстві та юності), взаємин у сім'ї, способів реагування особистості в критичних ситуаціях. Іноді психосоматичні скарги людини здаються безпідставними і призводять до непорозумінь лікарів загальної практики, котрі в усьому схильні звинувачувати нерви. Однак найчастіше за цими скаргами приховані не вигадані, а реальні конфлікти, точніше кажучи, специфічна стійкість несприятливих стосунків. Як правило, люди намагаються припинити негативні взаємини. Психосоматичний клієнт поводиться інакше. Він роками може терпіти стосунки, які не лише не дають задоволення, а й виснажують, руйнують його особистість. *Психосоматичним клієнтам не властиві мазохістські риси.* Якби такі стосунки давали мазохістське задоволення, не виникали б психосоматичні симптоми. Толерантність до неблагополучних взаємин і природу психосоматичних симптомів можна пояснити стримуванням ворожості, агресивності, злості. Якщо, як правило, озлобленість спонукає людей до припинення стосунків, то психосоматична особистість вгамовує

злість і породжує стосунки. Зовні така людина навіть не виглядає страждальною. Незрозуміло, чому проходить пригнічення злості, але відомо, що психосоматичні клієнти дуже чутливі до будьяких проявів озлобленості в собі та інших.

Завдання консультанта

Найважливіше завдання консультанта в бесіді з психосоматичним клієнтом – допомогти йому виявити хоч частково приховану озлобленість. Але як це зробити? Деякі консультанти починають із запитання: «Ви нервові?», «Чи ви чутливі?». Можливі відповіді на ці запитання дають мало відомостей. Однак можна запитати і про конкретні проблеми. Запитати й намагатися проникнути в доступність концепції клієнта: «Схоже, що у вашому житті щось викликає заклопотаність?» або «Що відбувається у вашому житті, що в ньому змінилося, що стало іншим, ніж було раніше?». Питання мають бути спрямовані на повсякденне життя клієнта, на зміни в його роботі, сім'ї, у стосунках із близькими і друзями. Інколи на такі питання консультант чує відповідь, яка нічого не означає: «Все добре». Це тільки відмовка, оскільки в житті кожної людини щось трапляється. Одначе консультант не повинен заперечувати, а продовжувати запитувати клієнта про різні аспекти його життя: чим він займається на роботі, з ким працює, який його особистий внесок до загальної роботи, як він проводить вільний час, які взаємини в сім'ї? Не слід настирливо вимагати розповіді про конфлікти, негативні почуття, оскільки зі словника клієнта зникли відповідні поняття. Консультант повинен не лише допомогти клієнтові усвідомити свою озлобленість, а й довести, наскільки вона негативно впливає на поведінку. Одні психосоматичні клієнти приємні, з усім погоджуються, і важко повірити в їхню ворожість. Інші не здатні відчути та й не відчувають ворожості навколо себе. Під час виникнення найменшої суперечки вони пасують. Якщо не можуть вийти із ситуації, то говорять собі, що ті, хто сперечається, жартують. Інші схильні виражати свою злість, але змінюють її справжній об'єкт. Бесіда з психосоматичним клієнтом про озлобленість, як правило, важка і не завжди успішна, хоча вона дає змогу

показати клієнтові, яка його життєва ситуація, як він придумує свою ворожість і як це пов'язано з його соматичними симптомами. Консультант повинен не лише допомогти клієнтові розпізнати в собі злобу, а й спонукати його до реакції у процесі консультування. Тому не дивно, що у випадку успішної роботи, зі справжнім об'єктом ворожості клієнта тимчасово стає консультант. Ще одна суттєва причина складності консультування психосоматичної особистості – в «емоційній малограмотності», нездатності вербалізувати свої внутрішні переживання, недостатності символічного мислення. Комплекс подібних властивостей поруч із симптомами маскованої депресії був також знайдений в осіб, які перенесли посттравматичний стрес, і навіть у здорових. Риси алекситимічної особистості є серйозною перешкодою в консультуванні й психотерапії. Найчастіше консультант спостерігає відмову цих клієнтів пов'язувати свої соматичні скарги з конфліктами в емоційній сфері, хоча часто психологічний контекст скарг очевидний. Дуже складно допомогти людині психологічними методами, коли вона свої емоційні проблеми розуміє як соматичні. Такий клієнт говорить про різноманітні болі, багато мовчить, не виявляє ніякої мотивації до співробітництва, явно зорієнтований на лікування медиками, постійно змушує консультанта проявляти ініціативу. Монотонний, емоційно безбарвний стиль клієнта викликає в консультанта злість, тому що він відчуває себе загнаним у кут. Спроба активно залучати клієнта до емоційних стосунків збільшує в того неспокій через невміння вербалізувати почуття. Відповідний сплеск фізіологічних реакцій дає змогу клієнтові ще більше жалітися на соматичне недомагання. Якщо клієнт – чітко виражений алекситимік, слід застосувати процедури консультування, які спрямовують не на конфронтацію, а на підтримку. Клієнта також слід підготувати до вербалізації своїх переживань. Для цього можна використати приклади емоційних слів і фантазій, аналіз різних емоційних ситуацій. Хоч така підготовка не завжди ефективна, вона деякою мірою допомагає усвідомити емоційні проблеми і вербалізувати їх.

4. Особливості надання психологічної допомоги клієнтам із депресією.

Насамперед депресія проявляється у зміні настрою. Людина стає сумною й похмурою, її пригнічують думки про своє невдале життя, пече гостре почуття провини. Вона втрачає смак до життя й здатність протидіяти труднощам, втрачає цікавість до речей, котрі раніше були привабливими. Сповільнюється і рухова активність, і процес мислення. Якщо депресія незначна, індивід ще може продовжувати працювати, виконувати повсякденні завдання, однак – усе це перестає давати йому задоволення. Людина стає байдужою до всього, годинами може сидіти біля телевізора і дивитися будь-що або просто лежати. Усе навколо вона бачить у «темному світлі». Понижений настрій – один із найнеприємніших станів особистості, які часто виникають у різних життєвих ситуаціях і один із найважливіших симптомів більшості порушень психіки, а інколи домінуючий симптом (депресивний невроз, психози). У консультуванні ми, як правило, маємо справу з так званою «реактивною депресією», котра виникає як реакція на події, що травмують життя (соматичні захворювання, конфлікти, інтимні проблеми, різні втрати, в тому числі смерть близької людини і т. ін.).

Завдання консультанта.

Найяскравіша риса депресивної особистості – прагнення до самознищення. Під час депресії людина почуває себе втраченою для життя, стає дуже чутливою до всього, і це також зменшує самооцінку. Наприклад, суперечка з людиною, яка щось для неї значить, не більше, ніж епізод життя, здається кінцем світу; невдача під час іспиту сприймається як доказ абсолютної бездарності. Слід наголосити, що в стані депресії індивід вважає своє сприйняття світу єдино правильним, а періоди життя без депресії здаються йому ілюзією. Людина у стані депресії зайнята лише собою, власними проблемами, своїм здоров’ям. Вона часто схильна говорити про симптоми, пов’язані з депресією, але не про саму депресію. Тому виражається стурбованість фізичним здоров’ям, безсонням, раннім пробудженням від сну,

втратою апетиту, загальною втомою. Інколи скарги на порушення різних систем організму «маскують» депресію (випадки так званої «маскованої депресії»). Консультантові слід пам'ятати, що депресія спотворює розуміння минулого. Людині здається, що в її минулому не було нічого доброго, ніякої ясності. Вона не пам'ятає моментів щастя, як здорова людина – моментів болю. Такий погляд на минуле впливає і на нинішню самооцінку. Більшість із них забувають випадки, коли в минулому їх супроводжував успіх, і не здатні вирізнити такі моменти в сьогоденні. До речі, депресія викриває судження і тих людей, у яких усе йде успішно. Консультантові слід звертати на це увагу клієнтів.

Під час виникнення депресії індивід, як правило, шукає контактів з іншими людьми, очікуючи від них допомоги. Проте почасти їхній пригнічений настрій зумовлює невдачі в міжособистісних стосунках. Як наслідок, депресія підсилюється, оскільки індивідові здається, що оточення хоче його відштовхнути. У цьому він знаходить підтвердження нелюбові до себе. Так поступово припиняється пошук зв'язків з іншими людьми, проходить відчуження від них і примирення. Охоплений депресією індивід відчуває безсилля й безнадійність, страждає мовчки, часто сердячись на себе і на інших. Одним із наслідків депресивного стану – залежність від думки інших людей, особливо близьких. Людина перестає бути байдужою до того, що думають про неї інші. Залежність і чутливість до критики породжує невпевненість, а вона, у свою чергу, ще збільшує залежність. Коли депресивний клієнт звертається за допомогою, уся його поведінка програється в ситуації консультування. Клієнт добивається, щоб консультант узяв на себе відповідальність за його життя. Враховуючи, що в початковій стадії з депресованими клієнтами консультант повинен бути активнішим, зовсім не обов'язково брати на себе всю відповідальність за консультативний процес. Консультант справді не відповідає за вирішення проблем депресивного клієнта: ні за зміни в його житті, ні за рішення, які він приймає. У клієнта, котрий, нарешті, зрозуміє, що консультант не може і не збирається все робити за нього, наче маг чи турботливі батьки,

виникає фрустрація, оскільки насправді він хоче більше, ніж допомоги. Депресивному клієнтові недостатньо, щоб консультант просто допоміг його самовизнанню. Йому хотілося б в особі консультанта мати мало що не замінника коханої людини. Коли, зрештою, бажання не задовольняються, клієнт, почасти, своє невдоволення виражає злістю. Завдання консультанта Загалом людина в стані депресії майже завжди відчуває деяку озлобленість, якою б пригніченою й нещасною вона не була. Наприклад, вона сердиться на померлого чоловіка (чи дружину) за те, що той помер і залишив її саму, постійно жаліється на погане ставлення до неї друзів і близьких. Тут виникає і деяке протиріччя – поява ворожості підсилює дискомфорт, тому що підвищеною є потреба в людях. Коли людина не насмілюється відверто висловити озлобленість, ворожість зростає й набирає форму самозвинувачення. Так утворюється зачароване коло, де поєднуються депресія й залежність, самовикриття й озлобленість. Недарма депресію інколи називають «перевернутою злобою» (Kennedy, 1977).

Тому переконувати клієнта, що все буде добре і не треба звертати увагу на дрібниці, тобто весь час підбадьорювати клієнта, радше, шкідливо, ніж корисно. Така поведінка консультанта лише озлоблює й загострює депресію. Передусім консультантові слід з’ясувати, з якою депресією він має справу з проявами психотичного захворювання, із невротичною депресією чи просто з нормальною реакцією на сумні події. Депресію не слід плутати з іншими порушеннями. Інколи консультант приймає симптоми депресії за перевтому, фізичне чи психічне виснаження і рекомендує клієнтові більше відпочивати, спати, вживати вітаміни, поїхати в санаторій тощо. Однак у випадку депресії це мало допомагає. Завдання консультанта в роботі з депресивними клієнтами двояке – підтримати клієнта і допомогти йому в психологічному поясненні труднощів. Сам факт, що консультант готовий «боротись» із депресією, зміцнює надію клієнта і нейтралізує відчай. Підтримка й розуміння зменшують страждання й переживання вини, допомагають відновити самоповагу. Коли клієнт бачить хоча б одну людину, яка розуміє й цінує його, то може змінити

настанову у ставленні до оточення в позитивному напрямку. Для відновлення в клієнта віри у власні можливості потрібно звертати увагу на сфери, в яких він компетентний, і на його минулі досягнення. Важливо мобілізувати агресивні збудження клієнта, щоб він міг успішно боротися з життєвими випробуваннями. Консультант повинен не чекати (це ще більше фруструє депресивного клієнта і поглиблює депресію), а активно розмовляти з клієнтом про його переживання й зовнішні обставини. Депресивний клієнт вимагає більшої активності, ніж інші, хто звертається. Краще, ніж звичайно, треба будувати консультативну бесіду, особливо на початковій стадії консультування. Потрібна тактика, зумовлена пасивністю клієнта, його небажанням самостійно аналізувати проблеми. Якщо консультант буде сидіти мовчки, він лише наголошуватиме нездатність клієнта до адекватного спілкування. Тому на початку консультування спеціаліст відчуває несе основну відповідальність за бесіду. Інколи депресивний клієнт настільки пасивний, що дуже важко йому говорити про свої проблеми, тому з ним приходить супровідник. Хоч у консультуванні слід ухилятися від розмов за спиною клієнта, в такому випадку отримання інформації від особи, що супроводжує клієнта, є виправданим.

Консультант повинен часто зустрічатися з депресивним клієнтом, особливо якщо в нього гостра депресія. Частота зустрічей може бути 2–3 рази в тиждень із поступовим їхнім зменшенням залежно від стану клієнта. У процесі консультування потрібно переборювати залежність клієнта і спонукати його до більш активної ролі з кожною наступною зустріччю. У випадках депресії, як правило, медики використовують лікування антидепресантами. Призначення ліків і дозування – це справа лікарів, проте консультант повинен знати, чи прийматиме його клієнт ліки і яка сила їхньої дії. Не слід давати поради клієнтові з вибору ліків чи доз, проте питання, які виникають, обов’язково слід обговорити з лікарем, який призначив ліки. Консультант повинен знати про біологічні й психологічні схильності деяких людей до депресивних реакцій у кризових життєвих ситуаціях. У таких клієнтів стан депресії за

неблагополучних обставин може повторюватися. Депресія, особливо та, що виникла внаслідок зовнішніх причин, зникає під час зміни життєвих умов.

Клієнти з тривожною поведінкою. Тривожність попереджує людину про небезпеку, загрозу і в цьому випадку має не меншу цінність, ніж біль. S. Freud визначає тривожність як сигнал Eqo, що попереджає індивідуум про наявність внутрішнього конфлікту. Конфлікт, як правило, відбувається між неприйнятими підсвідомими імпульсами і психічними силами, спрямованими на стримування цих імпульсів. Тривожність – це сигнал не лише попереджуючий, й захищаючий від конфліктів, тому що задіює механізми психологічного захисту. Тривожність уподібнюється зі страхом (S. Freud навіть ототожнює це становище, використовуючи єдине поняття «Anqst»), так в обох випадках виявляється реакція на небезпеку. Тривожність інтропсихічна, тобто зумовлена внутрішньо і пов'язується із зовнішніми об'єктами лише тією мірою, в якій вони стимулюють внутрішні конфлікти. Звичайно, тривожність, на відміну від страху, є реакцією на уявну, невідому загрозу. До основи тривожності завжди покладено внутрішні конфлікти особистості. Для тривожності також характерна пролонгованість, тобто їй властиво розтягуватись у часі, постійно повторюватись або ставати неперервною. Під фізіологічним кутом зору тривожність є реактивним станом. Вона викриває фізіологічні зміни, готуючи організм до боротьби – відступу або опору. Під час тривожності збуджується серцево-судинна система (збільшується ритм серця, підвищується тиск), а діяльність травного тракту пригнічується (зменшується активність секрецій й перистальтики). Кров із травного тракту «переходить» до м'язової системи, тобто організм готується до активної діяльності. Тривожність виявляється на трьох рівнях: 1. Нейроендокринологічному (продукція адреналіну – епінефрін). 2. Психічному (невизначені побоювання). 3. Соматичному або моторно-вісцеральному (фізіологічні реакції різних систем організму на збільшення продукції епінефріна): а) дерматологічні реакції (шкіряні роз'ятрювання); б) реакція серцево-судинної системи (тахікардія, збільшення систолічного тиску); в) реакція травного тракту (приглушення

діяльності слинних залоз – сухість у роті, неприємний присмак, анорексія, пронос, запор і т. ін.); г) реакція дихальної системи (гіпервентиляція); ґ) генітально-уринальні реакції (збільшене сечоспускання, порушення в менструальному циклі, біль в області таза, фригідність, імпотенція); д) вазомоторні реакції (потовиділення, почервоніння); є) реакції скелетно-м'язової системи (головні болі, болі в потилиці, артальгії). Широкий спектр фізіологічних реакцій, пов'язаних із тривожністю, пояснює, чому її тривалий перебіг викликає психосоматичні розлади, а саме стан тривожності почасти «маскується» скаргами соматичного характеру. Такі клієнти, як правило, спочатку потрапляють не до психолога, а до лікаря (психотерапевта). Кожен із нас, особливо у стресових ситуаціях, переживає тривожність. Однак для більшості людей це тимчасовий стан, який вони переборюють. У консультуванні ми маємо справу з клієнтами, для яких тривожність є важким станом, що часто супроводжується неприємними фізичними відчуттями. Психологічно такий клієнт відчуває, що з ним «відбувається щось не те», але ж не може конкретизувати свої недомагання і не знає, коли і де з ним знову трапиться така трагедія. Людина постійно відчуває тривожність, живе ніби під темним небом і не може перебороти напругу ні зусиллями своєї волі, ні за допомогою рідних. У такому стані клієнти, як правило, потрапляють до психолога-консультанта. Іноді цей стан полегшується сам по собі, іноді дуже часто загострюється й обтяжується. Невизначена тривожність особливо пригнічується несприятливими життєвими обставинами, коли існує постійна загроза соціальному становищу або фінансовому благополуччю і т. ін. Соціальна сфера, життєві умови не так безпосередньо породжують внутрішні конфлікти, як постійно сприяють їхньому виявленню повною силою.

Завдання консультанта.

Робота консультанта з клієнтом, який звернувся у зв'язку з постійною тривожністю, втомлюваністю, є складною, тому що клієнтові важко пояснити, які проблеми приховані за таким виснажливим переживанням. Консультант повинен вміти побачити різні «сторони» тривожності, оскільки тривожність

часто не проявляється безпосередньо, а «перетворюється». Одна з найчастіших «маскувань» тривожності – перейменування. «Я збуджений; я в напрузі; у мене слабкість; я боюсь; мені смутно; я постійно просинаюся вночі; я не відчуваю» себе самим собою – клієнти говорять десятки слів і виразів для визначення стану тривожності. Дуже часто тривожність виражається соматичними симптомами. Більшість клієнтів пов'язують їх зі спеціальними ситуаціями, що спонукають тривожність. Проте неправильно називати такі симптоми «функціонувальними», «на нервовому ґрунті» тощо, оскільки клієнт відчуває себе ніби винним у ситуації, скаржиться на щось фіктивне, у зв'язку з цим звертаються до заперечення і до інших явищ психологічного захисту. Іноді соматичні скарги є простим способом заявити про свою тривожність. Наприклад, коли клієнт скаржиться на головний біль у присутності дружини, консультант повинен з'ясувати проблему: «Здається, Ви хочете мені сказати, що в присутності дружини через якісь обставини нервуєтесь і Ваша тривожність виявляється головним болем. Якщо нам удається дізнатися, що викликає у Вас тривожність, ми зможемо побороти цей головний біль». Подібна тактика значно краща, ніж пряме підтвердження: «У Вас головний біль на нервовому ґрунті». Соматичні симптоми не обов'язково виникають внаслідок тривожності – часто вони просто заміщають тривожність. Інколи тривожність маскується відповідними діями. Увесь спектр нав'язливих дій – від стукання пальцями по столу, крутіння ґудзиків, надокучливого моргання очима, чухання й переїдання, надмірне пияцтво або куріння, нав'язлива потреба купувати речі – може означати тривожність, пов'язану з конфліктною життєвою ситуацією. Тривожність також почасти приховується за іншими емоціями. Дратівливість, агресивність може може бути реакцією на тривожну ситуацію. Деякі клієнти самі пояснюють, що коли вони починають відчувати напругу, то стають саркастичними, в'їдливими, важкими у спілкуванні. Інші клієнти стверджують, що в таких ситуаціях, навпаки, стають холодними, стриманими, неговіркими. Інший тип реакцій часто виявляє внутрішній конфлікт між безсиллям й агресивністю, і цей конфлікт паралізує активність.

Якщо ми стикаємося з такими клієнтами, їхнє завдання викликає дратівливість і злість, але ж одночасно дає змогу отримати ключ до розуміння проблем, що доводиться вирішувати, бо навколо клієнтів люди відчувають потрібні відчуття, розмовляючи з ними Багатослів'я – також спосіб маскування тривожності. Так клієнт намагається приховати власну тривожність і «озброїти» консультанта. Словесний потік не потрібно зупиняти, а лише звернути увагу на приховану за ним тривожність. Неперервна розмова – це своєрідна форма самозахисту, яку не варто одразу ламати. Консультант крізь призму власних почуттів повинен проаналізувати мотиви багатослів'я, маючи на увазі, що в повсякденному житті клієнт так само набридає навколишнім марними розмовами, прагнучи приховати свою тривожність. Деякі клієнти, щоб приховати свою тривожність і стримати активність консультанта, постійно перебивають його, що помітно фруструє консультанта. Однак більшість клієнтів не здатні його «переривати», і консультант легко опановує ситуацію. Важко в тих випадках, коли насправді клієнт небагатослівний і не хоче заповнити фразами паузи, але ж зразу перебиває консультанта, коли той починає говорити. Навіть якщо консультант хоче заперечити, такий клієнт не зупиняється, ніби не чує його слів. Консультантові тоді не слід вступати в суперечку, а різко зупинити клієнта і вказати на недопустимість такої поведінки. Бажання перебивати консультанта може бути зумовлено не повністю усвідомленим страхом перед будь-яким запитанням чи висловлюванням. Іноді варто прямо запитати, чи розуміє клієнт, що робить. Пряме запитання допоможе клієнтові зрозуміти спосіб своєї поведінки в стані тривожності. Така категорія клієнтів захищається від тривожності парадоксальним шляхом. Вони з демонстративною відкритістю розповідають про свої справи і запитують, що робити. Таке підкреслене вихваляння тривожності, як правило, є проявом ворожості, і консультант повинен звернути на це увагу клієнта.

Консультуючи тривожних клієнтів, важливо знати не лише способи, якими вони маскують свою тривожність, а й засоби, з допомогою яких намагаються позбавитися від неприємного впливу тривожності. Цими засобами

служать механізми психологічного захисту, які вперше описав S. Fred. Механізми функціонують автоматично, на підсвідомому рівні. Клієнт, використовуючи захисні механізми для зменшення тривожності, не виявляє патології, доки не стає утрируваним і не починає викривляти розуміння реальності й обмежувати гнучкість поведінки. Описано багато механізмів психологічного захисту.

Охарактеризуємо коротко основні з них:

1. Витіснення. Це процес мимовільного усунення до підсвідомості небажаних думок, потреб або почуттів. Freud докладно описав захисний механізм мотивованого забування, який відіграє суттєву роль у формуванні симптомів. Коли дія цього механізму для зменшення тривожності виявляється недостатньою, підключаються інші захисні механізми, які дозволяють витісненому матеріалу пізнаватись у викривленому вигляді. Найбільш відомі дві комбінації захисних механізмів:

а) витіснення + зміщення. Ця комбінація сприяє виникненню фобічних реакцій. Наприклад, нав'язливий страх матері, що маленька дочка захворіє важкою хворобою, є захистом проти ворожості до дитини, разом із механізмом витіснення й зміщення; б) витіснення + конверсія (соматична символізація). Ця комбінація виконує основу істеричних реакцій.

2. Регресія. За допомогою цього механізму виконується неосмислене сходження на більш ранній рівень пристосування, що дозволяє задовольнити бажання. Регресія може бути частковою, повною або символічною. Більшість емоційних проблем мають регресивні риси. У нормі регресія проявляється в іграх, реакціях на неприємні факти (наприклад, коли народжується друга дитина, то перший малюк перестає користуватися туалетом, починає просити соску і т. ін.), у ситуаціях збільшеної відповідальності, коли хтось захворів (хворий потребує більшої уваги й опіки). У патологічних формах регресія проявляється у психічних хворобах, особливо під час шизофренії.

3. Проекція. Це механізм ставлення до іншої особи або об'єкта мислення, почуттів, мотивів і бажань, що на свідомому рівні індивідуум у себе

відштовхує. Нечіткі форми проекції проявляються у повсякденному житті. Багато хто зовсім не критично ставиться до своїх недоліків, із легкістю помічають їх лише в інших, схильні звинувачувати навколишніх в особистих бідах. Проекція буває і шкідливою, тому що призводить до помилкової інтерпретації реальності. Цей механізм часто спрацьовує в незрілих і вразливих особистостей. У випадках патології проекція призводить до галюцинацій і марення, коли втрачається здатність відрізняти фантазії від реальності.

4. Інтроекція. Це символічна інтернаціоналізація (включення в себе) людини чи об'єкта. Дія механізму протилежна проекції. Інтроекція виконує дуже важливу роль у ранньому розвитку особистості, оскільки на її основі засвоюються батьківські цінності й ідеали. Механізм актуалізується під час трауру, втрати близької людини. За допомогою інтроекції згладжуються грані між об'єктами кохання і своєю особистістю. Інколи замість злості й агресії стосовно інших людей нищівні збудження перетворюються в самокритику, самооцінку, оскільки відбулася інтроекція звинуваченого. Таке часто трапляється під час депресій.

5. Раціоналізація. Це захисний механізм, правдоподібний до мислення, відчуттів, поведінки, які насправді небажані. Раціоналізація – найпоширеніший механізм психологічного захисту, тому що наше завдання відповідає багатьом факторам, і коли ми пояснюємо її найбільш бажаними для себе мотивами, то раціоналізуємо. Підсвідомий механізм раціоналізації не потрібно плутати з навмисною брехнею, обманом або нещирістю. Раціоналізація допомагає зберегти самоповагу, уникнути відповідальності й провини. У різній раціоналізації є хоча б мінімальна кількість правди, але в ній більше самообману, тому вона й небезпечна.

6. Інтелектуалізація. Цей захисний механізм передбачає перебільшене використання інтелектуальних ресурсів для усунення емоційних переживань і почуттів. Інтелектуалізація тісно пов'язана з раціоналізацією і замінює переживання почуттів роздумами про них (наприклад замість справжнього кохання – розмови про кохання).

7. Компенсація. Це несвідома спроба подолання реальних і уявних недоліків. Компенсаційне завдання універсальне, оскільки досягнення статусу є важливою потребою майже всіх людей. Компенсація може бути соціально бажаною (сліпий стає знаменитим музикантом) і небажаного (компенсація низького зросту – прагнення до влади й агресивністю; компенсація інвалідності – грубістю і конфліктністю). Ще вирізняють пряму компенсацію (прагнення до успіху в безперспективній галузі) і непряму компенсацію (прагнення утвердитися в іншій сфері).

8. Реактивне формування. Захисний механізм замінює непридатне для усвідомлення гіпертрофованими, протилежними тенденціями. Захист має двосторонній характер. Спочатку витісняється неприємне бажання, а потім підсилюється його антитеза. Наприклад, перебільшена опіка може маскувати почуття відторгнення, перебільшена й ввічлива поведінка може приховувати ворожість тощо.

9. Заперечення. Це механізм відхилення думок, почуттів, бажань, потреб чи дійсності, котрий не сприяє на свідомому рівні. Поведінка така, ніби проблеми не існує. Примітивний механізм заперечення більшою мірою характерний для дітей (якщо голова під ковдрою, то реальність перестане існувати). Дорослі часто використовують заперечення у випадках кризових ситуацій (невиліковна хвороба, наближення смерті, втрата близької людини).

10. Зміщення. Це механізм спрямування емоцій від одного об’єкта до більш бажаної заміни. Наприклад, зміщення агресивних почуттів від роботодавця на членів сім’ї чи інші об’єкти. Зміщення виявляється при фобічних реакціях, коли неспокій від прихованого конфлікту переноситься на зовнішній об’єкт. У психологічному консультуванні, як правило, трапляються випадки використання непридатних захисних механізмів для подолання неспокою.

Клієнти зі страхом і фобіями.

Уже згадувалося, що схожим до неспокійного стану є страх. Однак неспокій, на відміну від страху, не має певного об’єкта, страх же пов’язаний із

конкретним предметом оточення (обличчям, предметом, подією). Страх має біологічну значимість, оскільки оберігає від багатьох небезпек. Без почуття страху ми були б легковразливі. У психологічному консультуванні існує два типи страхів – нормальний, як природна реакція, і патологічний, який називається фобією. Щоб консультант міг ефективно надавати допомогу, він повинен розуміти психологічний зміст і психодинаміку різних страхів. Найчастіше клієнт звертається з приводу конкретних страхів, пов'язаних із якимись важливими подіями (страх перед іспитом, чи хірургічною операцією і тощо). У таких випадках слід спочатку допомогти клієнтові зрозуміти зміст події, що викликає почуття страху, розібратися, якою мірою його реакція на цю подію є правдоподібною та адекватною. Janis вивчив страх у хворих хірургічного відділення і вирізнив три типи емоційних реакцій. 1. Пацієнти першої групи переживали особливо сильний страх перед операцією. Вони відверто говорили про свою стурбованість, намагались якось відкласти операцію, не могли заснути без заспокійливих ліків і постійно шукали співчуття та підтримки серед персоналу лікарні. Для цих пацієнтів і після операції був характерний більший неспокій, ніж для решти.

2. Пацієнти другої групи відчували перед операцією помірний страх. Інколи вони висловлювали стурбованість окремими аспектами операції (наприклад способом обезболювання) і просили сказати правдиву інформацію про те, що з ними будуть робити. Хоч ці пацієнти й почувалися вразливими, проте предмет їхньої стурбованості був реальним, а не уявною небезпекою. Після операції в них спостерігалися лише незначні емоційні порушення. Вони добре співпрацювали з персоналом лікарні. 3. Пацієнти третьої групи майже не відчували ніякого страху перед операцією, позитивно сприймали те, що має статися, їхні очікування виглядали надміру оптимістичними. Після операції, відчуваючи болі, ці пацієнти постійно скаржилися на своє погане самопочуття, ставали злими й агресивними і свою злість спрямовували на персонал лікарні. Janis зробив висновок, що страх середнього ступеня корисний, тому що готує людину до зіткнення з реальними небезпеками і майбутніми обмеженнями.

Дуже важливою виявилася для пацієнтів попередня інформація про подію, якої вони боялися. Пацієнти третьої групи здавалися безстрашними, не цікавилися, що може статися з ними, тому сприйняття після операційних ускладнень було несподіваним. Матеріали цього дослідження суттєві для консультування пацієнтів зі страхом. Насамперед напрошується висновок про те, що не слід допомагати клієнтові повністю звільнитися від страху, а також не варто приховувати інформацію, яка, на перший погляд, здається страшною. Інформація, відповідно викладена, лише підготовлює до вказаних подій. Отже, певна міра страху може виявитися цілющою. Психологконсультант повинен допомогти клієнтові конструктивно скористатися страхом. Великі труднощі для психолога має консультування клієнтів із фобіями. Основою патологічних страхів є глибоко прихована тривога. Суть механізму формування фобії полягає в зміщенні тривоги від первинної ситуації чи об'єкта, що викликали занепокоєння, на іншу ситуацію чи об'єкт. Людина починає боятися речей, які є лише замінниками об'єктів первинного занепокоєння. Таке зміщення виникає внаслідок невирішених внутрішніх конфліктів. Отже, під фобіями розуміємо заміну переживань неспокою страхом, при цьому «обирається» специфічний і конкретний об'єкт або ситуація замість невизначеного напрямку тривоги. Відчувати страх також неприємно, одначе ця неприємність більш приємна, бо знаєш, чого боїшся, що може реально нашкодити і як уникнути небезпеки, тобто страх, на відміну від тривоги, контролюється. Консультант не повинен проявляти поспішності в інтерпретації внутрішніх конфліктів клієнта на основі його конкретної фобії. В інтерпретації дуже ненадійно опиратися на символічний зміст фобії. За однією й тією ж фобією в різних людей можуть приховуватися різні конфлікти. Суть фобії великою мірою залежить від індивідуальної історії життя клієнта, тому можна помилитися, піддавшись спокусі поверхового пояснення. «Мова» фобій заплутана, складна. Стержнем невротичної поведінки з перевагою фобій є посилене уникання тривоги, намагання обійти спонукаючий її конфлікт. Тому клієнт почасти спокійно говорить про свій страх, але заперечує існування будь-яких внутрішніх

конфліктів, пов'язаних із цим страхом. Консультант повинен бути готовий до такої поведінки. Способи уникнення обговорення конфлікту можуть проявитися найрізноманітнішим способом. Як правило, клієнти дуже обережні в стосунках із консультантами. Вони схильні опиратися намаганню консультанта говорити про речі, що провокують тривогу. Опір знову ж таки може набувати різних форм. Клієнт забуває деталі передісторій своїх проблем, що розкривають суть психологічного конфлікту. Наприклад, виникнення фобій якось пов'язано зі змінами життя клієнта, системи стосунків його особистості, але клієнт про це навіть не згадує, хоч така інформація дуже важлива для розуміння природи фобій. Опираючись, клієнт також може намагатися відійти від теми бесіди і, отже, ухилитися від тематики, що провокує тривогу. Консультант повинен враховувати ці типові риси поведінки клієнтів із фобіями, оскільки інколи доводиться поступатися перед клієнтами, і не торкатися неприємних тем, щоб не завдавати їм страждань. Одначе така тактика не дозволяє надіятися на успіх у корекції фобій. Ще один спосіб утечі від тривоги клієнтів із фобічними реакціями – самолікування. Вони купують книжки на медичну тематику, шукають інформацію у спеціальних журналах, намагаються випробувати всі можливі методи лікування, однак уникають безпосереднього звернення до своїх внутрішніх конфліктів. Консультантові важливо розібратися, яку вторинну вигоду має клієнт зі своєї «боязливої» поведінки в сімейних стосунках, на роботі чи у будь-яких інших сферах. Шанси розуміти клієнта збільшуються, якщо застосовується спроба дивитися на його проблеми чи симптоми в широкому контексті. Ще одна особливість консультування клієнтів із фобіями виявляється в тому, що страхи можуть передатися консультантові. Якщо таке трапилося, то це означає, що перемогла використана клієнтом техніка ухилення, і цим випадком не слід займатись. Ефективна корекція страхів вимагає від консультанта посиленого самоконтролю.

Особливості роботи психолога з клієнтами, які переживають втрату.

Для того, хто помер, смерть – абсолютний кінець його земного життя. Однак у душах близьких і друзів людина ще продовжує, існувати, як правило

деякий час. Примирення з утратою – болісний процес, але абсолютно природний, і його не слід форсувати. У житті втрати більше чи менше відчутні, але у всіх випадках людина відчуває душевний біль, переживає горе. Втрати, як і інші події нашого життя, не лише болісні, вони пред'являють і можливості особистісного росту. Консультант може сприяти реалізації цієї втрати, її зв'язку з іншими емоціями, ролі у становленні людини. Ніхто не повинен переконувати в протилежному, намагатися чимось зацікавити, займати розвагами. Смерть близької людини – це тяжка рана, і особа, яка зазнала втрати близької людини, має право сумувати. Інтенсивність і протяжність почуття горя в різних людей неоднакові. Усе залежить від характеру стосунків з утраченою людиною, від виваженості вини, від подовженості траурного періоду в конкретній культурі. Душевні муки як найяскравіший компонент трауру є, передусім, процесом, ніж станом. Перед людиною заново постає питання про ідентичність, відповідь на яке приходить не як миттєвий акт, а з часом у контексті людських стосунків як чергування стадії заперечення, озлобленості, компромісу, депресії, адаптації. Вважають, що нормальна реакція горя може продовжуватися майже рік. Зразу після смерті близької людини з'являється гострий душевний біль. На першому етапі емоційного шоку супутня спроба відкидати реальність ситуації. Шокова реакція інколи проявляється в несподіваному зникненні почуттів, «охолодженні», ніби почуття провалюються десь у глибину. Це буває навіть тоді, коли смерть близької людини не була раптовою, а очікувалася тривалий час. Відкидається сам факт смерті – «Він не помер», «Цього не може бути», «Я не вірю цьому». Про померлого нерідко говорять у теперішньому часі, його беруть до уваги під час планування майбутнього. У горі обов'язково настає озлобленість. Той, хто втратив близьку людину, намагається звинувачувати когось у тому, що сталося. Вдова може звинувачувати чоловіка за те, що він залишив її, або Бога, який не почув молитов. Звинувачують лікарів та інших людей, які здатні реально чи лише в уяві захистити того, хто страждає, і могли б не допустити до такої ситуації. Ідеться про справжню злість. Якщо вона залишається всередині людини, то «підживлює» депресію. Тому консультант

повинен не дискутувати з клієнтом і не коригувати його злість, а допомогти їй вилитися назовні. Лише в такому випадку зменшиться вірогідність її розрядки на випадкових об'єктах. Після першої реакції на смерть близької людини – шоку, заперечення, злості – відбувається усвідомлення втрати й примирення з нею. У статті «Горе і меланхолія» (1977) S. Freud назвав процес адаптації до нещастя «роботою горя». Сучасні дослідники «роботу суму» характеризують як когнітивний процес, якій включає зміну думок про померлого, гіркоту втрати, спробу відійти від утраченої особи, пошук свого місця в нових обставинах. Цей процес не є якоюсь неадекватною реакцією, від якої треба вберегти людину, із гуманістичних позицій він прийнятий і потрібний. Мається на увазі дуже велике психологічне навантаження, яке примушує страждати. Консультант здатний полегшити стан людини, однак його втручання не завжди доречне. Почуття суму не слід призупиняти, воно має продовжуватися стільки, скільки потрібно. Типовий прояв горя – сум за померлим. Людина, яка зазнала втрати, хоче повернути втрачене. Як правило, це ірраціональне бажання недостатньо усвідомлюється, що робить його ще глибшим. Консультантові слід розібратися в символічній природі суму. Пошук померлого не безпідставний – він відверто спрямований на відтворення втраченої людини. Не слід пробиватися символічним зусиллям до того, хто сумує, оскільки так він намагається пережити втрату. У траурі дуже суттєві ритуали. Вони потрібні тому, хто сумує, як повітря й вода. Психологічно дуже важливо мати публічний і санкціонований спосіб вираження складних і глибоких почуттів. Ритуали потрібні живим, а не померлим, і вони не можуть бути спрощені до втрати свого призначення.

Завдання консультанта

Консультування людей, які зазнали втрати близьких, – це нелегке випробовування духовних сил і професійної компетенції психолога. Консультант не повинен заглушати процесу горя. Якщо він зруйнував психологічний захист клієнта, то не зможе надати ефективну допомогу. Слід відзначити, що «робота суму» не для всіх людей є ефективною стратегією

подолання втрати. Багато залежить від стилю реакції. Людині, схильній заглушити болючі спогади іншим видом діяльності, «робота суму» мало допомагає. Із закінченням «роботи горя» проходить адаптація до реальності нещастя, і душевний біль зменшується. Того, хто зазнав втрати, починають цікавити нові люди й події. У період утрати страждання полегшуються присутністю рідних, друзів і причому суттєва не їхня дійова допомога, а легка доступність упродовж кількох тижнів. Роль слухача у деяких випадках може виконувати консультант. Клієнтові слід дати змогу виражати будь-які почуття. Інше дуже важливе завдання консультанта – допомогти близьким правильно реагувати на сум людини, яка втратила близьких.

Особливості роботи психолога з невиліковно хворими клієнтами.

Особливості бесіди з умираючою людиною Ставлення до смерті впливає на спосіб життя. Св. Августин мислив так: «Лише перед лицем смерті народжується самотність людини». Невиліковна хвороба невмолимо наближує реальність смерті. Вона суттєво змінює людське життя, і на цьому фоні, як не парадоксально, почасти проявляються ознаки «росту особистості». Що ж відбувається під час наближення смерті? Якоюсь мірою відповідь на запитання ми одержуємо в бесідах із онкохворими:

– заново оцінюються пріоритети життя – втрачають значення дрібниці; – виникає відчуття звільнення – не робиться те, чого не хочеться робити; – підсилюється хвилинне відчуття життя; – спілкування з люблячими людьми стає глибшим; – зменшується страх бути знехтуваним, зростає бажання ризикувати. Усі ці зміни свідчать про збільшення чуттєвості невиліковно хворої людини, що пред’являє конкретні вимоги до тих, хто поруч із ним – близьких, лікарів, психологів. У хворого виникають дуже важливі для нього запитання – «Чи скоро я помру?». Не існує єдиної правильної відповіді на це запитання. У такий момент накладається велика відповідальність у розмові з пацієнтом про смерть. Насамперед, непогано порадити йому впорядкувати життєві справи (останнє бажання, заповіт і т. ін.). Можна не говорити пацієнтові, що скоро він помре. «Кожен повинен бути готовим до найгіршого, особливо важкохворий».

Деякі люди не схильні думати про завершення своїх земних справ, тому що їм здається, що вирішення цих проблем відкриває двері смерті. Із ними можна обговорити проблему страху перед смертю. Питання про відвертість із невиліковно хворим є найважчим. Існують найрізноманітніші думки з цього приводу. Одні вважають, що пацієнтові слід сказати всю правду, інші наголошують на потребі бережливого ставлення до важкохворого і нічого не говорити йому про наближення смерті, треті вважають, що слід поводитися так, як цього бажає пацієнт. Звичайно, хворий має право знати правду про свій реальний стан, і нікому не дозволено ущемляти це право, однак не варто забувати, що «право знати» не рівнозначне «обов'язково знати». Право знання не рівносильне вибору знання. Важкохвора людина може і не бажати знати будь-що конкретне про наближення смерті, і оточуючення повинно поважати його вибір.

Послідовність реакцій невиліковно хворих людей на наближення смерті описує модель Kubler-Ross.

1. Заперечення. Відвідуючи різних лікарів, пацієнти сподіваються на заперечення діагнозу. Реальний стан речей приховується і від сім'ї, і від себе.

2. Злість. Вона найчастіше висловлюється запитанням: «Чому я», «Чому це сталося зі мною?», «Чому мене не почув Бог?».

3. Компроміс. На цій стадії намагаються ніби відстрочити присуд долі, змінюючи свою поведінку, спосіб життя.

4. Депресія. Зрозумівши неминучість свого становища, людина поступово втрачає цікавість до навколишнього світу, відчуває сум, гіркоту.

5. Адаптація. Примирення розуміється як готовність спокійно зустріти смерть.

Помираючий здатний зрозуміти свій стан і почасти хоче поговорити про свою хворобу й наближення смерті, але лише з тими, хто вислуховує його без поверхових спроб утішити. Тому консультантові як лікареві слід уміти кваліфіковано розібратись у бажаннях вмираючого й пов'язаних зі смертю

фантазіях і страхах. Це дасть змогу не лише вислухати пацієнта, а й допомогти йому поділитися думками про смерть і про те, що він утратить разом із життям.

Декілька важливих принципів, котрі слід враховувати консультантові в роботі з людьми, які помирають:

1. Дуже часто люди помирають у самотності. До вмираючого не слід ставитися так, як до уже померлого. Його слід відвідувати й спілкуватися з ним.

2. Треба уважно вислуховувати скарги вмираючого і терпляче задовольняти його потреби.

3. На благо вмираючого мають спрямуватися всі зусилля його близьких людей.

4. Помираючи, люди переважно більше говорять, ніж вислуховують відвідувачів.

5. Мова помираючого часто буває символічною.

6. Не слід трактувати людину, яка помирає, лише як об’єкт турбот і співчуття.

7. Найбільше, чим може скористатись умираюча людина, – це наша особистість.

8. Психологам і лікарям слід зізнатися у своїх сумнівах, почутті провини. Персоналові, що працює з умираючим і його близькими, теж потрібна суттєва допомога. Із ними слід насамперед говорити про усвідомлення прийняття смерті з почуттями й провини, й безсилля.

Запитання та завдання для самоконтролю

1. Надайте визначення поняттю «екстренна психологічна допомога».
2. Опишіть загальні принципи надання екстренної психологічної допомоги в умовах надзвичайної ситуації.
3. Опишіть особливості надання психологічної допомоги при маренні та галюцинаціях.
4. Опишіть особливості надання психологічної допомоги при нервовому тремтінні.

5. Опишіть особливості надання психологічної допомоги при плачі.

6. Охарактеризуйте особливості надання психологічної допомоги особам з психосоматичними порушеннями.

7. Охарактеризуйте особливості надання психологічної допомоги особам з підвищеним рівнем тривожності.

8. Охарактеризуйте особливості надання психологічної допомоги особам з депресивними проявами.

9. Охарактеризуйте особливості надання психологічної допомоги особам з фобіями.

10. Охарактеризуйте особливості надання психологічної допомоги особам які переживають втрату.

11. Охарактеризуйте особливості надання психологічної допомоги особам з невиліковними хворобами.

ПИТАННЯ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДО ЕКЗАМЕНУ

1. Кризова психологія як наукова галузь, її предмет, категорії і завдання.
2. Становлення екстремальної психології як науки.
3. Предмет, задачі та методи екстремальної психології.
4. Аналіз основних понять в межах екстремальної психології.
5. Психофізіологічні реакції в екстремальних ситуаціях.
6. Травматичний стрес. Концепція посттравматичного стресового розладу як наслідку перебування в екстремальних ситуаціях.
7. Поняття кризи та кризової ситуації.
8. Типові симптоми життєвої кризи.
9. Динаміка переживання кризи особистістю.
10. Характеристика типів ставлення особистості до кризи.
11. Типи реакцій людини на переживання життєвої кризи.
12. Зміст картограми життєвої кризи.
13. Поняття про копінг, його функції та класифікація.
14. Характеристика соціальних і особистісних копінг-ресурсів.
15. Поняття про вікові кризи, їх призначення та типові симптоми.
16. Характеристика нормативних криз епохи дитинства.
17. Характеристика нормативних криз підліткового та юнацького віку.
18. Характеристика нормативних криз епохи дорослості.
19. Характеристика нормативних криз професійного розвитку особистості.
20. Поняття про психічну втрату та травматичну кризу.
21. Зміст кризи, спричиненої втратою близької людини.
22. Суть і перебіг кризи розлучення.
23. Хвороба як причина особистісної кризи.
24. Аналіз понять, що використовуються в законодавстві України для відображення та опису ризиконебезпечних ситуацій.
25. Небезпечні ситуації воєнного часу.

26.Типи психотравмуючих ситуацій, поняття колективної травми.
27.Травматичний стрес. Концепція посттравматичного стресового розладу як наслідку перебування в екстремальних ситуаціях.
28.Загальна характеристика травматичної кризи.
29.Основні форми та методи роботи кризового психолога.
30.Базові психодіагностичні методики кризової психології.
31.Види психологічної допомоги особистості у кризовому стані.
32.Перша психологічна допомога особистості у кризовому стані.
33.Методи самодопомоги особистості, що переживає кризу.
34.Зміст та реалізація кризової інтервенції.
35.Особливості застосування методів кризової психології.
36.Специфіка надання психологічної допомоги дітям і дорослим у кризовому стані.
37.Суть кризової психологічної інтервенції.
38.Техніки психологічного консультування суїцидальної особистості.
39.Особливості переживання людьми самогубства близьких.
40.Особливості прояву ПТСР як наслідку переживання самогубства близької людини.
41.Зміст понять «ресурс» і «ресурс особистості».
42.Зміст психологічних ресурсів особистості.
43.Зовнішні і внутрішні ресурси особистості.
44.Класифікація наукових поглядів на психосоматичні ресурси особистості.
45.Класифікація складних життєвих обставин в кризовій психології.
46.Критерії психологічного здоров’я.
47.Модель психологічного здоров’я та її складові.
48.Основні ресурси подолання особистістю складних життєвих обставин.
49.Психологічний захист особистості в складних життєвих обставинах.
50.Складові психологічного здоров’я та благополуччя.
51.Сучасні концепції ресурсів особистості.
52.Теорії психологічної допомоги при психосоматичних захворюваннях.

53. Фактори, які негативно впливають на психологічне здоров'я та благополуччя особистості.
54. Поняття «екстрена психологічна допомога» в умовах надзвичайної ситуації.
55. Допомога в екстремальних ситуаціях, які пов'язані із загрозою для життя.
56. Психологічна допомога клієнтам у кризових станах.
57. Особливості надання психологічної допомоги клієнтам із депресією.
58. Особливості надання психологічної допомоги клієнтам з тривожністю.
59. Особливості надання психологічної допомоги клієнтам зі страхом і фобіями.
60. Особливості роботи психолога з клієнтами, які переживають втрату.
61. Особливості роботи психолога з невиліковно хворими клієнтами.
62. Проблема самогубства як дезадаптивна реакція особистості на життєву кризу.
63. Детермінанти суїцидальної поведінки дітей і підліктів.
64. Роль алкоголю та наркотиків у виникненні та реалізації суїцидальних тенденцій.
65. Суїцидонебезпечні стани в осіб інволюційного віку та етапи профілактики цих станів.
66. Зміст адаптаційних ресурсів особистості.
67. Горе та втрати як чинники розвитку ненормативних криз.
68. Надзвичайні ситуації та катастрофи в аспекті кризової психології.
69. Принципи надання психологічної допомоги в кризових станах.
70. Методи регуляції та саморегуляції кризових станів.

Основні терміни дисципліни

Агресивність – емоційний стан і риса характеру людини, що супроводжується імпульсивною активністю поведінки, афективними переживаннями – гнівом, злістю, ненавистю, ворожістю, прагненням заподіяти іншому травму (фізично або морально). В агресивному стані особа може повністю втрачати самоконтроль. Агресивність може бути спрямована і на себе.

Афект – короткочасне, бурхливе переживання людини (гнів, лють, жах, відчай, раптова радість), що виникає, як правило, у відповідь на сильний подразник. У стані А. знижується здатність людини осмислювати значення своїх дій і керувати ними.

Витіснення – механізм психологічного захисту особистості у психоаналітичній теорії; процес, у результаті якого неприйнятні для особи думки, спогади, переживання, потяги витісняються із свідомості у сферу несвідомого.

Депресія – відчуття пригніченості, песимізму, занепаду духовних сил. Виникає внаслідок деяких психічних і загальних захворювань або як реакція на важкі життєві ситуації (смерть рідних, втрата життєвої перспективи, розчарування в чомусь або в комусь). Депресивний розлад, що буває за певних обставин у кожної людини, потрібно відрізняти від клінічної депресії як психічної хвороби.

Екстраверсія – спрямованість, в силу організації нервових процесів, відчуттів, переживань та інтересів індивіда, до зовнішнього світу. Осіб, для яких характерна екстраверсія, називають екстравертами.

Екстремальна психологія – науково-практичний розділ психології, який вивчає психологічні закономірності діяльності особистості при виникненні надзвичайних обставин та ситуацій, пов’язаних з підвищеним професійним ризиком, небезпекою для життя та здоров’я, та розробляє науково обґрунтовані заходи психологічного забезпечення професійної та функціональної надійності працівників екстремальних професій при виконанні задач в умовах, що

потребують граничної мобілізації фізичних, психологічних та моральних якостей особистості.

Екстремальна ситуація – раптово виникла ситуація, яка виходить за межі нормального людського досвіду та погрожує чи сприймається суб'єктом як погрожуюча життю, здоров'ю, благополуччю.

Екстремальні умови діяльності – об'єктивні обставини дійсності, які суттєво впливають на зміст та якість діяльності, несуть потенційну загрозу життю та здоров'ю суб'єкта праці, і характеризуються: постійною інтенсивною дією загрозливих факторів діяльності; мобілізацією резервних буферних можливостей працівника; сильно вираженими негативними функціональними станами; значними нервово-психічними та енергетичними витратами (до 4 тис. ккал.); потребою відновлення після діяльності.

Екстрена психологічна допомога – це система короткострокових заходів, які надаються людям, що постраждали у зоні надзвичайної ситуації або найближчим часом після травматичної події.

Емоції – це особливий клас психічних явищ, що відображає у формі безпосереднього, швидкоплинного переживання важливість для життєдіяльності індивіда певних явищ і ситуацій, які діють на нього.

Емоційна пам'ять – виявляється в запам'ятовуванні людиною своїх емоцій та почуттів. Запам'ятовуються не стільки самі по собі емоції, скільки предмети та явища, що їх викликають.

Емоційні процеси – специфічна форма психічного відображення суб'єктивного ставлення людини до предметів або явищ у формі безпосереднього переживання, приємного чи неприємного.

Емпатія – емоційний аспект розуміння іншої людини, здатність відгукнутися на її проблеми, уміння проникнути в переживання іншої людини, переживати разом з нею, співчувати їй.

Індивід – біологічний організм, носій загальних спадкових якостей біологічного виду "людина"; представник людського роду – homo sapiens.

Індивідуальність – неповторне співвідношення особистих рис та особливостей людини (характер, темперамент, здібності, особливості протікання психічних процесів, сукупність почуттів тощо), що утворюють її своєрідність, відмінність від інших людей. І. – особлива і не схожа на інших людина в повноті її фізичних та духовних якостей.

Інстинкт – біологічно зумовлена вроджена тенденція чи імпульс до певної поведінки без участі мислення, навчання чи досвіду.

Криза – переломний момент, важкий перехідний стан, загострення, небезпечний нестійкий стан.

Криза – це реакція особистості на критичну ситуацію, що виражається в нездатності особистості розв'язати цю ситуацію в короткий час і звичний спосіб.

Кризова психологія – це галузь професійної діяльності, яка має на меті визначення психологічних особливостей життєвої ситуації та індивідуальності людини або групи, внесення позитивних змін у процес взаємодії між ними і профілактику небажаних форм поведінки для найбільш повного розкриття сутнісних сил людини.

Кризовий стан – нормальна реакція людини на аномальну (психотравмуючу) подію.

Кризова подія – стан спільної за часом небезпеки.

Насильство – примусовий вплив на кого-небудь.

Неврози – тимчасові функціональні розлади нервової діяльності.

Особистість – соціально-психологічна сутність людини, яка формується в результаті засвоєння індивідом суспільних форм свідомості і поведінки, суспільно-історичного досвіду людства. Особистістю ми стаємо під впливом суспільства, виховання, навчання, взаємодії, спілкування тощо.

Пам’ять – пізнавальний психічний процес сприймання, запам’ятовування, збереження, відтворення і забування індивідом свого досвіду

Паніка – стан масового страху перед реальною або уявною небезпекою, який спричиняє не контрольовану поведінку людей, блокує здатність

раціонально оцінювати обставини, мобілізовувати вольові ресурси та організовувати спільну протидію.

Почуття – це специфічно людські, узагальнені, стійкі переживання ставлення до потреб, задоволення або незадоволення яких зумовлює позитивні чи негативні емоції.

Професійне вигорання – це емоційне виснаження, що виникає на фоні стресу, який викликаного міжособистісним спілкуванням

Психіка – 1) сукупність психічних процесів як свідомих, так і несвідомих; 2) здатність мозку відображати об'єктивну дійсність у формі відчуттів, уявлень, думок та інших суб'єктивних образів об'єктивного світу (свідомість).

Психічні процеси – різні форми єдиного, цілісного відображення суб'єктом об'єктивної дійсності. Розрізняють такі основні види П. п.: відчуття, сприймання, пам'ять, уявлення, уява, мислення, мовлення, емоції, почуття, увага, воля. З давніх часів ці П. п. поділяють на: пізнавальні, емоційні та вольові.

Психічні стани – психологічна характеристика особистості, що відбиває її порівняно тривалі переживання.

Психічне здоров'я – це такий стан благополуччя людини, при якому вона усвідомлює власні можливості, здатна справлятися з повсякденними життєвими труднощами, може плідно працювати та приносити користь суспільству.

Психоаналіз – вчення З. Фрейда; система ідей, методів інтерпретації сновидінь та інших несвідомих психічних явищ, а також діагностики і лікування різних душевних захворювань.

Психолог – фахівець у галузі психології. Людина, яка має професійні знання й уміння та виконує певну роботу в теоретичній або практичній психології.

Психологічна допомога – це вид допомоги, яку надає кваліфікований психолог людині або групі людей з метою оптимізації психофізіологічних

станів, пізнавальних процесів, поведінки, спілкування, реалізації індивідуальної і особливо групової діяльності.

Психологічна (екстремальна) підготовка – це система цілеспрямованої психолого-педагогічної діяльності, яка забезпечує належний рівень підготовленості людини, груп до дій в екстремальних ситуаціях та успішне подолання ними труднощів при реалізації життєвих і професійних намірів.

Психологічна проблема – це стан невизначеності, що виникає в процесі життєдіяльності індивіда між його намірами, уявленнями, мотивами й цілями поведінки та об'єктивними й суб'єктивними умовами її реалізації як протиріччя між очікуваними та реальними результатами дій людини.

Психологічне (емоційне) насильство – це періодичний, тривалий або постійний психічний вплив, спрямований на навмисне приниження людської честі й гідності, що стає причиною образ, страху, невпевненості в собі, гальмує розвиток особистості й призводить до формування патологічних рис характеру.

Психопрофілактика - один з різновидів психологічної допомоги, спрямований на попередження психічних захворювань, реабілітацію психічно хворих людей, а також на збереження, поліпшення й зміцнення психічного здоров'я (психогігієна).

Самооцінка особистості – оцінка людиною своїх якостей, себе, рівня успішності власної діяльності, сприйняття своєї особи іншими людьми, виходячи з системи цінностей людини.

Свідоме – прояви психіки, що характеризуються контролем свідомості за перебігом психічних процесів. С. є протилежним станом несвідомого.

Свідомість – вища форма психіки, яка полягає в суб’єктивному відображенні об’єктивних властивостей предметів і явищ навколишнього світу, процесів, що відбуваються в ньому, своїх дій, у попередньому їх плануванні і передбаченні наслідків, у регулюванні взаємовідносин людини з природою і соціальною дійсністю.

Ситуація – реальна сукупність об'єктивно-суб'єктивних обставин, особливостей буття конкретної людини (групи, спільності), характерних для її життєдіяльності у якийсь момент або відрізок часу.

Соціальна психологія – галузь психології, що вивчає психологічні прояви людини, які зумовлені її віднесенням в певну соціальну групу, та психологічні характеристики самих соціальних груп.

Спостереження – метод психологічного дослідження, який полягає в спостереженні за об'єктом дослідження, реєстрації та поясненні психологічних фактів. Метод спостережень характеризується безпосереднім сприйняттям явищ і процесів у їхній цілісності і динаміці. Види спостережень: життєве і наукове, внутрішнє і зовнішнє, вільне і стандартизоване, включене і стороннє.

Сприймання – це психічний процес відображення людиною предметів і явищ у цілому, в сукупності всіх їх якостей і властивостей при безпосередньому їх впливі на органи чуттів; сукупність відчуттів.

Страх – емоція, що виникає в ситуаціях загрози біологічному або соціальному існуванню індивіда та спрямована на джерело дійсної або уявлюваної небезпеки.

Стрес – система реакцій (емоційний стан) організму у відповідь на будь-яку висунуту до нього вимогу. У стресовому стані людина припускається помилок у розподілі і переключенні уваги, у неї порушується перебіг пізнавальних процесів (сприймання, пам'ять, мислення), спостерігається розлад координації рухів, неадекватність емоційних реакцій, дезорганізація і гальмування всієї діяльності. Стрес може як позитивно, мобілізувально, так і негативно впливати на діяльність (дистрес), аж до повної її дезорганізації.

Стресор – фактор, який викликає стан стресу. Вирізняють фізіологічний і психологічний стресори.

Сублімація – "перерозподіл психічної енергії". З точки зору психоаналізу психічна енергія неусвідомленого може сублімуватися, трансформуватися в енергію різних видів діяльності, які прийнятні для суспільства і людини (творчість, мистецтво, суспільну чи трудову активність).

Темперамент – індивідуально-типологічна характеристика людини, що виявляється в силі, напруженості, швидкості та врівноваженості перебігу її психічних процесів.

Фізичне насильство – це навмисне завдання фізичних ушкоджень, а також свідоме позбавлення свободи, помешкання, їжі, одягу та інших нормальних умов життя, які можуть призвести до смерті, викликати порушення фізичного та психічного здоров'я. Такі дії згідно Кримінального кодексу кваліфікуються як злочин.

Фрустрація – психічний стан особистості, викликаний неуспіхом у задоволенні її потреб та бажань. Стан фрустрації супроводжується різними негативними переживаннями: роздратуванням, розчаруванням, тривогою, відчаєм, агресією тощо.

Рекомендована література

1. Галич М. Ю. Особливості динаміки емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил у реабілітаційний період: дис. канд. психол. наук: 053. Київ, 2020. 207 с. URL: http://elar.naiau.kiev.ua/jspui/handle/123456789/17885.

2. Гурський В.Є., Лефтеров В.О. Професійно-психологічний розвиток працівників спецпідрозділів поліції імітаційними засобами: монографія. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2017. 164 с.

3. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування.

4. Долинська Л. В. Психологія конфлікту : навч. посібник. - Київ :Каравела, 2016. - 304 с.

5. Екстремальна психологія: Підручник. За заг. ред. проф. О.В. Тімченка- К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.

6. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К.: Никацентр, 2006. 580 с.

7. Кризова психологія: Навчальний посібник /За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. – Х.: НУЦЗУ, 2010. - 401 с.

8. Лефтеров В.О. Психологічні тренінгові технології в органах внутрішніх справ. Монографія: У 2-х т. – Т. І: *Методологія психотренінгу та його використання у професійно-психологічному розвитку персоналу, задіяного в екстремальних видах діяльності.* – Донецьк: ДЮІ, 2008. – 242 с. Т. ІІ: Психотренінг в ОВС: практичний досвід, організація проведення та перспективи подальшого впровадження. – Донецьк: ДЮІ, 2008. – 286 с.

9. Лефтеров В.О., Тімченко О.В. Психологічні детермінанти загибелі та поранень працівників органів внутрішніх справ. – Монографія. – Донецьк: ДІВС МВС України, 2002. – 324 с.

10. Лєбєдєв Д.В., Лєбєдєва С.Ю., Назаров О.О., Оніщенко Н.В., Садковий В.П., Тімченко О.В.

11. Лісовенко А. Ф. Індивідуально-психологічні особливості переживання почуття заздрощів: дис... канд. психол. наук: 19.00.01 – загальна психологія, історія психології. Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського», Одеса, 2018. 258 арк.

12. Миронець С.М., Тімченко О.В. Негативні психічні стани рятувальників в умовах надзвичайної ситуації: Монографія. К.: ТОВ, 2008. - 232 с.

13. Олійников О.А., Оніщенко Н.В., Тімченко О.В., Тітаренко Д.С., Христенко В.Є. Особливості функціонування механізмів психологічного захисту у рятувальників в умовах екзистенціальної загрози: Монографія. Х.: НУЦЗУ, 2011. 151 с.

14. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: Методичний посібник. За загальною редакцією Г.Кісарчук. Київ 2015. 170 с.

15. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. Перспективи та інновації науки. 2021. №2 (2). Р. 297–304. doi: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304.

16. Сервачак О.В. Психологія проведення масових спортивних заходів на великих стадіонах : монографія. Одеса : Фенікс, 2018. 254 с.

17. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій (2019).- Практичний посібник. За наук. ред. Т.М.Титаренко НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. – 220 с. URL: https://www.academia.edu/40028931/

18. Титаренко Т. М. (2019). Соціально-психологічний супровід як спосіб полегшення переходу від війни до миру. *Дев'яті Сіверянські соціально-психологічні читання : матеріали Міжнародної наукової конференці*ї (30 листопада 2018 року, м. Чернігів) – Чернігів : НУ імені Т. Г. Шевченка. С. 347–350 URL: https://www.academia.edu/38117873/

19. Титаренко Т. М. (2019). Технології відновлення психологічного здоров'я особистості в умовах війни: комплексний підхід. *Наукові студії із соціальної та політичної психології.* № 42 (45). URL: https://www.academia.edu/40462954/

20. Титаренко Т.М. (2018). Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. *Наукові студії з соціальної та політичної психології.* № 41 (44).- с. 157-167 URL: http://lib.iitta.gov.ua/713738/

21. Титаренко Т.М. (2019). Відновлення особистості після травматизації: технологічний підхід. *Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій*. НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. URL: https://www.academia.edu/40028931/

22. Титаренко Т.М. Життєві кризи: технології консультування. Перша частина. К.: Главник, 2007. 144 с.

23. Титаренко Т.М. Життєві кризи: технології консультування. Друга частина. К.: Главник, 2007. 176 с.

24. Український медичний часопис. 2019. 22 липня. URL:https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovij-rozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya.

25. Яценко Т.С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика: Навч. Посібник. – К.: 2006. – 254 с.

Інформаційні ресурси

1. Державна служба з надзвичайних ситуацій. Офіційний веб-сайт. Режим доступу: http://www.mns.gov.ua

http://www.naiau.kiev.ua/naiau/tslc/index.php

2. http://www.nbuv.gov.ua/

3. http://rada.gov.ua/laws/main/a#Find

5. http://www.kmu.gov.ua/control/

6. http://uk.wikipedia.org/wiki/

3. Бібліотека психологічної літератури: http://psylib.kiev.ua/

4. Українські підручники он-лайн: http://pidruchniki.ws/

5. Психологічна бібліотека Псі-фактор: http://psyfactor.org

Національна бібліотека України ім. В. І. Вернадського: http://www.nbuv.gov.ua