

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«ХАРКІВСЬКИЙ ПОЛІТЕХНІЧНИЙ ІНСТИТУТ»

**ПСИХОЛОГІЯ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ
ТА КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ**

Навчально-методичний посібник

для студентів освітньо-кваліфікаційного рівня
«бакалавр» спеціальності 053 «Психологія»
і студентів освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр»
спеціальності 232 «Соціальне забезпечення»
денної та заочної форм навчання

Затверджено
редакційно-видавничою радою
університету,
протокол № 3 від 28.01.2022



УДК159.9
П 86

Рецензенти:

І. І. Приходько, д-р псих. наук, проф., начальник науково-дослідного центру службово-бойової діяльності Національної гвардії України Національної академії Національної гвардії України;
Г. В. Попова, канд. псих. наук, доц., проф. кафедри педагогіки і психології, управління соціальними системами імені академіка І. А. Зязюна Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут»

Авторський колектив:

**О. Г. Романовський, А. І. Черкашин,
Л. М. Грень, І. В. Костира, Я. О. Олінковська,
Ю. І. Панфілов**

П 86 Психологія екстремальних та кризових ситуацій : навч.-метод. посіб. для студ. денної та заочної форм навчання освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» за спеціальністю 053 «Психологія» / Романовський О. Г., Черкашин А. І., Грень Л.М. та ін. –Харків: Видавництво Іванченка І. С., 2022. – 356 с.
ISBN 978-617-8059-50-7.

УДК159.9

ISBN 978-617-8059-50-7

© Романовський О.Г., Черкашин А.І.,
Грень Л.М., Костира І.В.,
Олінковська Я.О., Панфілов Ю.І., 2022
© НТУ «ХПІ», 2022.

ВСТУП

Основною **метою** цього курсу є таке: сформулювати професійно важливі уявлення у студентів щодо методологічних основ екстремальної та кризової психології, з пояснювальними теоріями поведінки людини в ситуації невизначеності та непередбачуваності.

Курс «**Психологія екстремальних та кризових ситуацій**» розраховано на 64 аудиторні години, з яких: 32 години складає лекційний курс, 32 години відводиться для проведення практичних занять, передбачено підсумковий контроль та екзамен.

Згідно з вимогами освітньо-кваліфікаційних характеристик під час вивчення навчального курсу бакалавр зі спеціальності «Психологія» повинен отримати знання та розвинути навички щодо роботи психолога в екстремальних та кризових ситуаціях.

Таким чином, бакалавр, що успішно засвоїв навчальний матеріал курсу навчальної дисципліни

«Психологія екстремальних та кризових ситуацій»,

повинен знати:

- типологію екстремальних та кризових ситуацій;
- вікові кризи дитячого, дорослого та літнього віку;
- екзистенціальні кризи та основи кризової психотерапії;
- психологію екстремальних видів діяльності;
- екстремальні психічні стани жертв надзвичайних ситуацій;

- психологію поведінки людини в напружених, екстремальних та надзвичайних ситуаціях;
- фактори і типологію суїцидальної поведінки;
- теоретичні питання психології горя і втрати: види, феноменологію, динаміку;
- організацію діяльності служб екстреної психологічної допомоги та антикризових підрозділів;
- основи екстреної психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях;
- принципи і методи психокорекційної роботи з особами, що постраждали від посттравматичних стресових розладів.

Окрім того, студенти **повинні вміти**:

- керувати поведінкою і діяльністю людей – жертв екстремальних ситуацій;
- надавати психологічну допомогу при горі і втраті;
- надавати екстрену психологічну допомогу в екстремальних і кризових ситуаціях;
- проводити психокорекційну роботу з особами, що мають ознаки посттравматичних стресових розладів.

Організаційно-методичні вказівки.

Теоретична частина курсу містить тематику, яка пов'язана з вивченням основ екстремальної і кризової психології, наданням психологічної допомоги постраждалим особам в екстремальних та кризових ситуаціях. Практична частина курсу розрахована на закріплення матеріалу, викладеного в лекційному курсі, за допомогою проведення різноманітних видів

психолого-педагогічного вимірювання навчальних досягнень суб'єктів освітнього процесу.

Методичним забезпеченням дисципліни є навчальна програма, навчальні посібники «Екстремальна психологія», «Кризисна психологія»,

«Психологічна допомога в екстремальних та кризових ситуаціях», методичні рекомендації, які розроблені науково-педагогічними працівниками кафедри педагогіки і психології управління соціальними системами.

При вивченні теоретичних питань на лекціях як наочні засоби навчання використовуються плакати, презентації, виготовлені викладачами кафедри, мультимедійний проектор, дошка.

Система контролю якості навчання студентів. Система контролю якості навчання студентів включає проведення поточного та підсумкового контролю з урахуванням індивідуальних особливостей студентів і передбачає диференційний підхід у її організації.

Поточний контроль знань здійснюється під час практичних занять окремо за кожною навчальною темою. Оцінювання студентів проводиться під час модульного контролю, враховуючи теоретичні та практичні знання і навички з цієї теми. Підсумковий контроль здійснюється під час складання екзамену на основі теоретичних питань з курсу **«Психологія екстремальних та кризових ситуацій»**, які систематизовані у білетах з двох теоретичних запитань. Також враховуються оцінки, одержані студентами під час поточних контролів.

Організація самостійної роботи студентів:

1. Самостійне вивчення за посібниками або іншими джерелами тем, визначених науково-педагогічним працівником.

2. Попереднє ознайомлення з матеріалами наступного заняття з метою введення студентів у коло питань, які заплановані програмою навчальної дисципліни.

3. Підготовка домашнього завдання у формі відповідей за посібниками та іншими джерелами інформації.

4. Підготовка доповідей, повідомлень, творчих робіт, рефератів.

5. Участь студентів у проведенні наукових досліджень за тематикою кафедри.

ТИПОЛОГІЯ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ТА КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ

1. Психологія екстремальних та кризових ситуацій як психологічна навчальна дисципліна і причини її виникнення.

2. Предмет, мета, розділи, завдання психології екстремальних та кризових ситуацій і її зв'язок з іншими галузями психології.

3. Різні підходи до визначення поняття «надзвичайна ситуація». Забезпечення безпеки в надзвичайних ситуаціях. Визначення поняття «надзвичайна ситуація» в окремих галузях психологічних наук.

4. Різні підходи до визначення поняття «криза». Надзвичайна ситуація як чинник кризи. Криза як джерело надзвичайних ситуацій. Визначення поняття «кризова ситуація» в психології. Наслідки дії кризової ситуації на людину.

5. Поняття «психотравмуючий чинник», «психічна травма». Типологія психотравмуючих чинників.

ВСТУП

У наш час актуальним напрямом наукових досліджень психології кризових і екстремальних ситуацій є розробка методології, принципів, засобів і методів надання психологічної допомоги людям, які постраждали в надзвичайних та кризових ситуаціях. Розпочинаючи розгляд об'єкта вивчення психології кризових і екстремальних ситуацій, необхідно виходити з того, що провідною метою цього розділу психології є визначення необхідності надання психологічної допомоги людині, оцінка обсягу цієї допомоги, визначення напрямку і умов її надання, сил і засобів, які дають змогу запобігати нанесенню збитків людині у зв'язку з ситуацією, в якій вона знаходиться, а також якщо шкода заподіяна, то для мінімізації її наслідків.

Життєвий шлях людини характеризується наявністю різноманітних і багатопланових подій. Деякі з них, на жаль, є негативними, або сприймаються такими, та мають травматичний характер. Події з негативним забарвленням багато в чому впливають на формування подальшого сценарію життя людини і не кращим чином позначаються на її психічному й фізичному здоров'ї. Психологу, який збирається надати професійно-кваліфіковану допомогу, інколи може бути складно зрозуміти характер впливу зовнішніх подій та чинників на життєдіяльність людини.

Зміст цього курсу – це синтез основ психологічних знань з питань діяльності особистості в особливих умовах, основ безпеки життєдіяльності та основних правових норм, які регулюють поведінку та

взаємодію між індивідами, між особистістю та суспільством в умовах надзвичайних ситуацій, спричинених подіями техногенного, природного або соціального походження. Тому саме психологія екстремальних та кризових ситуацій є однією з основних дисциплін професійної і практичної підготовки навчального плану підготовки за спеціальності «Психологія».

1. Психологія екстремальних та кризових ситуацій як психологічна навчальна дисципліна і причини її виникнення

Поняття екстремальної та кризової ситуацій ще не отримали вичерпних визначень, тому на сьогоднішній час використовувати наступні:

Екстремальна ситуація (від лат. *Extremus* – крайній, критичний) – ситуація, що виникла раптово і являє собою загрозу або суб'єктивно сприймається людиною як загроза життю, здоров'ю, особистісній цілісності, благополуччю.

Під екстремальними ситуаціями розуміються такі, які виходять за межі звичайного, «нормального» людського досвіду. Інакше кажучи, екстремальність ситуації визначають чинники, до яких людина ще не адаптована і не готова діяти в їх умовах. Ступінь екстремальності ситуації визначається силою, тривалістю і незвичністю проявів цих факторів.

Однак екстремальною ситуацію робить не тільки реальна, об'єктивно існуюча загроза життю для самого індивіда або його близьких, а й особистісне ставлення до подій, що сталися. Сприйняття однієї і

тієї ж ситуації є індивідуальним для кожної окремої людини, у зв'язку з чим критерій «екстремальності» обумовлено, скоріше, внутрішньою, психологічною сферою особистості.

Фактори, що обумовлюють екстремальність ситуації:

Різноманітний емоційний вплив у зв'язку з небезпекою, труднощами, новизною і відповідальністю ситуації, що виникла.

Дефіцит необхідної інформації або надлишок суперечливої інформації.

Надмірне психічне, фізичне, емоційне навантаження.

Вплив несприятливих кліматичних умов: спеки, холоду, кисневої недостатності та ін.

Наявність голоду, спраги.

Екстремальні ситуації (такі як загроза втрати здоров'я або життя) істотно порушують базове відчуття безпеки людини, віри в те, що життя організоване відповідно до визначеного порядку і піддається контролю, і можуть призводити до розвитку хворобливих станів, травматичного і посттравматичного стресу, інших невротичних і психічних розладів.

Кризова ситуація (від грец. Krisis – рішення, поворотний пункт, результат) – це ситуація, яка вимагає від людини значної зміни в уявленнях стосовно цілого світу і самої себе за короткий проміжок часу. Ці зміни можуть носити як позитивний, так і негативний характер.

Криза є одним з неминучих і необхідних моментів життя, однією з рушійних сил розвитку як

особистості, так і групи, суспільства, людства в цілому. Криза виникає в ситуаціях, коли засвоєних раніше зразків поведінки стає недостатньо для подолання обставин, що склалися. Ситуація кризи потребує вироблення нових способів поведінки і знаходження нових сенсів життєдіяльності. Криза – це завжди момент вибору з декількох можливих альтернатив, момент прийняття рішення.

Криза може виникати в результаті зовнішніх обставин, певної травмуючої події (екстремальної ситуації). Наслідками кризи можуть бути посттравматичний стресовий розлад і шокова травма.

Причинами виникнення зазначеної навчальної дисципліни є необхідність вивчення психологічних закономірностей діяльності особистості при виникненні надзвичайних обставин та ситуацій, пов'язаних з підвищеним ризиком, небезпекою для життя та здоров'я фахівців, які надають допомогу в екстремальних ситуаціях, розробки науково обґрунтованих заходів психологічного забезпечення професійної та функціональної надійності працівників екстремальних професій при виконанні задач в умовах, що потребують мобілізації фізичних, психологічних та моральних якостей особистості.

2. Предмет, мета, розділи, завдання психології екстремальних та кризових ситуацій і її зв'язок з іншими галузями психології

Предметом навчальної дисципліни «Психологія екстремальних та кризових ситуацій» є вивчення загальних психологічних закономірностей функціонування психіки та життєдіяльності індивіда, що знаходиться в зоні межових можливостей

організму, особистості, групи, соціуму, механізмів і програм психологічної допомоги і підтримки збереження психологічного здоров'я особистості в екстремальних та кризових ситуаціях.

Мета курсу полягає, по-перше, у забезпеченні студентів інформацією щодо методології психології екстремальних та кризових ситуацій; по-друге, у запровадженні комплексного підходу до формування практично-процесуальних знань у студентів з навчальної дисципліни; по-третє, у формуванні у студентів при вивченні курсу з навчальної дисципліни готовності до здійснення ефективної психологічної допомоги в екстремальних та кризових ситуаціях.

Дисципліна містить такі **розділи**, як:

- типологія екстремальних та кризових ситуацій;
- вікові кризи дитячого, дорослого та літнього віку;
- екзистенціальні кризи та основи кризової психотерапії;
- психологія екстремальних видів діяльності;
- екстремальні психічні стани жертв надзвичайних ситуацій;
- психологія поведінки людини в напружених, екстремальних та надзвичайних ситуаціях;
- управління поведінкою і діяльністю людей – жертв екстремальних ситуацій;
- основні теоретичні підходи до проблеми суїцидальної поведінки;
- фактори і типологія суїцидальної поведінки;
- теоретичні питання психології горя і втрати: види, феноменологія, динаміка;

- психотерапевтична допомога при горі і втраті;
- організація діяльності служб екстреної психологічної допомоги та антикризових підрозділів;
- екстрена психологічна допомога в надзвичайних ситуаціях;
- психологічна допомога в екстремальних і кризових ситуаціях;
- психологія стресу, посттравматичні стресові розлади;
- принципи і методи психокорекційної роботи з особами, що постраждали від посттравматичних стресових розладів.

Завдання психології екстремальних та кризових ситуацій.

Актуальними питаннями психології екстремальних ситуацій, як нової галузі психологічної науки, котра швидко розвивається, є вивчення психосоціальних наслідків екстремальних та кризових ситуацій, їх впливу на психічне здоров'я населення та розробка методів мінімізації таких наслідків. Задачі, які повинна розв'язувати екстремальна психологія, визначаються різноманітністю та складністю теоретичних та практичних проблем, що входять до сфери діяльності органів та підрозділів Державної служби України з надзвичайних ситуацій (далі ДСНС). Дослідження в межах екстремальної психології мають своїм завданням удосконалювання психологічного відбору та психологічної підготовки персоналу ДСНС, а також розробку засобів психологічного захисту особового складу та цивільного населення від травмуючого впливу

психогенних факторів кризових та надзвичайних ситуацій.

До основних задач сучасної екстремальної психології належать:

- визначення оцінки напруженості праці та психофізіологічної «вартості» основних видів діяльності в межах ризиконебезпечних ситуацій;

- визначення факторів професійної незадоволеності серед працівників ризиконебезпечного профілю та основних функціональних порушень психічної сфери особистості, що виникають у персоналу в процесі службової діяльності;

- вивчення психологічних особливостей дій фахівців ДСНС;

- дослідження психологічного впливу різноманітних стрес-факторів службової діяльності на фахівців ДСНС;

- розробка та удосконалення новітніх методів та психотехнологій у межах екстремально-психологічної підготовки фахівців щодо забезпечення особистої безпеки та виживання в ризиконебезпечних ситуаціях службової діяльності;

- вивчення психологічних особливостей управління особовим складом у кризових та надзвичайних обставинах та ситуаціях;

- діагностика, профілактика та корекція негативних психічних станів, що виникають у працівників під впливом ризиконебезпечних ситуацій службової діяльності;

- надання екстреної психологічної допомоги працівникам, які зазнали сильного психотравмуючого впливу при виконанні професійних обов’язків;

- розробка сучасних методів постекстремальної роботи з працівниками ДСНС, психологічне забезпечення відновлювального періоду діяльності особового складу після виконання складних задач службової 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 фахівців ДСНС та успішному подоланню можливих негативних психічних наслідків кризових та надзвичайних обставин і ситуацій.

Навчальна дисципліна «Психологія екстремальних та кризових ситуацій» призначена для формування в студентів теоретичних і практично-процесуальних знань щодо ідентифікації екстремальних та кризових ситуацій, стресу, навчання навичкам самостійної побудови програм психологічної допомоги людині в кризовій і посткризовій ситуаціях, надання екстреної психологічної допомоги, збереження психологічного здоров’я особистості в екстремальних та кризових ситуаціях.

Зв’язок з іншими галузями психології. Наукова основа навчальної дисципліни містить основні положення, що пов’язані з розробленою у вітчизняній психології теорією єдності психології; теоретичні положення загальної та генетичної психології, що

розкривають закономірності розвитку особистості як суб'єкта власної життєдіяльності; системно-структурний підхід до вивчення психологічної готовності до діяльності; концепція відстрочених реакцій на травматичний стрес.

3. Різні підходи до визначення поняття «надзвичайна ситуація». Забезпечення безпеки в надзвичайних ситуаціях. Визначення поняття «надзвичайна ситуація» в психологічних науках

Українське законодавство визначає:

«Надзвичайна ситуація – це обстановка на окремій території чи суб'єкті господарювання 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».

Сучасні соціально-політичні умови характеризуються все більш широким поширенням надзвичайних ситуацій і збільшенням кількості їх виникнення. Усе частіше діти і дорослі потрапляють у різноманітні техногенні катастрофи, потерпають від стихійних лих, піддаються насильству, стають заручниками і подібних прикладів можна навести ще дуже багато.

Тому інтерес до психології екстремальних та кризових ситуацій у середовищі практикуючих психологів у сучасному суспільстві постійно зростає. Задля забезпечення безпеки організовуються центри допомоги та підтримки людей, які опинилися в подібних ситуаціях. Варто зазначити, що якщо раніше увага здебільшого приділялася наслідкам екстремальних та кризових ситуацій і головна стурбованість виникала у зв'язку з кількістю смертей, фізичних хвороб і травм, то зараз спеціалісти віддають перевагу наслідкам у сфері психосоціального і душевного здоров'я населення.

Надзвичайна ситуація – це положення, яке склалося в результаті аварії, природного явища чи іншого лиха, які супроводжуються людськими жертвами, матеріальними втратами або збитком для природного середовища. При наданні психологічної допомоги людям, які побували в атмосфері надзвичайної ситуації, обов'язково необхідно прийняти до уваги той факт, що справжня біда розпочинається тоді, коли дія самої стихії закінчилася й починається надання допомоги постраждалим. Психологію поведінки людей в надзвичайних ситуаціях необхідно вивчати також з метою емоційної підготовки населення до дій в екстремальних ситуаціях.

Серед спектру питань поведінки людини в умовах надзвичайних ситуацій значну увагу слід приділяти психології страху. Життєдіяльність людини в екстремальних умовах характеризується тим, що їй постійно доводиться долати небезпеку, яка несе загрозу її існуванню, що викликає почуття страху

(короткочасного чи, навпаки, тривалого емоційного процесу, обумовленого дійсною чи уявною небезпекою). Страх є сигналом тривоги, який повинен обумовити захисні дії людини. Страх, з одного боку, має негативну дію. Він викликає неприємні відчуття, негативні емоції. Але з іншого боку, страх – це сигнал і водночас команда до організації індивідуального чи колективного захисту, де головною метою постає задача залишитися живою, продовжити своє існування. Це допомагає мобілізувати сили, сприяє підвищенню організованості, що має позитивний вплив на людину.

Слід враховувати, що в умовах небезпеки людині притаманні несвідомі дії. Найбільш поширеними, значними і динамічними стають необдумані, хаотичні дії і вчинки, що можна розглядати як своєрідний результат її реакції на небезпеку.

Особливі умови, в яких опиняється людина, як правило, викликають у неї психологічне та емоційне напруження. Наслідки цього у різних людей проявляються по-різному: в одних відбувається мобілізація внутрішніх життєвих ресурсів; в інших небезпечні умови викликають зниження працездатності, що характеризується погіршенням здоров'я, фізіологічними і психологічними стресовими явищами. Залежить це від індивідуальних особливостей організму, умов праці та виховання, обізнаності про події, що відбуваються, і розуміння ступеня небезпеки.

У будь-яких небезпечних ситуаціях вирішальну роль відіграє моральна загартованість та психічний

стан людини. Вони визначають готовність до усвідомлених, впевнених і розважливих дій у будь-яких критичних моментах.

4. Різні підходи до визначення поняття «криза». Надзвичайна ситуація як чинник кризи. Криза як джерело надзвичайної ситуації. Визначення поняття «кризова ситуація» в психології. Наслідки дії кризової ситуації на людину

Поняття «криза» (від грец. *krisis* – рішення, поворотний пункт, результат) – переломний момент, важкий перехідний стан, загострення, небезпечний нестійкий стан. Наука розглядає різноманітні кризи, зокрема: медичні, фінансові, валютні, біржові, грошово-кредитні, аграрні, перевиробництва, колоніальної системи і т.д.

Цікавим є значення слова «криза» в китайській мові – «повний небезпеки шанс», що в самому визначенні вказує на можливості зростання людської особистості, які індивід знаходить, проходячи через стан психічної кризи та долаючи різного роду опір.

Криза – це також і ситуація розумового і емоційного стресу, яка вимагає значної зміни уявлень про світ взагалі і зокрема про себе за короткий проміжок часу. Найчастіше подібний перегляд уявлень призводить до структурних змін в особистості, що можуть мати як позитивний, так і негативний характер. За визначенням, особистість, що знаходиться в кризі, не може залишатися незмінною; говорячи іншими словами, їй не вдається осмислити свій життєвий психотравмуючий досвід, оперуючи

знайомими, шаблонними категоріями або використовуючи прості звичні моделі пристосування.

Слово «криза» сприймається як свого роду попередження: необхідно щось зробити, поки не сталося чогось ще гіршого. Люди орієнтуються на те, що кризова ситуація несе в собі небезпеку, а отже, її слід уникати, усувати, запобігати, вирішувати, а до того ж і приховувати, хоча це не зовсім правильно. Безумовно, психічні кризи несуть у собі і загрозу. Але не завжди сама криза становить небезпеку, а швидше, усвідомлення того факту, що ми втратили шанс. Тож криза може не лише спричинити негатив, а й посприяти процесам зростання і дозрівання.

У психічній кризі можна виділити дві сторони:

- небезпека для особистісного зростання;
- потенціал для особистісного зростання.

При аналізі та визначенні сутності кризової події можна виділити п'ять різних підходів і варіантів до її розгляду:

- життєвий, на рівні здорового глузду;
- психологічний;
- соціологічний;
- філософський;
- технічний.

Перші два для нас мають першорядне значення. На життєвому рівні подією кризового характеру для пересічної людини буде будь-яке ускладнення обставин її життєдіяльності, що носить надзвичайний характер, котре є несподіваним, стихійним і непередбаченим. Ця подія несе загрозу, небезпеку для фізичного і психічного здоров'я. Таким чином, здоровий глузд виділяє параметри надзвичайності,

стихійності, небезпеки, що і використовуються як характеристики кризової події.

Психологічний аналіз кризової події дозволяє звернути увагу на її основні характеристики:

- несприятливі умови для життєдіяльності;
- загрозливий характер події;
- різке зростання внутрішньо особистісної напруженості;
- виснаження адаптаційних ресурсів і «злам» адаптаційного бар'єру;
- зміна динамічних стереотипів поведінки;
- кризовий стан особистості.

Кризи розрізняються за тривалістю і інтенсивністю. Психологи виділяють три типи кризи, що залежать від причин їх виникнення: це кризи розвитку, травматичні кризи та кризи втрати.

Криза може виникати в результаті зовнішніх обставин, якоїсь події, що спричиняє травму (екстремальна ситуація). Наслідками зовнішньої кризи можуть бути такі стани, як посттравматичний стресовий розлад або шокова травма.

Внутрішньо особистісна криза – це момент переходу людини на новий рівень розвитку (психологічного, екзистенціального, вікового тощо). Внутрішні кризи неминучі і, на відміну від зовнішніх, є необхідними і бажаними. Переживання внутрішньої кризи не може бути непомітним. Однак глибина і сила переживань у різних людей суттєво відрізняються і залежать від таких факторів:

- рівень розвитку особистості (свідомості) – чим він вищий, тим болючішою є криза;
- соціокультурний розвиток особистості;

- особистісні і характерологічні особливості;
- вид кризового стану, що переживає людина;
- соціально-психологічні особливості, соціальний статус особи.

Кожна криза має свій плин, початок і основні фази. Дж. Каплан описав чотири послідовні стадії кризи:

стадія. Первинне зростання напруги, при якому застосовуються звичні способи вирішення проблеми;

стадія. Подальше зростання напруги в умовах, коли ці способи виявляються безрезультатними;

стадія. Ще більше зростання напруги, що вимагає мобілізації зовнішніх і внутрішніх сил;

стадія. Якщо все це виявляється марним, настає стадія, що характеризується підвищенням тривоги і депресії, почуттям безпорадності, безнадії і в кінцевому випадку – дезорганізацією особистості. Криза може закінчитися на будь-якій стадії, якщо зникає небезпека і з'являється конструктивне рішення.

Розуміння кризи та кризової ситуації в психології розглядається у рамках психології особистості і психології розвитку. Таким чином, криза – це свідомий вибір між регресивним і прогресивним подальшим розвитком особистості. Від особистого вибору буде залежати все подальше життя людини.

5. Поняття «психотравмуючий чинник», «психічна травма». Типологія психотравмуючих чинників

Психотравмуючі чинники – це фактори, які негативно впливають на психіку людини, перешкоджають адекватному сприйняттю дійсності і

породжують помилки, котрі можуть призвести до аварій та нещасних випадків. Ці ж фактори викликають розлади психіки як при короточасній сильній дії, так і при відносно слабкій, але досить тривалій дії.

Психологічна травма – це гостре переживання особливої взаємодії людини і навколишнього світу у формі потрясіння. Головним чинником і змістом психологічної травми є втрата віри в те, що життя є організованим процесом з усталеним порядком і піддається контролю. У психології активно розглядається вплив психологічної травми на сприйняття часу, тобто аналізується процес зміни бачення минулого, сьогодення і майбутнього (динамічний аспект у дослідженні життєвого шляху) під впливом травми. У певний момент свого життя особа переживає психологічну травму, яка викликає сильні почуття і емоції. За інтенсивністю пережитих почуттів і емоційним змістом травматичний стрес дорівнюється до усього попереднього життя. Тому травматичний досвід здається найбільш істотною подією життя, яка розділяє все життя на події, що відбулися до і після травмуючого переживання.

Отримана травма впливає на бачення не тільки сьогодення, а й змінює сприйняття минулого та майбутнього. Людина, яка отримала психологічну травму, відчуває себе зміненою, не такою, якою вона була раніше, а значно дорослішою, досвідченішою, мудрішою, ніж її однолітки.

Людина, яка пережила травмуючу подію, але не відреагувала на неї, ризикує залишитися в минулому. Травмуюча подія нібито притягує до себе людину і не

відпускає. Для таких людей є досить великою ймовірність повторення травматичної ситуації в майбутньому. Вони прагнуть пережити травмуючу подію знову, щоб нарешті відреагувати на неї певним чином та пережити її.

Наприклад, ветерани війни в Афганістані їдуть воювати в «гарячі точки». Відомо, що з людьми, які пережили психологічну травму, частіше відбуваються нещасні випадки, вони більше, ніж інші, схильні до самогубства, стають алко- і наркозалежними.

Соціально-психологічна дезадаптація особистості при суб'єктивній інтерпретації життєвих проблем як нерозв'язних є однією з основних детермінант суїцидальної поведінки. Людина починає відчувати себе загнаною «в глухий кут», з якого вже немає виходу. Її свідомість «звужена» і подеколи здається, що тільки смерть є єдиним виходом.

Особливо страждає від соціальної та економічної нестабільності і невизначеності молоде покоління. Кількість самогубств у молодіжному середовищі дуже велика. Збільшилося число патологічних суїцидів – спроб відмови від життя психічно повноцінних людей. Поняття «життя» знецінилося.

Типологія психотравмуючих чинників. Усі психотравмуючі чинники поділяють на дві групи: не обумовлені і обумовлені діяльністю.

Серед тих, що не пов'язані з діяльністю, найбільш значущими є фактори навколишнього середовища і схильностей (захоплень) людини.

Фактори навколишнього середовища поділяють на природні і соціальні. До природних належать несприятливі кліматичні умови,

недостатність кисню в повітрі (наприклад, високо в горах), висока сонячна активність та ін.

У сфері шкідливих нахилів людини найбільш поширеними є схильність до вживання таких токсичних речовин, як наркотики, алкоголь, засоби побутової хімії тощо, непомірне захоплення комп'ютерними іграми та ін.

У другій групі виділяють три різновиди несприятливих факторів:

- фактори, обумовлені фізичними і хімічними процесами в об'єкті діяльності;
- фактори, обумовлені змістом діяльності;
- фактори, обумовлені організацією діяльності.

Найбільш поширеними, небезпечними фізичними і хімічними факторами, що впливають на психіку, є шум, вібрація, іонізуючі випромінювання, різноманітні розчинники, окис вуглецю, сірковуглець, важкі метали.

Змістом діяльності обумовлені такі несприятливі фактори, як загроза для життя і відхилення від природної аферентації. Ці відхилення можуть бути пов'язані з розумовими чи фізичними перевантаженнями і монотонністю – одноманітністю відчуттів або дій. Різновидом монотонності є сенсорна депривація – істотне обмеження надходження подразнень у центральну нервову систему.

Також негативний вплив на психіку мають такі особливості організації професійної діяльності, як ізолюваність робочих місць, неузгодженість виробничих ритмів з біологічними ритмами людського організму, залучення професіоналів до робіт не за фахом тощо.

Питання для самоперевірки

1. Проаналізуйте співвідношення понять «екстремальна ситуація» та «кризова ситуація».
2. Що є предметом вивчення дисципліни «Психологія екстремальних та кризових ситуацій»?
3. Дайте визначення поняття «надзвичайна ситуація» у психологічному контексті.
4. Поясніть підходи до поняття «криза».
5. Поясніть поняття «психологічна травма» та «психотравмуючі чинники».

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОТІКАННЯ КРИЗ

1. Поняття вікової кризи.

2. Вікові кризи розвитку дитини за Л. Виготським.

3. Періодизація розвитку особистості за Е. Еріксоном.

Кризи юнацького, зрілого, середнього, похилого та літнього віку.

ВСТУП

Детально ознайомившись з поняттям кризи в попередній темі, стає зрозумілим, що криза – явище багатогранне, існує кілька підходів до його розгляду. Ще раз підкреслимо, що криза – це завжди вибір між регресивним і прогресивним подальшим розвитком особистості. Від того, який саме вибір буде нею зроблений, залежить усе подальше життя людини.

1 Поняття вікової кризи.

Вікова криза – це перехідний період між віковими етапами, який неминуче переживається людиною при переході від одного вікового етапу до іншого внаслідок завершення певних стадій розвитку. У першу чергу, ця криза обумовлена змінами, фізіологічними зрушеннями в організмі та морфофункціональними перебудовами. Такі кризи прийнято називати нормальними, оскільки вони супроводжують людину протягом всього життя.

Вікові кризи складаються з трьох пов'язаних між собою фаз: передкритична, критична, посткритична. Особливість перебігу вікової кризи залежить від темпераменту людини, характеру, її індивідуальних, біологічних і соціальних відносин. Під час кризи особистість, як відкрита система, стає нестійкою, навіть на слабкі подразники відповідає невинувато інтенсивними відгуками, що іноді призводить до непередбачуваних ефектів.

Вікові кризи виникають на стику двох вікових етапів і характеризують собою завершення одного етапу розвитку і початок іншого. Для такого періоду характерна відмова від старого, коли людина втрачає

деяку частину з набутого раніше. Головний сенс перехідного періоду полягає в таких зрушеннях і змінах особистості, які доповнюються відмиранням старого лише настільки, наскільки цього вимагає розвиток нових властивостей і рис.

2. Вікові кризи розвитку дитини за Л. Виготським

Лев Семенович Виготський розумів віковий розвиток як складний процес, який приводить до змін всієї особистості дитини на кожному віковому етапі. Головною суттю розвитку є виникнення нового. Стадії розвитку характеризуються віковими новоутвореннями, що розуміються як якості чи властивості, яких не було раніше в готовому вигляді. Новоутворення з'являються закономірно, передумови для їх виникнення готуються у ході попереднього розвитку.

Л. С. Виготський увів поняття «соціальна ситуація розвитку» – специфічне для кожного віку відношення між дитиною і соціальним середовищем. При переході від одного вікового періоду до іншого відбувається зміна соціальної ситуації розвитку. Взаємодія дитини зі своїм соціальним оточенням, яке виховує та навчає її, визначає той шлях розвитку, який веде до виникнення вікових новоутворень.

Зміни соціальної ситуації розвитку відбуваються на початку вікового періоду. Новоутворення з'являються у кінці періоду, серед них особливе місце займає центральне новоутворення, яке має найбільше значення для розвитку на наступній стадії. Л. С. Виготський розглядав динаміку переходів від одного віку до іншого

виокремлюючи при цьому стабільні і кризові стадії розвитку. Стабільний період характеризується плавним перебігом процесу розвитку, без різких зрушень та змін в особистості дитини. Непомітні, мінімальні зміни, які відбуваються протягом тривалого часу, зазвичай, непомітні для оточуючих. Вони поступово накопичуються і в кінці періоду дають якісний стрибок у розвитку: з'являються вікові новоутворення. Той шлях, який пройшла дитина у своєму розвитку протягом того чи іншого періоду, можна оцінити, порівнявши початок і кінець стабільного періоду.

Л. С. Виготський розглядав як закон психічного розвитку чергування стабільних та кризових періодів, надаючи кризам великого значення. Кризи, на відміну від стабільних періодів, тривають недовго, у випадку сприятливого збігу обставин - кілька місяців, за несприятливого - до року і більше. Початок і кінець кризового періоду непомітні, межі його розмиті, нечіткі. Загострення відбувається у середині періоду. Оточуючі помічають зміни в поведінці, «важковиховуваність», як пише Л. С. Виготський.

Дитина виходить з-під контролю, а ті засоби педагогічного впливу, які раніше мали успіх, перестають діяти. З'являються специфічні симптоми кризи: афективні спалахи, капризи, гострі конфлікти з близькими. У школярів знижується працездатність, інтерес до занять, успішність, іноді виникають переживання, внутрішньо особистісні конфлікти. Разом з тим, кожна дитина переживає кризові періоди. Індивідуальних відмінностей під час кризових періодів

значно більше, ніж у стабільні періоди. Зміни відбуваються і у зовнішньому плані. Для того, щоб їх помітити, слід порівнювати дитину не з однолітками, які тяжко переживають кризу, а з нею самою - якою вона була раніше. Кожна дитина відчуває труднощі у спілкуванні з оточенням, у неї знижується темп у навчальній діяльності. Але головні зміни у кризові періоди відбуваються у внутрішньому плані.

Розвиток набуває негативного характеру. Дитина втрачає інтереси, які спрямовували її діяльність, відмовляється від попередніх цінностей і форм стосунків. Але поряд з втратами створюється і щось нове. Новоутворення, що виникають у бурхливий і нетривалий період, виявляються нестійкими і в наступний стабільний період трансформуються, поглинаються іншими новоутвореннями, розчиняються в них і таким чином відмирають.

Крім цього, у кризові періоди загострюються основні протиріччя: з одного боку, між зростаючими потребами дитини і її все ще обмеженими можливостями, з іншого – між новими потребами дитини і стосунками з дорослими, що склалися раніше.

Таким чином, на підставі вищевикладених міркувань Л. С. Виготський представив періодизацію психічного розвитку:

- криза новонародженого – період немовляти (два місяця – один рік);
- криза першого року;
- раннє дитинство (один – три роки);
- криза трьох років;

- дошкільний вік (трьох - семи років);
- криза семи років;
- шкільний вік (семи-тринадцяти років);
- криза тринадцяти років;
- пубертатний період (тринадцяти - сімнадцяти років);
- криза сімнадцяти років.

Криза новонародженого – це перебудова усіх фізіологічних механізмів дитини (прохолодне і світле середовище, нова форма харчування й кисневого обміну); стрибок у розвитку, зміна ситуації розвитку – перехід від біологічного типу розвитку до соціального. Найпершу кризу дитини фахівці розглядають із двох точок зору: фізіологічної та психологічної. На рівні фізіології немовля повинно адаптуватися до нового способу існування: самостійно дихати, зігрівати себе, здобувати і перетравлювати їжу. Спокійний режим дня, регулярний сон і харчування, добре налагоджений процес грудного вигодовування – все це допоможе дитині незабаром відчувати себе «своїм» у цьому світі. Процес психологічної адаптації малюка багато в чому залежить від дій та емоцій його батьків. Новонароджений позбавлений основних засобів спілкування, гостро потребує при цьому нашої допомоги і підтримки. Тому *тут* надзвичайно важлива материнська інтуїція: мама здатна «прочитати» навіть ті потреби малюка, про які він сам не здогадується. Довіряти собі, довіряти дитині, а не порадам оточуючих – це так просто . і так складно! Але саме в цьому секрет. До кінця другого місяця у

відповідь на доброзичливий вираз обличчя дорослого у дитини починає з'являтися посмішка – перший соціальний жест, психічне новоутворення, що знаменує перехід від періоду новонародженого до немовляти. Вік немовляти завершується кризою першого року життя. Криза першого року життя обумовлена появою здібності дитини ходити та говорити. Головні моменти, які призводять до розвитку нових відносин дитини зі світом у цей період, це – навчання ходьбі й мові (нехай не зовсім зрозумілої). Одночасно дитина починає розуміти, що мама, як і раніше, знаходиться у центрі його світобудови, не належить йому цілком – виявляється, у неї є власні інтереси, своє життя! І малюк починає побоюватися, що його втрачать чи кинуть. Саме тому дітки деколи поведуться дуже дивно. Можуть прибігати до мами щохвилини, перевіряючи, чи на місці вона, або, навпаки, тікати, примушуючи її бігати слідом, приділяючи дитині підвищену увагу. У цьому ж віці дитина виявляє свої перші «вольові» рішення: це можуть бути справжні «акції протесту», «опозиції», протиставлення себе іншим (особливо характерні такі реакції для дитини, яка виховується в сім'ї з досить жорсткими правилами і регламентованим розпорядком життя) . Боротися з крихіткою марно, а точніше – неприпустимо! Адже саме зараз він потребує безумовної та постійної батьківської любові і підтримки, як фізичної, так й емоційної. Дуже важливо усвідомити, що ваш малюк – вже не та безпорадна істота, якою був ще недавно, і необхідно його трохи «відпустити», дозволити розвиватися у власному темпі (при цьому, оцінюючи його можливості і

підштовхуючи або «пригальмовуючи» крихітку час від часу).

У період кризи раннього дитинства (один – три роки) дитина демонструє акти протесту, опозиції, протиставлення себе іншим. Криза пов'язана з появою самостійності та афективних реакцій. Афективні форми поведінки дитини можуть виникати, коли дорослі не розуміють її бажань, слів, жестів і міміки, або розуміють, проте не виконують те, що вона хоче.

Криза трьох років виявляється в тому, що на третьому-четвертому році життя дитина часто виявляє впертість: відмовляється виконувати вимоги дорослих; на заборону реагує афектом; прагне діяти самостійно, заявляючи «Я сам». Дитина певний час може демонструвати шкідливість і свавілля. Вона виявляє негативізм (негативна реакція дитини на пропозиції дорослих), реакцію знецінення (дитина починає своїх рідних називати поганими словами). Кризу трьох років психологи відносять до числа гострих – дитина дійсно важко керована, її поведінка майже не піддається корекції. У ще небагатому словнику дитини найчастішим стає «не хочу». Втім, вона не стільки говорить, скільки діє: ви кличете її, а вона тікає, ви просите покласти іграшку в коробку, а вона кидає її на підлогу, ви говорите їй, що хліб кришити не можна, а вона навмисне кришить. Ваша відмова в якихось його проханнях, заборона щось брати, кудись йти викликає реакцію протесту. Малюк кричить на весь голос, тупотить ногами, а буває, і замахується на вас зі злим і сердитим обличчям, зі сльозами на очах. Що трапилося? Швидше за все, нічого страшного. Просто

ваш малюк росте, починає відчувати себе особистістю. Це підвищує його активність, самостійність, наполегливість у досягненні бажаного. А сил, уміння ще не вистачає. Щось йому не подобається, щось не виходить. І всю незадоволеність він висловлює різноманітними засобами. Психологи радять: не треба сердитися на дитину, намагатися «переламати» її, відповідати на його крик криком, тим більше карати. Така позиція дорослих може лише закріпити неправильну поведінку, а іноді й надати поштовх формуванню негативних рис характеру. Подумайте, чи немає у дитини причин для капризів і впертості. Може, вона тяжиться зайвою строгістю, занадто частими заборонами? Може, негативно ставиться до будь-кого – припустимо, її ображають старші діти? Знайдіть у собі сили терпляче поставитися до тупання ногами або крику. Врахуйте, що дитина іноді і сама б рада заспокоїтися та не може. Допоможіть їй, переключивши її увагу на щось, що не має відношення до даної ситуації, скажімо, на голуба, який сів на підвіконня, на яскраву картинку в книжці, поставте музику, яку вона любить. Якщо позиція дорослих правильна, подібні порушення в поведінці дитини зазвичай через півроку-рік проходять.

Але треба мати на увазі, що у період цієї кризи іноді виявляються і серйозні психічні відхилення. Різка гормональна перебудова, пов'язана з активізацією ядер проміжного мозку і гіпофіза, інтенсивний розвиток процесів пізнання, що відбувається в цьому віці, нерідко сприяють виявленню нервово-психічних захворювань. У деяких дітей починає чітко

формуватися своєрідне відхилення психічного розвитку – ранній дитячий аутизм. Його характерна риса – різке ослаблення потреби в контактах з оточуючими. Дитина ні з ким не хоче розмовляти, у неї відсутні емоційні реакції на поведінку оточуючих: вона не посміхається, не сміється, не лякається, не виявляє інтересу до іграшок, тварин, до появи нових людей – живе ніби відгородженою від зовнішнього світу. Її розвага – це повторювані одноманітні рухи, наприклад, обертання кистей рук перед очима, перебирання пальців, розгойдування тулуба. Такі дивацтва у поведінці дитини, відсутність природних дитячих інтересів повинні насторожити. Треба обов'язково показати малюка дитячому психоневрологу. Психічні захворювання, що почалися в ранньому віці, мають, на жаль, несприятливий перебіг, і, природно, чим раніше розпочати лікування, тим більше надій на те, що воно буде успішним.

Криза семи років завжди пов'язується з початком шкільного навчання. Негативна симптоматика кризи повною мірою виявляється й у цьому віці (негативізм, упертість, норовистість та ін.). Поряд з цим з'являються специфічні для даного віку особливості: нарочитість, безглуздість, штучність поведінки, клоунада. На думку Л. С. Виготського, такі особливості поведінки свідчать про «утрату дитячої безпосередності». Діти перестають бути наївними і безпосередніми, як раніш, стають менш зрозумілими для навколишніх. Причиною таких змін є диференціація у свідомості дитини її внутрішнього і зовнішнього життя. Дана вікова криза збігається з періодом інтенсивного фізичного зростання, моторики

рук, розвитку ряду складних нервово-психічних функцій. І саме в цей напружений для організму час змінюється соціальний статус дитини – вона стає школярем. Необхідність пристосуватися до нового оточення і до нових вимог створює у деяких дітей передумови для формування комплексу відхилень і порушень поведінки, що об'єднуються умовним терміном «шкільний невроз». Дитина стає дуже тривожною, боїться запізнитися до школи, щось зробити не так, у неї порушується апетит, особливо вранці, з'являється нудота і навіть блювота. В інших випадках дитина, навпаки, не хоче вставати, одягатися, щоб іти на заняття, забуває завдання, не може пристосуватися до дисципліни, не відповідає на запитання вчителя. Найчастіше це буває з ослабленими дітьми, які досягли шкільного віку, але за фізичними і психічними даними відстають від однолітків. Тому не поспішайте віддавати до школи шестирічну дитину, якщо лікар дитячої поліклініки вважає, що вона ще недостатньо до цього підготовлена. Першокласників, крім, звичайно, міцних, витривалих хлопців, не слід завантажувати додатковими заняттями в музичних школах, спортивних секціях, студіях: нехай спочатку добре адаптуються до школи. Фізіологічні особливості даного віку, це психологічні труднощі, що виникають у зв'язку з адаптацією до школи, можуть спровокувати декомпенсацію тих приховано протікаючих ушкоджень головного мозку, які були пов'язані з ускладненнями вагітності або пологів, інфекціями, травмами перших років життя.

Це виявляється підвищеною стомлюваністю, руховим занепокоєнням, відновленням виникаючого в дошкільні роки заїкання, нетриманням сечі. І тоді, звичайно, батькам не обійтися без допомоги лікаря. Дуже важливо створити дитині вдома спокійну обстановку, не пред'являти непосильних вимог і, звичайно, не карати за бруд в зошиті або невивчений урок, – так можна тільки посилити негативне ставлення до навчання. Не можна залишати поза увагою, що саме в 7–8 років у дітей з неврівноваженою нервовою системою, особливо у хлопчиків, вперше можуть з'явитися такі порушення поведінки, як втеча з дому. Спочатку це зазвичай пов'язане зі страхом покарання, протестом проти сварок батьків або якихось інших неприємностей, пережитих вдома. Кризи тринадцяти років та пубертатного віку. Підліткам-хлопчикам у цьому віці властиві збудливість, нестриманість, нерідко агресивність. У дівчин переважає нестійкість настрою. Для тих та інших характерним є поєднання підвищеної чутливості і вразливості з егоїзмом, байдужістю, а нерідко і з черствістю до оточуючих, у тому числі й до найближчих. Прагнення до самостійності, незалежності від дорослих, потреба в самоствердженні нерідко штовхають дитину у підлітковому віці на ризиковані вчинки. Не вміючи утвердитися в навчанні, творчості, спорті, стверджуються, долучаючись до паління, алкоголю, наркотиків, вступаючи в ранні статеві зв'язки. Для підлітків типові реакції групування, тобто прагнення до проведення часу у групі однолітків – це для них теж один із способів самоствердження. Підліток вимагає не меншої, а, може, навіть більшої уваги батьків, ніж

першокласник. Але ставитися до нього треба не як до дитини, а як до дорослого або майже дорослого, враховувати, які болючими для нього є уколи самолюбства. Якщо хочете від нього домогтися чогось, не нав'язуйте безапеляційно своєї думки, а спробуйте підвести його самого до того чи іншого рішення, щоб він сприйняв його, як своє власне. В цей період, особливо при прискореному темпі фізичного і статевого дозрівання, може виявитися прихована схильність до деяких серйозних психічних захворювань. Якщо поведінка підлітку не вкладається у рамки звичайного, якщо ви помічаєте у нього різкі коливання настрою, химерні захоплення, якщо він став дуже замкнутим, холодним, відчуженим від звичайних для його однолітків занять і інтересів, необхідно звернутися до психолога за допомогою.

Сучасний вітчизняний психолог Н. Максимова виокремлює такі кризові стани у підлітковому віці: філософська інтоксикація (інтенсивна інтелектуальна діяльність, спрямована на самостійне розв'язання «вічних» проблем – сенсу життя, призначення людства тощо); криза втрати сенсу життя (супроводжують її висновки про безглуздість життя взагалі, що підвищує ризик підліткового суїциду); афективно-шокові реакції (виникають у відповідь на зовнішню психотравмувальну ситуацію – напад бандитів, смерть родичів тощо, тривають, як правило, недовго і можуть спричинити реактивну депресію).

Структура кризи сімнадцяти років:

1. Позитивний симптомокомплекс:

домагання ролі дорослого, гордість за власні

досягнення, уміння співпереживати, відвертість;
супутні симптоми: організованість, відповідальність,
уміння самоконтролю, вимогливість.

2. Негативний симптомокомплекс:

типові симптоми: дратівливість, хитрощі,
індивідуалізм, пристосовництво; негативізм,
зарозумілість; лінощі;

супутні симптоми: зухвалість, корисливість,
жорстокість, лихослів'я .

Вікові кризи дитинства закономірні. Але протікати вони можуть по-різному: і гостро, болісно, і м'яко, майже непомітно. І залежить це не тільки від фізичних і психічних особливостей дитини, але і дуже великою мірою від умов, в яких вона живе, від її виховання. Можна майже гарантувати, що дитина спокійно пройде через всі вікові кризи, якщо самих батьків ніколи не зрадить витримка і терпіння, а в сім'ї пануватиме доброзичлива, спокійна атмосфера.

3 Періодизація розвитку особистості за Е. Еріксоном

У психології дослідження вікових криз особистості набули у напрацюваннях багатьох дослідників. Заслуговує на увагу епігенетична теорія особистості Е. Еріксона. Теоретичні формулювання Е. Еріксона (1902-1994) стосуються винятково розвитку *Его*, хоча він і стверджував, що його ідеї не більш, ніж подальший систематичний розвиток концепції Фрейда про психосексуальний розвиток у світлі нових відкриттів у соціальних і біологічних науках. Проте, Е .Еріксон рішуче відійшов від

класичного психоаналізу за чотирма важливими пунктами. По-перше, з позиції Е. Еріксона, саме *Его* складає основу поведінки і функціонування людини, у чому видно зсув акценту від *Інд* до *Его*. Егопсихологія описує людей як більш раціональних, таких, які приймають усвідомлені рішення і свідомо вирішують життєві проблеми. У той час як З. Фрейд вважав, що *Его* бореться, намагаючись розв'язати конфлікт між інстинктивними спонуканнями і моральними обмеженнями. Е. Еріксон доводив, що *Его* – це автономна система, що взаємодіє з реальністю за допомогою сприйняття, мислення, уваги і пам'яті. По-друге, Е. Еріксон розвивав новий погляд щодо індивідуальних взаємин з батьками і культурним контекстом, в якому існує сім'я. Якщо З. Фрейда цікавив вплив батьків на становлення особистості дитини, то Е. Еріксон підкреслює історичні умови, в яких у дитини формується *Его*. По-третє, теорія розвитку *Его* охоплює весь життєвий простір індивідуума, тобто, від дитинства до зрілості і старості. З. Фрейд же обмежився вивченням впливу ранніх дитячих переживань і не приділяв уваги питанням розвитку за межами генітальної стадії. Нарешті, по-четверте, у З. Фрейда та Е.Еріксона різні погляди на природу і розв'язання психосексуальних конфліктів. Метою З. Фрейда було розкриття сутності й особливостей впливу на особистість несвідомого психічного життя, а також пояснення того, як рання травма може призвести до психопатології у зрілості. Е. Еріксон бачив своє завдання в тому, щоб повернути увагу до здатності людини переборювати

життєві труднощі психосоціального характеру, стверджуючи, що кожна особиста і соціальна криза є свого роду викликом долі, що спрямовує особистість до розвитку. У деяких питаннях ідеям Е. Еріксона і З. Фрейда властива теоретична єдність. Наприклад, обидва теоретики сходяться в тому, що стадії розвитку особистості наперед визначені, і порядок їх перебігу є незмінним. Е. Еріксон також визнає біологічні і сексуальні основи всіх мотиваційних і особистісних диспозицій та приймає фрейдівську структурну модель особистості. Вагомим вкладом Е. Еріксона у вивченні особистості є те, що поряд із фрейдівськими стадіями психосексуального розвитку він довів, що людина проходить стадії психосоціального розвитку одночасно з етапами вікового розвитку. Вчений стверджував, що розвиток особистості триває протягом всього життя, і кожна стадія розвитку може мати як позитивний, так і негативний наслідок. Кожна стадія розвитку *Его* складається з психологічних, біологічних і соціальних компонентів і базується на досягненнях попередніх стадій. Е. Еріксон виділяє вісім стадій розвитку особистості. Перехід від однієї стадії до іншої характеризується кризами. Криза – «як поворотний пункт», «момент вибору між прогресом та регресом, інтеграцією та затримкою». Цей вибір між двома полярними відношеннями до світу, до себе закріплюється в певних властивостях та якостях особистості.

Перша стадія – орально-сенсорна (від народження до 1 року). На цій стадії формується базова довіра до людей, почуття безпеки існування у світі, на противагу

почуттю недовіри до людей, відчуття загрози, що йде від світу. Ознаки соціальної довіри у немовляти проявляються у легкому годуванні, глибокому сні, нормальній роботі кишечника.

До перших соціальних досягнень відноситься готовність дитини дозволити матері зникнути з поля зору без надмірної тривоги чи гніву, бо її існування стало внутрішньою впевненістю, а її появу можна передбачити. Саме ця постійність, неперервність та тотожність життєвого досвіду формує у маленької дитини початкове почуття власної ідентичності. Дуже велику роль відіграє матір на цій стадії, її любов, бажання та вміння задовольнити потреби дитини.

Друга стадія – м'язево-анальна (від року до 3 років). Ця стадія характеризується формуванням та відстоюванням дитиною своєї автономії та незалежності на противагу сумнівів у собі та почуттю сорому. Боротьба почуття незалежності, самостійності, впевненості у собі проти сорому та сумніву приводить до встановлення співвідношення між здатністю співпрацювати з іншими людьми і наполегливістю та її обмеженнями.

У кінці стадії виникає стійка рівновага між цими протилежностями. Вона буде позитивною, якщо батьки та близькі не будуть занадто керувати дитиною, гіперопікати, придушувати її прагнення до автономії. Із відчуття самоконтролю при збереженні позитивної самооцінки виникає стійке почуття доброзичливості та гордості, із почуття втрати самоконтролю і стороннього зовнішнього контролю з'являється стійка схильність до сумніву в собі та сорому.

Третя стадія – локомоторно–генітальна (від 3-х до 6 років). На цій стадії при нормальній лінії розвитку формується ініціативність, активність і в той же час переживання почуття вини та моральної відповідальності за свої бажання. Дитина жадібно та активно пізнає оточуючий світ, через гру дитина проникає у світ дорослих відносин. На цьому етапі відбувається усвідомлення своєї статевої приналежності. Прагнення зайняти місце батька (матері) у відносинах з батьками протилежної статі.

Четверта стадія – латента (від 6 до 11 років). Ця стадія характеризується включенням дитини у нові соціальні зв'язки – вступом до школи. Формується любов до праці та вміння поводитися із знаряддями праці або почуття неспроможності, неповноцінності, нездатності, заздрості до інших дітей. Якщо за сприятливих умов значимість батьків для дитини відходить на другий план, то за появи почуття власної неадекватності вимогам школи сім'я знову стає притулком для дитини.

П'ята стадія – підлітковий вік і рання юність (від 11 до 19 років). У підлітковому та юнацькому віці з'являється почуття цілісного усвідомлення себе та свого місця в житті, відбувається самовизначення, вибір професії, особистість окреслює свій життєвий шлях, формується «Я» ідентичність, яка включає відчуття стійкості та непереривності власного «Я», незважаючи на ті зміни, які відбуваються з нею у процесі її росту та розвитку.

Негативний полюс – непевність у розумінні власного «Я», яка проявляється у регресії до інфантильного рівня і бажанні якомога довше

відтягнути прийняття дорослого статусу, стійкому почутті тривоги та ізоляції, постійному очікуванні чогось такого, що зможе змінити життя, страхові перед особистим спілкуванням, презирстві до визначених суспільних ролей, ірраціональному віддаванні переваги всьому іноземному («добре там, де нас немає»).

Наступні три стадії характеризують життєвий шлях дорослої людини.

Шоста стадія – рання зрілість (від 20 до 25 років). Для неї характерно встановлення дружніх взаємостосунків, пошук супутника життя, прояв почуття близькості до людей, задоволення особистим життям, реалізація в роботі на противагу почуттю відчуженості, самотності.

Сьома стадія – середня зрілість (від 26 до 64 років). Е. Еріксон вважав цю стадію центральною в житті людини. За нормальної лінії розвитку людина характеризується високою продуктивністю праці, піклуванням про майбутнє покоління, боротьбою творчих сил людини проти застою, стагнації, заскорузлості.

На останній восьмій стадії (пізня зрілість – після 64 років) відбувається інтеграція результатів всіх попередніх фаз, формується адекватне відношення до життя, яке зріла особистість сприймає не впадаючи у відчай, не розчаровуючись у прожитому житті, у людях, у собі і не відчуваючи презирства до життя, бажання отримати від життя більше, ніж було отримано, паралізуючого страху смерті, яка наближається.

Дана періодизація дає можливість людині зрозуміти

себе та знайти співчуття до себе – на протилежність тим поясненням, які люди самі створюють для власних незрозумілих якостей, а саме: «Я поганий», «Я лінивий і недисциплінований», «Я небезпечний» тощо.

За Е. Еріксоном, ці труднощі відображають сімейні процеси, які ускладнили доступ людини до почуття безпеки, автономії чи задоволення власною ідентифікацією, чи те, що доля позбавила дитинство відданого друга чи матері на початковому віковому етапі.

Теорія Е. Еріксона про періоди розвитку *Его* суттєво вплинула на психологію і суміжні галузі наукового знання.

4 Кризи юнацького, зрілого, середнього, похилого та старечого віку

Ряд дослідників виділяє юнацьку кризу 18-19 років і відзначає три загальні способи подолання кризових ситуацій у цьому віці.

Перший – це ефективне вирішення кризових ситуацій завдяки усвідомленню сенсу використання конструктивних копінг-стратегій, внутрішніх ресурсів.

Другий спосіб – це неефективний дозвіл через нездатність бачити сенс і сильної зосередженості на власних емоційних переживаннях.

Третій – відхід від вирішення кризової ситуації, уникнення пов'язаних із нею негативних переживань, перекладання відповідальності за подолання ситуації на інших людей. Специфічною особливістю дівчат є глибоке емоційне проживання кризових ситуацій і вміння побачити в ній сенс. Дівчата, стикаючись із

кризою, заглиблюються в неї.

Специфічною особливістю юнаків у цьому віці є прагнення знижувати емоційну значимість кризової ситуації за рахунок відходу від її глибокого усвідомлення. Юнаки губляться стикаючись із кризою, занадто захоплюються негативними переживаннями, що змушує їх, у підсумку, йти від усвідомлення своїх переживань.

Завершує перехід від юнацтва до зрілого віку криза переходу до зрілості – 22-23 роки. Її основна детермінанта – побудова плану на все життя, що здійснюється з позицій максималізму. Професія, сім'я, друзі – все повинно бути найкращим, унікальним, неповторним. Формуються і зміцнюються межі психічного образу «Я». Складність кризи в цей період полягає в тому, що формування рис характеру молодій людини ще не завершено. На функціональний стан впливають гормональний фон, емоційні реакції, які є неадекватними й інтенсивними. У професійній діяльності цей період надзвичайно цінний: для нього характерним є прагнення бути кращим, висока здатність до навчання, відсутність професійних стереотипів, висока точність, пластичність реакцій, індивідуальна чутливість до помилок.

Показниками кризового стану виділяють наступну симптоматику: зниження працездатності, застій, зниження і зміна мотивації, нестійкість, неадекватність самооцінки, нечіткість власних професійних уявлень, неадекватна емоційна реакція, неадекватність поведінки. Під час кризи 33-х років людина усвідомлює власні обмеження, реальні

можливості. Відбувається остаточне прощання з молодістю. Повним ходом йде будівництво власного гнізда, майбутнього стабільного життя. Багаторічні дружні зв'язки холонуть. Чоловіки в цей час, зазвичай, втягуються в кар'єру, менше часу приділяють дому і дитині. Емансиповані жінки переживають період 33-х років таким же чином, а решта відчують депресію від зниження уваги чоловіка в умовах глибокої психологічної та соціальної залежності від неї.

Однією з ознак кризи 33-х років є бажання змінити професію. У цей момент починає здаватися, що перспективи досить туманні, а стелі розвитку ще не досягнуто. На цій межі багато людей змінюють роботу, відкривають власний бізнес, іноді радикально змінюють сферу діяльності. Причому, дві третини людей посилаються на розчарування у роботі, пов'язане саме з психологічною кризою, а не з матеріальних міркувань.

На думку науковців, найяскравіше ця криза проходить у людей успішних і креативних. Вони багато чого досягли, але їхні власні досягнення роблять їх заручниками резюме, визнання і стабільного рівня життя, їм є що втрачати.

Зміна професії – це і є одним із виходів, який зараховують до кардинальних. Для таких людей зміна роботи – це ризик, збудження, вони зацікавлені в успіху глибинним чином. І це кардинально відрізняє їх від тих людей, хто вже має досвід у даній роботі і на новому місці шукає тільки додаткове джерело заробітку.

Криза середнього віку (38-40 років) розгортається у період життєвих екстраординарних змін. Основними досягненнями й показниками в цьому віці є високий

рівень професіоналізму, особистісна зрілість, високий рівень рефлексії. Вже оформлені риси характеру та межі психічного образу. Остаточного формування набувають професійні, релігійні, економічні, соціальні, політичні інтереси і цінності особистості.

Сучасне суспільство висуває все більш і більш підвищені вимоги до особливостей психічного розвитку дорослої людини в умовах безперервної освіти, яка здійснюється протягом усього життя людини. Контингент дорослих людей також включений у постійний процес навчання. З'являються нові технології, інформаційні та інші, які вимагають постійного підвищення рівня інформованості людини, фахової майстерності.

Вік періоду зрілості є найбільш продуктивним стосовно вищих досягнень інтелекту. Ближче до сорока років людина починає чітко усвідомлювати, наскільки розходяться її мрії і життєві плани з ходом і реальними результатом їх здійснення. Криза середини життя має свої об'єктивні причини і передбачає істотну перебудову особистості з урахуванням зміни положення людини в житті. Юнацький максималізм і зайва емоційність уже будуть неадекватними. Серйозні труднощі у відносинах можуть виникнути, якщо людина середнього віку буде проявляти розумову і поведінкову жорсткість, виявляти невміння чи небажання адаптуватися і пристосовуватися до умов життя.

Психологи вважають, що найнебезпечнішим у період дорослості слід вважати період застою, при якому прогресивного розвитку особистості не відбувається. Симптомами кризи, що наближається,

є психічне насичення поточною діяльністю. Людина має потребу в підведенні проміжних підсумків, прагненні до відчутних змін поряд зі страхом перед ними. При цьому можливі наступні шляхи розв'язання цієї кризи: призупинення професійного зростання; стабілізація на досягнутому рівні; обмеження професійних домагань і зміщення основних мотивів у інші сфери життя – особисте життя, хобі, вибір більш успішного професійного спрямування та підвищення кваліфікації в ньому, перехід на інший, якісно вищий професійний рівень.

Можливим є й інший вихід із кризи – зрив, що виражається в конфліктах, зміні роботи, переїзді в інше місто, спробі почати все спочатку.

Наступним деструктивним засобом виходу з кризи може бути суїцид і розпад особистості. Вихід із кризи середини життя можливий шляхом перебудови всієї особистості відповідно до умов, що змінилися, стану справ і обставин.

Одним із виходів часто люди вважають зміну професії. Однак зміна професії часто супроводжується болючою втратою соціальних контактів, тому небажано змінювати все відразу: і роботу, і професію, і місце проживання, і супутника життя, щось у житті повинно залишатися стабільним.

Для того, щоб наслідки зміни професії не позначилися в цілому на житті людини, необхідно адекватно оцінити свої ресурси: особистісні, соціальні – досвід і вміння долати труднощі, інтелектуальні – коефіцієнт розумового інтелекту, професійні – арсенал навичок, здатність до перенавчання, соціальні – адаптивність, фізичні – здоров'я, рівень енергії, й

емоційні – саморегуляція, підтримка найближчого оточення, наявність хобі та друзів. Колишні заслуги і статус у новій сфері вже не беруться до уваги, тому ситуації фрустрації виникають у новій сфері діяльності набагато частіше, ніж у старій. Під час освоєння принципово нової професійної сфери доводиться стикатися із заздрістю, з лютою конкурентною боротьбою, що вимагає від людини високої психоемоційної стійкості.

Кризу літнього віку пов'язують зі старістю людини. Розрізняють декілька видів старості: хронологічну, фізіологічну, психологічну та соціальну.

Основним фактором при визначенні хронологічної старості є кількість прожитих років. Фізіологічної – стан здоров'я. Психологічна визначається самовідчуттям людини, баченням свого місця у віковій структурі. Соціальна – ніби вбирає у собі ознаки всіх видів і є синтезом відношення людини до прожитого життя.

Для похилого та літнього віку характерним є ряд специфічних особливостей, які можуть посилювати перебіг вікової кризи. Цьому віку притаманні егоцентризм, нетерпимість до кожного, хто не виявляє особливої уваги на найвищому рівні.

Відбуваються зміни у трьох основних сферах: інтелектуальній, емоційній і моральній.

В інтелектуальній сфері насилу здобуваються нові знання, навички пристосування до непередбачених обставин. Все, що раніше не викликало труднощів: підрахунок якихось величин, запам'ятовування дат – сприймається тепер важко. Для людей літнього віку є

характерною так звана ретроактивність пам'яті. Люди погано запам'ятовують те, що з ними відбувається зараз, але дуже добре пам'ятають події віддалених років. Змінюється й емоційна сфера літньої людини, з'являються напади безпричинного смутку, сльозливості, ностальгії. Сильне нервове збудження виникає у відповідь на абсолютно незначні подразники. Приводом для такої реакції може бути фільми про минулі часи не тому, що шкода ці часи, а шкода себе, молодого, в ті часи.

Зміни в моральній сфері стосуються неприйняття нових норм поведінки, одягу, звички проводити вільний час і т. д. Люди похилого віку бувають іноді різкі та грубі у критиці цих нових віянь. Змінюється ставлення до багатьох сторін життя. Так, при ставленні до праці для літньої людини має значення не тільки і навіть не стільки матеріальна сторона, скільки емоційна. Для літньої людини важлива її затребуваність, її самоствердження.

Британський психолог Д. Бромлей виділила п'ять типів пристосування до старості.

Перший – конструктивна установка. Коли людина є внутрішньо урівноваженою, спокійною, задоволеною своїми емоційними контактами з оточуючими, по відношенню до себе досить критична, з гумором і терпимістю поводить з іншими людьми. Вона приймає старість як факт свого життя, завершальний для її професійної й особистісної кар'єри; така людина з оптимізмом ставиться до життя і смерть розглядає як природне явище, без розпачу й жалю. Життєвий баланс такої людини цілком позитивний. Вона звертається за допомогою до

оточуючих у необхідних випадках.

Другий – установка залежності. Вона притаманна тим людям, які виявляють пасивність і схильність до залежності від інших. Люди цієї категорії не мають високих життєвих прагнень і легко залишають професійні заняття.

Третій – захисна установка. Така позиція характеризує людей самодостатніх, спожитих професійною діяльністю. Вони поділяють загальноприйняті погляди й установки, уникають прояву особистої думки, не люблять наголошувати на своїх проблемах. Зовнішня сторона життя для них значить більше, ніж внутрішні переживання. Вони бояться смерті і маскують свою безпорадність посиленням зовнішньої діяльності.

Четвертий – установка ворожості. Властива так званим розгніваним старим, яких характеризує агресивність, запальність, вони мають звичай пред'являти масу претензій до свого оточення: близьким, друзям, суспільству в цілому. Вони не реалістичні у своєму сприйнятті старості, не можуть змиритися з неминучими віковими втратами, заздять молодим, бунтують проти смерті і бояться її.

П'ятий – це та ж установка ворожості, але спрямована на самого себе. Характерна для осіб з негативним життєвим балансом, які уникають спогадів про минулі невдачі і труднощі, які не повстають проти своєї старості, пасивно сприймають удари долі. Незадоволена потреба в любові і співчутті є приводом для депресії і гострого жалю до себе. Смерть розглядається такими людьми як звільнення від страждань.

Питання для самоперевірки:

1. Опишіть особливості вікових криз.
2. Опишіть стадії розвитку *Его* особистості за Е. Еріксоном.
3. Що таке вікова криза? У чому полягає головний сенс перехідного періоду?
4. Дайте характеристику кризам дитячого віку з точки зору Л. Виготського.
5. Опишіть кризу 3-х років.
6. Поясніть особливості поведінки підлітку за Л. Виготським. Вкажіть, які категорії підлітків найбільш чутливі до наслідків психологічної кризи.
7. Що є найнебезпечнішим у кризі середнього віку? Які можливі шляхи розв'язання даної кризи?
8. Які сфери особистості найбільш схильні до змін під час кризи похилого віку?

ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНІ КРИЗИ ТА ОСНОВИ КРИЗИСНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

1. *Поняття екзистенціальна криза. Причини їх виникнення і способи подолання.*

2. *Сутність екзистенціальної тривоги. Її класифікація.*

3. *Види екзистенціальних тривог:*

- *тривога долі і смерті;*
- *тривога вини і осуду;*
- *тривога порожнечі і відсутності сенсу.*

4. *Психотерапевтична теорія невротичної тривоги.*

5. *Особливості невротизованої особистості.*

ВСТУП

Екзистенціальна психологія (від лат. *existentia* – існування; гр. *psyhē* – душа + гр. *logos* – слово, поняття, вчення) – один із напрямів гуманістичної психології, предметами вивчення якої є:

- питання часу, життя і смерті;
- питання свободи, відповідальності та вибору;
- питання спілкування, любові і самотності;
- питання сенсу існування людини.

Екзистенціальна психологія виокремлює унікальність особистого досвіду кожної конкретної людини. Провідною її метою є розв'язання проблеми відновлення автентичності особистості – відповідності її буття у світі її внутрішній природі. У практиці сучасна екзистенціальна психологія спирається на досягнення в галузі психоаналізу. Найбільш відомими представниками екзистенціальної психології є М. Босс, Є. Мінковські, Р. Мей, В. Франкл та ін.

1. Поняття екзистенціальної кризи. Причини виникнення і способи подолання

Екзистенціальна криза – криза, що характеризується станом тривоги, відчуттям глибокого психологічного дискомфорту в питаннях про сенс існування. Найпоширеніша в тих культурах, де основні потреби щодо питань виживання вже задоволені.

Можливі причини екзистенціальної кризи:

- відчуття ізольованості й почуття самотності;

- усвідомлення власної смертності або ж переконаність у відсутності загробного потойбічного життя;

- відчуття й усвідомлення того, що власне життя не має мети або в ньому відсутній сенс як надприродний, так і простий, окрім як життя заради життя;

- руйнація почуття реальності чи поглядів на світ;

- усвідомлення власної свободи та наслідків від її прийняття або заперечення;

- вкрай високий ступінь переживання насолоди чи болю, що спонукає до пошуку сенсу.

Стан схожий на соціологічне поняття, відоме ще як аномія. Його також часто пов'язують із кризою середнього віку.

Згадаємо, що у не екзистенціальних системах поглядів сенс людського життя дуже часто розглядається як вже визначений ще до народження, зазвичай якоюсь надприродною істотою або групою істот. Недовіра до подібних поглядів зазвичай стає передумовою екзистенціальної кризи. Переважно екзистенціальна криза – це раптове усвідомлення того, що людина не знає, навіщо їй потрібне життя, або ж усвідомлення неминучого наближення власної загибелі.

Людина відчуває парадоксальність ситуації, коли вона вірить, що її життя важливе, і водночас розуміє, що людське існування саме по собі не має ні призначення, ні сенсу. У цей момент виникає когнітивний дисонанс. Розв'язання цього парадоксу здатне ліквідувати кризу. Типовим вирішенням кризи

стає знаходження віри в надприродне пояснення, що дається релігією; інші ж дотримуються філософської думки, що кожен сам визначає сенс власного існування на цій планеті.

До екзистенціальної кризи іноді призводить значна подія або зміна в житті людини. Зазвичай подія змушує людину замислитися про власну смертність, знімаючи психологічний бар'єр, який захищав від цих неприємних думок. Типовим поштовхом до цього стає смерть коханої людини, виникнення реальної загрози життю, використання наркотичних препаратів, дорослішання і догляд власних дітей, досягнення певного віку або тривале ув'язнення в самотній камері.

Наявні різноманітні *способи подолання екзистенціальної кризи*. Хтось може вирішити, наприклад, що безглуздо замислюватися про те, що ми так ніколи і не дізнаємося деяких екзистенціальних істин і не отримаємо жодних гарантій щодо результатів такого запитання. Або що не важливо знати, що і як відбувається; все, що має значення – це справжнє. А для когось стає зрозумілим, що суть життя – це бути щасливим, і така людина буде намагатися накопичувати більше знань, щоб досягти цього.

Розглянемо шлях подолання екзистенціальної кризи, що складається з чотирьох наступних позицій:

- ізоляція;
- фіксація;
- відволікання;
- сублімація.

Терапевтичними факторами в екзистенціальних підходах є такі: розуміння клієнтом унікальної суті своєї життєвої ситуації, вибір ставлення до свого теперішнього, минулого і майбутнього, розвиток здатності діяти, приймаючи відповідальність за наслідки своїх дій. Екзистенціальний терапевт піклується про те, щоб його пацієнт став максимально відкритим назустріч можливостям, що виникають протягом його життя, був здатний здійснити вибір і актуалізувати його. Мета терапії – максимально повноцінне, насичене, осмислене існування. Людина може стати й бути тим, ким вона вирішила бути. Її існування завжди дано як можливість виходу за межі самої себе у вигляді рішучого кидка вперед, завдяки своїм мріям, своїм прагненням, своїм бажанням і цілям, через здатність ухвалювати рішення і виконувати дії. Кидка, який завжди пов'язаний з ризиком і невизначеністю. Екзистенція завжди безпосередня й унікальна, в протилежність універсального світу порожніх, застиглих абстракцій.

2. Сутність екзистенціальної тривоги. Її класифікація

Тривога екзистенційна (нормальна) – це переживання людиною різних загроз своєму існуванню. Джерелом нормальної тривоги є людська екзистенційна уразливість у відношенні до природи, хвороби і смерті. Нормальна тривога характеризується такими трьома рисами. По-перше, наявність нормальної тривоги відповідає серйозності об'єктивної загрози, що має місце в складній ситуації. По-друге, нормальна тривога не приводить до придушення. По-третє, таку тривогу можна

використовувати творчо – ідентифікувати фактори, що обумовлюють її виникнення, і виявити здатність протистояти цим факторам.

Екзистенціальні тривоги класифікують за такими факторами:

1. Смерть. Сутність смерті досягають ще зовсім маленькі діти. Ялом вважає, що діти відкидають своє перше знання про смерть, переконуючи себе в тому, що вони не помруть. Примирення з неминучістю смерті – головне завдання, пов'язане з розвитком. Незахищеність від смерті може бути і благом, і злом – залежно від ресурсів Его, від спадковості, від характеру взаємин дорослих. Однак незахищеність від смерті може бути травмуючою, коли перераховані фактори присутні в недостатньо вираженій мірі.

2. Свобода. Носить багато в чому історичний характер. У наш час – час переходу від старого до нового світу, час заходу нової епохи (П. Тіллх) відбувається швидкий розпад структур і цінностей. У молодого покоління з'явилася можливість і потреба вибирати, але вони не засвоїли, як і що треба вибирати, виявилися не готовими до свободи, а при зіткненні з екзистенціальним фактом відповідальності за своє життя стикаються з тим, що погано розуміють його. Акцент, перенесений від того, як повинно бути, до просто бажання, хотіння. Звідси проблема сучасного виховання: багато людей не зуміли навчитися, як бажати, як проявляти волю, як ухвалювати рішення і залишитися вірними ним.

3. Ізоляція. Виділяють міжособистісну ізоляцію, яка проявляється в руйнації общинних зв'язків. Виникнення внутрішньої особистісної ізоляції

обумовлено ускладненнями і фрустрацією, які мають місце на початковому етапі життя і несуть загрозу якому-небудь важливому життєвому аспекту зародження в індивіда почуття «Я». Екзистенціальна ізоляція тісно пов'язана з міжособистісною ізоляцією. Багато людей не в змозі розвивати внутрішню силу, плекати почуття впевненості в собі і у своїй самотності, які дозволили б їм протистояти екзистенціальній ізоляції. Вони ніколи не отримували справжню, стимулюючу зростання любов, тому й не знають, як запропонувати її іншим.

4. Безглуздість. Сучасна цивілізація сприяє послабленню відчуття сенсу життя в людей. По-перше, раніше сенс життя пропонувався перш за все релігією. По-друге, урбанізація та індустріалізація сприяла й продовжує сприяти послабленню відчуття сенсу життя, яке раніше підтримувалося за допомогою контакту з природою. По-третє, люди більше не є частиною відносно невеликої сільської громади, а живуть в безособових, знеособлених міських громадах. По-четверте, сучасна людина відокремлена й відсторонена від результатів власної праці. По-п'яте, увагу сучасної людини стали менше поглинати питання задоволення основних потреб (їжа, вода, житло). Перебуваючи в більшій безпеці і маючи більше вільного часу, люди все частіше стикаються з прірвою беззмістовності й безглуздості існування. Пошосте, сучасні люди стоять перед можливістю ядерного знищення і глобального руйнування навколишнього середовища. Якщо світ не збирається продовжувати існувати й захищатися, навіщо себе обтяжувати.

3. Види екзистенціальних тривог

Екзистенціальні тривоги несуть загрозу людському самоствердженню в трьох областях: простому існуванні, моральному і духовному становленні.

Тривога *долі і смерті* – ця пара екзистенціальних тривог розглядається як найбільш основоположна, найбільш універсальна і найбільш невідворотна. Будь-які спроби довести її неспроможність виявили свою безперспективність. Навіть уявлення про безсмертя душі не спроможне, тому що кожен розуміє, що із згасанням біологічного тіла відбувається усвідомлення втрати самого себе.

Тривога *смерті* – абсолютна константа життя, істотна постійна загроза людського самоствердження. Тривога смерті зростає в міру розвитку індивідуалізації, тому представники колективістичних культур виявляють меншу схильність до цього типу тривоги. Однак це не означає, що в колективістичних культурах відсутня базисна тривога смерті. У колективістичних культурах існує особливий вид мужності, який властивий стійкому колективізму. Різноманітні групи людей, від вуличних банд до цілих народів, здатні користуватися приналежністю до групи, щоб висловити свій страх перед знищенням особливим способом: нападаючи на інші групи і знищуючи їх. «Може бути, що війна – просто прояв потреби зустрітися з особою смерті, підкорити її, вийти з цього поєдинку живим, тобто химерна форма заперечення власної смерті?» – стверджував-запитував Е. Кюблер-Росс. Ця мужність створюється, формується й базується на об'єднанні й при допомозі

безлічі внутрішніх і зовнішніх (психологічних і ритуальних) дій і символів, що засвідчує, що навіть колективізм змушений долати цю базисну тривогу. Тривога смерті (страх смерті) – основа формування колективістичних спільнот. Дійсно, одному страшно приймати смерть. Смерть, як неминучу реальність небуття, важко переживати і очікувати одному. Потрібна неабияка мужність зустріти кінець власного «Я».

Тривога *долі*. Цей тип тривоги має такі характеристики:

- випадковість;
- непередбачуваність;
- неможливість виявити сенс і мету.

Ці ознаки характеризують наше буття, яке по суті своїй є випадковістю. Випадковим є наше перебування в певному місці, випадковим є характер цього місця. Випадковість усього, що нас оточує не може не викликати тривогу з приводу нашого просторового існування. Доля базується на випадкових законах і сама є законом випадкового.

Тривогу смерті і долі породжують не об'єкти, з якими ми співіснуємо, які долаємо, з якими боремося, а людська ситуація як така.

Тривога *вини і осуду*. В екзистенціальній психології «вина» має інший зміст, ніж в традиційній психології, де вона позначається як емоційний стан, пов'язаний з переживанням неправильних дій, відчуття своєї вини й недосконалості. Екзистенціальна психологія додає важливий вимір до концепції вини. Сповнена почуттям відповідальності за свої дії людина розширює межі провини, зменшує

можливості втечі. Людина несе вину не тільки за злочини проти інших людей, а й за порушення моральних або соціальних правил. Вона несе провину за злочини проти себе.

Буття людини не просто їй надано, воно висунуто їй як вимога. Людина несе відповідальність за себе, за своє буття. Людина зобов'язана дати відповідь на питання про те, що вона з себе зростила. Судить людину вона сама. Людина виступає у двох ролях одночасно: вона і суддя, вона і відповідач. Така ситуація породжує тривогу, яка у відносному сенсі є тривогою провини, а в абсолютному значенні – тривогою самовідданості і засудження.

Притаманною людині є і «кінцева свобода», як своєрідна здатність визначати себе через ухвалення рішення в рамках випадковостей. У цих рамках людина має зробити з себе те, чим і ким вона повинна стати, тобто виконати своє призначення. Але як їй дізнатися про свій потенціал, виявити своє призначення? Як дізнатися про свій потенціал, зустрівшись з його виявленням? Як ми дізнаємося, що втратили свій шлях? За допомогою провини. *Екзистенціальна вина* – це позитивна конструктивна сила, поради́ник, який повертає нас до витоків, до себе самих. Однак людина може діяти і всупереч своєму призначенню, протистояти своїй сутності життя. Наше життя є не що інше, як те, що ми з нього робимо. Людині життя надано як можливість реалізації.

Почуття провини. В екзистенціальній психології вину визначають як емоційний стан, що тісно пов'язаний з переживанням неправильних дій,

дискомфортний стан, який характеризується тривогою в поєднанні з відчуттям, що ти поганий.

Наша культура виховує в нас почуття провини, коли ми опиняємося в залежному становищі.

Виділяють три роди провини. Перші два підходять під наведене вище визначення і відрізняються тільки ступенем «злочинності» за відношенням до іншої людини, тварини або середовища. Це – вина невротична і справжня. Невротична вина походить від уявних порушень правил, нанесення шкоди, дрібних проступків проти іншої людини, батьківських і соціальних заборон. Справжня (реальна) ж вина зумовлена реальним нанесенням фізичного або морального збитку іншій людині, дійсне порушення соціальних, батьківських норм і правил.

Деякі автори виділяють вікову провину, яка формується в дитинстві в тому випадку, якщо дитина відчуває свою невідповідність вимогам дорослих, батьків. Дитина і не може в принципі їм відповідати, у неї інший світ, не менш цінний, ніж світ дорослих, але дорослі про це часто забувають, неначе ніколи не були дітьми.

Виокремлюється вина безнадійно хворих, яка є наслідком декількох причин:

- вони часто висловлюють підозру, що їх хвороба і їх доля – заслужене покарання, є наслідком власного негідного, ганебного чи просто неправильного вчинку;

- вони у більшій чи меншій мірі перебирають на себе роль надзвичайно залежної людини;

– помираюча людина відчуває, що змушує людей, які живуть поряд, зіткнутися віч-на-віч з неминучістю смерті через неї, а за це вони повинні її зненавидіти;

– хвора людина іноді усвідомлює, що вона заздрить тим, хто залишається жити, і що вона воліє (це бажання не завжди усвідомлюється), щоб чоловік, батько, дитина або друг померли б замість нього.

Тривога провини може призвести нас до повного самозречення, до переживання того, що ми засуджені. Вирок виступає перед нами у вигляді відчаю з приводу втрати свого призначення. Цю втрату власного «Я» деякі автори визначають як «Психічну смерть», вважаючи, що вона нерідко настає ще в дитинстві.

Тривога *порожнечі і відсутності сенсу*.

Останнім часом зростає кількість людей, охоплених почуттям безцільності і порожнечі, або, як визначив цей стан В. Франкл, екзистенціальним вакуумом. Засновник третьої віденської школи В. Франкл стверджує, що в такі часи як наші, за часів екзистенціального вакууму, основне завдання освіти полягає не в тому, щоб задовольнятися передачею традицій і знань, а в тому, щоб удосконалювати здатність, яка дасть людині можливість знаходити ті унікальні смисли, яких не торкнувся процес розпаду універсальних цінностей. Ця здатність людини знаходити сенс, що міститься в унікальних ситуаціях,

– совість. Життя за законами творчості – це і є духовне самоутвердження. У творчості виділяють два рівні: Рівень творення (А) і Рівень співучасті творення (Б). Брати участь у творчому процесі за типом «Б»

означає володіння здатністю до осмисленої співучасті у творіннях. Ще один важливий елемент творчості (А) і співтворчості (Б) – протидія за відношенням до змісту своєї культури. Переживання творчості і співтворчості, умови прийняття духовного життя серйозно – гранична робота людини. Якщо людському життю не притаманний такий досвід, то людині загрожує почуття порожнечі і відсутності сенсу.

Духовне самоствердження означає не що інше, як життя за законами творчості. Людина живе творчо отже, вона самостверджується духовно.

Тривога «відсутність сенсу» – є втрата граничної турботи, втрата сенсу всіх сенсів. Людина не може відповісти собі на питання: "У чому сенс її існування?" Втрата відповіді на це питання – загроза тривоги.

«Відсутність сенсу». «Людина в пошуках сенсу» це виключно людська форма існування. Формою цього шляху стає духовне самоствердження через творчість.

Тривогу порожнечі викликає загроза небуття, певного змісту духовного життя, руйнування вірувань.

Руйнування вірувань відбувається в результаті певних ситуацій:

- людина є відрізаною й відокремленою від співучасті в деякій культурній сфері;

- вона жорстоко розчарувалася в тому, що раніше пристрасно стверджувала;

- її прихильність до одного об'єкта змінюється прихильністю до іншого, а потім наступного, бо сенс

кожного з них пропадає, а творчий сенс перетворюється в байдужість або огиду.

Отже, усі типи тривог переплетені між собою таким чином, що один з них задає тон, а решта вносять додаткові відтінки й нюанси в цей стан.

4. Психотерапевтична теорія невротичної тривоги

На сьогодні всі існуючі психотерапевтичні теорії мають своє пояснення походження невротичних тривог. Тривоги виникають у результаті випадкових подій у людському житті. Усі ці теорії сходяться в одному: «Тривога – це усвідомлення невирішених конфліктів між структурними елементами особистості». Далі теорії розходяться в поясненні механізмів тривоги. Конфлікти між уявними світами і досвідом реального світу, між несвідомими потягами і репресивними нормами, між прагненням до величчя й досконалості і досвідом власної нікчемності й недосконалості, між прагненням зберегти, законсервувати ставлення до себе і новими концепціями самосвідомості та інші. Всі ці конфлікти даються взнаки в момент зустрічі і викликають короточасний або тривалий стан тривоги.

До недоліків згаданих теорій походження тривоги можемо віднести те, що тривога досліджується переважно з точки зору психології, і не звертається увага на питання рівня культури та онтології. Патологічну тривогу, з якою має справу психологія, можна зрозуміти, пояснити і подолати, якщо розглядати її в контексті екзистенціальної тривоги. *Патологічна тривога*, стверджує П. Тілліх, – це вид екзистенціальної тривоги, що виникає в

особливих умовах. Отже, в особливих умовах людського буття (катастрофи, кризи, насильства), проявляється екзистенціальна тривога в одному або декількох своїх видах. Тривога спонукає людину до мужності, але якщо у неї не вистачає сил чинити опір, то альтернативою мужності може стати відчай. Тривога прагне стати страхом, щоб знайти об'єкт, з яким може впоратися мужність. Мужність не усуває екзистенціальну тривогу, проте вона приймає тривогу небуття в себе.

Мужність – це самоствердження всупереч небуттю. Тривога схиляє нас до мужності, бо ж альтернативою мужності може бути лише відчай. Якщо людині не вистачає мужності прийняти тривогу на себе, вона може ухилитися від екстремальної ситуації відчаю, тікаючи в невроз. Невроз – це спосіб сховатися від небуття, а, сховавшись від буття, він продовжує стверджувати й зрощувати себе, але вже в обмеженій області. З одного боку, невротик більш чутливий до загрози небуття, ніж нормальна людина. Однак небуття відкриває таємницю буття, тому невротик може виявитися творчою особистістю, з потенціалом значно більшим, ніж у здорової людини. Обмеження екстенсивності йде за рахунок більшої інтенсивності, однак ця інтенсивність сконцентрована в одній точці, що призводить до спотворення відношення до реальності в цілому.

5. Особливості невротизованої особистості.

Невротизована особистість характеризується більшою чуйністю до небуття і, отже, має схильність до відчуття більш глибокої тривоги. Вона вважає за краще мати фіксований, хоча і обмежений і

Нереалістичний тип самоствердження. Самоствердження такої особистості – це палац, в якому вона оселилася, будинок премудрого пічкара. Цей палац за допомогою всіляких механізмів психологічного захисту, вона боронить та охороняє від будь-якого зовнішнього впливу. Такий опір не позбавлений деякої інстинктивної мудрості. Невротик усвідомлює (чи ні), що може виникнути ситуація, в якій його нереалістичне самоствердження потерпить крах, і тоді ніяке реалістичне самоствердження не замінить його. Загроза цілком реальна: або новий невроз, який буде використовувати більш витончений механізм захисту, або крах обмеженого самоствердження призведе до безмежного розпаду.

Питання для самоперевірки

1. Що таке екзистенційна криза та що може бути її причинами?
2. Що є екзистенційною тривогою? Поясніть фактори, за якими класифікують екзистенційні тривоги?
3. Перелічіть види екзистенційних тривог. Поясніть фактори руйнування вірувань людини.
4. Що є спільним та відмінним у поясненні невротичної тривоги з боку різних психотерапевтичних теорій?
5. Опишіть ознаки невротизованої особистості.

ПСИХОЛОГІЯ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ВИДІВ ДІЯЛЬНОСТІ

- 1. Поняття екстремальної ситуації.*
- 2. Вплив екстремальних ситуацій на людину.*
- 3. Суб'єкти екстремальної ситуації.*

ВСТУП

Психологія екстремальних ситуацій – нова наука, що стрімко розвивається швидкими темпами. Її актуальними питаннями є вивчення психосоціальних наслідків катастроф, їх впливів на психічне здоров'я населення, а також розробка методів мінімізації таких наслідків.

Екстремальні ситуації можуть виникнути у всіх сферах людської життєдіяльності, кожна людина в своєму житті може потрапити в безліч ситуацій, які для неї є екстремальними.

Важливо, щоб спеціаліст, який працює з людиною, що переживає трагічну ситуацію, знав, що з нею відбувається і міг надати їй необхідну допомогу. В свою чергу, для самого фахівця, що працює в складних умовах, важливим завданням є збереження власного фізичного і психічного здоров'я.

1. Поняття екстремальної ситуації

Екстремальна ситуація (від лат. *extremus* – крайній, критичний) – це неочікувана раптова ситуація, яка представляє реальну загрозу або ж така, що суб'єктивно сприймається людиною як та, що несе потенційну загрозу життю, здоров'ю, особистісній цілісності і благополуччю.

Відома мудрість говорить: «Життя на 10 % складається з того, що з нами відбувається, і на 90 % – з того, що ми про це думаємо». Під екстремальними розуміються такі ситуації, які виходять за межі звичаєного, сталого, «нормального» людського досвіду.

Іншими словами, екстремальність ситуації визначають чинники, до яких людина ще не адаптована, в умовах яких вона ще не готова діяти. На визначення ступені екстремальності ситуації впливають сила, тривалість, новизна, незвичність проявів цих факторів. Однак екстремальною ситуацію робить не тільки реальна, об'єктивно існуюча загроза життю для самої людини чи її близького оточення, а й особистісне сприйняття подій, ставлення до них. Сприйняття однієї і тієї ж ситуації кожною окремо взятою конкретною людиною дуже індивідуально, у зв'язку з цим сам критерій «екстремальності» знаходиться, швидше за все, у внутрішній, психологічній сфері особистості.

Екстремальні ситуації істотно змінюють, порушують базове відчуття безпеки людини, її віру в те, що життя організоване у чіткій відповідності до визначеного порядку і піддається контролю. Названі несприятливі ситуації можуть призводити до розвитку різноманітних хворобливих станів, травматичного і посттравматичного стресу, невротичних і психічних розладів.

2. Вплив екстремальних ситуацій на людину

У свідомості людини виникнення екстремальних та надзвичайних ситуацій викликають різкий розподіл власного життя на "до і після". Зробити однозначний висновок про те, який вид НС має найбільш тяжкі наслідки на психічний стан людей вкрай важко, як і визначитися з тим, які з них легше переживаються – екстремальні ситуації природного походження або антропогенні.

Є думка про те, що надзвичайні події природного походження люди зазвичай переживають набагато легше, ніж антропогенні. Такі стихійні лиха, як посуха, землетруси, повені та інше постраждали часто розцінюють як «божу волю» або «сліпу дію» природи, у ході чого людина нічого не може змінити. А ось екстремальні ситуації антропогенного характеру вкрай негативно сприймаються, руйнівні діють самою своєю наявністю, що не тільки призводить до дезорганізації поведінки людини, а й ламають, «підривають» базові структури всієї особистісної організації. У людини руйнується звична, усталена, вироблена роками картина світу, а разом з нею вщент розсипається вся система життєвих координат.

Серед стихійних лих за мірою руйнівної дії, заподіяним збитками і кількістю жертв, перше місце (за даними ЮНЕСКО) посідають землетруси. Землетруси руйнують не лише те, що створене людиною: штучні споруди, будинки, будівлі, а й призводять до природних катаклізмів. Під час землетрусів можуть відбуватися гірські обвали, зсуви, пожежі, що також приносять великі руйнування і становлять загрозу для життя людей.

До специфічних психоемоційних (пов'язаних з психічним станом людей) наслідків землетрусу можна віднести розвиток реакцій дезадаптації, виникнення фобічних розладів, пов'язаних зі страхом перебування в будівлях (наприклад, дівчинка 9 років, яка пережила землетрус у Корякіні навесні 2006 року, відмовлялася заходити у будівлю школи, де була тимчасово розміщена її родина, плакала, виривалася, тікала на вулицю); страхом повторних підземних поштовхів (у

людей, які пережили землетрус, часто спостерігається порушення сну, їх стан характеризується тривогою і очікуванням повторних поштовхів); побоюваннями за життя своїх близьких.

Ступінь тяжкості наслідків стихійних лих у кожному окремому випадку необхідно оцінювати індивідуально. Для однієї людини землетрус, руйнування будинку, евакуація, зміна місця проживання тощо може стати крахом усього, викликати гострі переживання і важкі відстрочені наслідки, для іншої – лише стати приводом, можливістю почати нове життя.

Що стосується антропогенних НС, за думкою низки відомих дослідників, максимально психотравматичною є ситуація заручництва. Це обумовлено багатьма факторами, зокрема: існуванням реальної загрози і перспективи смерті для заручників; переживанням почуття неконтрольованого, паралізуючого страху; неможливістю протидіяти терористам у тих обставинах, що склалися; знецінення життя і особистості заручника. Такі ситуації породжують значну кількість агресивних реакцій, тривожних, фобічних розладів як у самих постраждалих, так і у соціумі взагалі.

Виходячи із зазначеного, можемо зробити висновок, що неможливо однозначно розділити надзвичайні ситуації за ступенями «важкості». Кожна ситуація має свою специфіку, характер, особливості, свої психічні наслідки для учасників і свідків, сприймається та переживається кожною людиною індивідуально. Багато в чому глибина цього переживання залежить від особистості самої людини,

її внутрішніх ресурсів, механізмів самоконтролю тощо.

3. Суб'єкти екстремальної ситуації

Вагоме й вкрай важливе значення для оцінки і прогнозування психічних наслідків має роль, в якій знаходилася людина під час НС. Чи була вона безпосередньо учасником НС, виявилася випадковим її свідком або в результаті НС пережила втрату близької особи або родича. Відповідно до характеру дії негативних факторів НС всі люди, які зазнали впливу цих факторів, умовно поділяються на такі групи:

Перша група – це спеціалісти, фахівці. Люди, які надають допомогу постраждалим, які беруть участь у ліквідації наслідків НС. У ситуації виконання професійних обов'язків, пов'язаних з допомогою іншим людям, емоційні переживання відчуються приглушено. Фахівець, перш за все, зорієнтований на виконання завдання, свого професійного обов'язку. Часто це викликає занепокоєння у самих фахівців. Один з рятувальників розповідав: «Як же так? Я зовсім нічого не відчуваю. Я бачу жахливі картини, смерть, горе людей, і мене це не чіпляє. Чи все зі мною в порядку?» Основою цього явища є механізм психологічного захисту – дисоціація (погляд на ситуацію ззовні, збоку, без особистої емоційної залученості), який часто проявляється в тих випадках, коли людина за родом своєї професійної діяльності постійно стикається з болем і стражданнями інших людей. Така реакція вважається нормою. Однак це не є запорукою того, що робота в екстремальних умовах проходить для фахівців безслідно.

Друга група – жертви. Особи, які безпосередньо постраждали, були ізольовані в осередку надзвичайної ситуації (заручники, люди під завалами, на дахах затоплених будинків та ін.). Як правило, люди, які пережили надзвичайну ситуацію, втратили багато сил у боротьбі за життя, і вже сам факт того, що вони врятувалися, залишилися живими, стає для них величезним, невичерпним ресурсом для подальшого подолання ситуації і повернення до нормального плину життя. Психічні реакції цієї категорії людей після катастрофи можна розділити на чотири стадії:

- перша стадія – героїзм (альтруїзм, героїчна поведінка, бажання не лише вижити самому, а й допомогти іншим людям);

- друга стадія – «медовий місяць» (почуття гордості за те, що вижив і здолав всі небезпеки);

- третя стадія – розчарування (гнів, смуток, крах надій: «мені здавалося, що в моєму житті все повинно змінитися, а все залишилося так, як і раніше, про мою звичку всі забули, тільки я пам'ятаю»);

- четверта стадія – відновлення (усвідомлення, що необхідно повертатися до повсякденного життя, налагоджувати побут, виконувати свої обов'язки).

Людина може психологічно залишитися на одній з цих стадій. Таке «застрягання» призводить до виникнення «синдрому героя», який можна описати наступними словами: «Я пережив те, що нікому з вас не доводилося, ви мене ніколи не зрозумієте, ви всі дітлахи» і т.п., що у підсумку може викликати прояви асоціальної поведінки (спалахи агресії, загроза життю інших, алкоголізм, суїциди), або ж виникнення «синдрому жертви»: «Мене ніхто не розуміє, я

самотній у своїх стражданнях». Хоча більша частина людей в кінцевому результаті самотійно (або за допомогою фахівців) здатні повернутися до нормального життя.

Третя група – постраждалі (матеріально, морально або фізично). Люди, які втратили своїх близьких або не мають інформації про їхню долю, які втратили своє майно, будинки і т. ін. Серед представників цієї групи спостерігаються найбільш важкі емоційні реакції, їм притаманні тривалі негативні переживання. Постраждалим особливо важко змиритися з їх горем, адаптуватися до нових умов життя. У цій групі виявляється найбільша кількість відстрочених психічних наслідків.

Четверта група – очевидці або свідки – люди, які проживають на території НС або опинилися в безпосередній близькості до зони НС.

П'ята група – спостерігачі (або роззяви, гави). Люди, які отримали інформацію про те, що щось відбувається і прибули на місце подій з цікавості.

Ступінь травмування людей у цих двох групах багато в чому залежить від їх особистісних якостей і наявності у них досвіду травматичних ситуацій в минулому. Для одних гасіння пожежі в житловому будинку лише стане цікавим, захоплюючим видовищем, для інших – приводом виникнення психічних (страхи, неврози) і соматичних (загострення хронічних захворювань, безсоння, головна біль) порушень.

Шоста група – телеглядачі – найрозповсюдженіша група. Це люди, які отримують

інформацію про НС і стежать за розвитком і перебігом подій за допомогою засобів масової інформації (ЗМІ).

Незаперечним є той факт, що люди повинні отримувати інформацію про хід подій НС. Однак фахівцям відомо чимало випадків негативних психологічних наслідків, спричинених висвітленням ЗМІ надзвичайних ситуацій. Журналісти нерідко свідомо підсилюють емоційне забарвлення репортажів і надають їм надмірно негативного, трагічного, підкреслено песимістичного забарвлення.

Питання для самоперевірки

1. Що таке екстремальна ситуація та які фактори визначають екстремальність?
2. Яка ситуація є максимально психотравматичною з точки зору антропогенних надзвичайних ситуацій?
3. Який вид екстремальної ситуації природного походження вважається найбільш руйнівним? Які він має психоемоційні наслідки для людини?
4. Перелічіть, хто відноситься до суб'єктів екстремальної ситуації.
5. Опишіть стадії психічних реакцій жертв екстремальних ситуацій.

ЕКСТРЕМАЛЬНІ ПСИХІЧНІ СТАНИ ЖЕРТВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

1. *Типологія і особливості надзвичайних ситуацій.*
 2. *Залежність поведінки людини в екстремальній ситуації від її індивідуально- психологічних особливостей.*
 3. *Типові психічні стани людини в надзвичайній ситуації.*
 4. *Динаміка афективних реакцій і поведінки людини в зоні надзвичайної ситуації.*
 5. *Фрустраційна регресія.*
 6. *Роль суб'єктивних чинників у розвитку травматичного стресу.*
- .

ВСТУП

Як відомо, нервово-психічні порушення в умовах катастроф і стихійних лих мають вагомий спектр вияву й проявляються в широкому діапазоні: від стану дезадаптації і невротичних, неврозоподібних реакцій до реактивних психозів. Вага цих проявів залежить від багатьох факторів: віку, статі, рівня вихідної соціальної адаптації; індивідуальних характерологічних особливостей; додаткових обтяжливих факторів на момент катастрофи (самотність, піклування про когось: дітей, хворих чи літніх родичів, власна безпорадність: вагітність, хвороба і т.д.).

Психогенний вплив екстремальних умов складається не тільки з прямої, безпосередньої загрози життю людини, а й опосередкованої, пов'язаної з її очікуванням. Психічні реакції під час повені, ураганів і інших природних екстремальних ситуаціях не носять якогось специфічного характеру, що є характерною й притаманною лише конкретній екстремальній ситуації. Це скоріше універсальні реакції на небезпеку, а їх частота і глибина визначаються раптовістю та інтенсивністю екстремальної ситуації.

1. Типологія і особливості надзвичайних ситуацій

За чинним законодавством України, надзвичайні ситуації (НС), які можуть виникати на території держави і справляти негативний вплив на функціонування об'єктів економіки і життєдіяльність населення в мирний і воєнний час, поділяються за наступними основними ознаками:

- за сферою виникнення;
- за галузевою ознакою;
- за масштабами можливих наслідків (рис. 1).

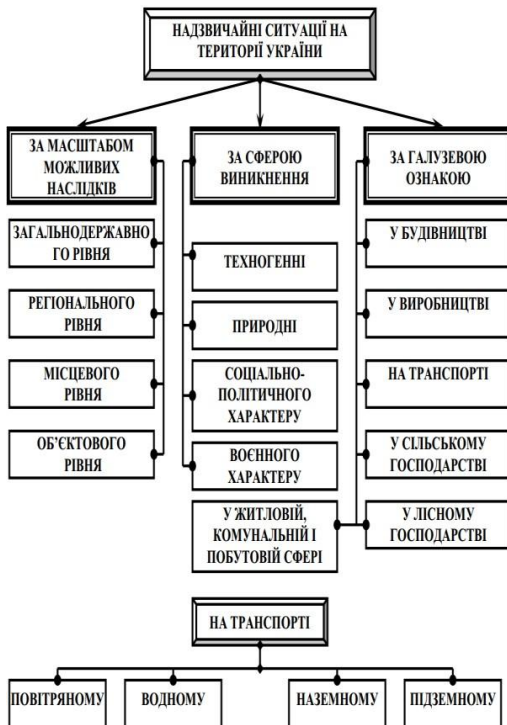


Рис. 1. Класифікація надзвичайних ситуацій на території України

За першою з названих ознак – «сферою виникнення» – надзвичайні ситуації поділяються за характером виникнення на наступні: техногенні, природні, соціально політичні і воєнні.

Техногенні надзвичайні ситуації класифікуються за типами аварій (катастроф).

Надзвичайні ситуації техногенного характеру за характеристиками явищ, що визначають особливості

дії факторів ураження на людей, навколишнє природне середовище, довкілля та суб'єкти господарської діяльності розподіляються наступним чином: аварії (катастрофи), які супроводжуються викидами (виливами) небезпечних речовин, пожежами, вибухами, затопленнями, аварії на інженерних мережах і системах життєзабезпечення, руйнування будівель і споруд, аварії транспортних засобів тощо (рис. 2).

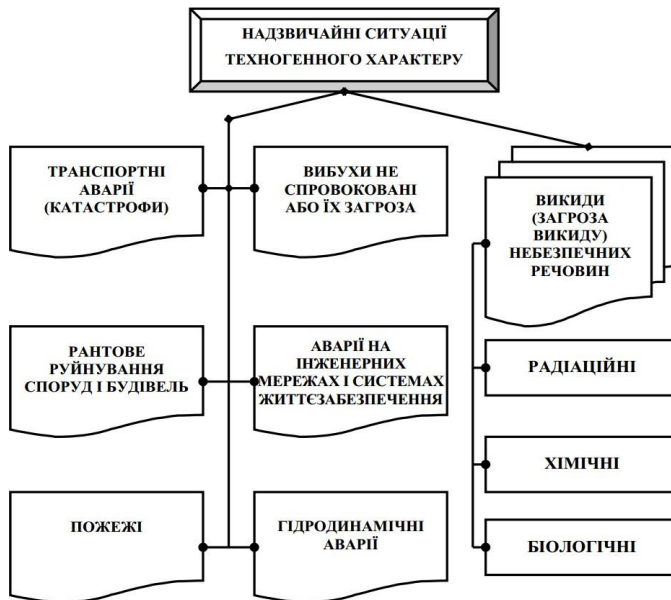


Рис. 2. Класифікація техногенних надзвичайних ситуацій

Аварії (катастрофи), що пов'язані з викидом небезпечних речовин, додатково розподіляються на радіаційні, хімічні, біологічні і, крім цього, поділяються ще за видами розповсюдження речовин у навколишньому природному середовищі.

Природні надзвичайні ситуації класифікують за видами можливих природних явищ, що призводять до їх виникнення (рис. 3): небезпечні геологічні, метеорологічні, гідрологічні, морські та прісноводні явища, деградація ґрунтів чи надр, природні пожежі, зміна стану повітряного басейну, інфекційні захворювання людей, сільськогосподарських тварин, масове ураження сільськогосподарських рослин хворобами і їх 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, довкілля та суб'єкти господарської діяльності.

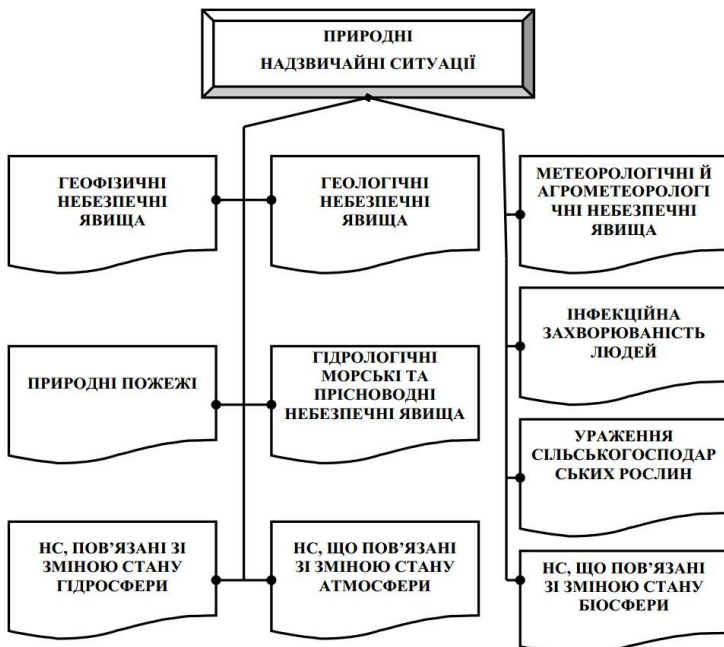


Рис. 3. Природні надзвичайні ситуації

Надзвичайні ситуації соціально-політичного характеру, що пов'язані з протиправними діями терористичного й антиконституційного спрямування (рис. 4), 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.



Рис. 4. Надзвичайні ситуації соціально-політичного характеру

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 (рис. 5).

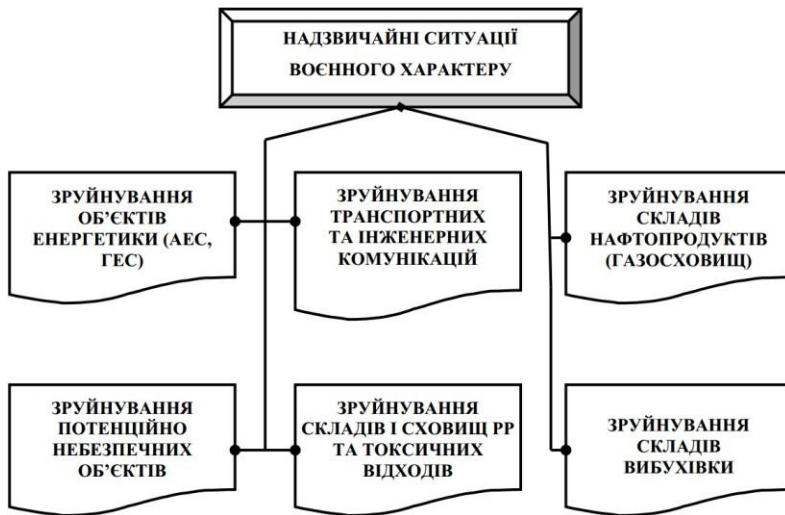


Рис. 5. Надзвичайні ситуації воєнного характеру

За другою основною підставою, «за галузевою ознакою», надзвичайні ситуації поділяються на НС, які можуть виникати: на будівництві, у промисловості, у житловій, комунальній чи побутовій сферах обслуговування населення, на транспорті, у сільському господарстві, у 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 чи більше

адміністративно-територіальних одиниць 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, але не менше одного відсотка обсягу видатків відповідного бюджету;

НС регіонального рівня – надзвичайна ситуація розгортається на території двох чи більше адміністративних районів (міст обласного підпорядкування), областей або загрожує перенесенням на територію суміжної області держави, а також коли для її ліквідації необхідним є залучення матеріальних і технічних ресурсів в обсягах, що перевищують власні можливості окремого району, але не менше одного відсотка обсягу видатків відповідного бюджету;

НС місцевого рівня – 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, що перевищують власні можливості потенційно небезпечного об'єкта, але не менш одного відсотка обсягів 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;

НС об'єктового рівня – надзвичайні ситуації, які не підпадають під зазначені вище визначення.

В органах та підрозділах ДСНС розробляються спеціальні типові плани дій на випадок різноманітних надзвичайних ситуацій. Проте, варто пам'ятати, що перелік і класифікація таких ситуацій не можуть бути вичерпними. Крім того, ті самі явища можуть мати різноманітне походження і, залежно від ситуації, відноситися до тієї або іншої групи в класифікації. Так, наприклад, велику пожежу, що виникла в результаті посухи в лісовому масиві, буде віднесено до явищ природного характеру, пожежу, що виникла в житловому масиві внаслідок підпалу, – до соціальних явищ криміногенного характеру, а пожежу на газопроводі – до явищ техногенного походження.

Отже, можна зробити основний висновок про те, що закріплення на законодавчому рівні положень класифікації екстремальних умов діяльності органів та підрозділів ДСНС відображене через поняття «надзвичайна ситуація» в державному класифікаторі надзвичайних ситуацій, затвердженому Постановою Кабінету Міністрів України від 15 липня 1998 року №1099.

2. Залежність поведінки людини в екстремальній ситуації від її індивідуально-психологічних особливостей

Кожна особистість має свої вразливі сторони. Для кожної людини існує специфічне коло ситуацій, в яких вона підвищено вразлива в силу своїх індивідуально-психологічних особливостей. Якщо специфічні якості особистості «зустрічаються» з комплементарними специфічними характеристиками ситуації, то з високою мірою вірогідності виникає дезадаптація особистості. У цьому випадку ми

говоримо про особистісну кризу або особистісну травму. Для того, щоб психологічна корекція була ефективною, вона повинна ґрунтуватися на знанні типології особистості, її темпераменту та інших індивідуально-психологічних особливостях.

Вибір способу поведінки людини в екстремальній (надзвичайній) ситуації залежить від типу інстинкту як природного джерела. Значущими інстинктами є наступні: інстинкт самозбереження, продовження роду, альтруїзм, дослідження, домінування, свобода і збереження гідності. На основі даних інстинктів В.І. Гарбузов запропонував теорію, в якій представлено сім типів психопатій особистостей в залежності від переважаючого або домінуючого:

Егофільний (на основі інстинкту самозбереження) – людина обережна, розумна, недовірлива, підозріла, уникає людей.

Генофільний (продовження роду) – людина живе інтересами тієї групи, з якою себе ототожнює, охоче заміщаючи «Я» на «Ми».

Альтруїстичний (альтруїзм) – людина добра, чуйна, здатна до співпереживання, розуміюча і терпляча.

Дослідник (дослідний) – людина допитлива, цікава і винахідлива, у всьому прагне дійти до суті.

Домінантний (домінування) – природжений лідер, логічний, демократичний, здатний до прогнозування і сприйняття нового. Вміє відрізнити головне від другорядного.

Лібертрофільний (інстинкт свободи) – людина вільна, не терпить обмежень, рутини,

буденності, консерватизму, не сприйнятлива до догм і навіювання.

Дігітофільний (інстинкт збереження гідності) – людина не терпить приниження ні в якій формі, має почуття власної гідності, почуття честі і гордості.

У процесі роботи з потерпілим також значення має: типи темпераменту (холерик, меланхолік, флегматик і сангвінік); типологія Е. Кречмера (астенічний, атлетичний, пікнічний типи); типологія У. Шелдона (церебротонік, соматотонік, віцеротонік).

Особливе місце в екстремальній психології відводиться особистості під час переживання НС або кризи, тому різноманітність типів особистості, описаних класифікацією (розробленою А.Є. Личко), має особливу роль. Описуються такі основні типи: гіпертимний, циклоїдний, лабільний, астено-невротичний, сенситивний, психоастенічний, шизоїдний, істероїдний, епілептоїдний. Кожен тип має свої сильні і слабкі сторони, свої переваги і свої недоліки, тому вони і по-різному проявляють себе під час НС, при переживанні психологічної травми і під час кризи. Для формування кожного з типів психопатій є свій час, вікова характеристика. Шизоїда можна виокремити з перших років життя – такі діти вважають за краще грати на самоті. Психостенічні риси нерідко розквітають з перших класів школи, коли безтурботне дитинство змінюється суворими вимогами почуття відповідальності. Нестійкий тип виділяється або вже з початком відвідування школи з настанням необхідності змінити ігри, що приносять задоволення, на навчальну працю, або з пубертатного

періоду, коли спонтанно складаються групи однолітків, що дає змогу вирватися з-під батьківської опіки. Гіпертимні риси стають особливо яскравими в підлітковому віці. Циклоїдний, особливо у дівчаток, може проявитися з настанням статевого дозрівання. Сенситивна психопатія складається пізніше, приблизно до 16–19 років, у період вступу в самостійне життя з його безпосереднім впливом на міжперсональні взаємини. Паранояльна психопатія вкрай мало зустрічається серед підлітків (максимум її розвитку, як відомо, припадає вже десь на 30–40 років). Також слід зазначити, що існують деякі закономірні трансформації типів характеру в підлітковому віці. Так з настанням статевого дозрівання гіпертимні риси, які спостерігалися в дитинстві, можуть змінитися до циклоїдного, астено-невротичні риси замінитися психостенічним або сенситивним типом, емоційна лабільність – сховатися за вираженою істероїдною, риси нестійкості приєднатися до гіпертимності т.п. Усі названі трансформації можуть відбутися як в силу біологічних, так і під впливом соціальних причин.

3. Типові психічні стани людини в надзвичайній ситуації

Практично всі дослідники відзначають, що в людини, яка тривалий час знаходиться в зоні лиха, спостерігається складна картина зміни не тільки фізіологічних, а й психологічних і соціально-психологічних характеристик (табл. 1).

Таблиця 1. Основні характеристики поведінки особистості в екстремальній ситуації

Психічні властивості і процеси	Типові проявлення в екстремальній ситуації
Увага	Вузька, фіксована на отриману травму
Афективні прив'язаності	Розширені (залежність) або звужені (відчуження, капсулізація)
Афективні реакції	Від глибокої депресії до яскравих проявів гніву і агресії
Ідентичність (образ Я)	Дифузна, невизначена
Рольові уявлення	Розпадаються, спотворені та ненадійні
Способи поведінки	Деформовані або характерні для більш раннього етапу розвитку особистості
Пам'ять	Хаотичний доступ до спогадів, часом амнезія
Активні рішення і вибори	Несвідомі, можуть різко змінюватися відповідно до будь-якої інформації, що надходить ззовні
Симптоми (прояви особистісних порушень)	Відповідають уявленням про травматичний стрес або психологічну травму. Прямі та непрямі прохання про допомогу

Як видно з таблиці, психологічні реакції людей в надзвичайній ситуації вельми нагадують початкові симптоми соматичних, а часом і психічних захворювань. Особливо явно ці відхилення виявляються в порушенні механізму саморегуляції і появі афективних реакцій (гнів, агресія і т.п.) викликаних дією механізмів психологічного захисту, які автоматично включаються після катастрофи.

4. Динаміка афективних реакцій і поведінки людини в зоні надзвичайної ситуації

Аналіз наукової літератури дозволяє помітити певну динаміку виникнення і розвитку окремих психопатологічних проявів у постраждалих на різних етапах надзвичайної ситуації, що виникла раптово.

Як правило, виділяють три періоди розвитку надзвичайної ситуації, в кожному з яких спостерігаються свої особливості відхилень у психічних станах і поведінці людей.

Фаза «шоку і заціпеніння». Початковий, гострий період, який настає відразу після потужного впливу надзвичайної ситуації, як правило, він нетривалий за часом. У людини автоматично «включаються» вітальні інстинкти самозбереження. Зберегти себе, не допустити усвідомлення руйнівної дійсності – це основна характеристика і психологічний сенс цієї фази. Людина неначе «відключається». У її свідомості з'являється відчуття нереальності того, що відбувається, настає душевне оніміння, нечутливість, оглушення. Хоча сторонньому спостерігачеві людина здається паралізованою і бездушною. Однак деякі люди (особливо діти) можуть реагувати і зовсім інакше – кричати, промовляти безглузді фрази, сидіти і перебирати речі, одяг і т.д.

На ступінь вираженості психогенних реакцій впливає наявність або відсутність видимих, сенсорно відчутних проявів катастрофи. Наприклад, під час природних катастроф ситуації небезпеки для життя є гранично конкретними: людина бачить реальні руйнування в зовнішньому світі; вона відчуває і розуміє невідворотність трагічного результату.

Це призводить до розвитку неспецифічних позаособистісних афективно-шокових реакцій, в основі яких лежить страх різної інтенсивності (аж до жаху і паніки). З цієї точки зору, тими, що завдають найглибших травм, є землетруси, коли земля тікає з-під ніг, руйнується все навколо і в людини немає ніяких засобів для захисту.

Фаза ейфорії. Цей період триває від декількох хвилин до кількох годин. У постраждалих, які не отримали важких фізичних травм, спостерігається короточасне полегшення, якийсь сплеск, «підйом настрою». Вони беруть активну участь у рятувальних роботах, говірливі (багаторазово повторюють розповідь про свої переживання, висловлюють ставлення до того, що трапилося); часом відмічається навіть деяка бравада і показна, напускна байдужість до небезпеки. Поступово ейфорію змінюють млявість, байдужість, загальмованість. Однак в цей, як і в попередній період, людина все ще «не тут», все ще не до кінця усвідомлює те, що трапилося. Вона ніби «відключена», загальмована: ніяк не розуміє сенс питань, відчуває труднощі при виконанні найпростіших завдань. На цьому загальному тлі можуть спостерігатися різні реакції. У одних потерпілих це психоемоційне напруження з переважанням тривоги: вони виглядають відчуженими, зануреними в себе; часто і глибоко зітхають (такий собі «напівзітхання-напівсхлип»). Іншим варіантом розвитку тривожного стану в цей період може бути тривога з активністю. Для цього стану характерними є рухове занепокоєння, метушливість, нетерплячість, прагнення до

різноманітних контактів з оточуючими. Експресивні рухи виглядають дещо демонстративними, перебільшеними. Епізоди психоемоційного напруження швидко змінюються млявістю, апатією. На цьому етапі дійсність вже «просочується в свідомість», починається уявна переробка того, що сталося, приходить усвідомлення втрат, здійснюються спроби хоч якось адаптуватися, пристосуватися до нових умов життя.

Фаза реакції (або усвідомлення) нової психотравмуючої реальності (іноді її називають «Его-стресом») – найбільш драматичний період, коли розвивається гостра реакція на катастрофічну ситуацію. Саме в цей період людина переживає первинний травматичний стрес, так званий стрес усвідомлення. Навколо панує хаос і розгубленість, а особа намагається зрозуміти, що сталося, і знайти хоч якийсь сенс в тому, що сталося. Раз по раз спливають питання: «Чому?», «За що?». У свідомості стикаються раніше складена структурна організація образу світу людини (перш за все, образ Я) з новою, травмуючою постшоковою ситуацією реальної загрози для життя і здоров'я, раптових болючих втрат, масивного дискомфорту. Необхідність керуватися в цих умовах принципами реальності створює передумови для стресу усвідомлення, породжує внутрішній конфлікт і піддає важким випробуванням цілісність особистості. Дійсність настільки загрозлива, що в людини може включитися «останній бастіон захисту» (вираз Дж. Калшеда) – фрустраційна регресія, яка спонукає до життя архаїчні страхи; афект хворобливого здивування; почуття провини за те, що «я вижив, а інші загинули» і т.п.

4. Фрустраційна регресія

Найбільш типовим проявом первинного травматичного стресу є **фрустраційна регресія**. Так визначається поверненням до попередніх форм розвитку думки, відносин, структури поведінки.

«Регресувати – означає йти назад, повертатися назад, що можна собі уявити як в логічному і просторовому, так і в тимчасовому сенсі». Людина наче повертається в стан дитини, і це можна розглядати як один із способів подолання умов, що викликають страх (Х. Томе), або як «пристосування на примітивному рівні» (Е. Еріксон). Для людини, що опинилася в осередку надзвичайної ситуації, типовою є автоматична регресія психіки на вік підліткової кризи (13–16 років). Зовні регресія проявляється в безпорадності людей, їх підкреслених слухняності, підкорюваності і відсутності ініціативи, які несподівано можуть змінитися бурхливими спалахами руйнівного або хаотичного «підліткового» збудження. В осередку надзвичайної ситуації регресія призводить до переживання рольової сплутаності, а пізніше може викликати кризу центральної ланки образу світу – образу Я (ідентичності).

На тлі регресії можливі:

- персоніфікація джерела загрози з переживанням образу ворога або навпаки – пошук всемогутнього магічного помічника;

- при внутрішній забороні на прояв агресії і ворожості – аутоагресивні і суїцидальні дії або подальше поглиблення регресивної поведінки (до віку трьох років).

Як не трагічно це виглядає, потрібно зрозуміти, що все це – «нормальна» реакції людини на надзвичайну ситуацію, особливе патологічне пристосування душі і тіла до травмуючої події. Багато психологів вважають, що внутрішні реакції людини на катастрофічні події універсальні, різні лише зовнішні, поведінкові реакції, які в більшій мірі визначаються культурними традиціями, релігійними переконаннями людини, а також досягнутим нею рівнем саморегуляції.

5. Роль суб'єктивних чинників у розвитку травматичного стресу

На перший погляд може здатися, що надзвичайна ситуація – це випадок тотальної влади ситуації над людиною, де індивідуально-особистісні особливості втрачають будь-яку значимість і перестають впливати на її переживання і поведінку. Чи так це? Чи можливо в надзвичайній ситуації впоратися з поведінкою?

Аналіз великого масиву феноменологічних описів поведінки людей в екстремальних ситуаціях, теоретичних і емпіричних досліджень з даної проблеми дозволяє стверджувати: навіть опинившись у надзвичайній ситуації, після першої реакції (фази шоку) люди починають по-різному визначати її значення для себе, по-різному поводитися і виходити із ситуації з різними психологічними наслідками.

Серед об'єктивних складових ситуації вирішальне значення набуває ступінь несподіванки катастрофічного впливу. Чим він менш несподіваний, тим у людини більше шансів встигнути мобілізувати глибинні адаптаційні резерви організму і

«підлаштуватися» до рівня екстремальних вимог ситуації. З суб'єктивних складових найбільш важливими є визначення ступеня небезпеки, стресостійкості, усвідомлені вольові зусилля. Люди розрізняються за можливістю протистояти руйнівним факторам. Одні, наприклад, схильні до пасивної поведінки, а інші – до активної. Шанси других вищі, бо реалізація активності (біологічної, психологічної та ін.) збільшує життєздатність людини.

Руйнівними в надзвичайній ситуації є такі стани, як страх і почуття неможливості, безвихідності, безпорадності. Так, за даними американських психологів, люди з тривожними рисами характеру більш схильні до емоційного стресу, ніж ті, у кого тривожність виникає тільки в небезпечних ситуаціях.

Факти емпіричних досліджень свідчать, що основна роль в спрямованості і інтенсивності розвитку травматичного стресу відіграють уявлення людини про свою спроможність впливати на екстремальний фактор. Найбільш важкі реакції спостерігаються при «сумації концептів безвиході при вирішенні завдань і безпорадності перед стресом». Їх спільна дія провокує пасивне реагування і негативно впливає на ефективність роботи. Більш того, ці стани є генераторами пасивної стресової поведінки, яка проявляється в різних формах виходу з-під стресового тиску (його крайні форми – непритомний стан, дереалізація, психотичні стани). У важких життєвих ситуаціях важливим є прояв самоусвідомлення, вміння «бути активним сприймачем самого себе».

Особливий інтерес представляють дані про те, що індивідуальна вираженість несприятливих проявів

стресу більшою мірою залежить від усвідомлення людиною своєї відповідальності за себе, за оточуючих, за все, що відбувається в екстремальних умовах, від психологічної установки на ту чи іншу роль. Так, у дослідженнях Л. А. Китаєва-Смика, присвячених психології стресу, виділяються три типи ставлень людини до самої себе, які надають принципово різний вплив на її поведінку в надзвичайній ситуації.

Ставлення до себе як до «жертви» надзвичайної ситуації. Воно збільшує руйнівність впливу травматичного стресу на особистість. Люди, які в надзвичайній ситуації ставляться до себе як до жертви, демонструють пасивну поведінку. Саме в них спостерігаються найбільш глибокі рівні фрустраційної регресії.

Ставлення до себе як до «цінності, довіреної собі ж» забезпечує найбільше збереження особистісних структур і демонструє прояви усвідомленої вольової активності. Як правило, такий тип ставлення до себе виявляють люди зрілого віку. Це ті, у кого є досвід успішного переживання надзвичайних ситуацій або спеціальна підготовка, спрямована на набуття вмінь і навичок поведінки в умовах надзвичайних ситуацій. Така позиція найчастіше зустрічається серед досвідчених льотчиків-випробувачів, рятувальників, бійців спеціалізованих підрозділів, а також психологів-практиків, які мають досвід роботи з наслідками екстремальних і надзвичайних ситуацій. Однак вона зустрічається і у людей без спеціальної підготовки, але з розвиненим почуття власної гідності.

Ставлення до себе як до одного з ряду людей буває в осіб відповідальних і добре знайомих з особливостями стресу. Це ставлення поєднує в собі обидва раніше описаних типи відносин, але при цьому передбачає здатність зіставляти прояви стресу у себе і в інших людей, які переживають лихо поруч. У надзвичайній ситуації в людей з цим типом ставлення до себе, як правило, зростає почуття відповідальності. Це призводить до зниження уявлення про себе як «жертви» і дає можливість протистояти руйнівним впливам. Крім умов, що сприяють збереженню особистості в екстремальних ситуаціях, дослідники виділяють умови, що знижують «захист від стресора».

Формування таких концептів, як: виправданість страждань досягненням якоїсь конкретної або містичної мети, недосяжність звільнення (приреченість), відсутність відомостей про шляхи виходу (дезорієнтація).

Підтримка і збереження потенціалу терпіння будь-якими послабленнями тиску (реальними або уявними).

Формування концепту унікальності своїх переживань і страждань в надзвичайній ситуації.

Приписування собі почуття провини за виникнення катастрофи.

Формування концепту безвиході.

Питання для самоперевірки

1. Перелічіть НС соціально-політичного характеру.
2. Перелічіть можливі природні явища, що призводять до виникнення надзвичайних ситуацій.

3. Поясніть теорію В. І. Гарбузова щодо типології людей в залежності від домінуючого інстинкту.

4. Охарактеризуйте особливості процесів уваги, пам'яті та афективних реакцій особистості в екстремальній ситуації.

5. Коротко опишіть 3 фази, які переживає особистість у НС.

6. Опишіть можливі поведінки особистості на тлі регресії у НС.

7. Які стани є руйнівними для людини у НС?

8. Опишіть типи ставлень людини до самої себе, що по-різному впливають на її поведінку у НС.

ПСИХОЛОГІЯ ПОВЕДІНКИ ЛЮДИНИ В НАПРУЖЕНИХ, ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ТА НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

- 1. Переживання і поведінка людини в надзвичайних ситуаціях, її образ світу.*
- 2. Психологічна готовність людей до надзвичайних ситуацій.*
- 3. Психічні розлади під час і після екстремальних ситуацій.*
- 4. Основні психічні стани та реакції, що виникають у фахівців ДСНС в екстремальних ситуаціях службової діяльності.*

ВСТУП

Допоки людина знаходиться в звичній, знайомій обстановці, то і поведінка її звична й усталена. Та при виникненні нестандартної, до того ж складної чи небезпечної ситуації, у поведінці й реакціях людини відбуваються неймовірні, часто геть неочікувані зміни. При виникненні екстремальної ситуації психологічні навантаження зростають в декілька разів, змінюється поведінка людини, притупляється критичність мислення, спостерігається порушення координації рухів, падає рівень сприйняття уваги, порушуються емоційні реакції та відбувається багато інших змін.

В екстремальній ситуації, іншими словами, – в ситуації реальної загрози, можна спостерігати одну з трьох форм реагування:

- різке зниження організованості поведінки (її дезорганізація);

- різке гальмування активних дій;

- підвищення ефективності дій.

Дезорганізація поведінки виражається у несподіваній втраті набутих навичок, які, здавалося б, вже доведені до автоматизму. А самі дії стають уповільненими, відбувається гальмування і реакцій. Та в ситуації реальної загрози у певної групи людей може навпаки створитися своєрідна психологічна самоорганізація – відбувається підвищення ефективності дій при виникненні екстремальної ситуації, яке виражається в мобілізації всіх ресурсів психіки людей на її подолання.

Серед них можемо назвати такі: підвищений самоконтроль, чіткість сприйняття і

оцінки того, що відбувається, здійснення адекватних ситуації дій.

Така форма реагування – найбажаніша, але чи у всіх і чи завжди вона можлива? Щоб в екстремальній ситуації прийняти правильне рішення, необхідно, по-можливості, розібратися в багатьох її складових та аспектах, а також орієнтуватися в особливостях поведінки людини в ній.

1. Переживання і поведінка людини в надзвичайних ситуаціях, її образ світу

Спробуємо систематизувати наявні дані відповідно до нашого уявлення про образ світу людини. Можна виділити, принаймні, дві діаметрально протилежні за типом реагування групи людей. Вони відрізняються одна від одної особливостями уявлень про світ і ставленням до нього: у них сформовані різні образи Я і образи інших людей (у тому числі і уявлення про основні моделі відносин з ними – одні в більшій мірі «спираються на себе», інші вважають за краще шукати допомогу ззовні). У численних дослідженнях є дані про різні стратегії і тактики поведінки людей в життєвих ситуаціях.

Перша група. Люди, які реагували на надзвичайну ситуацію можливими в цих умовах конструктивно-перетворюючими стратегіями, володіли оптимістичним світоглядом, позитивним сприйняттям себе, стійкою позитивною самооцінкою, реалістичним підходом до життя, розвиненою відповідальністю і мали «внутрішній локус контролю».

Друга група. Люди, які демонстрували в надзвичайній ситуації захисні реакції (аж до використання саморуйнуючих стратегій поведінки), відрізнялися песимістичним уявленням про світ або по-дитячому наївною вірою в свою невразливість. Перші сприймали світ як джерело небезпек, а другі – як джерело задоволення («Ми будемо жити вічно і завжди будемо щасливі»). При цьому і ті й інші мали негативний образ Я (маленький, слабкий, безпорадний і т.д.) і низьку самооцінку. Вони вважали за краще спиратися на інших, вважали, що негативні події відбуваються або зі злого умислу оточуючих, або є розпорядженням долі. У катастрофічній ситуації були пасивні, очікували допомоги від інших, що викликало найбільш руйнівні прояви вікової регресії.

Важливо, що в тих людей, які входять до цих крайніх груп, були різні переконання про свою здатність контролювати і змінювати навколишній світ, впливати на події, що відбуваються, приймати відповідальність на себе і справлятися з життєвими труднощами.

Інтерналі (люди з переважанням внутрішнього локусу контролю) краще справляються з впливами екстремальних умов (особливо при соціальному тиску), ніж екстернали. Більш того, інтерналі успішніше долають наслідки надзвичайної ситуації. Так, К. Андерсон (C. R. Anderson, 1987) вивчав бізнесменів, які пережили сильну повінь і у результаті цього стихійного лиха зазнали краху. При опитуванні, проведеному через два з половиною роки, виявилось, що інтерналі не відчували гострих негативних переживань з приводу їх нещастя, вони змогли

швидко відновити свої підприємства, а їх інтернальність ще більше зросла. Екстернали ж важче переживали біду, повільніше налагоджували свій бізнес і стали ще більш екстернальними.

Безсумнівно, ці дані про стресостійкість інтерналів, яка дозволяє їм зберігати здоров'я навіть у дуже суворих умовах, заслуговують на увагу. Однак не варто інтерпретувати їх надмірно прямолінійно. По-перше, не варто ставити знак рівності між поведінкою людини в надзвичайній ситуації і подоланням її наслідків; а по-друге, описана К. Андерсоном закономірність навряд чи є універсальною. За нашими даними, інтернальність нерідко поєднується з внутрішньою заборонаю на звернення за допомогою до оточуючих. Результатом перебування в надзвичайній ситуації для багатьох інтерналів стає відчуження, яке позбавляє їх теплоти спілкування і прирікає на самотність. Вважаючи, що вони повинні бути завжди сильними, інтернали позбавляють себе можливості поділитися своїми переживаннями з близькими, не дозволяють собі виговоритися. У цьому випадку руйнівні емоції залишаються живими, і інтернал не може звільнитися від них, стаючи гранично вразливим. Навіть у більшій мірі вразливим, ніж екстернал, охоче звертається за допомогою до оточуючих.

Проходження через екстремальні ситуації (війни, техногенні та природні катастрофи та ін.), де людина перебуває в ролі жертви, загрожує не просто порушенням у змісті структурних компонентів її образу світу, але й нерідко призводить до повного руйнування, до «зламу», коли розпадається цілісність

і впорядкованість образу світу особистості (дезінтеграція), відбуваються негативні зміни в образах себе, інших людей, світу в цілому. Світ сприймається як небезпечний, загрозливий; формується негативне ставлення до об'єктів дійсності і людей, яких людина сприймає як винуватців свого нещастя.

Руйнівна сутність психотравмуючого потенціалу надзвичайних ситуацій полягає у зіткненні раніше складеної структурної організації особистості з новою, незвичною і травмуючою психіку постшоковою ситуацією реальної загрози для життя, здоров'я, раптових болючих втрат, дискомфорту тощо.

2. Психологічна готовність людей до надзвичайних ситуацій

Стихійні лиха, надзвичайні ситуації, великі аварії і катастрофи з високою ймовірністю трагічних наслідків викликають велику емоційну збудженість, одночасно з цим вимагаючи високої морально-психологічної стійкості, витримки й рішучості, готовності допомогти постраждалим, врятувати постраждалих, зберегти матеріальні цінності.

Усі ці важкі картини руйнацій і спустошень, безпосередня загроза для життя має негативний вплив на психіку людини. В окремих випадках можуть відбутися порушення процесу нормального мислення, послабитися чи цілком виключитися самоконтроль тощо. Ці явища зумовлюють появу низки невинуватених і непередбачуваних дій.

Слід звернути увагу на ті чинники, що сприяють подоланню страху. Це, в першу чергу, почуття особистої відповідальності, усвідомлення значущості

справи, яку роблять. Небезпека, що зростає, ймовірний ризик здоров'ю, важливість виконуваних робіт – усе це піднімає значущість зробленого як у власних очах, так і в думці суспільства загалом.

У психологічно непередготовлених людей з'являється відчуття страху й прагнення втекти з небезпечного місця, а у інших проявляється психологічний шок, який може супроводжуватися заціпенінням м'язів. Саме тоді спостерігається порушення процесу нормального мислення, послаблення чи цілковита втрата контролю свідомості, почуттів і волі. Нервові процеси (порушення чи гальмування) виявляються по-різному. Наприклад, у деяких людей спостерігається розширення зіниць – не дарма існує вислів «у страху очі великі», порушується подих, посилюється серцебиття «серце готове вирватися з грудей», можливим стає спазм периферичних кровоносних судин – «побілів як крейда», з'являється холодний піт, слабшають м'язи – «опустилися руки чи коліна підігнулися», змінюється тембр голосу, інколи втрачається дар мовлення. Відомі навіть випадки смерті при раптовому страху від різкого порушення роботи серцево-судинної системи.

У такому стані людина може перебувати досить тривалий час – від кількох годин до кількох діб. При ліквідації наслідків землетрусів доводиться іноді спостерігати людей, які знаходяться у стані душевної пригніченості і тривалий час безцільно блукають руїнами.

Неочікуване виникнення небезпеки, несподіваність, незнання характеру і потенційно

можливих наслідків стихійного лиха чи аварії, правил поведінки в цих умовах, відсутність досвіду і навичків у боротьбі зі стихією, слабка морально-психологічна підготовка – усе це причини такої поведінки людей.

3. Психічні розлади під час і після екстремальних ситуацій

Класифікації психічних розладів, захворювань, діагностичних і синдромальних оцінок, по суті, системно не розглядалися й не застосовувалися до середини ХХ століття.

До них ми відносимо:

- посттравматичні стресові розлади;
- соціально-стресові розлади;
- радіаційна фобія;
- бойове стомлення;
- синдроми («в'єтнамський», «афганський», «чеченський» та ін.).

А також невротичні прояви, реакції на гострий стрес, розлади адаптації, стрес бойової обстановки і ряд інших.

Чи є перераховані розлади новими хворобами нашого століття? Існуючі в літературі відповіді на це питання неоднозначні. Тут йдеться лише про розстановку акцентів психопатологічних порушень у великих груп людей, в першу чергу породжених втратами сучасної цивілізації і соціальними конфліктами. Ці порушення в феноменологічному плані описувалися і раніше, проте їх спеціально не узагальнювали і не виокремлювали. Відбувалося це головним чином тому, що суспільство не було готове сприйняти соціальні причини, які погіршують психічне здоров'я, і усвідомити необхідність

відповідних профілактичних і реабілітаційних заходів. Йдеться, в першу чергу, про психогенні розлади, які спостерігаються при життєво загрозливих ситуаціях під час стихійних лих і катастроф, а також після них.

Аналіз стану психічного здоров'я населення в останні роки свідчить про зростання неспсихотичних, так званих пограничних психічних розладів, у першу чергу – невротичних і соматоформних розладів та реакцій адаптації, безпосередньо пов'язаних з негативними змінами соціально-економічної ситуації і духовного життя широких верств населення. При цьому за останні 10 років відзначається тенденція до зростання загальної кількості інвалідів внаслідок психічних розладів (основну групу яких становлять хворі з неспсихотичними розладами). Проведене обстеження окремих вибірових груп населення показало, що, по-перше, значна частина хворих, особливо з невираженими невротичними розладами, залишається поза увагою фахівців і, по-друге, найбільша кількість хворих спостерігається в групах осіб, постраждалих під час і після надзвичайних ситуацій.

Схематично виділяються три періоди розвитку ситуацій, які викликають різні психогенні порушення і дає облік всьому комплексу рятувальних, соціальних і медичних заходів. Розглянемо ці періоди.

Перший – гострий період – характеризується раптово виниклою загрозою власному життю і загибеллю близьких. Він триває від початку впливу до організації рятувальних робіт (хвилини, години). Потужний екстремальний вплив охоплює в цей момент в основному життєві інстинкти (самозбереження) і призводить до розвитку

неспецифічних, позаособистісних психогенних реакцій, основу яких становить страх різної інтенсивності. У цей час спостерігаються переважно психогенні реакції психотичного і непсихотичного рівня. Особливе місце в цей період посідають психічні розлади у людей, що одержали травми і поранення. У таких випадках потрібно здійснити кваліфікований диференційно-діагностичний аналіз, спрямований на виявлення причинно-наслідкового зв'язку психічних порушень як безпосередньо з психогенними, так і з отриманими ушкодженнями (черепно-мозкова травма, інтоксикація внаслідок опіку та ін.).

У другому періоді, що протікає при розгортанні рятувальних робіт, за образним висловом, починається «нормальне життя в екстремальних умовах». У цей час у формуванні станів дезадаптації і психічних розладів на перший план виходять особливості особистості постраждалих, а також усвідомлення ними не тільки триваючої в ряді випадків небезпечної ситуації, а й нових стресових впливів, таких як втрата рідних, роз'єднання сімей, втрата будинку, майна. Важливим елементом пролонгованого стресу в цей період є очікування повторних впливів, розбіжність очікувань з результатами рятувальних робіт, необхідність ідентифікації загиблих родичів. Психоемоційне напруження, характерне для початку другого періоду, змінюється до його кінця, як правило, підвищеною стомлюваністю і демобілізацією з астенодепресивними проявами.

У третьому періоді, що починається для потерпілих після їх евакуації в безпечні райони, у

багатьох відбувається складний емоційний і когнітивний аналіз ситуації, оцінка власних переживань і відчуттів, проходить своєрідна калькуляція втрат. При цьому набувають актуальності також психогенно-травматичні фактори, пов'язані зі зміною життєвого стереотипу, проживанням у зруйнованому районі або місці евакуації. Стаючи хронічними, ці фактори сприяють формуванню відносно стійких психогенних розладів. Поряд з неспецифічними невротичними реакціями і станами в цей період починають переважати тривалі і розвиваються патохарактерологічні зміни, посттравматичні та соціально-стресові розлади. Соматогенні психічні порушення при цьому можуть носити різноманітний характер. У цих випадках спостерігається як соматизація багатьох невротичних розладів, так і певною мірою протилежні цьому процесу невротизація і психопатологізація, що пов'язані з усвідомленням наявних травматичних пошкоджень і соматичних захворювань, а також з реальними труднощами життя постраждалих.

У всі три зазначені періоди розвиток і компенсація психогенних розладів при надзвичайних ситуаціях залежать від таких груп факторів: особливості ситуації, індивідуальне реагування на події, соціальні та організаційні заходи. Однак значення цих факторів у різні періоди розвитку ситуації неоднаково. З плином часу втрачає безпосереднє значення характер надзвичайної ситуації та індивідуальні особливості потерпілих і, навпаки, зростає і посідає чільне місце й набуває основного значення не тільки власне медична, а й соціально-

психологічна допомога та організаційні фактори. З цього випливає, що першорядне значення мають соціальні програми у сфері вирішення питань охорони і відновлення психічного здоров'я постраждалих після надзвичайних ситуацій.

4. Основні психічні стани та реакції, що виникають у фахівців ДСНС в екстремальних ситуаціях службової діяльності

В екстремальних ситуаціях службової діяльності все, що засновується на здоровому глузді, фактично втрачає своє значення. Випадковість смерті і постійне відчуття можливості її настання, можливість отримання травм та каліцтва – усе це підриває віру в самий сенс життя. Працівник знаходиться в постійному суцільному кошмарі між його власним почуттям самозбереження і вірою в набуті й прищеплені переконання про необхідність виконання зазначеного завдання. Він хоче вчинити так, як повинен вчинити добрий рятувальник, проте страх штовхає його в протилежний бік. Але найстрашнішим є те, що *практично кожен працівник боїться не того, що трапляється, а того, що може трапитися*. Таке нагнітання страху викликає почуття постійного нервового збудження, що наростає з кожною хвилиною. Таким чином, фактично кожен працівник страждає від боротьби, внутрішнього конфлікту, що відбувається в його свідомості, між страхом загинути або бути покаліченим і його власним поняттям про обов'язок. Проте нічого не можна зробити з нав'язливим почуттям тривоги, яка опановує його, тому що вектор страху спрямований на те гіпотетичне, що може трапитися, а не на те, що

відбувається в реальності, і всі системи організму функціонують безконтрольно. Це цілком закономірний процес, вихід із якого здійснюється тільки одним способом – стан тривоги і страху переходить у стан психічного та фізичного виснаження. Вивчення різноманітних симптомів показало, що психічний і фізичний стан окремих працівників у ході проведення складних службових дій в умовах підвищеного ризику для життя може бути надзвичайно пригніченим. До цих станів належать:

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 нічних жахів, кошмарів, пов'язаних із тим, що він відчував у екстремальній ситуації. Деяких починають переслідувати думки про смерть, страх, що вони не впораються із 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 тахікардія – прискорене серцебиття. Надалі часто починають виявлятися такі фізичні недуги, як розлад органів травлення, болі у спині й у поперековій ділянці.

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 розумово вона працює все гірше. У стані бойової втоми рятувальник відчуває ускладненість у здійсненні рухів, а іноді і не може рухатися взагалі. Виявляється 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 чи жаху. Все це може упроводжуватися крайньою сприйнятливістю до звукових подразників, підвищеною спітнілістю, посиленням серцебиття, посинінням кінцівок.

Випадки бойового шоку. «Бойовий шок» – емоційна реакція, що виникає через кілька годин або днів інтенсивних дій фахівців ДСНС 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 кількох 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.

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, ситуації, 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 названих вище станів, при довготривалій участі фахівців ДСНС в умовах надзвичайної ситуації, можна спостерігати:

Стан помутніння свідомості. Фахівці ДСНС, що страждають 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 в часі і просторі). Часто такі стани супроводжуються втратою пам'яті, що може викликати шизофренічний стан дисоціації (тобто своєрідний відхід у себе), розвиток маніакально-депресивних психозів, при яких можливі різкі зміни настрою і фізичної активності. Нерідко відмічається розвиток синдрому Ганзера (істеричне сутінкове потьмарення свідомості, що проявляється у недоречних відповідях на запитання). Будучи оточеним страхами екстремальної ситуації, працівник із синдромом Ганзера починає не до місця жартувати, нерозумно себе поводити, тобто намагається заглушити свій страх навіяними, напускними веселістю і сміхом. Ступінь ураження мозку в стані потьмарення свідомості може коливатися від глибоких неврозів до явних психозів.

Конверсійна істерія. Це психічне захворювання – одне з найважчих і характеризується сильними проявами наслідків екстремальної ситуації. У працівника, який знаходиться ніби між «ковадлом» професійного обов'язку і «молотом» страху (реакція організму на напругу екстремальної ситуації), проходить процес розрядки від надмірної напруги шляхом конвертування (перетворення) своїх страхів у фізичні розлади організму, які є достатньо серйозними, щоб цілком вивести людину з ладу і в такий спосіб звільнити від страху за рахунок такого «законного» способу, як втрата здоров'я. Врешті-решт, важкозмусити людину продовжувати

виконання службової задачі, якщо вона осліпла або паралізована. 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 здатна викликати великі або часткові розлади психіки. Великі розлади психіки можуть виявлятися, зокрема, у реакції втечі, тобто при втраті орієнтування в 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 контрактного паралічу рука не тільки цілком паралізована, але згинається в ліктьовому суглобі і нерухомо фіксується, коли долоня наближається до плеча. Психофізичний характер цього явища очевидний. Зазвичай рука, що «виходить із покори», використовується для виконання різноманітних дій в умовах аварійно-рятувальних робіт, тобто для правші це права рука, для лівші – ліва. Іноді таке трапляється з однією або обома ногами. Працівник, таким чином, може бути частково або цілком паралізований, може втратити слух або, що ще страшніше, – зір. Практично в 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, їхня висока значущість для фахівців ДСНС здатна породжувати *непродуктивні стресові стани (дистрес)*. Дистрес виникає при таких варіантах стресу, при яких наявні такі відчуття, як безпорадність, неспроможність, безнадія, пригніченість. Він нерідко супроводжується порушенням психічних процесів – відчуття, сприйняття, пам'яті, мислення, виникненням негативних емоцій (страх, байдужість, агресивність та інше), перебоями в координації рухів (метушливість, тремор, заціпеніння та інше), 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 інше). 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 фахівцями ДСНС 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*.

Перші мають підвищений рівень стресогенності і включають:

- ситуації, що загрожують життю і фізичній цілісності фахівців ДСНС;
- 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 бере на себе;
- події, у результаті яких постраждали честь і гідність рятувальника.

До другої групи відносяться стресори, які 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, неясних для працівника.

Реакція фахівців ДСНС на вплив стресорів екстремальної ситуації залежить від особливостей його самовладної поведінки та психологічної готовності. Значущість впливу на психіку працівника тих або інших бойових стресорів визначається його індивідуально-психологічними особливостями й особистими властивостями, психологічною і професійною готовністю до виконання службового завдання, характером і рівнем бойової мотивації, особливостями сприймання місця і ролі виконуваних дій і перспективи його системи життєдіяльності.

У свою чергу, ефективність самовладної поведінки рятувальника залежить від рівня його активності, спрямованої на протидію негативному впливу стрес-факторів службової обстановки; характеру використовуваних ним способів подолання дестабілізуючого впливу бойових стресорів на його психіку, поведінку і життєдіяльність взагалі; наявності у працівника досвіду самовладної поведінки в надзвичайній ситуації та її змісту.

Серед характеристик діяльності, що впливають на інтенсивність бойового стресу, виділяють:

- *ступінь бойової активності* конкретного працівника, що визначається, як правило, за кількістю екстремальних ситуацій, у яких рятувальник брав безпосередню участь і які супроводжувалися

реальною загрозою його життю;

– *значущість службових дій*, у яких брав участь працівник, для виконання більш масштабних службових завдань;

– ступінь напруженості і характер службових дій працівника;

– *кількість фізичних та психічних втрат у підрозділі*, де проходить службу рятувальник, а також сприймання цим працівником їхньої доцільності й обумовленості об'єктивними умовами службової діяльності.

Особливий вплив на рівень прояву бойового стресу в конкретного працівника виявляють такі чинники, як кількість отриманих травм. Значущість цих факторів зростає, якщо працівник не був заохочений або нагороджений за мужні і героїчні вчинки, що мали місце, якщо події, в яких брав участь рятувальник, отримали негативну оцінку з боку керівництва, товаришів по службі або в повідомленнях засобів масової інформації.

Бойовий стрес невисокої інтенсивності (БСНІ), як правило, ефективно переборюється більшістю фахівців ДСНС і на початковому етапі може сприяти підвищенню їхньої бойової активності. У подальшому БСНІ або стає звичним, або переходить у бойовий стрес підвищеної інтенсивності.

Бойовий стрес підвищеної інтенсивності (БСПІ) може значно ускладнити діяльність, як окремого працівника, так і органу (підрозділу) ризиконебезпечної професії.

На індивідуальному рівні БСПІ виявляється в таких формах: різке, неадекватне службовій обстановці підвищення або, навпаки, зниження бойової активності; неадекватне ситуації підвищення емоційного збудження або, навпаки, емоційне заціпеніння, емоційна «тупість»; поява деструктивних форм мотивації діяльності або, навпаки, бажання «вийти», будь-якою ціною зберегти собі життя; втрата орієнтації в ситуації; відчуття нереальності в екстремальній ситуації; самовідчуження; різке, невластиве конкретному працівнику зниження дисциплінованості, поява порушень моральних норм міжособистісних відносин, що не спостерігалися раніше, деструктивних форм спілкування з оточуючими, розв'язності у поведінці; високий рівень необґрунтованої дратівливості, гнівливості, агресивності; різке зростання тривожності або, навпаки, необґрунтоване нехтування небезпекою; неспроможність впоратися з переживанням страху; поява замкненості, пригніченості, апатії; втрата інтересу до життя, виникнення думок про самогубство; значне підвищення психічної напруженості і настороженості; розосередження уваги або труднощі її швидкого переключення; різке зниження психологічної витривалості або, навпаки, зростання ригідності психічних процесів; поява схильності до панічних настроїв та ін. Такого роду прояви бойового стресу сприяють помітному зростанню помилок і зривів у виконанні фахівцями ДСНС службових завдань, дезорганізації професійної діяльності взагалі.

При виконанні службових обов'язків в умовах надзвичайної ситуації існує ціла низка психогенних факторів, які мають сильний психологічний вплив, що у багато разів збільшує внутрішні труднощі і позначається на якості дій фахівців ДСНС. Крім того, існують і типові психічні реакції в поведінці фахівців залежно від фази проведення аварійно рятувальних робіт. Так, *при очікуванні початку проведення аварійно-рятувальних робіт («стан тривожного очікування»)* найбільш типовими психічними реакціями в поведінці фахівців ДСНС є такі: зайва балакучість, підвищений тембр голосу, глибока стурбованість, часте паління, прагнення швидше розпочати проведення аварійно-рятувальної операції, відчувається напруженість, очікування чогось важкого, небезпечного, увага послаблена і людина важко зосереджується на чомусь, її думки плутані, ідуть нескінченним потоком, настрій динамічний і може, як правило, переходити з неприємно-томливого у весело-піднесений, зниження самокритичності, метушливість, конфліктність, упертість.

Серед психофізіологічних показників відмічається підвищена частота дихання (до 30 вдихів і видихів при нормі 18), пульсу (до 125 ударів на хвилину) і температура тіла (до 39 °С), почуття спраги, кидання в піт, тремтіння рук і ніг, на щоках може виступити плямистий рум'янець, можливі розлади функції кишківника.

У ході безпосереднього проведення аварійно-рятувальних робіт витривалість фахівців ДСНС багато в чому визначається характером службової дії. Вирішення «наступальних» завдань асоціюється з

силою, волею і перевагою сторони, що їх вживає, викликає бойове збудження, душевний підйом, азарт, пригнічує страх, вагання, мобілізує волю. Найбільш складним, кульмінаційним моментом є вхід у зону надзвичайної ситуації, що проходить в особливому стані нервового збудження, який якоюсь мірою можна назвати «шоком». Під цим ми розуміємо не повну виключеність, втрату чутливості, а *деяке почуття, схоже на сп'яніння, яке повністю поглинає всі почуття людини*. Це почуття є швидкоплинним, його не можна ані продовжити, ані відтворити по частинах. У цьому стані працівник діє без чіткого контролю свідомості, незважаючи на те, що момент входу в зону надзвичайної ситуації і вступу в контакт з небезпекою багаторазово програється у свідомості, що зумовлює його істотне звуження і зосередження на одному-двох об'єктах службової обстановки. Стресовий стан досягає вершини в той момент, коли приймається рішення про виконання аварійно-рятувальних робіт безпосередньо в зоні надзвичайної ситуації. У цей період фахівці ДСНС потребують додаткових стимулів. І тут важливе значення мають не тільки емоційно і морально забарвлений заклик, бойовий клич, приклад товаришів по службі, але й уміння рятувальника виконувати прийоми екстреної вольової мобілізації, психічного саморегулювання. У цей період особливе значення мають авторитет, особистий приклад і психічна підтримка безпосереднього керівника, досвідчених психічно стійких працівників. Особливу увагу керівному складу слід приділити тому, щоб у випадку успішності проведення аварійно-рятувальних робіт у фахівців ДСНС не виник стан

ейфорії, зниження пильності і бойової настороженості. Важлива психологічна закономірність проведення аварійно-рятувальних робіт полягає в тому, що «порив не терпить перерви».

Значних труднощів зазнає психіка фахівців ДСНС у ході проведення аварійно-рятувальних робіт вночі. Через недостатню освітленість відбувається зміщення в зоровому сприйнятті об'єктів і фону, форми, кольорової характеристики місцевості, відбувається своєрідне зникнення з поля зору багатьох об'єктів. Брак інформації призводить до зростання напруженості, збільшення або навпаки зниження небезпеки, до неправильного прийняття рішення. Загалом картина службового завдання уявляється працівнику більш жахливою. Через незвичайну яскравість спалахів можливе часткове або повне засліплення з подальшою тривалою адаптацією зору. Порушення зорового зв'язку з товаришами по службі сприяє підвищенню почуття самотності, призводить до зниження згуртованості. Зміна колірних характеристик викликає негативні емоційні реакції, ілюзії в оцінці реальності. Джерела світла і звуку здаються ближчими, ніж удень. Розмовна мова чутна на відстані 10–25 метрів, звук машин, що рухаються, – на відстані від 100 до 600 метрів, звук вибуху – на відстані 3–4 кілометри, сигарета, що горить, є видимою на відстані 350–400 метрів. Цікаві перетворення здійснюються у сфері сенсорної переорієнтації. Те, що удень сприймалося нормально, вночі викривляється: будь-який незначний звук сприймається як небезпека. У результаті, неадекватність слухового і зорового сприймання

призводить до невпевненості, розгубленості, нерішучості, пасивності, а часом стає причиною помилкових дій.

Аналіз дій фахівців ДСНС в умовах впливу стрес-факторів підвищеної інтенсивності дозволяє зробити висновок про те, що реакція людини на ситуацію, яка складається, не є однаковою, вона є суто індивідуальною. Слід зазначити, що психогенні фактори можуть мати як позитивний, так і негативний вплив, як на психіку працівника, так і на результати розв'язання ним службових завдань. Серед найбільш характерних психічних реакцій, що позитивно позначаються на діяльності рятувальників в екстремальних ситуаціях, є: активізація почуття обов'язку й відповідальності – тобто реакція добре морально підготовленого працівника, який усвідомлює свій службовий та громадянський обов'язок і відповідальність; активізація ділових мотивів, прояв усіх можливостей особистості (і колективу) для усунення значних труднощів, що виникли, концентрація всіх сил для успішного розв'язання задачі; захопленість, азарт – тобто переживання емоційного підйому, гострого інтересу до виниклих труднощів, палкого бажання випробувати себе та вийти з них із честю; підвищення пильності та готовності до реагування на зміни оперативної обстановки; прискорення всіх реакцій, загострення уваги, чітка й швидка робота думки.

До негативних психічних реакцій, що знижують ефективність розв'язання службових задач, можна віднести: безтурботність – недооцінку існуючих труднощів та ймовірності невдачі, необережність,

недостатню пильність і готовність до зустрічі з труднощами; ейфорію – стан неприборканої радості, запалу, що супроводжується різким зниженням пильності, готовності до зустрічі з несподіваним; занепокоєння, невпевненість, тривожність; страх невдачі, страх перед відповідальністю, домінування мотиву відходу від невдачі над мотивом досягнення максимально можливого успіху; загострене почуття самозбереження, страх за своє життя і життя інших; розгубленість, нерішучість, загальмованість, сповільненість реакцій до подій, що відбуваються; нерозуміння того, що відбувається, зниження творчих можливостей, спритності, кмітливості тощо.

Питання для самоперевірки

1. Поясніть різницю у переживанні НС між інтерналами та екстерналами.
2. Опишіть можливі стани психологічно невідгодованих людей у НС.
3. Коротко опишіть три періоди розвитку НС. Якими станами людей характеризується кожний з періодів?
4. Охарактеризуйте класифікацію бойових стресорів.

УПРАВЛІННЯ ПОВЕДІНКОЮ І ДІЯЛЬНІСТЮ ЛЮДЕЙ – ЖЕРТВ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ

1. *Класифікація учасників екстремальних ситуацій.*
2. *Натовп як форма стихійної масової поведінки.*
3. *Паніка як екстремальна форма поведінки натовпу.*
4. *Способи профілактики паніки.*
5. *Засоби боротьби з панікою.*

ВСТУП

Стратегії управління поведінкою людей в екстремальних ситуаціях розкриваються в різних формах пристосування та адаптації до неї. Різноманіття подій у сучасному світі сприяє ускладненню поведінки особистості в них і підвищує ймовірність їх патогенного впливу. Тому проблему поведінки людей в екстремальних ситуаціях необхідно вивчати дуже детально, щоб бути готовими, якщо вона виникне, до конструктивних дій щодо її подолання.

1. Класифікація учасників екстремальних ситуацій

Усі люди, що опинилися в безпосередній близькості від виниклої надзвичайної події, вважаються постраждалими, бо навіть якщо не постраждала сама людина і його родичі, неможливо залишитися байдужим, коли навколо страждають інші люди.

У психології екстремальних ситуацій відомо безліч підходів до дослідження закономірностей змін, що відбуваються з людьми, які зазнали впливу погрозуючих здоров'ю та життю факторів, створення відповідних типологій.

Один з підходів – поділ учасників ЕС залежно від наближеності до вогнища екстремального впливу і ступеня емоційної залученості в ЕС. На підставі такого критерію, виділяють чотири групи учасників ЕС:

I група – потерпілі;

II група – родичі;

III група – очевидці;

IV група – спостерігачі.

Для кожної з груп визначаються психофізіологічні особливості, які проявляються в поведінці, і психологічна допомога, найбільш ймовірна для якнайшвидшої нормалізації стану постраждалих в ЕС.

Психофізичні особливості I групи – «постраждалі»: больовий шок, гострі психічні реакції. Психологічна допомога в цьому випадку складається з інформаційної допомоги (підтримки), застосування елементів навіювання і переконання для додання необхідного емоційного ресурсу і утримання в свідомому стані.

Для II групи – «родичі» – характерні почуття втрати, стан оглушення, реакція уникнення, психосоматичні прояви, шок (ступор, тремор, рухові порушення) або зворотна реакція (приплив сил). Психологічна допомога полягає в екстреній психологічній (можливо, психіатричній) допомозі, в першу чергу, тим, хто в стані шоку, зняття гострих психічних реакцій, переведення з пасивного в активний стан, застосування елементів навіювання, ізоляції від натовпу.

III група – «очевидці» – схильні до афективних реакцій, мовної активності, спрямованої на пошук винних у події. Психологічна допомога, що дозволяє нормалізувати поведінку «очевидців», полягає в забезпеченні роботою (попросити що-небудь допомогти зробити).

IV група – «спостерігачі» – найбільш віддалена і просторово, і емоційно від вогнища ЕС.

«Спостерігачів» характеризує прояв афективних реакцій (інколи). Психологічна допомога надається залежно від сили емоційного реагування: можлива екстрена психологічна допомога.

1. Натовп як форма стихійної масової поведінки

Однією з головних небезпек при будь-якій надзвичайній ситуації є некерована поведінка людей. У психології екстремальних ситуацій існує поняття

«стихійна масова поведінка», під якою мають на увазі різні форми поведінки натовпу. Її ознаками є залученість великої кількості людей, одночасність, ірраціональність (ослаблення свідомого контролю), а також слабка структурованість, розмитість позиційно-рольової структури, характерної для нормативних форм групової поведінки.

Натовп – скупчення людей, не об'єднаних спільною метою і єдиною організаційно-рольовою структурою, але пов'язаних між собою загальним центром уваги і емоційним станом. При цьому загальною вважається така мета, задля досягнення якої кожен з учасників взаємодії залежить від її досягнення іншими учасниками; наявність такої мети створює передумову для співпраці.

Якщо мета кожного досягається незалежно від досягнення або недосягнення її іншими, то взаємодія відсутня або вона мінімальна. Нарешті, якщо залежність досягнення однієї і тієї ж мети суб'єктами негативна, складається передумова для конфлікту.

У натовпі цілі людей завжди однакові, але зазвичай не бувають загально усвідомленими, а при їх перетині виникає гостра негативна взаємодія.

Виявлено два основних механізми появи натовпу: чутки і циркулярна реакція (емоційніше кружляння). Циркулярна реакція – це взаємне зараження. Передача емоційного стану на психофізіологічному рівні контакту між організмами.

Виділяють три основних види натовпу:

- окказіональний натовп (від англ. *Occasion* – випадковість) – скупчення людей, що зібралися подивитися на несподівану подію;

- конвенціональний натовп (від англ. *Convention* – умовність) – збирається з приводу заздалегідь оголошеної події. Тут вже переважає більш спрямований інтерес, і люди до пори (поки натовп зберігає якість конвенціональної) готові дотримуватися певних умовностей (конвенцій);

- експресивний натовп – ритмічно виражає ту чи іншу емоцію: радість, ентузіазм, обурення та ін. Спектр емоційних домінант тут дуже широкий, а головна риса – ритмічність вираження.

Підвидами експресивного натовпу є екстатичний, агресивний, панічний і повстанський натовп. У практичному плані найбільш важлива властивість натовпу – перетворюваність: якщо натовп утворився, він здатен порівняно легко перетворюватися з одного виду (підвиду) в інший.

2. Паніка як екстремальна форма поведінки натовпу

В екстремальних ситуаціях найбільшу небезпеку становить панічний натовп.

Паніка – тимчасове переживання гіпертрофованого страху, що породжує некеровану, нерегульовану поведінку людей (втрата критики і контролю), іноді з повною втратою самоконтролю, нездатністю реагувати на заклики, з втратою почуття обов'язку і честі.

В основі паніки лежить страх – тривога, що виникає як результат переживання безпорадності перед реальною чи уявною небезпекою, прагнення будь-яким шляхом піти від неї замість того, щоб боротися з нею.

В. М. Бехтерєв вважав, що паніка – це «психічна епідемія короткочасної властивості», яка виникає у вигляді «переважного афекту» найчастіше при великому скупченні народу, якому ніби «прищеплюється ідея про неминучу смертельну небезпеку», зумовленої складанням обставин. Паніка, на його думку, нерозривно пов'язана з інстинктом самозбереження, який однаково проявляється незалежно від інтелектуального рівня особистості.

Навіювання в натовпі поширюється подібно до вибуху; воно іноді виникає від випадково сказаного слова, що відображає переживання мас, різкого звуку, пострілу, раптового руху. У несамовитому натовпі кожен індивід впливає на оточуючих і сам піддається сторонньому впливу. Механізм розгортання панічної поведінки можна розглянути з трьох сторін: фізіологічної (точніше психофізіологічної), біологічної та поведінкової (або психологічної).

Психофізіологічний механізм паніки полягає в індукційному гальмуванні великих ділянок кори головного мозку, що зумовлює зниження свідомості

активності. У результаті спостерігається неадекватність мислення, неадекватна емоційність сприйняття, гіперболізація небезпеки («у страху очі великі»), різке підвищення сугестивності. Біологічне тлумачення паніки полягає в порівнянні її з гіпобулічними (безглуздими) реакціями у тварин як, наприклад, у тих випадках, коли птах б'ється об ґрати клітки або білка обертає ігрове колесо.

Психологія паніки, крім взаємної індукції «психічного зараження», «емоційного отруєння», багато в чому визначається різким підвищенням сугестивності через перезбудження психіки.

Паніку можна класифікувати за такими ознаками:

За масштабами розрізняють індивідуальну, групову та масову паніку. У разі групової і масової паніки захоплена нею кількість людей коливається по-різному: групова – від 2–3 до декількох десятків і сотень людей, а масова – тисячі людей і більше. До того ж, масовою слід вважати паніку, коли в обмеженому замкнутому просторі (на кораблі, в будівлі) нею охоплено більшість людей, незалежно від їх загальної кількості.

За глибиною охоплення (ступеня панічного зараження свідомості) розрізняють легку паніку, середню і паніку у формі повної нерозсудності.

Легку паніку можна, зокрема, відчувати тоді, коли затримується транспорт, при поспіху, раптовому, але не дуже сильному сигналі (звуці, спалаху). При цьому людина зберігає майже повне самовладання і критичність. Зовні така паніка може виражатися лише легким подивом, заклопотаністю, напругою.

Середня паніка характеризується значною деформацією свідомих оцінок того, що відбувається, зниженням критичності, зростанням страху, схильністю зовнішнім впливам. Паніка середньої глибини часто проявляється при проведенні військових операцій, при невеликих транспортних аваріях, пожежі і різних стихійних лихах.

Повна паніка – паніка з відключенням свідомості, афективна, що характеризується повною неосудністю – настає при відчутті жахливій, смертельної небезпеки. У цьому стані людина повністю втрачає свідомий контроль за своєю поведінкою: може бігти куди попало (іноді прямо у вогнище небезпеки), безглуздо кидатися, здійснювати хаотичні дії, вчинки, абсолютно виключаючи їх критичну оцінку, раціональність і етичність. Класичними прикладами паніки є події на кораблях, що терплять крах, а також під час землетрусів, ураганів, пожеж, війн.

За тривалістю розрізняють короткочасну (секунди, кілька хвилин), досить тривалу (десятки хвилин, годин), пролонговану (кілька днів, тижнів) паніку. Прикладом короткочасної паніки є паніка в автобусі, який втратив управління. Досить тривалою буває паніка при землетрусах, які не розгорнуті у часі і не дуже сильні. Пролонгована паніка – це паніка, розтягнута в часі (наприклад, блокада Ленінграда, тривалі бойові операції, ситуація після вибуху на Чорнобильській АЕС).

За механізмом формування розрізняють два види паніки:

– після безпосереднього екстремального страхітливого впливу, сприйманого як смертельна небезпека;

– після тривалого перебування в стані тривоги в ситуації невизначеності і очікування, напруги, що призводить з часом до нервового виснаження і фіксації уваги на предметі тривоги.

Виділяють чотири комплекси факторів (інакше їх називають також умовами, або передумовами) перетворення більш-менш організованої групи в панічний натовп:

– соціальні фактори – загальна напруженість у суспільстві, викликана тими, що відбулися, або тими, що очікуються, природними, економічними, політичними лихами. Це можуть бути землетрус, повінь, різка зміна валютного курсу, державний переворот, початок чи невдалий хід війни та ін. Іноді напруженість обумовлена пам'яттю про трагедію або передчуттям близької трагедії;

– фізіологічні чинники: втома, голод, тривале безсоння, алкогольне і наркотичне сп'яніння, – знижують рівень індивідуального самоконтролю, що при масовому скупченні людей загрожує особливо небезпечними наслідками;

– загально психологічні фактори – несподіванка, здивування, переляк, викликані браком інформації про можливі небезпеки і способи протидії;

– соціально-психологічні та ідеологічні фактори: відсутність ясної і досить значущої спільної мети, низький рівень довіри до лідерів і, відповідно, низький рівень групової згуртованості.

Є два основних моменти, що визначають виникнення паніки. Перший пов'язаний з раптовістю появи загрози для життя, здоров'я, безпеки, наприклад, під час вибуху, аварії, пожежі.

Другий можна пов'язати з накопиченням відповідного «психологічного пального» і спрацюванням «Реле» певного психічного каталізатора. Тривалі переживання, побоювання, накопичення тривоги, невизначеність ситуації, передбачувані небезпеки, негаразди – все це створює сприятливий фон для виникнення паніки, а каталізатором у цьому випадку може бути все, що завгодно.

Механізм розвитку бурхливої динамічної паніки можна уявити як усвідомлюваний, частково усвідомлюваний або неусвідомлюваний ланцюг: включення «пускового сигналу» (спалах, гучний звук, обвал приміщення, землетрус), відтворення образу небезпеки, активізація захисної системи організму на різних рівнях свідомості та інстинктивного реагування і наступне за цим панічне поведіння.

Прояв паніки коливається від випадків істеричної поведінки до пригніченого, апатичного, відчуженого станів; є випадки ігнорування небезпек, іноді показного.

4. Способи профілактики паніки

Комплекс заходів, що дозволяють запобігти розгортанню масових заворушень, включає:

- важливим моментом у протидії панічних реакцій серед населення є своєчасне проведення заходів з ослаблення психологічної напруженості

серед населення і нормалізації його психічної діяльності;

- організацію інформування людей про обстановку в зоні НС, характер та обсяг проведених аварійно-рятувальних робіт, заходи з надання само- та взаємодопомоги, місцях розташування медичних та евакуаційних пунктів. Серед повідомлень повинні бути присутніми прізвища врятованих і евакуйованих жителів, інформація про місця їх евакуації. Це допоможе частині населення отримати відомості про рідних і близьких, що значною мірою сприятиме стабілізації психічного стану людей;

- своєчасну організацію не тільки інформаційної, а й екстреної психологічної допомоги постраждалим, родичам з метою запобігання циркулярної реакції (масового інформаційного зараження), організацію медичного сортування постраждалих, ізоляцію осіб, які перебувають у важкому стані, надання першої медичної і екстреної психологічної допомоги, евакуацію осіб, які потребують госпіталізації;

- забезпечення населення засобами індивідуального захисту, необхідними медичними препаратами, а також роз'яснення правил їх застосування.

Нормалізації психічного стану населення багато в чому сприяє чітка організація відновлювальних або аварійно-рятувальних робіт із залученням громадян, що зберегли здатність до усвідомленої цілеспрямованої діяльності.

При цьому основними формами взаємовідносин фахівців спецслужб з населенням повинні бути

повага, співчуття, особистий приклад. У разі ж, коли люди знаходяться в стані заціпеніння, шоку або паніки, доцільно використовувати жорсткий командний стиль спілкування з ними.

Надання необхідної кваліфікованої допомоги постраждалим, схильним до паніки, в межах своєї професійної компетенції, – один із важливих чинників збереження працездатності, підвищення психологічної стійкості і підтримки психоемоційної рівноваги фахівця.

5. Засоби боротьби з панікою

Щоб привести до справжньої паніки, діючий на людей стимул повинен бути або досить інтенсивним, або тривалим, або повторюваним (наприклад, вибух, сирена, автомобільний клаксон, серія гудків і т. п.). Він повинен привертати до себе увагу і викликати емоційний стан часом неусвідомленого, тваринного страху.

Виділяють кілька етапів розгортання панічної реакції:

Різкий переляк, потрясіння, відчуття сильної несподіванки, шоку і одночасно сприйняття ситуації як кризової, критичної, загрозливої і навіть безвихідної.

Збентеження, в яке переходить потрясіння, а також пов'язані з ним хаотичні індивідуальні, часто абсолютно безладні спроби якось зрозуміти, проінтерпретувати подію, що відбулася в рамках колишнього, звичайного особистого досвіду або ж шляхом гарячкового пригадування аналогічних ситуацій з відомого людині чужого, ніби

запозиченого їм, досвіду. З цим пов'язано гостре почуття реальної загрози.

Коли необхідність швидкої інтерпретації ситуації стає особливо актуальною і вимагає негайних дій, саме це відчуття гостроти заважає логічному осмисленню того, що відбувається і викликає новий страх. Спочатку цей страх супроводжується криком, плачем, руховою ажитацією. Якщо такий страх не буде пригнічений, то розвивається наступна стадія.

Посилення інтенсивності страху за відомим психологічним механізмом циркулярної реакції. Тоді страх одних людей відбивається іншими, що, в свою чергу, ще більше підсилює страх перших. Посилення економічної кризи страх стрімко знижує впевненість у колективній здатності протистояти критичній ситуації і створює у більшості неясне відчуття приреченості.

Завершується все це неадекватними діями, які зазвичай подаються людям, охопленим панікою, рятівними. Хоча на ділі вони можуть зовсім не вести до порятунку: це етап «хапання за соломинку», в результаті все одно обертається панічною втечею (зрозуміло, за винятком тих випадків, коли бігти людям просто нікуди). Тоді може виникати агресивна поведінка: відомо, наскільки небезпечний буває звір, загнаний у кут, навіть якщо він тікає від небезпеки.

Масова втеча. Паніка саме як особливий варіант масової поведінки реально стає помітною, проявляючись у спостережуваних феноменах – перш за все, у масовій втечі. Раніше чи пізніше саме втеча стає природним наслідком будь-якої паніки. Прагнення сховатися від страху (жаху) – природна

реакція. Безоглядна втеча – як правило, є апофеозом паніки.

Завершення паніки. Зовні паніка закінчується в міру припинення окремими людьми втечі. Або вони це роблять через утому, або починаючи усвідомлювати безглуздість втечі і повертаючись у «здоровий розум». Звичайні сліdstва паніки – або втома і заціпеніння, або стан крайньої тривожності, збудливості і готовності до агресивних дій. Рідше зустрічаються вторинні прояви паніки.

Оцінюючи весь цикл панічної поведінки, треба мати на увазі таке:

- по-перше, якщо інтенсивність початкового стимулу дуже велика, то всі попередні, до втечі, етапи можуть «згортатися». Для спостерігача попередні етапи ніби невидимі – і тоді тільки втеча стає безпосередньо індивідуальною реакцією на панічний стимул. Індивідуальною, але однаковою для багатьох людей – відповідно, масовою;

- по-друге, словесне позначення лякаючого стимулу в умовах його очікування може саме безпосередньо викликати реакцію страху і паніку навіть ще до появи стимулу;

- по-третє, завжди треба брати до уваги ряд специфічних чинників: загальну соціально-політичну атмосферу, в якій відбуваються події, характер і ступінь загрози, глибину і об'єктивність інформації про цю загрозу і т. д. Це має значення для припинення або навіть запобігання паніки.

Засоби боротьби з панікою різноманітні. Переконавання (якщо дозволяє час), категоричний наказ, інформація про неістотності небезпеки або ж

використання сили і навіть усунення найбільш злісних панікерів можуть бути ефективними залежно від ситуації, що склалася.

Зупинити натовп, який впадає в паніку, значно легше, починаючи з «останніх» учасників, які перебувають на периферії від «ядра», зменшуючи групу наскільки це можливо. Перегороджувати дорогу натовпу, який рухається, набагато важче, на тих, що йдуть попереду тиснуть ззаду.

Вплив на панічну поведінку, в кінцевому рахунку, являє собою всього лише окремий випадок психологічного впливу на будь-яку стихійну поведінку – перш за все, на поведінку натовпу. Тут діє загальне за відношенням до будь-якого натовпу правило: перш за все, необхідно знизити загальну інтенсивність емоційного зараження, вивести людей з-під гіпнотичного впливу і раціоналізувати, індивідуалізувати психіку.

У натовпі будь-яка людина позбавлена індивідуальності – вона являє собою всього лише частину маси, що розділяє єдиний емоційний стан, який підкоряє їй всю свою поведінку.

У паніці, як особливому стані психіки натовпу, є і деякі специфічні моменти. По-перше, це питання про те, хто стане зразком для наслідування для натовпу. Після появи загрозливого стимулу (звук сирени, клуби диму, перший поштовх землетрусу, перші постріли або розрив бомби) завжди залишається кілька секунд, коли люди «переживають» (точніше, «Переживують»), що відбулося і готуються до дії. Тут їм необхідний приклад для наслідування.

Жорстке, директивне управління людьми в панічні моменти – один із найбільш ефективних способів припинення паніки. Такі методи бувають особливо ефективними в поєднанні з екстремим пред'явленням нового, причому досить звичного, знайомого людям, стимулу, що викликає звичну, спокійну і розмірену поведінку.

По-друге, у випадках паніки, як і стихійної поведінки взагалі, особливу роль відіграє ритм. Стихійна поведінка – це поведінка неорганізована, позбавлена внутрішнього ритму.

Якщо такого «водія ритму» немає в натовпі, він може бути заданий ззовні. Роль ритмічної, зокрема хорової, музики (спільного скандування або співу) має величезне значення для регуляції масової стихійної поведінки. Наприклад, вона може за секунди зробити її організованою.

Зчеплення ліктями – одна з добре відомих заходів протидії панічним настроям. З одного боку, відчуття фізичної близькості товаришів підвищує психологічну стійкість, з іншого боку, така позиція заважає провокаторам або індукторам паніки розчленувати ряди, після чого розгубленість, відчуття безпорадності і паніки стануть набагато ймовірніше.

Відомі прийоми керуючого впливу ззовні і зсередини, що залежить від такого специфічного феномену, як географія натовпу. Раніше зазначалося, що натовп, як такий, не володіє позиційно-рольовою структурою і що в процесі емоційного кружляння вона гомогенізується. Разом з тим у натовпі часто утворюється свій параметр неоднорідності, пов'язаний з нерівномірною інтенсивністю циркулярної реакції.

Географія натовпу (особливо чітко фіксується при аерофотозйомці) визначається різницею між більш щільним ядром і розрідженій периферією. В ядрі акумулюється ефект циркулярної реакції, і хто опинився там сильніше відчуває його вплив.

Тому психологічний вплив на натовп ззовні зазвичай рекомендується націлювати на периферію, увага якої легше переключається. Для впливу зсередини, агентам – спеціально підготовленим співробітникам – необхідно проникнути в ядро, де сугестивність і реактивність гіпертрофовані.

Питання для самоперевірки

1. Поясніть особливості надання психологічної допомоги учасникам екстремальних ситуацій залежно від категорії, до якої відносяться люди.
2. Які виділяють види натовпу?
3. За якими ознаками класифікують види паніки?
4. Охарактеризуйте способи профілактики паніки.
5. Опишіть етапи завершення паніки.

ОСНОВНІ ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

1. *Сутність суїцидальної поведінки.*
2. *Основні концепції та підходи в сучасній суїцидології.*
3. *Суїцидальна мотивація.*
4. *Міфи та факти щодо суїцидів.*

ВСТУП

Перше літературне джерело, де згадано про суїцид – давньоєгипетський твір, написаний ще у I ст. до н.е., «Полеміка людини з душею». Весь твір пронизаний замкненістю і самотністю, людина почувається самотньою у світі, де все для неї чуже і вороже.

Смерть здається єдиним виходом із полону страждань. Самогубство засуджували давньогрецькі мислителі Сократ, Платон, Аристотель.

Першим в історії церкви самогубство засудив Августин Блаженний. Він вважав це явище порушенням основної заповіді «Не вбий». Французький соціолог Еміль Дюркгейм (1858–1917) у XIX ст. вирішив з'ясувати, які існують причини самогубства. Він стверджував, що, досліджуючи проблеми самогубства, передусім слід враховувати зовнішні обставини, умови суспільства, за яких живе людина. Праця Дюркгейма «Суїцид» стала початком нової течії в соціології – суїцидології.

Суїцидальна поведінка має в собі ряд суттєвих ознак, котрі досить важко відрізнити членам суспільства підлітка, з метою вчасного попередження суїцидальних спроб. Психолог В. Т. Кондрашенко визначає поняття «суїцид» як усвідомлене позбавлення себе життя.

1. Сутність суїцидальної поведінки

Суїцид (англ. *Suicide* самогубство) – акт самогубства, який чинить людина в стані сильного

душевного розладу або під впливом психічного захворювання.

Ситуації, коли смерть заподіюється особою, яка не може віддавати собі звіту у своїх діях чи керувати ними, а також в результаті необережності суб'єкта, відносять не до самогубств, а до нещасних випадків.

У наші дні суїцидальну поведінку не розглядається як однозначно патологічну. У більшості випадків це поведінка психічно нормальної людини. У той же час поширена точка зору на суїцид, як на кінцеву крапку в переліку взаємоперехідних форм саморуйнівної поведінки.

Суїцидальна поведінка – форма активності людини, що зумовлена прагненням позбавити себе життя, яка є засобом вирішення особистісної кризи, що виникла при зіткненні особистості з перешкодою на шляху задоволення її найважливіших потреб. На тлі гострого емоційного стану криза досягає такої інтенсивності, що людина не може знайти правильного виходу зі сформованої ситуації. Вона втрачає сенс життя.

Зазвичай самогубство розглядається як феномен соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціальних конфліктів.

Суїцидальна поведінка має внутрішні і зовнішні форми свого прояву. Внутрішні форми:

- антивітальні переживання (тобто роздуми про відсутність цінності життя);
- пасивні суїцидальні думки (на тему своєї смерті при відсутності чіткого задуму на самовільне позбавлення себе життя: «добре б померти» та ін.);
- суїцидальні задуми;

- суїцидальні наміри. Зовнішні форми:
- суїцидальні висловлювання;
- суїцидальні спроби;
- завершений суїцид.

Суїцидальні задуми – це більш активна форма прояву суїцидальності. Тенденція до самогубства наростає у формі розробки плану: продумуються способи, час і місце самогубства. Суїцидальні наміри з'являються тоді, коли до задуму приєднується вольовий компонент – рішення, готовність до безпосереднього переходу у зовнішню поведінку.

Суїцидальна спроба – це цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, які не призвели до смерті. Спроба може бути зворотною і незворотною, спрямованою на позбавлення себе життя або на інші цілі.

Завершений суїцид – це дія, яка завершилася летальним результатом.

Період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації називається «передсуїцид». Тривалість його може вимірюватися хвилинами (гострий передсуїцид) або місяцями (хронічний передсуїцид). У випадках тривалого передсуїциду процес розвитку внутрішніх форм суїцидальної поведінки чітко проходить зазначені вище етапи. При гострому передсуїциду ця послідовність не прослідковується і спостерігається поява суїцидальних намірів вже відразу. Передсуїцид складається з двох фаз:

Переддиспозиційна фаза – характеризується найвищою активністю людини (період пошуку «точки

опори»), але ця активність не супроводжується суїцидальними виконавчими діями. У міру того, як вичерпуються варіанти поліпшення ситуації, міцніє думка про неможливість її вирішення. Суїцидент гостро відчуває нестерпність існування і констатує відсутність бажання жити, але думки про самогубство блокуються механізмами захисту. Ще зберігається можливість надати допомогу людині, вивести її з глухого кута.

Власне суїцидальна фаза – починається, якщо суїцидент не знайшов виходу з кризи, не отримав підтримки. Триває до моменту скоєння замаху на своє життя. На цьому етапі відбувається поглиблення дезадаптації: у людини виникають суїцидальні думки, а пізніше і обдумування способу самогубства. На цьому етапі зусилля психолога і педагогів щодо запобігання самогубства, як правило, малоефективні. Необхідне втручання лікаря- психіатра.

Структура суїцидальної поведінки:

- соціально-ситуаційні фактори;
- особистісні фактори;
- конфлікт;
- соціально-психологічна дезадаптація;
- крах ціннісних установок (втрата сенсу життя);
- провокуючі фактори;
- мотиваційна готовність;
- вплив зовнішніх факторів;
- передсуїцид;
- суїцид.

Існують три основні ознаки суїциду, що може наступити:

- прихований гнів: гнів приховується, людина намагається видати його за інше почуття, він спрямований всередину себе, прихований, але його наявність можна помітити; положення справ не поліпшується, ніхто не може допомогти, немає ніякої надії;
- людина охоплена почуттям безпорадності;
- відхід від життя у зв'язку з необхідністю все ретельно обдумати та ін.

2. Основні концепції та підходи в сучасній суїцидології

Незважаючи на те що протягом століть вчені прагнули дати теоретичне обґрунтування суїцидальної поведінки, на сьогодні немає єдиної теорії, що пояснює природу самогубств. Серед безлічі концепцій виділяються чотири основні: біологічна, психопатологічна, психологічна і соціальна.

Біологічна концепція виходить з інстинктивної природи самознищення, еволюційного характеру самогубства як «пристосувального» (хоча і не адаптивного) механізму звільнення від неповноцінних, хворобливих осіб, що є елементом природнього відбору. Або ж результату біохімічної депресії. Близькі біологічним антропологічні або «конституціональні» погляди, які вбачають основу суїцидальної поведінки в конституціональних (фізіологічних, біохімічних) або ж характерологічних особливостях індивіда.

Психопатологічна концепція виходить з положення про те, що всі самогубці – душевнохворі

люди, а суїцидальні дії – прояви гострих або хронічних психічних розладів.

Проблема суїцидів довгий час вивчалася специфічними для медицини методами, тобто з точки зору етіології, патогенезу, клініки захворювання. Пропонувалися різні методи фізіотерапевтичного та медикаментозного лікування «суїцидоманії» (кровопускання, проносні, жовчогінні засоби, холодні вологі обгортання тощо). На сучасному етапі розвитку психологічної науки психопатологічна концепція викликає здебільшого історичний інтерес, хоча деякі дослідники і зараз вважають, що суїцидальні дії є однією з форм прояву психічних захворювань.

Психологічна концепція висуває точку зору, згідно з якою у формуванні суїцидальних тенденцій провідне місце займають психологічні фактори (від фрейдівського «Танатоса» до сучасних уявлень про природу психологічної дезадаптації). Фрейд розглядав самогубство як прояв інстинкту смерті, який може виражатися агресією і в окремих випадках аутоагресією. Прихильники цієї концепції вважають, що самогубство – це перетворене (спрямоване на себе) вбивство, а у підтвердженні правильності своєї точки зору посиляються на чисельне співвідношення вбивств і самогубств, що дійсно існує в низці країн, а також на зниження самогубств під час військових дій.

Багато сучасних суїцидологів не поділяють поглядів Фрейда, зокрема, його бачення аутоагресії виключно як прояву агресивних інстинктів. Проте серед головних причин самогубства провідне місце надають психологічним факторам.

На думку відомого фінського суїцидолога Е. Ахті, суїцид може носити характер любовного потягу, коли особа, яка вчиняє самогубство, сподівається шляхом смерті возз'єднатися з коханою чи з родичами, за якими сумує. Такі особи, на думку Ахті, сподіваються на те, що, померши, вони знайдуть ту любов і співчуття, на які марно сподівалися за життя, і смерть для них виглядає привабливою. Особливо це стосується суїцидальних намірів. У своїх суїцидальних фантазіях такі особи споглядають власні похорони, насолоджуються визнанням, коханням і каяттям близьких і родичів. Французький психіатр і суїцидолог М. Гурен (1981) виявив існування прямої залежності між суїцидальною поведінкою і «пристрасною закоханістю». При цьому суїцидальна поведінка, на думку автора, є своєрідною спробою стати «господарем становища» і може тимчасово зняти напругу, викликану важким кризовим станом.

З точки зору Дж. Зібурга (1937), кожен суїцидальний акт виражає не тільки несвідому ворожість, але й надзвичайний дефіцит здатності любити інших.

Р. Литман, досліджуючи розвиток фрейдизму в суїцидологічному аспекті, підкреслює розуміння суїциду як ворожості, а також визначає найбільш значущі емоційні стани як специфічні умови самогубства: гнів, почуття провини, тривога, залежність. Більшість вітчизняних дослідників, не припиняючи значущості психологічних факторів у формуванні суїцидальної поведінки, тим не менш, не вважають їх провідними і розглядають у сукупності з соціальними і біологічними. Великий інтерес у цьому

напрямку досліджень викликають роботи, в яких особистісні особливості розглядаються як один з факторів, що дозволяє прогнозувати суїцидальну поведінку. Так, У. П. Короленко та А. Л. Галин виділяють такі психологічні особливості суїцидентів: переважно формально-логічний тип мислення, чутливість афективної сфери та недостатність активної уяви. Як вважають автори, мислення більшості суїцидентів більше відповідає законам формальної логіки; мислення ж осіб, у яких під час фрустраційних ситуацій не виникає суїцидальних тенденцій, відповідає законам діалектичної логіки. Суб'єктивна однозначність інтерпретації зовнішніх об'єктів, що характерна для суїцидентів, пояснюється переважанням формально-логічного типу мислення і вираженням впливом на інтелект афективної сфери. У той же час недостатньо розвинена уява робить фрустрацію несподіваною, ускладнює можливість прогнозувати наслідки своїх дій, знижує ефективність психологічних захисних механізмів і робить суїцидальну спробу більш ймовірною.

Н. В. Конончук, В. К. Мягер виділяють три основні властивості, що характеризують особу суїцидента: підвищена напруженість потреб, що виражається в необхідності неодмінного досягнення поставленої мети; підвищена потреба в емоційній близькості, залежність від коханої людини, коли власне «Я» розчиняється і сприймається лише в парі, а все життя будується на значущих відносинах; низька здатність особистості до утворення будь-якого роду

компенсаторних механізмів, невміння послабити фрустрацію.

А. Г. Амбрумова, розглядаючи роль особистості в проблемі суїциду, зазначає, що суїцидогенна ситуація визначається готовністю особистості сприйняти і оцінити її як таку. Виходячи з цього положення і обґрунтовуючи його практичну значущість, автор виділяє кілька типів суїцидогенних особистостей:

Інтегрований тип. Представники цього типу не віддають переваги ні професійній, ні інтимній сфері. Спокійні і врівноважені, терплячі і уважні, зі стійкими звичками і потребами. Приймають проблеми підпорядкування та керівництва. Це, як правило, фахівці високого або середнього класу. Цей тип не суїцидонебезпечний.

Компенсаторно-адаптований тип. Для цього типу характерне різке надання переваги або професійній, або інтимній сфері. При цьому більш «сильна» компенсує більш «слабку». Цей тип особистості особливо суїцидонебезпечний у такі кризові вікові періоди: 18–25, 50–60 років.

Дискордантно-адаптований тип. Відмінностей у значущості життєвих сфер немає. Якщо в одній з них недостатньо соціалізації, то інша не може її компенсувати, а, навпаки, дезорганізує ще більше. Потреби в цій сфері фруструються. Кожний провал переживається дуже болісно, що, у свою чергу, порушує адаптацію. Людина або поринає в одну сферу, або приймає характер «маятника». Зазначений тип особистості дуже суїцидонебезпечний.

Ригідно-конформний тип. Представники цього типу дуже формальні. Вища цінність для них – власний статус і самоствердження. Самооцінка завищена. Важко переносять зміну стереотипів сприйняття. Цей тип суїцидонебезпечний лише у випадку руйнування кар'єри (суїцид у цьому випадку є ретельно продуманим).

Обмежено-конформний тип. Для цього типу особистості притаманний твердо засвоєний набір правил, установок (для яких має значення форма, а не зміст). Відсутні установки на самостійне прийняття рішень. Представники цього типу дисципліновані, часто іпохондричні, в стресі губляться і мають поганий настрій. Чутливі до перевантажень і змін стереотипів. У ці моменти їх поведінка суїцидонебезпечна, хоча ризик суїциду невисокий.

Соціально підпорядкований тип, серед якого виділяються соціально схвалюваний і соціально засуджений. Правила не мають цінності, хоча іноді використовуються для досягнення особистого благополуччя. Таким особам притаманна недостатня воляова активність, відсутність самолюбства. На ранніх етапах розвитку такі люди знаходять для себе ведучого, на якого перекладають відповідальність за всі рішення, копіюють його соціальний вигляд. Такий тип стає суїцидонебезпечним при втраті ведучого або його різкій зміні.

Патологічно-дезадаптований тип – дефекти соціалізації у цих осіб споконвічні внаслідок власне психічної патології.

Соціологічна концепція засновується на тому, що в основі суїцидальної поведінки лежить зниження

і нестійкість соціальної інтеграції, а самогубство в усіх випадках може бути зрозумілим лише з точки зору взаємин індивіда з соціальним середовищем, при цьому власне соціальні чинники відіграють провідну роль. Зростання самогубств у країнах, що стають на шлях економічного і соціального розвитку, прямо пропорційно темпам економічного розвитку цих країн. Проте вплив соціальних та економічних факторів на виникнення суїциду носить, як правило, непрямий характер. Сучасний стан культури передбачає постійне примусове спілкування з величезною масою людей, яке знеособлює конкретну людину і згодом породжує конфлікт. Пригадується з цього приводу відома фраза Конрада Лоренца: «Ступінь відчуженості людей прямо пропорційна щільності населення».

Засновник і найяскравіший представник соціологічного підходу до аналізу суїцидальної поведінки Е. Дюркгейм поділив самогубства на три основні категорії:

1. Альтруїстичне самогубство – це своєрідний акт принесення свого життя в жертву заради блага своєї соціальної групи – сім'ї, друзів, однодумців та ін.

2. Егоїстичне самогубство – характерно для людей, які втратили почуття єдності зі своєю соціальною групою і таким чином, більше не відчують себе підвладними соціальному, сімейному і релігійному контролю.

3. Аномічне самогубство (від франц. *Anomie* – відсутність закону, організації) спостерігається серед людей, що живуть у суспільстві, де бракує «колективного порядку», оскільки воно знаходиться

в стадії докорінних соціальних змін або переживає політичну кризу. У цілому це соціально-психологічне поняття, що означає морально-психологічний стан суспільної та індивідуальної свідомості, яке характеризується занепадом системи цінностей, ізоляцією людини від суспільства, розчаруванням у житті, протиріччям між цінностями, що проголошуються і неможливістю їх реалізації. Погляди Е. Дюркгейма були дуже популярними, а його концепція мала значний вплив на розвиток теорій сучасної суїцидології, хоча сьогодні є очевидним, що він переоцінював роль соціальних факторів, не приділяючи належної уваги індивідуальним причинам.

Багатьма сучасними дослідниками серед соціальних факторів на перший план висувається соціальна ізоляція, оскільки серед самогубців набагато частіше, ніж серед населення в цілому, зустрічаються розлучені, безробітні або самотні. Не можна не зауважити той факт, що будучи мікросоціально зумовленими, більшість суїцидальних дій спрямовані не на самознищення, а на відновлення порушених соціальних зв'язків з оточуючими. Це у першу чергу належить до суїцидальних дій підлітків, оскільки вони спрямовані зазвичай не проти своєї особистості, а проти оточення. У більшості випадків у підлітковому віці йдеться не про замах на самогубство, а лише про застосування суїцидальної техніки для досягнення тієї чи іншої несуїцидальної мети.

Таким чином, виділяються такі основні концепції суїцидальної поведінки: біологічна,

психопатологічна, психологічна і соціальна. Кожна з них по-своєму пояснює його причини.

3. Суїцидальна мотивація

Зовнішні та внутрішні умови полегшують виникнення суїцидальної поведінки, але не визначають її. Дійсними причинами, що «запускають» суїцид, є внутрішні мотиви.

Нерідко суїцидальна мотивація має форму емоційного відгуку на кризову ситуацію. Типовими кризовими подіями, з якими стикається особистість, є втрата близької людини, розлучення або розлука. Втрата роботи або здоров'я, загроза кримінального покарання або викриття також сприяють виникненню суїцидальної поведінки. Іноді подібні реакції виникають після великих успіхів – просуванням по службі, різким зростанням відповідальності, досягненням заповітної мети і т. п.

У різних ситуаціях можуть діяти різні мотиви суїцидальної поведінки: протест, помста, заклик про допомогу, уникнення страждання, самопокарання, відмова від існування.

Наприклад, у суїцидальних спробах підлітків можна виділити такі спонукання. Це може бути сигнал дистресу: «Зауважте мене, я дуже потребую вашої допомоги». Також підліток може намагатися маніпулювати іншими, наприклад дівчинка приймає велику дозу пігулок, щоб змусити свого друга повернутися до неї. Інший варіант – прагнення покарати інших, можливо, сказати батькам: «Ви пошкодуєте, коли я помру». Реакція на почуття сильного сорому чи провини, прагнення уникнути зіткнення з надзвичайно хворобливою ситуацією, дія

ЛСД та інших наркотиків – все це приклади мотивуючих факторів.

Стресові ситуації актуалізують індивідуально забарвлені надважливі переживання (індивідуальні сенси), які можуть носити як стійко-особистісний, так і ситуаційний характер. А. Г. Амбрумова виділила шість типів непатологічних реакцій у дорослих людей з суїцидальною поведінкою:

- емоційний дисбаланс (наявність негативних афектів);
- песимізм (все погано, ситуація не має виходу, в майбутньому немає нічого хорошого);
- негативний баланс (раціональне критичне «підведення життєвих підсумків»);
- демобілізація (відмова від контактів і діяльності через почуття самотності і знехтування);
- опозиція (агресивна позиція із звинуваченнями на адресу оточуючих, що переходить в аутоагресивну, частіше за все демонстративну);
- дезорганізація (стан тривоги з вираженими соматовегетативними порушеннями).

Нерідко підкреслюється тісний зв'язок між суїцидом і любовним потягом. Смерть у цьому випадку може мати особливий сенс для люблячої людини – можливість возз'єднатися з коханим після смерті або знайти ту любов, на яку вона марно сподівалася за життя. При пристрасній закоханості суїцидальна поведінка є спробою відновити втрачений контроль над собою, зняти нестерпне напруження.

Сейр, аналізуючи почуття, що стоять за суїцидальними діями, виділив чотири основні причини самогубства:

- ізоляція (почуття, що тебе ніхто не розуміє, тобою ніхто не цікавиться);
- безпорадність (відчуття, що ти не можеш контролювати життя, все залежить не від тебе);
- безнадійність (коли майбутнє не віщує нічого хорошого);
- почуття власної незначущості (вражене почуття власної гідності, низька самооцінка, переживання некомпетентності, сором за себе).

Психоаналітична традиція дозволяє наблизитися до розуміння глибинних механізмів суїцидальної поведінки – його несвідомих мотивів. Давно помічено, що декларовані мотиви поведінки часто не відповідають її дійсним причинам. Психоаналітичні дослідження дозволяють розмежувати свідомі і несвідомі детермінанти суїцидальності.

Спочатку в психоаналізі була прийнята гіпотеза К. Абрахама та З. Фрейда, що пояснює суїцидальну поведінку як результат звернення агресії проти власної особистості внаслідок втрати певного об'єкта. У роботі «Сум і меланхолія» З. Фрейд розкриває динаміку самогубства через агресію до тієї частини Я, яка травмує (втрачений) об'єкт. Таким чином, Я розправляється з «поганими» внутрішніми об'єктами. Ця теорія містила одне важливе нововведення – визнання провідної ролі близької людини в динаміці суїцидальної поведінки.

Так, на втрату об'єкта (розчарування, розрив) людина, схильна до депресії, спочатку реагує ненавистю. Але в силу надзвичайної значущості об'єкта вона змушена захищатися від афекту. Захист здійснюється через регресію до оральних переживань

з фантазією про поглинання втраченого об'єкта. Тепер об'єкт врятовано завдяки ідентифікації з особистістю суб'єкта. Об'єкт став частиною своєї особистості. Ненависть, спочатку спрямована на втрачений об'єкт, звертається тепер проти власної персони. Розвивається важкий депресивний стан (меланхолія), наслідком якого і стає суїцид.

3. Фрейд зазначав, що розвиток суїцидальної поведінки по меланхолійному механізму можливий лише за двох умов:

- якщо була фіксація на оральній стадії;
- якщо існує амбівалентність об'єктних відносин.

У більш пізніх роботах З. Фрейда (з 1920 до 1923 р.) самогубство розглядається як прояв вродженого потягу до смерті. Суїцидальна поведінка має місце в тому випадку, якщо саморуйнівні імпульси значно переважають над імпульсами до самозбереження. На користь погляду на самогубство як перетворене вбивство говорять такі факти, як зниження самогубств під час війн, зниження їх рівня у країнах з високим рівнем вбивств, наприклад у Латинській Америці.

Розвиваючи ці ідеї, Меннінгер (1938) вказував, що у кожній суїцидальній дії можна виявити три тенденції:

- бажання вбити (спрямована назовні агресія);
- бажання бути вбитим (наслідок докорів совісті у зв'язку з першим бажанням);
- бажання померти – бути мертвим (потяг до смерті).

При цьому «бажання бути мертвим» передбачає не реальні наслідки смерті, а несвідомі фантазії про захищеність і спокій. Три тенденції проявляються у мотивах помсти, аутоагресії, догляду, «тимчасової смерті», самопокарання, символічного виконання сексуальних бажань та ін.

Оскільки крім потягу до смерті існує ще потяг до життя (що складається з сексуального потягу і потягу до самозбереження), суїцидальна дія разом з деструктивними містить також і конструктивні мотиви. Такими можуть бути: заклик до допомоги, пошук контакту, втеча від небезпеки, бажання паузи або віддалення. Таким чином, у кожній суїцидальній дії одночасно поєднуються протилежні наміри: агресія-аутоагресія, заклик-втеча.

Рінгель дійшов до найважливішого висновку, що суїцидальній дії передуює синдром, який складається з трьох компонентів. Це:

- інверсія агресії (звернення на себе);

- суїцидальні фантазії;

- звуження, викликане образами, розчаруваннями та невдачами, характеризує регресивну тенденцію розвитку (часткове повернення на попередні стадії) у результаті чого обмежуються внутрішні і зовнішні можливості розвитку, редукуються міжособистісні відносини, спотворюється об'єктивне сприйняття. Автор вважає, що в основі регресії лежить важка невротизація в дитинстві з переживанням «незахищеності».

Вбивство об'єкта чи агресія, звернена на себе, є не єдиними варіантами суїцидальної динаміки. Хендін зробив спробу дослідження відмінностей у мотивації

суїцидів мешканців трьох європейських країн. Він зауважив, що близько розташовані країни зі схожим рівнем життя – Данія, Швеція і Норвегія – суттєво відрізняються одна від одної за рівнем самогубств (на 100 тис. населення відповідно – 22; 22; 7). Він пояснив це відмінностями в культурі. Данці – пасивні, чутливі до розлуки, схильні придушувати агресію і викликати відчуття провини в інших. Шведи більш орієнтовані на досягнення, незалежність і строгий контроль своєї агресії, відносно рано відокремлюють дітей від матері. Норвежці – також заохочують незалежність, але вільніше виявляють емоції, менше орієнтовані на успіх і самопокарання при невдачі.

Відмінності у національному характері поєднуються з відмінностями в мотивації суїцидів. Для датчан характерний суїцид, пов'язаний із залежністю і втратою; для шведів – мотив фрустрації успіхів, для норвежців – почуття провини через агресивну (антисоціальну) поведінку. У зв'язку з цим Хендін розглядає почуття всемогутності і грандіозність домагань як важливі чинники суїцидальної динаміки. Наприклад, нарцисичне почуття всемогутності може підштовхнути до самогубства, щоб за його допомогою краще контролювати ситуацію, впливати на неї.

Іншою ознакою депресії і суїцидальної поведінки є порушення регуляції самооцінки. Основою для розвитку такої нарцисичної вразливості може бути:

– врання розлука з матір'ю у віці від шести місяців і супроводжуюча її анаклітична депресія (Р. Шпіц);

– відсутність прийняття та емоційного розуміння з боку матері в ранньому віці від 16 до 24 міс. (М. Маллер).

Це, у свою чергу, призводить до амбівалентності, агресивного примусу батьків, депресивного афекту. У дитини не формуються внутрішні психологічні структури, здатні регулювати самооцінку.

Отже, ще одним несвідомим механізмом формування суїцидальної поведінки може бути надмірна нарцисична потреба. Відомо, що нарцисизм пов'язаний з почуттям грандіозності і необхідністю отримувати підтвердження своєї цінності ззовні. Іншою стороною нарцисичної динаміки є переживання сорому, заздрості, порожнечі й неповноцінності. Об'єктивно несприятливі ситуації, пов'язані з невдачою, конфліктом, стресом, можуть посилити дані афекти до рівня їх нестерпності і появи суїцидальних намірів.

Відповідно до теорії нарцисизму, суїцидальна поведінка є компенсацією нарцисичної кризи за рахунок регресії до гармонійного первісного стану. Ця модель також успішно може використовуватися для пояснення інших форм девіантної поведінки (залежностей, втечі з будинку, бродяжництва). Таким чином, психоаналітичні концепції сприяють розумінню глибинної мотивації суїцидальної поведінки, яка сягає своїм корінням у ранні стосунки особистості з близькими людьми. Вплив сім'ї на подальшу поведінку особистості важко переоцінити.

З іншого боку, суїцидальна поведінка особистості є важким випробуванням для оточуючих.

Можна говорити про феномен, схожий з співзалежністю. Суїцид змінює життя всієї родини, робить її своїм заручником. Частина емоційних переживань людей, близьких суїциденту, короткочасна, інші тривають довгі роки, деякі – все життя. Кожен член сім'ї платить за це певну психологічну ціну. К. Лукас і Г. Сейген називають це угодою. Спостерігаються такі моделі небажаної поведінки у відповідь на самогубство близької людини:

- пошук тих людей, які можуть бути відповідальні за смерть того, хто наклав на себе руки
- замість прийняття події як особистої волі суїцидента;
- дотримання жалоби довгі роки – замість того, щоб продовжувати жити;
- переживання провини і самозвинувачення;
- соматизація – занурення у хворобу замість спонтанного вираження почуттів;
- самообмеження – відмова від радощів життя;
- втеча в роботу, в сексуальні зв'язки, в аддикцію – замість того, щоб визнати і висловити свої почуття;
- новий суїцид – «ти помер, помру і я».

Таким чином, близьких суїциденту людей переповнюють сильні почуття скорботи, провини і гніву, захищаючись від яких, вони самі починають вести себе аутодеструктивно. Таким чином, суїцидальна поведінка має складний комплексний характер: проявляється у різних формах (внутрішній і зовнішній), включає дві фази (переддиспозиційну і суїцидальну), має свої ознаки та способи прояву; для

кожного віку характерні різні причини виникнення суїцидів. Виділяючи психологічний аналіз як ведучий для роботи з конкретною особистістю, психологи, безсумнівно, повинні враховувати й інші важливі аспекти проблеми, такі, як соціальний, правовий, історичний, культурологічний, медичний, етичний. Уявлення щодо суїциду в культурі оточене величезною кількістю міфів. Усвідомлення їх може утримати людину, що знаходиться поруч з потенційним суїцидентом, від багатьох помилок.

4. Міфи та факти щодо суїциду

1. Міф: *кажучи про бажання покінчити з життям, людина просто намагається привернути до себе увагу.* Люди, які говорять про самогубство або здійснюють суїцидальну спробу, відчують сильний душевний біль. Вони намагаються довести це до відома інших людей. Не можна ігнорувати загрозу здійснення самогубства і уникати можливості обговорити існуючі труднощі.

2. Міф: *людина здійснює самогубство без попередження.* Дослідження показали, що людина дає багато застережливих знаків і «ключів» до розгадки її плану. Приблизно 8 з 10 людей, які задумали самогубство, натякають оточуючим на це.

3. Міф: *схильність до самогубства успадковується.* Схильність до самогубства не передається генетично.

4. Міф: *самогубства відбуваються тільки на верхніх рівнях суспільства – серед політиків, письменників, артистів тощо.* Відомо, що суїцид скоюють люди усіх соціальних груп. Кількість

самогубств на всіх рівнях суспільства приблизно однакова.

5. Міф: *усі суїциденти страждають психічними розладами.* Не всі люди, які вчиняють суїцид, психічно хворі. Людина, що задумала самогубство, відчуває безнадійність і безпорадність, не бачить виходу з труднощів і з хворобливого емоційного стану. Це зовсім не означає, що вона страждає певним психічним розладом.

6. Міф: *розмова про самогубство може посилити бажання людини піти з життя.* Розмова про самогубство не може спричинити його здійснення. Якщо не поговорити на цю тему, то неможливо буде визначити, чи є небезпека суїциду реальною. Часто відверта бесіда є першим кроком у попередженні самогубства.

7. Міф: *якщо людина скоїла суїцидальну спробу, значить, вона завжди буде суїцидальною особистістю, і в подальшому це обов'язково повториться.* Суїцидальна криза зазвичай носить тимчасовий характер, а не триває все життя. Якщо людина отримує допомогу (психологічну та іншу), то вона, найімовірніше, зможе вирішити проблеми і позбутися від думок про самогубство.

8. Міф: *люди, які задумали самогубство, просто не хочуть жити.* Переважна більшість людей з суїцидальними намірами коливаються у виборі між життям і смертю. Вони, скоріше, прагнуть позбутися нестерпного душевного болю, ніж дійсно хочуть померти.

9. Міф: *чоловіки намагаються покінчити життя самогубством частіше, ніж жінки.* Жінки

роблять суїцидальні спроби приблизно в 3 рази частіше, ніж чоловіки. Однак чоловіки вбивають себе приблизно в 3 рази частіше, ніж жінки, оскільки вибирають більш дієві способи, залишають мало можливостей для їх порятунку.

10. Міф: *всі дії під час суїцидальної спроби є імпульсивними, необдуманими і свідчать про відсутність плану.* Не завжди так відбувається. Більшість людей намагаються піти з життя попередньо обмірковуючи свої дії.

11. Міф: *людина може накласти на себе руки під впливом обставин навіть у хорошому настрої.* У хорошому настрої з життям не розлучаються, натомість депресивний стан, як правило, породжує думки про самогубство.

12. Міф: *не існує взаємозв'язку між суїцидом і наркоманією, токсикоманією, алкоголізмом.* Залежність від алкоголю, наркотиків, токсичних речовин є фактором ризику суїциду. Люди, що знаходяться в депресивному стані, часто використовують алкоголь і інші речовини, щоб впоратися з ситуацією. Це може призвести до імпульсивної поведінки, адже всі ці речовини спотворюють сприйняття дійсності і значно знижують здатність критично мислити.

13. Міф: *суїцид – рідкісне явище.* У Північній Америці суїцид входить до десяти основних причин смерті (для дитячого віку і юнацтва – це одна з двох основних причин смерті). Думки про самогубство приходять майже половині населення США. Суїцидальні спроби здійснює 1 з 250 людей. Фактично, кількість суїцидальних спроб може бути і

набагато більшою, адже деякі самогубства маскуються під нещасні випадки.

14. Міф: *якщо людина вже вирішила померти, її неможливо зупинити*. Більшість людей, що мають суїцидальні наміри, коливаються між бажанням жити і бажанням померти. Звернення за допомогою до близьких або фахівців вказують на цю амбівалентність і сподівання знайти інший вихід.

Питання для самоперевірки

1. Перерахуйте форми прояву суїцидальної поведінки. Поясніть ознаки можливого суїциду.
2. Поясніть психологічну концепцію суїциду. У чому різняться погляди вчених?
3. Охарактеризуйте причини самогубства за Сейром.
4. Поясніть гендерні особливості схильності до самогубства.

ФАКТОРИ І ТИПОЛОГІЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ.

1. *Концепції формування суїцидів.*
2. *Типологія суїцидів.*
3. *Вікові особливості суїцидальної поведінки.*

ВСТУП

Тема смерті пронизує все наше життя, актуалізуючись з віком. Для деяких людей вона набуває особливого значення. Суїцидальна поведінка на сьогодні є глобальною суспільною проблемою. Високий рівень самогубств у більшості розвинених країн світу ставить питання про причини виникнення цього явища і способах його превенції (попередження). Розгляд суїцидальної поведінки лише як об'єкта медико-психологічних та юридичних наук неминуче обмежує можливість докорінно зрозуміти все різноманіття негативних чинників, що лежать в основі цього явища. Зазвичай у розрахунок беруться лише індивідуальні поведінкові реакції індивіда на ті чи інші життєві обставини.

Суїцид як соціальне явище – стійкий статистичний факт. Найважливішим науково-практичним завданням є встановлення суїцидонебезпечних контингентів населення (груп суїцидального ризику) і суїцидонебезпечних зон. Виявлення та аналіз статистичного матеріалу, пов'язаного з суїцидами разом з іншими соціальними змінними може слугувати індикатором сприятливості соціальних умов, рівня соціальної напруженості і функціонування соціальних систем у цілому. Катастрофічне зростання самогубств в останні роки, а також деякі статистичні дані, наприклад, той факт, що самогубство найбільш характерно для кризових періодів життя людини (молодий і передпенсійний вік), свідчать про те, що вивчення суїцидальної статистики є вкрай важливим для стабілізації та управління демографічною ситуацією в країні.

1. Концепції формування суїцидів

Основні концепції, що пояснюють суїцидальну поведінку, можна умовно розділити на три групи: соціологічну, психопатологічну та соціально-психологічну.

У рамках *соціологічного підходу* декларується зв'язок між суїцидальною поведінкою і соціальними умовами. В основі подібних поглядів лежить вчення Е. Дюркгейма про «аномії» – порушення в ціннісно-нормативній системі товариств. Дюркгейм відзначав, що кількість самогубств у суспільстві визначається

«колективними уявленнями» як особливими фактами соціального життя, які визначають індивідуальні бачення світу (цінності, моральні норми). Наприклад, колективний зв'язок і згуртованість суспільства в цьому сенсі затримують самогубства. Коли згуртованість суспільства слабшає, індивід відходить від соціального життя і ставить свої особисті цілі вище прагнення до загального блага, що може стати причиною рішення піти з життя.

На самогубства інколи впливає політична ситуація, у тому числі війна. У 1866 р., коли вибухнула війна між Австрією та Італією, число самогубств в обох країнах знизилося на 14 %. Та ж тенденція спостерігалася і під час Другої світової. Навпаки, в мирний час армія є благодатним соціальним середовищем для самогубств, ймовірно, в силу атмосфери самозречення і знеособлення. Для всіх європейських країн встановлено, що схильність до самогубства у військових значно інтенсивніша, ніж у цивільних осіб того ж віку.

Відомо, що економічні кризи мають здатність посилювати схильність до самогубства. Співвідношення між економічним станом країни і відсотком самогубств є загальним законом. Наприклад, за раптовим збільшенням кількості банкрутств звичайно виникає зростання кількості самогубств.

Сучасні дослідники самогубства як соціального явища виділяють його як важливий фактор розвитку релігійної свідомості суспільства. Віра, особливо іслам, істотно знижує ймовірність суїцидальної поведінки. У релігійній етиці самогубство розцінюється як тяжкий гріх, що накладає моральну заборону на суїцидальну поведінку віруючої людини.

У християнських державах сьогодні спостерігається лібералізація суспільного ставлення до самогубств. Все більш серйозно обговорюється можливість евтаназії – добровільного полишення життя за допомогою лікаря. У 2002 р. в Голландії (вперше в історії людства) прийнято закон, що регулює евтаназію.

Істотним є і сімейний вплив. Так, наявність самогубств в історії сім'ї підвищує ризик виникнення суїциду. Крім того, особистісні особливості батьків, наприклад депресивність, можуть виступати фактором суїцидальної динаміки.

Психопатологічний підхід розглядає суїцид як прояв гострих або хронічних психічних розладів. Траплялися, але виявлялися безуспішними, спроби виділення самогубств в окрему нозологічну одиницю – суїцидоманію. Схожій позиції відповідає погляд на

суїцидальну поведінку як крайній стан. А. Є. Личко пише: «Суїцидальна поведінка у підлітків – це в основному проблема психіатрії в галузі вивчення психопатій і непсихотичних реактивних станів на тлі акцентуації характеру». За спостереженням автора, лише 5 % суїцидів та спроб припадає на психози, у той час як на психопатії – 20–30 %, а всі інші – на так звані підліткові кризи.

У цілому статистично достовірного зв'язку між суїцидальною поведінкою і конкретними психічними розладами не виявлено. Тим не менше, для деяких патологічних станів і розладів суїцидальний ризик вище, наприклад для гострого психотичного стану і для депресії. Депресія найбільш часто згадується у зв'язку з суїцидами, що визначає необхідність її більш пильного розгляду.

В діагностичному сенсі термін «депресія» позначає афективні порушення, присутні в широкому спектрі нозологічних одиниць з різною етіологією та клінічними проявами. Депресія переживається суб'єктивно як пригнічений настрій, як стан безнадії, безпорадності і провини. У міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду як ведучий синдром для діагностики депресії називається соматичний синдром. У конкретної людини не менше двох тижнів повинні виявлятися три і більше його ознаки:

- зниження інтересів або задоволення від діяльності, зазвичай приємної;
- відсутність реакції на діяльність (події), які в нормі її викликають;
- пробудження вранці за дві (або більше) години до звичайного часу;

- зовні виражена психомоторна загальмованість;
- помітне зниження (підвищення) апетиту;
- зниження ваги;
- помітне зниження лібідо;
- зниження енергії;
- підвищена стомлюваність.

Додатково до соматичних виділяються психологічні ознаки:

- зниження самооцінки;
- безпричинне відчуття самоосуду;
- надмірне й неадекватне відчуття провини;
- повторювані думки про смерть, суїцидальна поведінка;
- нерішучість.

Часто зустрічається симптом, що викликає у людини серйозне занепокоєння – порушення ясності або ефективності мислення, іноді настільки виражене, що може бути прийнято навіть за органічну деменцію. Депресивний стан, таким чином, крім суб'єктивно поганого настрою має виражені соматичні прояви, знижену самооцінку, порушення мислення.

Також існує хоча й неоднозначний, але взаємозв'язок між суїцидальною поведінкою і психічними розладами. Більшість авторів на сьогодні вважають, що суїцидальні дії можуть здійснювати як особи з психічними захворюваннями, так і здорові люди. У першому випадку мова повинна йти про прояви патології, що вимагають переважно медичного втручання. У другому випадку можна говорити про психічні відхилення практично здорової людини внаслідок психотравматичної ситуації, що потребує

надання термінової соціально-психологічної допомоги.

Соціально-психологічні концепції пояснюють суїцидальну поведінку соціально-психологічними та індивідуальними факторами. Перш за все, самогубства пов'язуються з втратою сенсу життя. В. Франкл вказував, що пов'язана з цим екзистенціальна тривога переживається як жах перед безнадією, відчуттям порожнечі і безглуздості, страхом провини й осуду.

А. Г. Амбрумова і ряд інших дослідників розцінюють суїцидальну поведінку як наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту. Соціально-психологічна дезадаптація, як невідповідність між організмом і середовищем, може проявлятися в різному ступені і в різних формах.

В умовах екстремальної ситуації різні особистості неоднаково перебудовують свою пристосувальну тактику поведінки. Найбільш стійкі з індивідів за рахунок психічної пластичності і резервів зберігають попередній загальний рівень адаптації. Інша група людей характеризується тимчасовим зниженням рівня, але без зламу основних напрямків адаптації. У цьому випадку дезадаптація носить лише кількісний характер, вона лімітована і не виходить за межі якісної визначеності адаптаційного процесу, тобто дезадаптація не призводить до хвороби, не породжує патологічних форм адаптації. У тих же випадках, коли екстремальні навантаження поєднуються з індивідуальними проблемами (наприклад, неврозами), ймовірність порушень значно

зростає. У таких випадках соціально-психологічна дезадаптація тягне за собою якісну трансформацію пристосувального процесу, прояву патологічних форм адаптації.

Об'єктивні причини і суб'єктивні переживання можуть не відповідати одні одному.

Е. Шнейдман пропонує розглядати суїцид з точки зору психологічних потреб. Відповідно до його теорії, суїцидальна поведінка визначається двома ключовими моментами: душевним болем, який виявляється сильнішим усього іншого, станом фрустрації чи спотворенням найбільш значущої потреби особистості.

У рамках соціально-психологічного підходу також широко представлені роботи, які вивчають зв'язок між особистісними особливостями і суїцидальною поведінкою. Поширена думка, що тип девіації, наприклад насильницька чи самодеструктивна, визначається складом особистості.

Н. В. Конанчук, В. К. Мягер виділили три основні властивості, притаманні для суїцидента:

- підвищена напруженість у сфері потреб;
- підвищена потреба в емоційній близькості у значущих відносинах;
- низька фрустраційна толерантність і слабка здатність до компенсацій.

Підсумовуючи дані, отримані різними авторами, можна уявити узагальнений психологічний портрет суїцидента. Для нього характерна як занижена самооцінка, так і висока потреба в самореалізації. Це сенситивна, емпатійна людина зі зниженою здатністю переносити біль. Її відрізняють висока тривожність і

песимізм, тенденція до самозвинувачення і схильність до звуженого (дихотомічного) мислення. Також відзначаються труднощі вольового зусилля і тенденція уникнення вирішення проблем. Варто підкреслити, що наведений портрет прямо протилежний характеристиці антисоціальної особистості.

Огляд теорій, що проливають світло на детермінацію і характер суїцидальної поведінки, дозволяє зробити висновок про складність цього явища. Проте можна виділити деякі чинники ризику суїцидальної поведінки особистості:

- попередні спроби суїциду (даної людини);
- сімейна історія суїциду;
- кризова ситуація (невиліковна хвороба, смерть близької людини, безробіття і фінансові проблеми, розлучення);
- сімейний фактор (депресивність батьків, дитячі травми, хронічні конфлікти, дисгармонічне виховання);
- емоційні порушення (перш за все депресія);
- психічні захворювання (алкоголізм, наркоманія, шизофренія);
- соціальне моделювання (демонстрація суїциду ЗМІ, їх зображення в літературних творах – «ефект Вертера»).

Крім того, виділяються такі групи ризику: молодь, люди похилого віку, сексуальні меншини, військовослужбовці, ветерани воєн і військових конфліктів, лікарі та представники деяких інших професій.

2. Типологія суїцидів

Суїциди плділяють на три основні групи: істинні, демонстративні і приховані.

Дійсний суїцид обумовлений бажанням померти, не буває спонтанним, хоча іноді і виглядає досить несподіваним. Такому суїциду завжди передують пригнічений настрій, депресивний стан або просто думки про відмову від життя. Причому оточуючі такий стан людини можуть не помічати. Іншою особливістю істинного суїциду є роздуми і переживання з приводу сенсу життя.

Демонстративний суїцид не пов'язаний з бажанням померти, а є способом звернути увагу на свої проблеми, покликати на допомогу, вести діалог. Це може бути і спроба своєрідного шантажу. Смертельний результат у цьому випадку є наслідком фатальної випадковості.

Прихований суїцид (непряме самогубство) – вид суїцидальної поведінки, що не відповідає його ознакам в строгому сенсі, але має ту ж спрямованість і результат. Це дії, що супроводжуються високою ймовірністю летального результату. Більшою мірою ця поведінка націлена на ризик, на гру зі смертю, ніж на відмову від життя. Такі люди обирають не відкрите завершення життя «за власним бажанням», а так звану суїцидально обумовлену поведінку. Це і ризиковане керування автомобілем, і заняття екстремальними видами спорту або небезпечним бізнесом, і добровільні відвідування гарячих точок, і вживання сильних наркотиків, і самоізоляція. У зв'язку з цим Е. Шнейдман розрізняє дві наступні особистісні характеристики: суїцидальність і летальність.

Суїцидальність означає індивідуальний ризик самогубства. *Летальність* пов'язана зі ступенем небезпеки людини для себе і взагалі її деструкцію поведінки.

Відмінності в класифікаціях видів суїцидальної поведінки відбивають різноманіття форм розглянутої реальності. А. Г. Амбрумова виділяє в основі самогубств істинні суїциди, а також спроби самогубства – незавершені суїциди.

І. Брукбенк говорить про суїцид як про навмисне самогубство і парасуїцид, як акт навмисного самоушкодження без смертельного результату. На думку А. Є. Личко, суїцидальна поведінка у підлітків буває демонстративною, афективною і істинною.

Е. Дюркгейм поділяв самогубства на види залежно від особливостей соціальних зв'язків індивіда. «Анемічне» самогубство відбувається в результаті важких розбіжностей між особистістю і оточуючим її середовищем. «Фаталістичне» самогубство має місце у випадку особистих трагедій, наприклад смерті близьких, втрати працездатності, нещасного кохання. «Альтруїстичне» самогубство виконується заради інших людей або заради високої мети. Нарешті, «Егоїстичне» самогубство, яке є втечею від несприятливих ситуацій – конфліктів, неприйнятних вимог.

В. А. Тихоненко, зважаючи на ступінь бажаності смерті, доповнив суїцидальну спробу декількома пов'язаними видами поведінки. По-перше, він виділяє демонстративно-шантажні аспекти суїцидальної поведінки, що мають за мету демонстрацію намірів померти. По-друге, автор говорить про самокаліцтво,

яке взагалі не супроводжується уявленнями про смерть і обмежується лише пошкодженням того чи іншого органу. По-третє, подібна поведінка може бути просто результатом нещасного випадку.

Таким чином, діагностика суїцидальної поведінки повинна ґрунтуватися на точній оцінці ступеня бажаності смерті.

Суїцидальна поведінка, як правило, супроводжується стресогенним характером життєвої ситуації і фрустрацією провідних потреб. Для суїцидента характерні: нестерпність страждань, пошук виходу з ситуації, переживання безнадійності ситуації і власної безпорадності, аутоагресія, амбівалентне ставлення особистості до суїциду, спотворення сприймання реальності – зацикленість на проблемі, «тунельний зір». Все це призводить до звуження вибору до втечі в «суїцид». При цьому суїцидальна поведінка, як правило, відповідає загальному стилю життя і особистісним установкам. Таким чином, суїциди поділяють на істинні, демонстративні і приховані. Незважаючи на очевидну унікальність кожного випадку, самогубства мають ряд загальних характеристик. Суїцидальна поведінка супроводжується стресогенним характером життєвої ситуації і фрустрацією провідних потреб. Вона відповідає загальному стилю життя і особистісним установкам людини.

3. Вікові особливості суїцидальної поведінки

Вік істотно впливає на особливості суїцидальної поведінки. Наприклад, кризові періоди життя, такі як

юність або початок старості, характеризуються підвищенням суїцидальної готовності.

Суїцидальна поведінка в дитячому віці носить характер ситуаційно-особистісних реакцій, тобто пов'язана не з самим бажанням померти, а з прагненням уникнути стресових ситуацій або покарання. Більшість дослідників відзначає, що суїцидальна поведінка у дітей до 13 років – рідкісне явище, і тільки з 14–15-річного віку суїцидальна активність різко зростає, досягаючи максимуму до 16–19 років. Більшість авторів вважають, що концепція смерті у дитини наближається до адекватної лише до 11–14 років, після чого дитина може по-справжньому усвідомлювати реальність і незворотність смерті. Маленька дитина швидше фантазує з приводу смерті, погано розуміючи відмінності між живими і померлими. І тільки ближче до підліткового віку смерть починає сприйматися як реальне явище, хоч і заперечується, здається малоймовірною для себе. Отже, терміни «суїцид» і «суїцидальна поведінка» в строгому сенсі для раннього віку малоприйнятні.

Мотиви, якими діти пояснюють свою поведінку, здаються несерйозними і швидкоплинними. Для дітей характерні вразливість, сугестивність, низька критичність до своєї поведінки, коливання настрою, імпульсивність, здатність яскраво відчувати і переживати. Самогубство у дитячому віці обумовлюється гнівом, страхом, бажанням покарати себе або інших. Нерідко суїцидальна поведінка поєднується з іншими поведінковими проблемами, наприклад прогулами школи або конфліктами.

Виникненню суїцидальної поведінки також сприяють тривожні і депресивні стани. Ознаками депресії у дітей можуть бути: сум, невластиве дітям безсилля, порушення сну і апетиту, зниження ваги і соматичні скарги, страх невдачі і зниження інтересу до навчання, почуття неповноцінності або покинутості, надмірна самокритичність, замкнутість, занепокоєння, агресивність і низька стійкість до фрустрації.

Дещо іншу картину суїцидальної поведінки ми спостерігаємо в підлітковому віці. Серед підлітків спроби самогубства зустрічаються значно частіше, ніж у дітей, і лише деякі з них досягають своєї мети. Частота завершених суїцидів підлітків не перевищує 1 % від усіх суїцидальних дій. Суїцидальна поведінка в цьому віці частіше має демонстративний характер, в тому числі – шантаж. А. Є. Личко зазначає, що лише у 10 % підлітків є справжнє бажання покінчити з собою (замах на самогубство), у 90 % – це крик про необхідність допомоги. Б. Н. Алмазов, обстеживши групу підлітків 14–18 років, які умисно завдали собі порізи, встановив, що тільки 4 % з них у момент самопошкодження мали думки суїцидального змісту. Більшість же ексцесів були вчинені після сварки з однолітками, а також як бравада або обряд «братання». А. Є. Личко, А. А. Александров, провівши обстеження групи підлітків у віці 14–18 років, прийшли до висновку, що у 49 % суїцидальні дії були здійснені на тлі гострої афективної реакції. У групі підлітків також дещо зростає роль психічних розладів, наприклад депресії. До «дитячих» ознак депресії приєднуються почуття нудьги і втоми, фіксація уваги

на дрібницях, схильність до бунту і непослух, зловживання алкоголем і наркотиками.

У цілому можна говорити про значний вплив на суїцидальну поведінку підлітків міжособистісних відносин з однолітками і батьками. На думку Л. Я. Жезлового, в передпубертатному віці переважають «сімейні» проблеми, а в пубертатному – «сексуальні» і «любовні».

Іншим надзвичайно важливим фактором, але відносно маловивченим, виступає вплив підліткової субкультури. Після 14 років суїцидальна поведінка проявляється приблизно однаково часто і у дівчат, і у хлопців. У молодому віці суїцидальна поведінка переважно пов'язана з інтимно-особистісними відносинами, наприклад нещасною любов'ю. Молоді люди схильні до депресії. Ступінь депресії часто є показником серйозності суїцидальної загрози.

Дослідження показали, що найбільша кількість завершених самогубств відбувається в період від 40 до 65 років. Рівень самогубств вище серед чоловіків. Типовими стресорами зрілого віку є ситуація розлучення, втрата близької людини, звільнення з роботи, фінансова криза, смерть у родині.

Літній вік супроводжується такими серйозними соціально-психологічними проблемами, як самотність, закінчення професійної діяльності, втрата можливостей, відокремлення від сім'ї і друзів і т.д. Депресія у літніх людей характеризується почуттям втоми, фатальністю і безнадією. Безнадія проявляється в стійкому бажанні померти. Через низку причин літній вік є одним з найбільш схильних до суїцидальної поведінки.

Питання для самоперевірки

1. Концепції суїцидальної поведінки.
2. Основні типи суїцидів.
3. Особливості суїцидальної поведінки у людей різного віку.

ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ПСИХОЛОГІЇ ГОРЯ І ВТРАТИ: ВИДИ, ФЕНОМЕНОЛОГІЯ, ДИНАМІКА

1. *Горе як процес. Стадії переживання.*
2. *«Нормальне» та «патологічне» горе.*
3. *Завдання горя.*
4. *Розлучення як варіант ситуації гострого горя.*

ВСТУП

Кожна психотравмуюча подія супроводжується своєрідною втратою (колишнього способу життя, майна). Реакцію горя спостерігаємо тоді, коли має місце загибель друзів, рідних і близьких. А з втратою близької людини неминуче стикається кожен.

Реакції горя включають в себе широкий спектр клінічних, емоційних і поведінкових проявів. З огляду на складність подібних переживань і необхідність взаємодії з людьми, що опинилися в подібних ситуаціях, знання динаміки реакцій людського горя є дуже важливими.

Для людини, що горює, характерні такі ознаки, як виникнення нападів фізичного дискомфорту (спазми в горлі, задуха, прискорене дихання, зниження м'язового тону і т.д.) і суб'єктивного страждання (душевний біль). У цій ситуації ми спостерігаємо, що людина, яка переживає горе, може бути поглинена думками про померлого або про свою власну смерть. Можливі легкі зміни свідомості – відчуття нереальності того, що трапилося, самотності, відгородженості від оточуючих. Процес подолання горя проходить стадії, які є універсальними для всіх людей. Гостре горе (близько 3–4 місяців) – фаза шоку, фаза реакцій (фаза заперечення, пошуку, фаза агресії, провини, фаза депресії, страждання і дезорганізації). Стадія відновлення (близько 1 року) – фаза «залишкових поштовхів» і реорганізації, фаза завершення.

1. Горе як процес. Стадії переживання

Горе (реакції горя) виникає природним чином у житті людей і пов'язане з будь-якої втратою: смертю близької людини, розлученням, тривалою розлукою, важкою операцією на тілі і т. п.

Синдром втрати (інша назва горя) – це сильні емоції. Втрата може бути тимчасовою (розлука) або постійною (смерть), реальною чи уявною, фізичною або психологічною.

Горе – це також досить тривалий процес, за допомогою якого людина взаємодіє, працює з болем втрати, знову знаходячи і відроджуючи почуття рівноваги і повноти життя. Пережити втрату в психологічному сенсі означає дозволити горю

«зробити його роботу», а не притупити гостроту душевних переживань. Процес скорботи, оплакування не є якоюсь неадекватною реакцією, від якої треба вберегти людину. З гуманістичних позицій такий процес прийнятний і необхідний – це дуже важке психічне навантаження, що змушує страждати. Страждання і скорботу не можна зупинити, вони повинні тривати стільки, скільки необхідно. Хоча емоцією, що переважає при втраті, є печаль, тут також присутні емоції страху, гніву, провини і сорому.

Існує ряд теорій, що пояснюють, чому люди відчувають такі сильні емоції після тяжкої втрати. Психодинамічна модель, розроблена на основі праць З. Фрейда і його послідовників, є однією з найвпливовіших в поясненні наслідків тяжкої втрати. Згідно з даною моделлю, формування перших і найбільш

важливих відносин відбувається в перші роки життя, коли виникає прихильність до людей, які забезпечують догляд та турботу, найчастіше до батьків. Пізніше людина витрачає свою емоційну і фізичну енергію на спроби знайти ще когось, хто зможе її зрозуміти, дати те, чого їй не вистачало в дитинстві, встановити близькі стосунки. Тому, коли помирає хтось близький, людина відчуває себе знедоленою. В емоційному сенсі вона відчуває, що ніби «відрізали» її частину, це дуже болісно.

Горе втрати характеризується такими проявами:

На перший план виступає фізичне страждання у вигляді періодичних нападів тривалістю від декількох хвилин до години, під час яких спостерігаються спазми в горлі, напади задухи, прискорене дихання і постійна потреба зітхнути. Згодом постійні зітхання зберігаються тривалий час і знову стають особливо помітними, якщо людина згадує або розповідає про своє страждання. Відзначають відчуття порожнечі в животі, втрату апетиту, м'язової сили, найменший рух стає вкрай обтяжливим і майже неможливим, від незначного фізичного навантаження виникає цілковита знемога. На тлі цих тілесних ознак людина відчуває психічні страждання у вигляді емоційної напруги або душевного болю. Відзначаються зміни ясності свідомості: виникає легке відчуття нереальності і того, що емоційна дистанція, яка відділяє людину від інших, зростає.

Поринання в образ втрати. На тлі почуття нереальності можуть виникати зорові, слухові або

поєднанні ілюзії. Люди, які переживають горе, нерідко повідомляють, що чують кроки померлого, зустрічають його скороминучий образ у натовпі, відчують знайомі запахи та ін. Такі стани відрізняються сильним емоційним залученням, під впливом якого може зникати межа між переживанням і реальністю.

Почуття провини. Людина намагається відшукати в попередніх втратах події і вчинки того, чого вона не зробила для померлого. Найменші помилки і неуважність перебільшуються і сприяють розвитку самозвинувачення.

Ворожі реакції. У відносинах з людьми знижується або зникає симпатія, втрачається звичайна теплота і природність, людина говорить про те, що відбувається роздратовано або ж висловлює бажання, щоб її не турбували. Ворожість іноді виникає спонтанно і незрозуміло для тих, хто переживає горе. Деякі сприймають її як початок божевілля. Інші намагаються контролювати спалахи гніву, що не завжди вдається. Постійні спроби тримати себе в руках призводять до особливої манерної і натягнутої форми спілкування.

Втрата колишніх природних, звичних моделей поведінки. Вчинки стають некерованими, відзначається квапливість, метушливість, людина стає непосидючою або здійснює хаотичні дії в пошуках будь-якого заняття, або ж виявляється абсолютно нездатною до найпростішої організованої діяльності. Згодом вона ніби знову освоює коло повсякденних справ і обов'язків. Людині, що горює, дуже часто доводиться ніби заново «вчитися» їх

робити, долаючи переживання відсутності сенсу в будь-яких діях після того, що сталося.

Ідентифікація з втратою. У висловлюваннях і вчинках людини з'являються риси поведінки померлого або ознаки його передсмертного захворювання. Як правило, ідентифікація з втратою стає наслідком того, що особа пропускає через себе образ померлого.

Виділяють сфери життєдіяльності людини, в яких процес горювання можна відстежити досить чітко. Існують такі комплекси симптомів горя:

- емоційний комплекс – печаль, гнів, тривога, безпорадність, байдужість;
- когнітивний комплекс – нав'язливі думки, зневіра, відчуття присутності померлого;
- поведінковий комплекс – порушення сну, безглузда поведінка, уникнення речей і місць, пов'язаних з померлим, фетишизм, надмірна активність, відхід від соціальних контактів, втрата інтересів;
- можливі комплекси фізичних відчуттів і алкоголізація як пошук комфорту.

У часі становлення горя простежується динаміка, виділяється проходження ряду етапів, коли людина здійснює «роботу горя». Мета «роботи горя» полягає в тому, щоб пережити його, стати незалежною від втрати, пристосуватися до життя, що змінилося і вибудовувати нові взаємини з людьми і світом.

Процес переживання горя проходить через кілька стадій: 1. Початкова стадія горя. Опрацьовуючи дані, отримані різними авторами, можна уявити

якийсь узагальнений психологічний портрет суїцидента. Для нього характерна як занижена самооцінка, так і висока потреба в самореалізації. Це шок і заціпеніння. Шок від перенесеної втрати і відмова повірити в реальність того, що сталося. Це може тривати до декількох тижнів, у середньому 7–9 днів. Фізичний стан людини, що переживає горе, погіршується: звичайними є втрата апетиту, сексуального потягу, м'язова слабкість, сповільненість реакцій. Те, що відбувається переживається людиною як нереальне. Людина в стані шоку може робити щось дійсно необхідне, пов'язане з організацією похорону, або ж її активність може бути безладною. Буває і повна відчуженість від того, що відбувається, бездіяльність. Почуття з приводу того, що сталося майже не виражаються; людина в стані шоку може здаватися байдужою до всього.

Заціпеніння. Підсумовуючи дані, отримані різними авторами, можна уявити якийсь узагальнений психологічний портрет суїцидента. Для нього характерна як занижена самооцінка, так і висока потреба в самореалізації. Це найбільш яскрава риса цього стану.

Часто людина в цій фазі відчуває себе цілком нормально. Вона не страждає, знижується чутливість до болю і навіть «проходять» турбуючі захворювання. Людина настільки нічого не відчуває, що навіть рада була б відчути хоч що-небудь. Її бездушність розцінюється оточуючими як недостатність любові і егоїзм. Від людини, що горює, потрібне бурхливе вираження емоцій, якщо ж людина не може заплакати, їй дорікають і звинувачують. Тим часом, саме така «нечутливість» свідчить про тяжкість і глибину

переживань. І чим довше триває цей проміжок часу, тим довшими за тривалістю і важчими будуть наслідки.

Незважаючи на все оманливе зовнішнє благополуччя, об'єктивно людина знаходиться в досить важкому стані. Одна з небезпек полягає в тому, що в будь-яку хвилину він, стан, може змінитися так званим гострим реактивним станом, коли людина раптом стає «буйною» і становить небезпеку. Навколишні, чия пильність приспана, не завжди готові до цього.

Передбачається, що комплекс шоківих реакцій тісно пов'язаний з роботою механізмів психологічного захисту: заперечення факту або значення смерті охороняє людину, що перенесла втрату, від різкого зіткнення з жахом події. Шок залишає людину в той час, коли померлий був ще живий.

Справжнє супроводжується так званими дереалізаційними і деперсоналізаційними відчуттями («Це відбувається не зі мною», «Наче це відбувається в кіно»). Людина зосереджена на якихось дрібних турботах і подіях, які пов'язані з втратою, або вона психологічно залишається в минулому, заперечуючи реальність; у такому випадку вона і справляє враження приголомшеної або сонної: майже не реагує на зовнішні стимули чи постійно повторює будь-які дії. Часто на зміну шоківій реакції приходить відчуття злості. Злість виникає як емоційна специфічна реакція на перешкоду в задоволенні потреби, у даному випадку – потреби залишитися в минулому разом з померлим. Будь-які зовнішні стимули, які повертають

людину в даний момент, можуть провокувати це почуття. Злість також свідчить про глибину отриманої психологічної травми. Це обумовлено різкою фрустрацією: неможливістю здійснення планів, бажань, пов'язаних з померлим.

Стадія пошуку. Підсумовуючи дані, отримані різними авторами, можна уявити якийсь узагальнений психологічний портрет суїцидента. Для нього характерна як занижена самооцінка, так і висока потреба в самореалізації. Це характеризується прагненням повернути померлого і заперечити безповоротність втрати. Людині, яка зазнала втрату, часто здається, що вона бачить померлого в натовпі на вулиці, чує його кроки в сусідній кімнаті і т. п. Оскільки більшість людей, навіть відчуючи дуже глибоке горе, зберігають зв'язок з реальністю, подібні ілюзії можуть лякати, викликати думки про божевілля. З іншого боку, сильна віра в чудо, що не зникає, надія «якимось чином повернути померлого», і скорботний «зустрічає» його або поводить ся так, як нібито той ось-ось з'явиться.

Перехід від стадії шоку до стадії пошуку поступовий; особливості стану і поведінки, характерні для цієї стадії, можна помітити на 5–12-й день після смерті близького. Деякі наслідки шоку можуть проявлятися ще досить довго.

Стадія гострого горя. Ця стадія триває до 6–7 тижнів з моменту втрати. Зберігаються і спочатку можуть посилюватися фізичні симптоми: утруднене дихання, м'язова слабкість, фізична втома навіть при відсутності реальної активності, підвищена

виснаженість, відчуття порожнечі в шлунку, стиснення в грудях, клубок у горлі, підвищена чутливість до запахів, зниження або незвичайне посилення апетиту, сексуальні дисфункції, порушення сну. У цей час людині буває важко утримати свою увагу в зовнішньому світі, реальність неначе покрита прозорою плівкою, вуаллю, крізь яку часто-густо пробивається відчуття присутності померлого.

Це період найбільших страждань, гострого душевного болю. З'являється безліч важких, іноді дивних і страшних думок і почуттів. Це відчуття порожнечі і безглуздості, відчай, відчуття покинутості, самотності, злість, вина, страх і тривога, безпорадність. Типовою є надзвичайна прив'язаність до образу померлого і його ідеалізація, уникнення спогадів про його погані риси і вчинки. Горе накладає відбиток і на відносини з оточуючими, може спостерігатися втрата теплоти, дратівливість, бажання усамітнитися. Змінюється повсякденна діяльність. Людині важко буває сконцентруватися на тому, що вона робить, важко довести справу до кінця, а складно організована діяльність може на якийсь час стати і зовсім недоступною. Часом виникає несвідоме ототожнення з померлим, що проявляється в мимовільному наслідуванні його ходи, жестів, міміки.

Робота з переживанням горя стає провідною діяльністю. Це найважчий період. Основним переживанням стає почуття провини. Стадію гострого горя вважають критичною. Людина поступово «йде» від померлого і з боєм переживає дійсне віддалення його образу. Розрив старого зв'язку з померлим і створення образу в пам'яті, образу минулого і зв'язку

з ним – основний зміст переживання горя в цей період.

Через 3–4 місяці починається цикл «добрих і поганих» днів. Підвищується дратівливість і знижується фрустраційна толерантність. Можливі прояви вербальної і фізичної агресії, відбувається зростання соматичних проблем, розвиваються хвороби застудного та інфекційного характеру через пригніченість імунної системи.

З настанням шестимісячного терміну починається депресія. Особливо тяжко даються свята, дні народження, річниці («Новий рік вперше без нього», «Весна вперше без нього», «День народження») або події повсякденного життя («Мене образили, а нікому поскаржитися», «На його ім'я надійшов лист»).

Стадія відновлення. Підсумовуючи дані, отримані різними авторами, можна уявити якийсь узагальнений психологічний портрет суїцидента. Для нього характерна як занижена самооцінка, так і висока потреба в самореалізації. Це починається днів через 40 після події і триває приблизно 1 рік. У цей період відновлюються фізіологічні функції, професійна діяльність. Настає поступове примирення з фактом втрати. Людина, як і раніше, переживає горе, але ці переживання вже набувають характеру окремих нападів, спочатку частих, потім все більш рідкісних. Звичайно, напади горя можуть бути дуже болючими. Людина вже живе нормальним життям і раптом знову повертається в стан туги, скорботи, відчуває відчуття безглуздості свого життя без минулого. Часто такі напади пов'язані зі святами, якимись пам'ятними

подіями, датами тощо. Підсумовуючи дані, отримані різними авторами, можна уявити якийсь узагальнений психологічний портрет суїцидента. Для нього характерна як занижена самооцінка, так і висока потреба в самореалізації. Це зв'язок з будь-якими ситуаціями, які можуть асоціюватися з померлим. Річниця смерті символічно обмежує період горя. Багато культур і релігій відводять на траур саме 1 рік, адже за рік людина проходить певний життєвий цикл, маркерами якого служать традиційні дати і події.

За цей період втрата поступово входить у життя. Людині доводиться вирішувати безліч нових завдань, і ці практичні завдання переплітаються з переживанням втрати. Вона дуже часто порівнює свої вчинки з моральними нормами померлого, з тим, «що б він сказав». Поступово з'являється все більше спогадів, звільнених від болю, почуття провини, образи. Деякі з таких спогадів стають особливо цінними, вони з часом переростають у цілі оповідання, якими діляться з близькими, друзями. На цій фазі людина немов отримує можливість відволіктися від минулого і звернутися до майбутнього.

Завершальна стадія. Настає приблизно через 1 рік. Біль стає більш звичним, стерпним, і особа, що пережила втрату близької людини, потроху повертається до колишнього життя. У цей період відбувається «емоційне прощання» з померлим, усвідомлення того, що немає необхідності наповнювати болем втрати все життя. Зі словникового запасу зникають слова «важка втрата» та «горе». Завершення переживання горя можуть ускладнювати деякі культурні норми і особисті

переконавання (наприклад, переконавання жінки, чоловік якої загинув на війні, що вона повинна зберігати йому вірність і сумувати за ним до кінця своїх днів). Створити в пам'яті образ того, хто пішов з життя, знайти для нього сенс і постійне місце в потоці життя – ось основна мета психологічної роботи на цій стадії. І тоді людина, яка зазнала втрату, зможе любити тих, хто живе поруч з нею, створювати нові сенси, не відмовляючись від тих, що були пов'язані з померлим: вони залишаються в минулому.

Хоча сама послідовність стадій переживання втрати типова, ці етапи не виникають суворо один за одним і часто перетинаються. Переживання горя є індивідуальним процесом, і характерні ознаки етапів можуть співіснувати в різних поєднаннях, створюючи унікальні можливості для позитивних змін.

2. «Нормальне» та «патологічне» горе

Хоча втрати і є невід'ємною частиною життя, проте важкі втрати порушують особистісні кордони та руйнують уявні ілюзії контролю і безпеки. Тому процес переживання горя може трансформуватися в розвиток різних хвороб: людина неначе «застряє» на певній стадії синдрому втрати. Найчастіше такі зупинки відбуваються на гострій стадії: посилюються і зберігаються протягом тривалого часу симптоми, характерні цьому періоду, їх комплекс відповідає посттравматичному стресовому розладу. Тому розрізняють «нормальне» і «патологічне» (ускладнене) горе.

До можливих причин «патологічного» горя належать такі:

- раптова або насильницька смерть, трагічна загибель близької людини;
- самогубство;
- конфлікт з людиною безпосередньо перед її смертю, образи, які не були пробачені, які завдавали їй страждання, призводили до засмучення;
- трагічні ситуації невизначеності (коли близька людина зникла і немає відомостей про неї, її не поховано);
- померлий відігравав виняткову роль у житті людини, був для неї метою і сенсом життя, при цьому відносини з іншими людьми відрізнялися конфліктністю або були зведені до мінімуму;
- страх перед інтенсивними переживаннями, які здаються неконтрольованими і нескінченними, зневіра в здатність подолати їх.

До симптомів «нормального» горя належать такі прояви:

- порушення сну;
- анорексія або втрата (придбання) ваги;
- дратівливість;
- погіршення концентрації уваги;
- втрата інтересу до новин, роботи, друзів та ін.
- пригніченість;
- апатія і відчуження, прагнення до усамітнення;
- плач;
- самозвинувачення;
- суїцидальні думки;
- соматичні симптоми;
- почуття втоми;

- часте застосування медикаментів – снодійних та (або) заспокійливих;

- галюцинації, ототожнення з померлим або відчуття його присутності.

До симптомів «патологічного» горя належать такі прояви:

- тривале переживання горя (кілька років);

- затримка реакції на смерть близької людини

відсутні прояви страждань протягом 2 і більше тижнів);

- сильна депресія, що супроводжується безсонням, почуття самознищення, напруга, грікі докори на свою адресу і необхідність самобичування;

- поява хвороб психосоматичного характеру, таких як виразковий коліт, ревматичний артрит, астма. Нерідко буває ослаблення чутливості і т. д.;

- іпохондрія: розвиток симптомів, від яких страждав померлий;

- надмірна активність: перенісши втрату, людина розпочинає проявляти бурхливу діяльність, не відчуваючи болу втрати;

- шалена ворожість, спрямована проти конкретних людей, яка часто супроводжується погрозами, проте хіба що на словах;

- неузгоджена з нормальним соціальним і економічним існуванням поведінка; ймовірною є повна зміна стилю життя;

- стійкий брак ініціативи або спонукань, нерухомість;

- послабленість прояву емоції, нездатність відчувати;

- раптові переходи від страждань до задоволення за короткий проміжок часу, можливе обмірковування суїцидальних планів;

- зміни у ставленні до друзів і родичів; дратівливість, небажання набридати, відхід від соціальної активності; прогресуюча ізольованість;

- розмови про суїцид, як про можливість зустрічі з померлим, про бажання з усім покінчити;

- інші, не зазначені вище симптоми, характерні для посттравматичного стресового розладу.

Треба зазначити, що при вкрай сильних переживаннях горя ці прояви можуть навіть стати причиною хвороби і смерті людини, яка його (горе) переживає.

Необхідно проявляти обережність, визначаючи «патологічне» горе засновуючись тільки на його тривалості. Індивідуальні темпи переживання горя дуже різні, і навіть через рік після втрати воно може бути ще не завершеним. Але якщо минуло кілька років, а ознаки горя все ще істотно заважають, тоді це вказує на ускладнене горе. Воно зустрічається у 10–15 % людей.

Існує кілька форм ускладненого синдрому втрати:

Хронічне горе. Серед ознак відзначається переважна туга за людиною, з якою існував тісний емоційний зв'язок. Навіть через багато років найменше нагадування про втрату викликає інтенсивні переживання.

Конфліктне (перебільшене) горе. Одна або кілька ознак втрати спотворюються або надмірно

посилюються – перш за все, почуття провини і гніву, що утворюють коло контрастних переживань і затримують плин гострого періоду. Виходу з цього може бути досягнуто через ейфорійність стану, що переходить у довготривалу депресію зі самозвинуваченням.

Пригнічене горе. Прояви горя є або незначними, або повністю відсутні. Замість них з'являються соматичні скарги, ознаки хвороби, що відзначалися в померлого, з подальшим розвитком тривалої іпохондрії. Наприклад, описуються стани «кластерного головного болю», який може тривати протягом декількох місяців і складатися з безлічі окремих нападів. Усвідомлення їх зв'язку з втратою відсутнє.

Несподіване горе. Раптовість робить майже неможливим прийняття втрати. Переважає інтенсивне почуття тривоги, самозвинувачення і депресії, яке ускладнює повсякденне життя. Дуже характерною ознакою є виникнення думок про самогубство, його планування.

Відстроковане горе. Його переживання «відкладається» на тривалий час. Відразу після втрати з'являються емоційні прояви, але потім «робота горя» призупиняється. Надалі нова втрата або нагадування про колишню, запускають механізм переживання. Відвідуючи лікаря, людина неодноразово говорить про втрату. Вдома не бажає що-небудь змінювати, розлучатися з цінними речами або, навпаки, прагне повністю змінити життя (умови, квартиру, іноді – місто).

Відсутнє горе. Відсутні будь-які зовнішні прояви, наче втрати не було взагалі. Людина повністю заперечує її або залишається в стані шоку.

У деяких випадках переживання горя, в тому числі і ускладненого, може посилюватися приєднанням ознак ПТСР, наприклад, у надзвичайних умовах стихійних лих, військових дій або їх наслідків.

3. Завдання горя

Останнім часом широкого поширення набув новий погляд на роботу з синдромом втрати, запропонований Дж. Ворденом. Ця концепція ефективна для діагностики і роботи з актуальним горем, а також якщо доводиться мати справу з почуттями втрати, які не були конструктивно пережитими багато років тому. Зазвичай це виявляється під час терапії, розпочатої із зовсім іншого приводу.

Дж. Ворденом був запропонований варіант опису реакції втрати не за стадіями або фазами, а через чотири завдання, які повинні бути виконані людиною при нормальному перебігу процесу. Ці завдання схожі з тими, які вирішує дитина у міру того, як дорослішає і відділяється від матері.

Хоча форми перебігу синдрому втрати і їх прояви дуже індивідуальні, однак незмінність змісту процесу дозволяє виділити ті універсальні кроки, які повинна зробити людина, що переживає горе, щоб повернутися до нормального життя, і на виконання яких повинна бути спрямована увага терапевта. Завдання втрати незмінні, оскільки обумовлені самим процесом, а форми і способи їх вирішення індивідуальні і залежать від особистісних і соціальних

особливостей людини. Чотири завдання втрати вирішуються суб'єктом послідовно. Якщо завдання не будуть вирішені, горе не буде розвиватися далі і наближатися до завершення, а отже, можуть виникнути проблеми у зв'язку з цим навіть через багато років.

Реакція втрати може блокуватися на будь-якій з стадій, і за цим може ховатися різний рівень патології. Зупинка реакції на етапі вирішення кожного із завдань має певну симптоматику.

Перше завдання горя – визнання факту втрати. Коли хтось помирає, навіть у випадку очікуваної смерті, нормальним є виникнення почуття, ніби нічого не сталося. Тому, перш за все, потрібно визнати факт втрати, усвідомити, що кохана людина померла, пішла і ніколи не повернеться. У цей період, так само як дитина, що загубилася, шукає матір, людина машинально намагається ввійти в контакт з померлим – машинально набирає його телефонний номер, «бачить» його серед перехожих на вулиці і т. д. Це поведінка «пошуку» направлена на відновлення зв'язку. У нормі ця поведінка повинна змінюватися поведінкою, спрямованою на відмову від зв'язку з померлим. Людина, яка робить зазначені вище дії, в нормі зупиняється і говорить собі: «Що я роблю, адже він помер, схаменись!». Нерідко зустрічається протилежна поведінка – заперечення події. Якщо людина не долає заперечення, тоді «робота горя» блокується на найраніших етапах. Заперечення може використовуватися на різних рівнях і набувати різні форми, але, як правило,

містить у собі або заперечення факту втрати, або її значущості, або незворотності.

Заперечення факту втрати може коливатися від легкого розладу до важких психотичних форм, коли людина проводить кілька днів у квартирі з померлим, перш ніж усвідомлює, що він помер.

Найчастіше зустрічається і менш патологічна форма прояву заперечення, яка була названа «муміфікацією». У таких випадках людина зберігає все так, як було при померлому, щоб весь час бути готовим до його повернення. Це нормально, якщо триває недовго, таким чином створюється свого роду «буфер», який повинен пом'якшити найважчий етап переживання і пристосування до втрати. Але якщо така поведінка розтягується на роки, переживання горя зупиняється і людина відмовляється визнати ті зміни, які відбулися в її житті, «зберігаючи все, як було», і не рухаючись з місця в своєму горі, – це прояв заперечення. Ще більш легка форма заперечення, коли людина «бачить» померлого в кому-небудь іншому, наприклад, вдова бачить чоловіка в своєму онукові.

Інший спосіб, за допомогою якого люди уникають реальності втрати, – заперечення значущості втрати. У цьому випадку вони говорять щось на кшталт: «Ми не були близькі», «Він був поганим батьком» або «Я за ним не сумую». Іноді люди поспішно прибирають всі особисті речі покійного, все, що може про нього нагадати, – це поведінка, протилежна муміфікації. Таким способом, переживши втрату, люди оберігають себе від того, щоб зіткнутися віч-на-віч з реальністю втрати. Ті, хто

демонструє таку поведінку, належать до групи ризику розвитку патологічних реакцій втрати.

Інший прояв заперечення – «виборче забування». У цьому випадку людина забуває щось, що стосувалося покійного.

Третій спосіб уникнути усвідомлення втрати – заперечення незворотності втрати. Варіант цієї поведінки – захоплення спіритизмом. Ірраціональна надія знову возз'єднатися з померлим є нормальною в перші тижні після втрати, коли поведінка спрямована на відновлення зв'язку, але якщо ця надія стає стійкою, це ненормально. У релігійних людей така поведінка виглядає трохи інакше, оскільки в них інша картина світу. Тоді нормою буде критичне ставлення людини, що пережила втрату, до подій. Вона розуміє, що в цьому житті вже ніколи не буде разом з покійним і зможе возз'єднатися з ним, тільки проживши своє життя в цьому світі так, як її повинен прожити добрий християнин або добропорядний мусульманин.

Це очікування возз'єднання після смерті не потрібно руйнувати, оскільки воно входить у нормальну картину світу глибоко релігійних людей.

Друге завдання горя полягає в тому, щоб пережити біль втрати. Мається на увазі, що потрібно пережити всі складні почуття, які супроводжують втрату. Якщо людина в стані горя не може відчувати і прожити біль втрати, який є завжди, цей біль повинен бути виявлений і опрацьований за допомогою фахівця, інакше біль проявить себе в інших формах, наприклад, через психосоматику або розлади поведінки.

Реакції болю індивідуальні, і не всі відчують біль з однаковою інтенсивністю, силою. У людини, яка горює, часто порушується контакт не тільки зі зовнішньою реальністю, але і з внутрішніми переживаннями. Біль втрати відчувається не завжди, іноді втрата переживається як апатія, відсутність почуттів, але вона повинна обов'язково бути відпрацьована.

Виконання цього завдання ускладнюють оточуючі. Часто люди, які знаходяться поруч, відчувають дискомфорт від сильного болю і почуттів людини, що горює. Вони не знають, що з цим робити, і свідомо чи несвідомо повідомляють їй: «Ти не повинна сумувати». Це невисловлене побажання оточуючих часто вступає у взаємодію з власними психологічними захистами людини, яка пережила втрату, що призводить до заперечення необхідності або неминучості процесу горя. Іноді це навіть виражається такими словами: «Я не повинна за ним плакати» або: «Я не повинен сумувати», «Зараз не час сумувати». Тоді прояви горя блокуються, а через це не відбувається відреагування, і емоції не приходять до свого логічного завершення.

Уникнення виконання другого завдання досягається різними способами. Це може бути заперечення болю або інших болісних відчуттів. В інших випадках це може бути уникнення болісних думок. Наприклад, можуть допускатися тільки позитивні, «приємні» думки про померлого, аж до повної ідеалізації. Можливим є уникнення усіляких спогадів про покійного. Деякі люди починають з цією метою вживати алкоголь або наркотики. Інші

використовують «географічний спосіб» – безперервні подорожі або безперервну роботу з великою напругою, що не дозволяє замислитися про щось, крім повсякденних справ. Також існують випадки, коли реакцією на смерть є ейфорія. Зазвичай вона пов'язана з відмовою вірити в те, що смерть сталася, і супроводжується постійним відчуттям присутності покійного. Ці стани зазвичай нестійкі. Людям необхідно розв'язати цю важку задачу, відкрити і пережити біль. Його потрібно прожити, щоб не нести через все життя. Якщо цього не зробити, пізніше повертатися до цих переживань буде болісніше і важче, ніж якщо відразу пережити їх. Відстрочене переживання болю є важчим ще й тому, що якщо біль втрати переживається через значний час, людина вже не може отримати того співчуття і підтримки від оточуючих, які зазвичай виявляються відразу після втрати і які допомагають впоратися з горем.

Третє завдання, з яким повинна впоратися людина, – це організація оточення, де відчувається відсутність покійного. Коли людина втрачає близьку людину, вона втрачає не тільки об'єкт, якому були адресовані почуття і від якого почуття отримувала, вона позбавляється певного укладу життя.

Померла близька людина, яка брала участь у побуті, вимагала виконання якихось дій або певної поведінки, виконання будь-яких ролей, брала на себе частину обов'язків. І все це йде разом з нею. Ця порожнеча повинна бути заповнена, і життя необхідно організувати на новий лад.

Організація нового оточення означає різні речі для різних людей, залежно від тих взаємин, в яких

вони були з померлим, і від тих ролей, які померлий відігравав у їх житті. Людина в горі може цього і не усвідомлювати. Вона повинна набувати нові навички. Сім'я може надати підтримку в їх придбанні. Часто коли людина переживає горе, то виробляються нові способи подолання труднощів, що виникли, і перед нею відкриваються нові можливості, так що відбувається переформулювання факту втрати в щось, що має також позитивний сенс. Це частий варіант успішного завершення третього завдання.

Четверте завдання – це вибудувати нове ставлення до померлого і продовжувати жити. Вирішення цього четвертого завдання передбачає не забуття, не відсутність чи брак емоцій, а тільки їх перебудову. Емоційне ставлення до померлого повинно змінитися таким чином, щоб з'явилася можливість продовжувати жити, вступати в нові емоційно насичені відносини.

Іноді людям здається, що якщо їх емоційний зв'язок з померлим ослабне, то тим самим вони образять його пам'ять, це буде зрадою. У деяких випадках може виникати страх того, що нові близькі стосунки можуть теж закінчитися, і доведеться знову пройти через біль втрати – таке буває особливо часто, якщо почуття втрати ще свіже. В інших випадках виконанням цього завдання можуть противитися люди з близького оточення, наприклад, діти можуть протестувати в разі нової прихильності у овдовілої матері.

За цим нерідко стоїть образа: мати знайшла для себе заміну померлому чоловікові, а для дитини немає заміни її померлому батькові. Або навпаки – якщо

хтось із дітей знайшов собі партнера, в овдовілого батька може виникати протест, ревності, почуття, що син або дочка збирається вести повноцінне життя, а батько або мати залишається на самоті. Часто виконанню четвертого завдання заважає романтичне переконання, що люблять тільки раз, а все інше – аморальне. Поведінка «вірної вдови» схвалюється соціумом.

Виконанню цього завдання перешкоджають заборона на нову любов, фіксація минулого зв'язка або уникнення можливості знову зіткнутися з втратою близької людини. Всі ці бар'єри, як правило, приховують за собою почуття провини.

Ознакою того, що це завдання не вирішується, горе не стихає і не завершується період жалоби, часто виникає відчуття, що «життя стоїть на місці», «після його смерті я не живу», наростає занепокоєння.

Завершенням виконання цього завдання можна вважати виникнення переконання, що можна любити іншу людину – любов до покійного не стала від цього менше, але після смерті, наприклад, чоловіка можна любити іншого чоловіка. Що можна шанувати пам'ять загиблого друга, але при цьому бути готовим до того, що в житті можуть з'явитися нові друзі.

Момент, який можна вважати завершенням жалоби, неочевидний. Переживання втрати можна вважати завершеним тоді, коли людина, що пережила втрату, зробить усі чотири кроки, вирішить усі чотири завдання горя.

Ознакою цього є здатність адресувати більшу частину почуттів не покійному, а іншим людям, бути відкритим і сприйнятливим до нових вражень і подій

життя, мати здатність говорити про померлого без сильного болю. Смуток залишається, це природньо, коли людина говорить або думає про того, кого вона любила і втратила, але це вже спокійний смуток, «світлий». «Робота горя» завершена, коли той, хто пережив втрату, знову стає здатним жити нормальним життям, відчуває себе адаптованим, коли є інтерес до життя, йде поступове освоєння нових ролей, складається нове оточення і людина може в ньому функціонувати адекватно й відповідно своєму соціальному статусу і характеру.

4. Розлучення як варіант ситуації гострого горя

Втрата близької людини трапляється не тільки з причини її смерті. Розлучення як варіант ситуації гострого горя є аналогічною ситуацією і породжує схожу динаміку переживань. Розлучення – це смерть відносин, що викликає найрізноманітніші, але майже завжди хворобливі почуття.

Описуючи розлучення, часто користуються класифікацією американського психолога Е. Кюблер-Росса, відповідно до якої виділяють п'ять стадій розлучення:

Стадія заперечення. Спочатку реальність того, що сталося, заперечується. Зазвичай людина витрачає на близькі стосунки багато часу, енергії та почуттів, тому відразу змиритися з розлученням не може. На цій стадії ситуація розлучення сприймається з позиції захисту, за допомогою механізму раціоналізації знецінюються шлюбні відносини: «Нічого такого не сталося», «Все добре», «Нарешті прийшло звільнення» тощо.

Стадія озлобленості. На цій стадії від душевного болю захищаються озлобленістю, спрямованою на партнера, можливі маніпуляції дітьми, спроби залучити їх на свій бік.

Стадія переговорів – найскладніша стадія. Здійснюються спроби відновити шлюб, використовується безліч маніпуляцій відносно один одного за допомогою сфери сексуальних відносин, загрози вагітності або наявності вагітності. Іноді тиснуть на партнера за допомогою оточення.

Стадія депресії. Пригнічений настрій розвивається, коли заперечення, агресивність і переговори не приносять ніяких, тим паче – бажаних, результатів. Людина відчуває себе нікчемою, невдахою, знижується рівень самооцінки, особа починає триматися осторонь від інших людей, не довіряти їм. Інколи пережиті під час розлучення почуття і депресія досить довгий час заважають створювати нові інтимні стосунки.

Стадія адаптації. Діапазон проблем, що виникають після розлучення, досить широкий – від фінансових до організації догляду за дітьми. У вирішенні проблем значне місце посідає вміння жити без людини (чоловіка або дружини) та долати самотність. Неминучим є певне порушення соціальних відносин – доводиться звикати одному (одній) ходити на концерти, в гості тощо.

Питання для самоперевірки:

1. Поняття «горе», його прояви та види.
2. Стадії переживання горя.
3. Завдання горя.
4. Стадії розлучення за Е. Кюблер-Росс.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ГОРІ ТА ВТРАТІ

1. *Особливості психологічної допомоги при втраті.*
2. *Психологічний супровід людини, що переживає горе.*
3. *Консультування клієнтів, які пережили втрату.*

ВСТУП

*«У меня сегодня много дел:
Надо память до конца убить,
Надо, чтоб душа окаменела,
Надо снова научиться жить».*
Анна Ахматова

Найважче, що може пережити кожен з нас, – це втрата близької людини. Горе втрати неможливо порівняти ні з чим. Найчастіше воно приходить раптово, коли його не чекають. У цей момент здається, немов земля йде з-під ніг. У такі моменти людям просто необхідна підтримка близьких, а в деяких випадках і кваліфікованих спеціалістів – психологів.

1. Особливості психологічної допомоги при втраті

Допомога людині, яка зазнала втрату, в більшості випадків не передбачає професійного втручання. Виявляється, що досить інформувати близьких про те, як вести себе з ним. Для людини, що переживає горе, найважливішим є можливість розділити своє горе з іншим, подолати його разом. Однак не всі люди здатні спочатку не тільки ділитися своїми переживаннями, але й дозволяти собі сильні почуття. Всі ці особливості ускладнюють горювання.

Разом з тим існує велика кількість правил (у тому числі і культурних) про те, як треба і не треба сумувати.

З одного боку, ці правила дозволяють людині розділяти свої переживання з іншими (наприклад, збираючи друзів на 3, 7, 40 дні після смерті), з іншого – можуть і ускладнювати процес горювання («Не плач, а то небіжчик у воді виявиться» та ін.).

При втраті одним з перших постає питання про те, як повідомити людині про її втрату. Це питання найчастіше виникає, коли потрібно сказати дитині про смерть одного з батьків або навпаки. У цих ситуаціях досить часто виникає приховування інформації, дитині брешуть («мама поїхала»). Очевидно, що дорослі в цій ситуації самі відчують сильний страх смерті і побоюються своїх власних реакцій поруч з дитиною, хоча і пояснюють брехню тим, що побоюються за дитину. Важливо розуміти, що горе є природним процесом і його важливо пережити, даючи місце виникаючим почуттям, розділяючи ці почуття з іншими.

Повідомляючи дитині про смерть одного з батьків важливо сказати їй про те, що це дуже сумна новина, що інші дорослі переживають разом з ним. Важливо підказати дитині, що потрібно поплакати і попроситися, можна підійти до тіла, важливо згадувати щось хороше, що було між ними і це хороше буде завжди з нею. Важливо зрозуміти дитячі почуття покинутості її померлим батьком, не засуджувати її гнів і образу. Важливо відповісти на питання дитини на рівні її розуміння. Також важливо пояснити дитині, як у зв'язку з цією смертю зміниться її життя, можливо вона переїде, хто тепер буде піклуватися про неї, де будуть знаходитися її речі і так далі. Потрібно включати дитину в сімейні ритуали,

брати з собою на цвинтар, даючи їй можливість «звернутися до батьків». Усе це дозволяє дитині поступово набути важкої реальності і створювати нові зв'язки в світі.

Консультування клієнтів, які звернулися з переживанням горя, це в першу чергу створення такого простору, де вони можуть бути почуті і їх відчуття можуть бути виражені. Активне слухання, готовність прийняти і полегшити почуття клієнта є невід'ємними та найважливішими моментами на всіх етапах роботи з горем. Співбесідник може неодноразово звертатися до одних і тих же моментів, деталей втрати. Все це вимагає від консультанта терпіння і неабиякої емпатії. М. Мамардашвілі пише:

«Не можна жити, якщо життя не освітлене тою особливою напругою, що супроводжує переживання смерті, яка як така не може бути емпірично пережитим станом людини».

Тому метою роботи з клієнтами, що переживають горе, є перетворення гострого горя в це «загострене почуття свідомості».

Виділяють три рівня ризику в ситуаціях переживання горя:

Мінімальний ризик. Члени сім'ї відкрито висловлюють свої почуття, надають підтримку один одному і приймають її з боку розширеної сім'ї, друзів, сусідів. Зберігається здатність ідентифікувати проблему і шукати шляхи її вирішення.

Середній ризик. Реакція горя протікає з ускладненнями: в окремих членів сім'ї можуть спостерігатися депресивні реакції, сім'я не приймає

підтримку. Дані реакції можуть ускладнюватися в разі наявності численних попередніх втрат.

Високий ризик. У членів сім'ї може з'явитися ексцентрична (груба, жорстока) поведінка, важка депресія, спроби і загроза суїциду, зловживання ліками або алкоголем, безсоння. До цієї ж категорії належать ситуації повної відсутності проявів горя в сім'ї. У разі середнього і високого ризику сім'я потребує допомоги фахівців: психолога, психіатра, психотерапевта, соціального працівника.

2. Психологічний супровід людині, що переживає горе

Етапи психологічної допомоги вибудовуються відповідно до етапів переживання горя.

Допомога на стадії шоку. Необхідно бути присутнім поруч з людиною, яка зазнала втрату, не залишати її одну, піклуватися про неї. Висловлювати свою турботу і увагу краще через дотики. Саме таким чином люди висловлюють своє співчуття, коли слова їм непідвладні. Навіть простий потиск руки краще, ніж холодна ізоляція. Постраждалий завжди має право не прийняти руку, так само як і іншу участь, але пропонувати допомогу необхідно.

Допомога на стадії гострого горя. Слід говорити про померлого, причини смерті і почуття у зв'язку з тим, що сталося, а також питати про померлого, слухати спогади про нього, розповіді про його життя, навіть якщо вони неодноразово повторюються. Ставити питання «На кого він був схожий?», «Чи можна побачити його фотографії?», «Що він любив робити?», «Що ви зараз згадуєте про нього?», вони дозволяють людині в горі виговоритися.

Якщо людина, яка в стані горя, ніби завмирає, нічого не говорить, дивлячись у простір, не варто намагатися її розговорити, у що б то не стало заповнити тишу словами. Необхідно бути готовими продовжити розмову, коли людина повернеться до реальності. Не завжди потрібно знати, в які спогади занурюється людина, про що вона думає. Головне – створити навколо неї атмосферу присутності і розуміння.

У разі раптової або насильницької смерті необхідно неодноразово обговорювати всі найдрібніші деталі, доти, поки вони не втратять свого страхітливого, травматичного характеру, – тільки тоді людина, яка втратила близького, зможе оплакувати його. Необхідно дати людині змогу та можливість виплакати, не намагаючись її неодмінно заспокоювати і втішати. При цьому не слід усім своїм видом постійно підкреслювати співчутливе ставлення, підкреслювати особливий статус страждаючої людини. Поступово (ближче до кінця цього періоду) слід долучати скорботного до повсякденної діяльності.

Допомога на стадії відновлення. Треба допомагати заново включатися в життя, планувати майбутнє. Оскільки людина може неодноразово повертатися до переживань гострого періоду, необхідно давати їй можливість знову і знову говорити про померлого. Корисними в цей період можуть бути і будь-які прохання про допомогу з боку друзів, близьких, виконання яких допоможе пережити втрату та «здригнутися» тощо.

Важливо пам'ятати, що на будь-якому етапі роботи з клієнтом **не треба:** зупиняти його плач; дискутувати з клієнтом, який відчуває злобу і коригувати її; швидко втішати, не даючи змогу вийти емоціям; обіцяти швидких і якісних змін відразу;

3. Консультування клієнтів, які пережили втрату

Консультування і терапія при втраті – важка робота, починаючи з втішання і підтримки та закінчуючи вирішенням важкої і болючої реакції втрати, якщо клієнт цього хоче. Професійне завдання психолога полягає в тому, щоб допомогти клієнту посправжньому пережити втрату, здійснити роботу горя, а не в тому, щоб притупити гостроту душевних переживань. Процес скорботи, оплакування не є якоюсь неадекватною реакцією, від якої треба вберегти людину, з гуманістичних позицій він прийнятний і необхідний. Це дуже важке психічне навантаження, що змушує страждати. Психотерапевт здатний доставити полегшення, однак таке втручання не завжди доречно. Скорботу не можна припиняти, вона повинна тривати стільки, скільки необхідно.

При консультуванні потрібно звертати увагу на такі ключові моменти:

- слухайте, приймаючи, а не засуджуючи;
- зробіть так, щоб людині стало ясно, що у вас є щире бажання їй допомогти висловити своє горе;
- приймайте почуття і страхи людей серйозно;
- будьте готові, що деякі люди будуть злитися на вас;

– дайте час для того, щоб з'явилася довіра: поки її немає, клієнт не здатний ділитися з вами своїми переживаннями;

– дайте надію, підбадьорте клієнта тим, що, незважаючи на болючість випробування, люди все ж оговтуються від горя;

– дотримуйтеся доречної дистанції, не дозволяйте собі заплутатися в чужих проблемах настільки, щоб стало неможливим зберігати позицію допомагаючого.

Ще одна мета консультації та терапії – це дозволити людині, що переживає втрату, висловити цілий ряд почуттів, думок і дій.

При цьому:

– будьте реалістичні: бажання усунути біль негайно – недоречно;

– спонукайте до розмови про померлого і вираженню почуттів;

– не дивуйтеся, що людина повторює історію про смерть; повторення і промовляння – природний спосіб впоратися з горем;

– дайте людині інформацію про те, що «нормально» в стані горя, наприклад, соматичні симптоми, порушення сну, поганий апетит і т. д.;

– дозвольте йому знайти «перепочинок» від горя, не даючи в той же час уникати процесу «роботи горя».

Якщо реакція втрати пригнічується, корисно, крім усього перерахованого вище, вивчити причини, чому людина уникає горя. Якщо реакція втрати перекручена, може виявитися цінним таке:

– спонукайте вираз і усвідомлення почуттів;

- працюйте над проблемами, створеними сильною залежністю;
- зверніть увагу на відносини між померлим і згорьованою людиною; шукайте, в чому їх витоки;
- якщо почуття провини необґрунтовано, допоможіть людині позбутися від нього;
- якщо почуття провини обґрунтовано, подумайте про те, як людина може з цим жити, чи може вона якось спокутувати свою провину;
- спробуйте знайти незакінчені справи між померлим і клієнтом і пропрацюйте це питання.

Якщо горе набуває хронічного відтінку, то слід встановити:

- чому людина не може відмовитися від цієї фіксації;
- який відбиток смерть відкидає на відношення людини до себе на тлі втрати;
- чи є якась вторинна вигода від того, що людина тримається за горе, наприклад, вона виявила, що про неї стали піклуватися, її «помічають», а цього їй раніше не вистачало.

Важливо визнати, що консультації є тільки частиною процесу «роботи горя», що більша її частина вчиняється в природних взаєминах з оточуючими. Важливо не заважати цьому процесу.

Не гнівайтесь, якщо людина зробить великий крок вперед у результаті втручання когось іншого, не турбуйтеся, якщо він готовий повернутися в своє природне середовище підтримки і перестане зустрічатися з вами. Це одна з головних умов роботи з людьми, які переживають важку втрату: ефективно завершити стосунки підтримки.

Питання для самоперевірки

1. Психологічна допомога людині, яка переживає втрату.
2. Етапи психологічної допомоги.
3. Особливості психологічного консультування клієнтів, які зазнали втрату.

ОРГАНІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ СЛУЖБ ЕКСТРЕНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА АНТИКРИЗОВИХ ПІДРОЗДІЛІВ

1. *Поняття екстреної психологічної допомоги.*
2. *Підготовка психологів та психологічної служби.*
3. *Організація екстреної психологічної допомоги в зоні НС.*

ВСТУП

Сучасна екстремальна психологія за останні роки зробила значні й суттєві кроки вперед, окресливши поле діяльності фахівців у цій галузі. Однак сьогодні, не дивлячись на ці безумовно позитивні тенденції, ще є безліч проблем в організації надання екстреної психологічної допомоги постраждалому від надзвичайних ситуацій населенню.

Нам добре відома загально прийнята класифікація надзвичайних ситуацій залежно від їх походження або чинників виникнення: це техногенні, природні та соціальні катастрофи. Безумовно, усі надзвичайні події відрізняються своїми специфічними особливостями, але всі вони об'єднані тим, що завдають безліч лиха, горя та залишають по собі багато переживань та сліз постраждалих.

Одним з основних негативних наслідків трагічної події є досить сильний психотравмуючий вплив, від якого потерпають майже всі учасники трагічних подій. Вони потребують невідкладної психологічної допомоги. Саме тому, на нашу думку, найбільш правильним є те, що психологічна допомога повинна бути надана негайно, не після трагедії, а ще під час ліквідації її наслідків та проведення пошуково-рятувальних робіт. Адже чим раніше постраждала людина зможе відчути турботу, безпеку, побачить підтримку, тим міцнішою буде опір травматичному впливу. Крім того, зменшиться ймовірність розвитку у постраждалих будь-якої категорії посттравматичних стресових розладів, а відповідно, підвищується можливість вийти з травмуючої ситуації з найменшими психологічними втратами.

1. Поняття екстреної психологічної допомоги

Під *екстреною психологічною допомогою* ми розуміємо систему короткострокових заходів, які надаються людям, що опинилися в зоні надзвичайної ситуації та постраждали від неї, або допомога, надана найближчим часом після травматичної події.

Зауважимо, що *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, що 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 суттєво залежать від характеру надзвичайної ситуації, від ефекту її травматичної дії на психіку людини.

Досвід роботи при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, які відбувалися на території України, показав, що існує необхідність у наданні невідкладної психологічної допомоги як потерпілому населенню, так і самим рятувальникам.

Основні завдання психологічної служби:

- профілактика гострих панічних реакцій, психогенних нервово-психічних порушень;
- сприяння інформованості фахівців ДСНС та постраждалого населення щодо само- та взаємодопомоги при НС;
- регуляція морального і психологічного стану фахівців ДСНС та постраждалого населення;
- актуалізація адаптивних і компенсаторних ресурсів особистості;
- стабілізація психоемоційного стану фахівців ДСНС та постраждалого населення;
- мобілізація психологічного потенціалу особистості для подолання негативних наслідків НС;
- попередження розвитку посттравматичних стресових порушень.

Робота позаштатної мобільної групи екстреної психологічної допомоги регулюється Наказом ДСНС України (від 27.02.2008 р. № 148 Про створення позаштатних мобільних груп екстреної психологічної допомоги ДСНС).

Мобільна група створюється за територіальним принципом розташування (Центральна, Західна, Східна, Південна) і виконує такі функції:

- вивчення реального стану психотравмуючих чинників і робота з інформацією, яка буде доводитися до населення;
- профілактика негативних проявів і зняття психоемоційного навантаження на населення та особовий склад;

– надання рекомендацій представникам інших психологічних служб щодо подальшої роботи з постраждалим населенням.

Робота психологів з надання допомоги здійснюється за такими чотирма напрямками:

1. Оперативне (планування роботи мобільної групи, визначення місця дислокації постраждалих, зустрічі з родичами потерпілих, збір інформації).

2. Робота з постраждалими (робота з постраждалими різних вікових категорій, інформаційна підтримка, робота з гострими стресовими станами у постраждалих, робота з натовпом, подолання психічних проявів, надання психологічної допомоги дітям, спілкування із засобами масової інформації).

3. Робота з родичами загиблих (збір і аналіз інформації про місце та процедуру проведення похорону, підготовка родичів до процедури впізнання, інформування про фази переживання стану горя, пошук особистих ресурсів для подолання негативних психічних станів, організація своєчасного надання медичної допомоги, інформування родичів про подальші дії).

4. Робота з особовим складом (надання психологічної підтримки рятувальникам, у яких накопичилася втома, прогноз появи у них негативних психічних станів, встановлення та контроль оптимального режиму праці та відпочинку рятувальників).

Таким чином, екстрена психологічна допомога націлена на підтримку особистості постраждалого, його родичів та рятувальників в осередку

надзвичайної ситуації з метою зменшення їх душевних страждань та зниження впливу на них стрес-факторів підвищеної інтенсивності.

2. Підготовка психологів та психологічної служби

За останні роки в нашій країні, на жаль, відзначається зростання кількості екстремальних ситуацій (аварій, техногенних і природних катастроф, міжнаціональних конфліктів, терористичних актів). Це диктує необхідність підготовки фахівців, здатних надавати екстрену психологічну допомогу жертвам подібних ситуацій. Особливо необхідні знання в цій галузі для співробітників екстремального профілю діяльності, які найчастіше першими опиняються в осередку подій, зіштовхуються з наслідками трагедій та є першими, хто спілкуються з потерпілими й свідками надзвичайної події. Від їхніх дій, уміння правильно побачити ситуацію залежить надзвичайно багато: це, в першу чергу, питання забезпечення фізичної та психологічної безпеки оточуючих.

Працівники психологічної служби, дотримуючись певних рекомендацій і володіючи інформаційними даними про особистісні особливості потерпілого, зможуть у певних обставинах надати йому першу психологічну допомогу. Дуже важливими є знання того, як допомогти постраждалим безпосередньо після трагічної події, освоїти навички роботи з окремими наслідками психотравмуючих ситуацій. Це особливо важливо знати для того, щоб вчасно визначити несприятливі психологічні стани й звернутися за допомогою до фахівця.

3. Організація екстреної психологічної допомоги в зоні НС

Організацію роботи з надання екстреної психологічної допомоги можна умовно розподілити на три етапи. Перший етап – підготовчий, другий етап – це етап власне надання безпосередньої екстреної психологічної допомоги, третій етап можна визначити як етап завершення робіт з надання екстреної психологічної допомоги. На кожному з конкретних етапів перед психологами стоять свої цілі і завдання, що потребують термінового вирішення. Розглянемо їх більш докладно.

Підготовчий етап. Метою роботи на першому (підготовчому) етапі є вироблення розгорнутого плану дій з надання екстреної психологічної допомоги. Для цього необхідно здійснити:

Збір інформації щодо психологічної ситуації, що склалася в результаті НС. У деяких ситуаціях потрібні відомості є у фахівців-психологів або фахівців іншого профілю, що вже працюють на місці події. Якщо інформації такого роду немає, необхідно зібрати її самостійно, для того щоб організувати роботу фахівців найбільш оптимальним чином.

Збір інформації проводиться за такою схемою:

Визначення місць, де належить працювати психологам: місця дислокації постраждалих, їх родичів, пункти проведення масових заходів (панахида, впізнання, зустріч з представниками владних структур). Часто таким місцем виступає і саме місце НС (якщо НС сталося на території населеного пункту).

Приблизний облік людей, які потребують допомоги.
З'ясування числа фахівців, які вже працюють, або візьмуть участь у роботі найближчим часом.

Уточнення часу, місць і приблизної кількості учасників масових заходів.

З'ясування порядку, часу і місця дій, які необхідно здійснити з постраждалими або їх родичам (виплата компенсацій, процес упізнання, отримання свідоцтв про смерть і т.д.).

Після прибуття фахівців на місце надзвичайної ситуації проводяться такі дії:

- організація взаємодії з місцевою адміністрацією;
- орієнтовне визначення кількості постраждалих;
- збір інформації про розташування, телефони, засоби зв'язку з керівними працівниками адміністрації, лікарень, моргів, шкіл тощо;
- організація «Гарячої лінії» та інформаційна підтримка «Гарячої лінії»;
- визначення місця збору потерпілих і родичів постраждалих;
- визначення місця стаціонарної роботи з постраждалими та їх родичами;
- визначення періодичності інформування постраждалих і родичів;
- визначення необхідної кількості психологів та лікарів;
- встановлення тривалості роботи та зміни, чергового, запасного складу;

- встановлення часу проведення щоденного інструктажу;
- визначення відповідальних (оперативних чергових) за збір і аналіз інформації;
- розподіл зони роботи на сектори, а також розподіл фахівців для роботи на тому чи іншому секторі.

Основний етап. На основному етапі робіт з надання екстреної психологічної допомоги фахівців – психологи працюють за двома основними напрямками: допомога фахівцям, які беруть участь у ліквідації наслідків НС, націлена на забезпечення умов професійної діяльності і допомогу постраждалим внаслідок НС.

Зміст діяльності фахівців – психологів може бути різним, він визначається ще на підготовчому етапі і відбивається у плані робіт. Цей зміст залежить від специфічних характеристик ситуації.

Основним завданням роботи психологів на цьому етапі є робота з постраждалими, яка полягає в таких видах діяльності:

- інформаційно-роз'яснювальна робота;
- індивідуальна робота з постраждалими;
- виявлення осіб з симптомами психічних захворювань і передача їх психіатрам;
- оцінка групи ризику серед постраждалих;
- робота з гострими стресовими реакціями;
- допомога в подоланні психосоматичних проявів;
- створення мережі соціальної підтримки;
- відстеження ймовірності виникнення масових негативних реакцій;

- робота у натовпі;
- відстеження роботи представників засобів масової інформації;
- організація місць для надання першої медичної допомоги (біля кожного місця розташовуються обов'язково лікар, психолог);
- організація доставки достатньої кількості питної води і безкоштовного харчування для постраждалих, навісів від дощу, сонця, місця для обігріву і т.п.

Також, одним із завдань роботи психолога на основному етапі надання екстреної психологічної допомоги є робота з супроводу процедури упізнання загиблих. На цьому етапі робота з родичами полягає в:

- зборі та аналізі інформації про місце та процедуру проведення впізнання;
- організації надання, якщо необхідно, рукавичок і марлевих пов'язок;
- підготовці родичів до процедури впізнання;
- інформуванні про фази проживання горя;
- пошуку ресурсу;
- відборі родичів для процедури упізнання;
- інформуванні родичів про подальші дії.

Після процедури впізнання відбувається поховання, яке також при необхідності супроводжується фахівцями – психологами. Тут відбувається:

- збір і аналіз інформації про місце та процедуру проведення поховання;
- організація роботи психолого-психіатричних бригад;

– організація супроводу при похованні (по периметру кладовища, через певний інтервал, розташувати пункти першої медичної допомоги (на столах) і, якщо є можливість, машин швидкої допомоги). На кожному пункті необхідний психолог, лікар; організація доставки великої кількості води, заспокійливих засобів, нашатирю, крапель, що нормалізують серцеву діяльність і т.п.;

– організація доставки гарячого чаю (на це слід відвести окреме місце);

– допомога надається тільки при прояві гострих стресових реакцій або при запиті.

Завершальний етап. На завершальному етапі робіт з надання екстреної психологічної допомоги вирішуються такі завдання як:

Надання допомоги тим особам, кому це необхідно. Як правило, на завершальному етапі кількість постраждалих, що знаходяться в районі ліквідації наслідків НС невелика, однак ці люди потребують психологічної допомоги.

Заходи з надання психологічної допомоги фахівцям, які беруть участь у ліквідації наслідків НС. Такі заходи можливі й доцільні на даному етапі, оскільки інтенсивність робіт з ліквідації наслідків НС, надання соціальної допомоги потерпілим і т.д. знижується, а втома спеціалістів, які здійснюють таку допомогу, накопичується.

Узагальнення та аналіз інформації, отриманої в ході робіт з надання екстреної психологічної допомоги.

Складання прогнозу розвитку ситуації на підставі узагальнення та аналізу зібраних даних.

З зазначеного вище робимо висновок, що робота психолога в рамках екстреної психологічної допомоги не зводиться безпосередньо до роботи з потерпілими в надзвичайній ситуації, вона починається з того моменту, коли фахівці дізнаються про виникнення НС і завершується з поверненням означених фахівців на базу.

Питання для самоперевірки

1. Поняття та зміст екстреної психологічної допомоги.
2. Напрями надання екстреної психологічної допомоги.
3. Етапи організації екстреної психологічної допомоги в зоні НС.

ЕКСТРЕНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

1. *Основні принципи надання екстреної психологічної допомоги.*
2. *Правила проведення психологічної та корекційної допомоги.*

ВСТУП

Екстрена психологічна допомога надається особам, що перебувають в гострому стресовому стані (ГСР – гострий стресовий розлад). Цей стан є переживанням емоційної і розумової дезорганізації. Психодіагностика, психотехніки і процедура надання психологічної допомоги в екстремальних ситуаціях мають свою специфіку (Сухов, Деркач 1998).

Розглянемо, які відмінні особливості має психодіагностика в екстремальних ситуаціях. В умовах НС через брак часу немає можливості використовувати стандартні діагностичні процедури. Дії практичного психолога на випадок надзвичайних обставин визначаються існуючим планом.

Звичайні методи психологічного впливу є непридатними у більшості екстремальних ситуаціях. Допоміжні дії залежать від цілей психологічного впливу в НС: в одному випадку потрібно підтримати, допомогти; у іншому – слід перервати, припинити поширення, наприклад, чуток, паніки; у третьому – організувати переговори.

Головними принципами надання допомоги особі, що зазнала психологічної травми в результаті впливу екстремальних ситуацій є такі:

- невідкладність;
- наближеність до місця подій;
- очікування, що нормальний стан відновиться;
- єдність і простота психологічної дії.

Невідкладність означає, що допомогу потерпілому слід надати якнайшвидше: чим більше часу пройде з моменту травми, тим вищою стане

ймовірність виникнення хронічних розладів, у тому числі і посттравматичного стресового розладу.

Сенс принципу наближеності полягає в наданні допомоги в звичних для потерпілого умовах і соціальному оточенні, а також у мінімізації негативних наслідків «госпіталізації».

При очікуванні, що нормальний стан відновиться, варто пам'ятати, що з особою, яка стала жертвою НС і перенесла стресову ситуацію, слід поводитися не як з пацієнтом, а як з нормальною людиною. Необхідно підтримати впевненість у швидкому поверненні до нормального стану.

Єдність психологічного впливу передбачає, що: по-перше – його джерелом повинна виступати одна особа, по-друге – процедура надання психологічної допомоги має бути уніфікованою.

Простота психологічного впливу полягає в необхідності відвести потерпілого від джерела травми, надати йому їжу, відпочинок, створити безпечне оточення і представити можливість бути вислуханим.

1. Основні принципи надання екстреної психологічної допомоги

Те, що діяльність психолога в подібній ситуації регулюється загальними принципами, прийнятими для надання психологічної допомоги, є беззаперечним фактом. Однак ці принципи в екстремальній ситуації здобувають певну своєрідність залежно від особливостей умов надання допомоги.

Принцип захисту інтересів клієнта. Особливість застосування цього принципу в екстремальних умовах полягає в тому, що на відміну від звичайних умов діяльності з клієнтом не укладається психотерапевтичний договір, тобто не обумовлюються межі роботи із проблемою. Це відбувається тому, що допомога, як правило, спрямовується на актуальний стан клієнта. Однак незважаючи на це, перш за все, саме захист інтересів клієнта є провідним принципом роботи психолога у ризиконебезпечній ситуації.

Принцип «не нашкодь». Своєрідність умов та обставин надання психологами допомоги постраждалим від надзвичайної ситуації передбачає наявність кількох наслідків із цього принципу. Найвагоміший наслідок – це короткостроковість часу надання допомоги, тобто допомога повинна бути спрямована на корекцію актуального стану постраждалої людини, викликаного даною ситуацією, одночасно забезпечуючи екологічність проведених заходів для майбутнього життя особистості. Принципово неправильно проводити психологічну роботу з давніми, застарілими проблемами клієнта, тому що така робота повинна бути пролонгованою.

Принцип добровільності. У звичайних умовах фахівець часто обирає пасивну позицію (чекає, допоки клієнт сам звернеться за допомогою). Цей принцип в умовах екстреної психологічної допомоги змінюється, трансформується в особливу поведінку – фахівець-психолог виступає ініціатором такої допомоги; він діє активно, рішуче, але ненав'язливо. Така позиція дозволяє, з одного боку, забезпечити необхідну

допомогу людям, які перебувають в особливому стані та, найчастіше, не можуть самостійно адекватно оцінити потребу в допомозі, з іншого боку – не порушує особистих обмежень людини.

Принцип конфіденційності. При наданні екстреної психологічної допомоги цей принцип зберігає свою актуальність, однак конфіденційність може бути порушена у випадку одержання психологом інформації про те, що дії клієнта можуть бути небезпечними або для самого клієнта, або для оточуючих (така ситуація може скластися у випадку, якщо психолог, наприклад, довідається про спробу суїцида, що готується).

Принцип професійної мотивації. Цей принцип прийнятний для будь-якого виду психологічної допомоги. В екстремальній ситуації дотримання його стає особливо важливим тому, що існує більш висока ймовірність того, що, крім професійної мотивації у фахівця можуть бути присутніми інші, іноді більш сильні мотиви (мотив самоствердження, мотив одержання соціального визнання тощо).

Принцип професійної компетентності передбачає, що спеціаліст, який надає допомогу, повинен бути досить кваліфікованим, мати відповідну фахову освіту і, крім того, спеціальну підготовку для роботи саме в надзвичайних ситуаціях. У звичайних умовах діяльності психолог, при необхідності рекомендує звернутися до іншого фахівця, але в надзвичайних умовах знайти іншого фахівця часто неможливо. Тому в професійні обов'язки психолога повинні входити, у тому числі й такі аспекти, як підготовка до моменту виїзду на місце, де відбулася

надзвичайна ситуація, вміння швидко відновлювати високий рівень працездатності, використовуючи професійні навички.

Окремої уваги заслуговують *основні методи, що використовуються фахівцями для надання екстреної психологічної допомоги*. Слід відзначити, що на сьогодні налічується величезна кількість конкретних технік, які слід застосовувати в різних ситуаціях. Наприклад, в арсеналі психолога, який неодноразово працював в осередку надзвичайної ситуації, як правило, є кілька сотень короткострокових прийомів, з яких він обирає найбільш придатні для кожного конкретного випадку.

Психотерапевтичні й психокорекційні техніки, що використовуються при наданні екстреної психологічної допомоги, передбачають можливість короткострокового впливу на особистість (нейролінгвістичне програмування, тілесно-орієнтована терапія, арттерапія, короткострокова позитивна терапія, сугестивні техніки, релаксаційні методи й методи, спрямовані на саморегуляцію, раціональна психотерапія та ін.).

Проте, слід зауважити, що екстрена психологічна допомога може бути надана тільки лише в тому випадку, коли реакції постраждалої людини можна описати як нормальні реакції на ненормальну ситуацію. Тобто екстрена психологічна допомога не може бути надана тим людям, чії реакції виходять за межі психічної норми. У випадку, коли реакції людини виходять за межі норми, є необхідною допомога лікаря-психіатра. У зв'язку із цим можливо й необхідно застосування методів психологічної

діагностики. Однак зрозуміло, що метод тестів, проєктивні психодіагностичні методики не відповідають вимогам ситуації, в якій проводиться екстрена психологічна допомога. Тому для таких цілей використовуються такі методи, як бесіда, спостереження, візуальна діагностика. Безумовно, ці методи не можна охарактеризувати як валідні та надійні, однак вони дозволяють зібрати необхідну для фахівця інформацію й вчасно залучати на допомогу постраждалому фахівців суміжних професій.

2. Правила проведення психологічної та корекційної допомоги

Розглянемо психологічні рекомендації щодо поведінки співробітників екстремального профілю діяльності з постраждалим населенням:

Якщо ви перебуваєте поруч із людиною, що одержала психічну травму в результаті впливу екстремальних факторів (при терористичному акті, аварії, втраті близьких, трагічній звістці й т.п.). Не втрачайте самовладання!

Поведінка постраждалого не повинна вас лякати, дратувати або дивувати. Його стан, вчинки, емоції – це нормальна реакція на ненормальні обставини. Подбайте про свою психологічну безпеку.

Не надавайте психологічну допомогу в тому випадку, якщо ви цього не хочете (неприємно або з інших причин). Знайдіть того, хто може це зробити. Дотримуйтеся принципу «Не нашкодь!».

Не робіть того, у користі чого ви не впевнені. Обмежтеся тоді лише співчуттям і якнайшвидше зверніться за допомогою до фахівця (психотерапевта, психіатра, психолога).

Алгоритм перших дій:

Оглянути місце події й визначити, що може загрожувати вам, а потім – що може загрожувати потерпілим.

Оглянути потерпілих та намагатися зрозуміти, чи є загроза життю постраждалих, а якщо так – то від чого людина може загинути прямо зараз.

Викликати фахівців (медиків, фахівців ДСНС тощо).

Залишатися з потерпілим до приїзду фахівців, намагаючись зберегти або поліпшити його стан доступними методами.

Перша допомога при різних психічних станах.

Марення й галюцинації: критична ситуація викликає в людини потужний стрес, призводить до сильної нервової перенапруги, порушує рівновагу в організмі, негативно позначається на здоров'ї в цілому не тільки фізичному, але й психічному також.

Ознаки марення: неправильні уявлення або висновки, у помилковості яких потерпілого неможливо переконати. Галюцинації: потерпілий сприймає об'єкти, які в цей момент не впливають на відповідні органи почуттів (чує голос, бачить людей, відчуває щось, чого немає насправді).

До прибуття фахівців слід стежити за тим, щоб потерпілий не завдав шкоди собі й навколишнім. Заберіть від нього предмети, що можуть мати потенційну небезпеку.

Переведіть потерпілого у відокремлене місце, не залишайте його одного. Говоріть з постраждалим спокійним голосом. Погоджуйтеся з його словами, не намагайтеся його переконати.

Потрібно пам'ятати, що у такій ситуації переконати потерпілого неможливо.

Апатія: може виникнути після тривалої напруженої, але безуспішної роботи (діяльності); або в ситуації, коли людина терпить серйозну невдачу, перестає бачити сенс своєї діяльності; або коли не вдалося порятувати когось, хто потрапив у лихо тощо. Відчувається відчуття втоми, таке сильне, що людині не хочеться ні рухатися, ні говорити, рухи й слова даються через силу. У душі панує порожнеча, спостерігається незмога навіть на вияв почуттів. Якщо людину залишити без підтримки й не допомогти в такому стані, то апатія може перерости в депресію (важкі й болісні емоції, пасивність поведінки, почуття провини, відчуття безпорадності перед життєвими труднощами, безвихідь, безперспективність і т.д.). У стані апатії людина може перебувати від декількох днів до кількох тижнів.

Ознаки апатії: байдужість у ставленні до навколишнього, млявість, загальмованість, мова при цьому уповільнена, з великими паузами.

Перша допомога: поговорити з потерпілим. Поставте йому кілька простих питань, виходячи з того, знайомі ви и ні. «Як тебе звуть?», «Як ти себе почуваєш?», «Хочеш їсти?» і т.п. Проведіть потерпілого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися (обов'язково знявши взуття). Візьміть потерпілого за руку або покладіть свою руку йому на чоло. Дайте потерпілому поспати або просто полежати.

Якщо немає можливості відпочити (подія на вулиці, у суспільному транспорті й т. ін.), то більше

говоріть з ним, залучаючи його в будь-яку спільну діяльність.

Ступор: одна з найдужчих захисних реакцій організму. Спостерігається після найсильніших нервових напружень, потрясінь (землетрус, напад, жорстоке насильство й т.п.), коли людина витратила стільки енергії на виживання, що сил на контакт із навколишнім світом у неї вже не залишилося.

Ступор може тривати від декількох хвилин до кількох годин. Тому якщо не надати допомогу, і потерпілий перебуватиме в такому стані досить довго, це призведе до його фізичного виснаження. Тому що контакту з навколишнім світом немає, потерпілий не помічає небезпеки, не розпочинає дій, щоб її уникнути.

Ознаки: різке зниження або відсутність довільних рухів і мови, відсутність реакції на зовнішні подразники (шум, світло, дотики), «заціпеніння» у певній позі, стан повної нерухомості.

Перша допомога: зігніть потерпілому пальці на обох руках і пригорніть їх до долонь. Великі пальці повинні бути виставлені назовні. Кінчиками великого й вказівного пальців масажуйте потерпілому місця (точки), розташовані на чолі, над очима посередині між лінією росту волосся й бровами, чітко над зіницями.

Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілому. Підлаштуйте свій подих під ритм його дихання. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути, бачити. Тому говоріть йому на вухо, тихо, повільно й чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні).

Пам'ятайте, необхідно будь-якими способами домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння. Можлива напруга окремих груп м'язів.

Рухове порушення: іноді потрясіння від критичної ситуації (вибухи, стихійні лиха й т.д.) настільки сильні, що людина просто перестає розуміти, що відбувається довкола неї. Вона не в змозі визначити, де вороги, а де свої, де небезпека, а де порятунок. Людина втрачає здатність логічно мислити й приймати рішення, стає схожою на тварину, що бігає в клітці. «Я побіг, а коли отямився, виявилось, що не знаю, де перебуваю». «Я щось робив, з кимось розмовляв, але нічого не можу згадати».

Ознаки: різкі рухи, безцільні й безглузді дії, прояв агресії, ненормально надмірна й голосна мова або підвищена мовна активність (без зупинки, іноді абсолютно безглуздо), відсутність реакції на навколишніх, їх зауваження, прохання, накази).

Пам'ятайте, якщо не надати допомогу такій людині, це призведе до небезпечних наслідків: через знижений контроль за своїми діями людина буде робити необдумані вчинки, може заподіяти шкоду собі й іншим.

Перша допомога: використовуйте прийом «захоплення»: перебуваючи позаду, просуньте свої руки потерпілому під пахви, пригорніть його до себе й злегка перекиньте на себе. Ізолюйте потерпілого від навколишніх. Зведіть до мінімуму кількість навколишніх. Дайте потерпілому можливість «випустити пар» (наприклад, виговоритися, або «побити» подушку).

Доручіть роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням. Демонструйте доброзичливість, навіть якщо ви не згодні з потерпілим, не обвинувачуйте його самого, а висловлюйтеся виключно з приводу його дій. Інакше агресивне поводження буде спрямоване на вас. Не можна говорити: «Що ж ти за людина!». Необхідно говорити: «Ти жахливо злишся, тобі хочеться все рознести вщент. Давай разом спробуємо знайти вихід із цієї ситуації». Намагайтеся розрядити обстановку смішними коментарями або діями. Агресія може бути зменшена страхом покарання: масажуйте постраждалому «позитивні» зони. Говоріть спокійним голосом про почуття, які він відчуває («Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося», «Ти хочеш сховатися від того, що відбувається»). Не сперечайтесь з потерпілим, не ставте питань, у розмові уникайте фраз із часткою «не», що ставляться до небажаних дій («Не біжи», «Не розмахуй руками», «Не кричи»). Рухове порушення звичайно триває недовго й може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивним поводженням.

Агресія: один з мимовільних способів, яким організм намагається знизити високу внутрішню напругу. Прояв злості або агресії може зберігатися досить тривалий час і заважати самому потерпілому й людям, що його оточують.

Ознаки: роздратування, невдоволення, гнів (з будь-якого, навіть незначного приводу); нанесення навколишнім ударів руками або якимись предметами, словесна образа, лайка; м'язова напруга; підвищення кров'яного тиску.

Страх: ознаки: напруга м'язів (особливо м'язів обличчя); сильне, прискорене серцебиття; пришвидшене поверхнєве дихання; знижений контроль за власною поведінкою;

Панічний страх, жах може спонукати до втечі, викликати заціпеніння або, навпаки, порушення, агресивне поводження. При цьому людина погано контролює себе, не усвідомлює, що вона робить і що відбувається навколо.

Перша допомога: покладіть руку постраждалого собі на зап'ястя, щоб він відчув ваш спокійний пульс. Це буде для нього сигналом: «Я зараз поряд, ти не один». Дихайте глибоко й рівно. Спонукайте потерпілого дихати в одному з вами ритмі. Якщо потерпілий говорить, слухайте його, висловлюйте зацікавленість, розуміння, співчуття.

Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла. Пам'ятайте, страх може бути корисним, коли допомагає уникати небезпеки. Тому боротися зі страхом потрібно тоді, коли він заважає жити нормальним життям.

Нервові тремтіння: людина, яка тільки що пережила аварію, напад або стала свідком небезпечної події, учасником конфлікту (бойового зіткнення) сильно тремтить. З боку це виглядає так, начебто вона змерзла. Однак причина в іншому.

Після екстремальної ситуації з'являється неконтрольоване нервові тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Так організм «скидає напругу». Якщо цю реакцію зупинити, то напруга залишиться усередині, у тілі, і викличе м'язові болі, а надалі може призвести до

розвитку серйозних захворювань, таких, як гіпертонія, виразка та ін.

Перша допомога: потрібно підсилити тремтіння. Візьміть потерпілого за плечі й сильно, різко потрясіть його протягом 10–15 секунд. Продовжуйте розмовляти з ним, інакше він може сприйняти ваші дії як напад. Після завершення реакції необхідно дати потерпілому можливість відпочити. Бажано укласти його спати. Тремтіння виникає раптово – відразу після інциденту або через деякий час. Реакція сильного тремтіння всього тіла або окремих частин (наприклад, людина не може утримати в руках дрібні предмети, запалити сірник) може тривати досить довгий час (до декількох годин). Не можна обіймати потерпілого або притискати його до себе, укривати чимось теплим, заспокоювати, говорити, щоб він опанував себе. Через деякий час людина відчує сильну втому і їй необхідно буде надати можливість відпочити.

Плач: кожна людина хоч раз у житті плакала. І кожний знає, що після того, як даси волю сльозам, на душі стає небагато легше. Подібна реакція обумовлена фізіологічними процесами в організмі. Коли людина плаче, в організмі виділяються речовини, що мають заспокійливу дію. Добре, якщо поруч є хтось, з ким можна розділити горе.

Ознаки: людина вже плаче або готова розридатися, тремтять губи, спостерігається відчуття пригніченості. На відміну від істерики, немає порушення у поведінці. Пам'ятайте, що емоційної розрядки і полегшення не відбудеться, якщо людина стримуватиме сльози. Коли ситуація триває дуже довго, внутрішнє напруження може завдати шкоди

фізичному й психічному здоров'ю людини. Про такий стан говорять: «Збожеволів від горя».

Перша допомога: не залишайте постраждалого на самоті. Встановіть фізичний контакт із постраждалим (візьміть його за руку, покладіть свою руку йому на плече або спину, погладьте його по голові). Дайте йому відчуття, що ви поруч. Застосовуйте прийоми «активного слухання» (вони допоможуть потерпілому виплеснути своє горе): періодично вимовляєте «ага», «так», киваючи головою, тобто підтверджуйте, що слухаєте й співчуваєте. Повторюйте за постраждалим уривки фраз, в яких він висловлює почуття; говоріть про свої почуття й почуття потерпілого. Не намагайтеся заспокоїти потерпілого. Дайте йому можливість виплакати й виговоритися, «виплеснути із себе» горе, страх, образу. Не задавайте питань, не давайте порад. Пам'ятайте, ваше завдання – вислухати.

Істерика: істеричний напад триває кілька годин або декілька днів.

Ознаки: зберігається свідомість, спостерігаються надмірна рухомість, безліч рухів, театральні пози, мова емоційно насичена, швидка, присутні елементи ридання.

Перша допомога: позбавтеся глядачів, створіть спокійне оточення. Залишайтеся з постраждалим наодинці, якщо це не є небезпечним для вас. Зненацька вчиніть дію, що може сильно здивувати (можна дати ляпас, облити водою, з гуркотом упустити предмет, неочікувано крикнути на потерпілого). Говоріть з потерпілим короткими

фразами, упевненим тоном («Випий води», «Умійся»).

Після істерики настає етап занепаду сил. Укладіть потерпілого спати, до прибуття фахівця спостерігайте за його станом. Не потурайте бажанням потерпілого.

Реакція горя: виникає в ситуації втрати (смерть близької людини, тривала розлука, важкі операції, пов'язані з ампутацією й т.п.).

Фази горя:

Шок і заціпеніння. Тривалість цієї фази – від декількох секунд до кількох тижнів.

Ознаки: відчуття нереальності, відчуття збільшення емоційної дистанції від навколишніх, «оніміння» й нечутливість, малорухомість, що змінюється хвилинами метушливої активності, перервчасте дихання, особливо на вдиху, втрата апетиту, труднощі із засипанням, поява манери поведіння померлого (загиблого).

Фаза страждання: триває 6–7 тижнів.

Ознаки: відчуття присутності померлого, ідеалізування померлого, дратівливість, злість, почуття провини стосовно померлого, ослаблення уваги, неможливість на чомусь сконцентруватися, порушення пам'яті на поточні події, тривога, бажання усамітнитися, порушення сну, сексуальні розлади, млявість, відчуття, начебто порожньо в шлунку, перехоплює горло, підвищена чутливість до заходів.

Фаза прийняття – звичайно закінчується через рік після втрати.

Ознаки: відновлюється сон і апетит, втрата перестає бути головною подією в житті, іноді можуть

виникати гострі напади горя, відновлюється здатність планувати своє життя, рахуючись із усвідомленням втрати.

6. Фаза відновлення.

Ознаки: горе змінюється сумом, втрата сприймається як щось неминуче. Інколи хворобливі реакції горя можуть проявлятися не відразу після трагічних подій. При їхній затримці виникають інші реакції: підвищується активність без почуття втрати, з'являються симптоми захворювань померлої людини, розвиваються хвороби «на нервовому ґрунті», спостерігається апатія, безвільність, знижується самооцінка, виникає почуття власної неповноцінності, з'являються думки про самопокарання (самогубство).

Смерть близької людини

Фаза шоку:

Не залишайте постраждалого одного.

Говоріть про померлого в минулому часі. Частіше доторкайтеся до постраждалого (обіймайте, кладіть руку на плече, беріть його руку у свою).

Дайте йому можливість відпочити. Стежте за тим, щоб він їв.

Допомагайте потерпілому приймати необхідні рішення. Залучайте потерпілого до організації похорону.

Не говоріть «Від такої втрати ніколи не оговтатися, тільки час лікує, на все воля Божа» і т.п.

Переконайте потерпілого по можливості відмовитися від психотропних засобів.

Фаза страждання:

Дайте потерпілому можливість побути наодинці, відпочити. Не намагайтеся припинити плач, не заважайте проявляти злість.

Розмову про померлого переведіть в область почуттів. Давайте пити багато води (до двох літрів на день).

Забезпечте потерпілому фізичні навантаження (прогулянки по 45 хвилин).

Навіюйте думки, що страждання буде не завжди, що все можна пережити, що втрата – це не покарання, а частина нашого життя, що у втратах нема рації, мети, плану, не треба їх шукати. Ставтеся до потерпілого з увагою, але будьте з ним помірно строгі.

Поясніть, що поховати близьку людину – це не те ж саме, що забути кохану людину.

Фаза прийняття:

Переведіть розмову про померлого на тему майбутнього.

При хворобливих реакціях горя й «застряванні» на тривалий час у фазі страждання необхідно надати кваліфіковану психологічну допомогу. Зверніть пильну увагу на людину, що страждає, щоб запобігти ускладнень. Особливо важливо звернути увагу на такі показники: чи є психічне захворювання, чи людина втратила дитину, чи померлий був єдиним родичем, чи смерть настала при нез'ясованих обставинах або тіло не було знайдено, чи загибель відбулася в результаті самогубства. Якщо вчасно не надати допомогу, такий стан людини може призвести до серцевих і інфекційних захворювань (тому що різко знижується

імунітет), до нещасних випадків, алкоголізму, депресії й до інших розладів. Від близьких людей, що пережили смерть, можна почути: «Не роз'ятрюй рану». Це найчастіше лише прикриття своєї нездатності говорити про те, що відбулося. Знайте – такий стан є дуже небезпечним для здоров'я. Пам'ятайте – чоловіки в скорботі піддаються більшому ризику, ніж жінки, тому що вони менш схильні говорити про свої проблеми із близькими.

Катастрофи, аварії, стихійні лиха: при катастрофах, стихійних лихах, вибухах, аваріях людина не може виявитися ізольованою: в автомобілі, при ДТП, у завалі при вибуху й землетрусі, на даху будинку, на дереві – при повені.

Для людини, яка опинилася в завалі, будь-який зв'язок із зовнішнім світом стає «дорожчим за золото». Тому дуже важливо розмовляти з потерпілим. Говорити необхідно голосно, повільно й чітко. Пам'ятайте – до медичної допомоги необхідна психологічна підтримка, особливо коли людина ізольована. Як надати підтримку: повідомте потерпілому про те, що допомога вже йде. Підкажіть потерпілому, як необхідно поводитися: максимально економити сили, подих повинен бути повільним, неглибоким, через ніс – це дозволить заощаджувати кисень в організмі й навколишньому просторі. Забороніть потерпілому робити щось для самоевакуації, самозвільнення. Пам'ятайте – якщо потерпілий усунений з небезпечного місця, у першу чергу йому необхідно надати медичну допомогу (зупинити кровотечу та інше).

Психологічна допомога можлива тільки після цього. Якщо постраждалим є ваша близька людина:

Намагайтеся створити умови для

«задушевної» розмови. Це необхідно для того, щоб дати негативним почуттям, переживанням вийти назовні. Але ні в якому випадку не тисніть на людину, якщо вона опирається.

Не відштовхуйте потерпілого, навіть якщо він відштовхує вас. Продовжуйте надавати йому підтримку й виказувати свою любов.

Якщо була вчасно надана психологічна допомога, негативні реакції слабшають. Можливо також самозгасання цих реакцій. Їхній прояв у перший місяць після трагічної події є нормою.

Але якщо вони зберігаються далі або вперше з'являються тільки через півроку, можна констатувати наявність ПТСР.

У яких випадках є необхідним звернення до професіоналів (психотерапевтів, психологів): симптоми посттравматичного синдрому через тривалий час після психотравмуючої події; зміна ставлення до роботи; нічні кошмари або безсоння; важко контролювати свої почуття; виникають раптові вибухи гніву; немає людини, з якою можна було поділитися переживаннями; взаємини в родині погіршилися; відносини з товаришами по роботі, сусідами, знайомими також погіршилися; навколишні говорять «Він сильно змінився»; частіші нещасні випадки; шкідливі звички (тягне випивати, курити, приймати «заспокійливі» засоби); а також з'явилися проблеми зі здоров'ям, яких раніше не було.

Питання для самоперевірки

1. Принципи надання екстреної психологічної допомоги особам, постраждалим у результаті впливу екстремальних ситуацій.
2. Поведінка з постраждалими, які перебувають у різних психічних станах.
3. Психологічна допомога близькій людині.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ТА КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ

- 1. Рекомендації для психолога, який працює в екстремальній ситуації.*
- 2. Сучасні напрямки психотерапії при наданні екстреної психологічної допомоги.*

ВСТУП

Ще в 90-х роках минулого століття виникла така наука, як екстремальна психологія. Збільшилася кількість техногенних катастроф, терористичних актів та інших ситуацій, рівень стресу від яких перевищував усі допустимі норми. Ці умови й посприяли тому, щоб психологія поведінки в екстремальних ситуаціях сформувалася в окремий напрямок.

Психологи отримали можливість здобувати адекватні знання про те, як їм допомогти людям у шоківій ситуації. Спеціаліст, який має навички надавати кваліфіковану психологічну допомогу такого роду, цінується неймовірно високо. Від ефективності його роботи, в прямому сенсі слова, залежать людські життя.

1. Рекомендації для психолога, який працює в екстремальній ситуації.

У результаті проведення великої дослідницької програми німецькі психологи Б. Гаш і Ф. Ласогга розробили низку рекомендацій для психолога, іншого фахівця або добровольця, що працює в екстремальній ситуації. Ці рекомендації корисні як психологам при безпосередній роботі в місцях масових лих, так і для підготовки рятувальників і співробітників спеціальних служб. Уважно слухайте, не перебивайте, будьте терплячі, виконуючи свої обов'язки. Говоріть бажано спокійним тоном, навіть якщо потерпілий непритомніє. Не виказуйте знервованості. Уникайте докорів. Запитайте потерпілого: «Чи можу я щось

для вас зробити?». Якщо ви відчуваєте почуття жалю, не соромтеся про це сказати.

Правила першої допомоги для психологів:

У кризовій ситуації потерпілий завжди знаходиться в стані психічного збудження. Це нормально. Оптимальним є середній рівень збудження. Відразу скажіть пацієнтові, чого саме ви очікуєте від терапії і як довго триватиме робота над проблемою. Надія на успіх є кращою, ніж острах невдачі.

Не переходьте відразу до дій. Озирніться і вирішіть, яка допомога (крім психологічної) потрібна, хто з потерпілих найбільшою мірою потребує допомоги. Приділіть при цьому секунд 30 одному постраждалому і близько п'яти хвилин при наявності кількох постраждалих.

Точно скажіть, хто ви і які функції виконуєте. Дізнайтеся імена людей, які потребують допомоги. Скажіть постраждалим, що допомога скоро надійде, що ви про це подбали.

Обережно встановіть тілесний контакт з потерпілим. Візьміть потерпілого за руку або поплескайте по плечу. Торкатися голови або інших частин тіла не рекомендується. Займіть положення на тому ж рівні, що і потерпілий. Не повертайтеся до потерпілого спиною.

Ніколи не звинувачуйте потерпілого. Розкажіть, які заходи потрібно вжити для надання допомоги в його випадку.

Професійна компетентність заспокоює. Розкажіть про вашу кваліфікацію та досвід.

Дайте постраждалому повірити в його власну компетентність. Дайте йому доручення, з яким він впорається. Використовуйте це, щоб він переконався у своїх можливостях, щоб у потерпілого виникло почуття самоконтролю.

Дайте постраждалому виговоритися. Слухайте його активно, будьте уважними до його почуттів і думок. Переказуйте позитивні моменти.

Скажіть потерпілому, що ви залишитеся з ним. При розставанні знайдіть собі заступника і проінструктуйте його про те, що потрібно робити з потерпілим.

Залучайте людей з найближчого оточення потерпілого для надання допомоги. Інструктуйте їх і давайте їм прості доручення. Уникайте будь-яких слів, які можуть викликати у когось почуття провини.

Намагайтеся захистити потерпілого від зайвої уваги і розпитувань. Давайте іншим конкретні завдання.

Стрес може мати негативний вплив і на психолога. Напругу, що виникає в ході такої роботи, має сенс знімати за допомогою релаксаційних вправ і професійної супервізії. Групи супервізії повинен вести професійно підготовлений модератор.

При здійсненні *екстреної психологічної допомоги* необхідно пам'ятати, що жертви стихійних лих та катастроф страждають від таких факторів, викликаних екстремальною ситуацією, як:

1. Раптовість. Лише деякі чекають лиха, наприклад, потенційні жертви, що попереджені, такі, що поступово досягають критичної фази повені або

урагану, шторму. Чим раптовішою є подія, тим вона є більш руйнівною для жертв. Відсутність подібного досвіду.

2. Оскільки лиха і катастрофи, на щастя, явища рідкісні – люди часто вчаться переживати їх у момент стресу.

3. Загальна тривалість. Цей фактор варіюється від випадку до випадку. Наприклад, повинь, що поступово розливалася, може так само повільно і спадати, а землетрус триває кілька секунд і приносить набагато більше руйнувань. Проте у жертв деяких тривалих екстремальних ситуацій (наприклад, у випадках захоплення літака) травматичні ефекти можуть помножуватись з кожним наступним днем.

4. Недолік контролю. Ніхто не в змозі контролювати події під час катастроф. Може пройти чимало часу, перш ніж людина зможе контролювати звичайні події повсякденного життя. Якщо ця втрата контролю зберігається довго, навіть у компетентних і незалежних людей можуть спостерігатися ознаки «вивченої безпорадності».

5. Горе і втрата. Жертви катастроф можуть розлучитися з коханими або втратити когось з близьких; найгірше – це перебування в очікуванні звісток про всі можливі втрати. Крім того, жертва може втратити через катастрофу свою соціальну роль і позицію. У разі тривалих травматичних подій людина може втратити будь-які надії на відновлення втраченого.

6. Постійні зміни. Руйнування, викликані катастрофою, можуть виникнути знову.

7. Експозиція смерті. Навіть короточасні

ситуації, що становлять загрозу для життя, можуть змінити особистісну структуру людини і її «пізнавальну карту». Повторювані зіткнення зі смертю можуть призводити до глибоких змін на регуляторному рівні. При близькому зіткненні зі смертю дуже вірогідною є важка екзистенційна криза.

8. Моральна невпевненість. Жертва катастрофи може опинитися перед обличчям необхідності приймати рішення, пов'язану з системою цінностей, що здатні змінити життя, – наприклад, кого рятувати, наскільки ризикувати, кого звинувачувати.

9. Поведінка під час події. Кожен волів би виглядати найкращим чином у важкій ситуації, але вдається це небагатьом. Те, що людина робила або не робила під час катастрофи, може переслідувати її дуже довго після того, як інші рани вже загоїлися.

10. Масштаб руйнувань. Після катастрофи той, хто пережив її, швидше за все, буде вражений тим, що вона наробила з його оточенням і соціальною структурою. Зміни культурних норм змушують людину адаптуватися до них або залишитися чужаком; в останньому випадку емоційний збиток поєднується з соціальною дезадаптацією.

У людини в екстремальній ситуації можуть з'являтися такі симптоми (Крюкова та ін., 2001): маячня; галюцинації; апатія; ступор; рухове збудження; агресія; страх; істерика; нервові тремтіння; плач.

Допомога психолога в цій ситуації полягає у створенні умов для нервової «розрядки».

2. Сучасні напрямки психотерапії при наданні екстреної психологічної допомоги

Варто зробити короткий огляд основних методів, які використовуються фахівцями для надання екстреної психологічної допомоги.

Детально ці техніки не розглядаються з кількох причин. По-перше, для грамотного їх застосування необхідна спеціальна професійна підготовка, в іншому випадку ці техніки можуть просто нашкодити людині; по-друге, нараховується величезна кількість конкретних технік, які потрібно використовувати в різних ситуаціях. Наприклад, в арсеналі психолога, який працює в надзвичайній ситуації, як правило, є кілька сотень короткострокових прийомів, з яких він вибирає найбільш відповідний для конкретної людини, що знаходиться в певній ситуації і стані.

Психотерапевтичні та психокорекційні напрямки, які використовуються при наданні екстреної психологічної допомоги, припускають можливість короткострокового впливу методу. Це такі напрямки, як нейро-лінгвістичне програмування, тілесноорієнтована терапія, арттерапія, короткострокова позитивна терапія, сугестивні техніки, релаксаційні методи і методи, спрямовані на саморегуляцію, раціональна психотерапія та інші. Зупинимося трохи докладніше на кожному з перерахованих методів.

Нейро-лінгвістичне програмування (НЛП) – досить новий напрямок психотерапії. У 1973 р. вийшла перша книга, присвячена цьому методу, написана Дж. Гріндером і Р. Бендлером. НЛП наділяється унікальними можливостями, у тому числі

і при наданні екстреної психологічної допомоги. Це ціла концепція консультування, зорієнтована на реальний результат, причому максимально швидкий і безболісний для клієнта, що є особливо важливим у критичній ситуації. Безліч технік, запропонованих у рамках цього напрямку, дозволяють ефективно справлятися з поставленими завданнями у рамках надання екстреної психологічної допомоги. Прикладом може служити техніка швидкого лікування фобій, яка дозволяє позбавити людину від фобії протягом 15–20 хвилин. Найчастіше при наданні екстреної психологічної допомоги використовуються невеликі, компактні техніки НЛП, наприклад техніка «кола сили», техніка швидкого лікування фобій, техніка зміни модальностей та і ін.

Тілеснорієнтована терапія зародилася в ХХ ст. Її прабатьками можна вважати Вільгельма Райха і його послідовника – Олександра Лоуена. Цей вид психотерапії є дуже важливим при наданні екстреної психологічної допомоги, бо ж будь-яка стресова ситуація впливає на тіло людини, позначається на русі, диханні, м'язовій напрузі, загальному тонусі.

Стрес часто викликає проблеми зі здоров'ям психосоматичної природи (виразка шлунка, гіпертонія та ін.). Таким чином, забезпечення нормального психологічного самопочуття безпосередньо залежить від комфорту тілесного, фізичного. Часто люди, що потрапили в кризову ситуацію, не можуть спати, забуваються, тобто, у них починається загострення хронічних захворювань або, навпаки, може посилитися апетит, настати поліпшення стану здоров'я. Такі прояви є результатом дії процесу

адаптації. Украв важливим у подібній ситуації є турбота про тілесний, фізичний комфорт. Розслаблення м'язового каркасу дозволяє отримати повноцінний відпочинок і сприяти відновленню сил, що вкрай бажано в кризовій ситуації, бо фізична підтримка дозволяє людині відчути, що вона не самотня перед обличчям нещастя. Набір технік тілесної психотерапії досить великий і використовується фахівцями-психологами в широкому діапазоні ситуацій для надання допомоги постраждалим.

Арттерапія – термін «арттерапія» з'явився в 1938 р. завдяки роботі Адріана Хілла з хворими на туберкульоз. Пізніше цей термін став вживатися по відношенню до всіх видів занять мистецтвом, які проводяться з метою психологічної допомоги.

Арттерапія – потужний інструмент, що дозволяє висловити почуття і емоції, у тому числі і негативні, в символічній формі, опрацювати і визволити придушені почуття і думки, діагностувати внутрішній стан клієнта. Це дає можливість досить широко використовувати прийоми арттерапії для надання психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях. Особливо значущою є можливість застосування прийомів арттерапії для допомоги дітям, починаючи з дошкільного віку. Провідна діяльність дошкільника – продуктивна (малювання, ліплення, конструювання, рольова гра), що дозволяє легко залучити дитину до процесу малювання, і зробити допомогу якомога ефективнішою.

Велика кількість технік арттерапії, зручно поєднаних з техніками, що належать до інших

напрямок, наявність компактних технік, можливість застосовувати різні методики при мінімальному наборі інструментарію, дозволяють успішно застосовувати прийоми арттерапії з метою надання екстреної психологічної допомоги.

Короткочасна позитивна терапія – назву «позитивна психотерапія» вперше було введено в 1972 р. Н. Пезешкіаном для позначення власної психотерапевтичної концепції та стратегії. Саме слово «позитивна» передбачає протиставлення напрямкам психотерапії, які концентруються на негативних аспектах життя клієнта: психоаналіз, гуманістична і поведінкова психотерапія. Термін «позитивна психотерапія» може використовуватися також і в ширшому контексті.

Техніки короткострокової позитивної психотерапії в більшій мірі спрямовані на створення ресурсу, на можливість подивитися на проблему з іншого боку, побачити позитивні моменти в житті.

Часом вкрай важливо знайти для клієнта ресурс, який міг би допомогти йому в переживанні кризової ситуації. Компактні короткострокові техніки, що дозволяють, з одного боку, виконати завершений психотерапевтичний цикл, а з іншого боку, є економічними за часом, роблять можливим і доцільним використання прийомів короткострокової позитивної психотерапії в умовах надзвичайної ситуації. Гнучкість застосовуваних методів, можливість конструювання технік для кожного конкретного випадку, для кожної конкретної ситуації, дозволяють використовувати цей напрямок досить ефективно.

Сугестивні техніки – на сьогоднішній день існує безліч психотерапевтичних концепцій, що використовують навіювання, сугестивний вплив, до числа яких можна зарахувати Еріксонівський гіпноз, аутогенне тренування і багато іншого. Сугестивний вплив, техніки занурення клієнта в особливі стани свідомості відомі людині з давніх часів. Застосовуючи сугестивні техніки, фахівець може апелювати до неусвідомлюваних переживань клієнта, минаючи цензуру свідомості. Часто в екстремальній ситуації для людини, що втратила будинок, рідних та інше, в свідомості з'являються табу, наприклад, на те, щоб відчувати себе щасливим.

Техніки навіювання різноманітні, серед них є такі, застосування яких економічне за часом і не вимагає додаткового інструментарію, а також такі, застосування яких є можливим у будь-яких умовах (не обов'язково в ізолюваному приміщенні та ін.).

Релаксаційні методи і методи саморегуляції – існує величезна кількість методів релаксації та саморегуляції. До них можна віднести сугестивну техніку аутогенного тренування, техніку активної м'язової релаксації, техніку пасивної м'язової релаксації, медитації, а також величезну кількість інших методів.

Використання цих методів в екстремальних умовах дозволяє спеціалісту-психологу вирішити численні проблеми: при наданні допомоги постраждалим, їхнім родичам; для підтримки фахівців, що беруть участь у ліквідації наслідків НС, і фахівців, що забезпечують соціальну допомогу і підтримку постраждалих. Вельми важливим є

застосування цих методів для забезпечення високої працездатності самих психологів.

Раціональна психотерапія – основа й суть методу раціональної психотерапії полягає в тому, що фахівець, апелюючи й звертаючись до свідомості клієнта, переконує його і формує правильне ставлення до навколишньої дійсності, ситуації, подій.

В екстремальній ситуації, у ситуації, коли відбулася подія, що різко змінила життя людини, порушуються когнітивні процеси, і людина під впливом емоцій може робити неправильні висновки про те, що сталося, не розуміти й не сприймати адекватно можливу загрозу і те, чим ця ситуація є загрозливою, хто винен в тому, що трапилося. За допомогою раціональної психотерапії можливо відновити правильний причинно-наслідковий порядок. Застосування цього методу дозволяє знизити психологічне напруження у потерпілого. В умовах ліквідації наслідків надзвичайної ситуації цей метод може застосовуватися індивідуально і в міні-групах.

Застосування раціональної психотерапії є економічним за часом і не вимагає особливих умов. У кожній конкретній ситуації фахівець-психолог застосовує не один конкретний метод, а швидше набір технік, методик, які поєднуються одна з одною і відповідають конкретному клієнтові. Тому такий підхід до надання екстреної психологічної допомоги можна вважати еклектичним. Залежно від ситуації, її умов, індивідуальних особливостей клієнта обирається або розробляється індивідуальна тактика роботи з постраждалим.

У цій роботі можуть бути використані не тільки

описані методи, але і інші методи, технології надання психологічної допомоги, які за своїми можливостями відповідають поставленим цілям, завданням і технічним можливостям.

Методи психологічної діагностики – екстрена психологічна допомога може бути надана тільки в тому випадку, якщо реакції людини можна описати як нормальні реакції на ненормальну ситуацію. Тобто екстрена психологічна допомога не може бути надана тим людям, чиї реакції виходять за межі психічної норми. У разі, коли реакції людини виходять за межі норми, необхідною є допомога лікаря-психіатра. У зв'язку з цим можливе і необхідне застосування методів психологічної діагностики. Однак зрозуміло, що метод тестів і проєктивних психодіагностичних методик не відповідають вимогам ситуації, в якій надається екстрена психологічна допомога. Тому для цих цілей використовуються такі психодіагностичні методи, як бесіда, спостереження. Безумовно, ці методи не так точні, як, наприклад, метод тестів, проте вони за короткий проміжок часу дозволяють зібрати необхідну для фахівця інформацію і вчасно залучити до допомоги фахівців суміжних професій.

Метафоричні асоціативні карти (МАК) – це зручний проєктивний метод як групової, так і індивідуальної роботи, що останнім часом набуває популярності завдяки можливості працювати одночасно і з емоційними, і з когнітивними сферами особистості шляхом інтерпретацій стимульних зображень.

Використання МАК сприяє розкриттю та пізнанню актуальних почуттів, емоційних реакцій на

стресові події, відтворенню пережитого та вираженню власного ставлення до оточуючих людей та подій, що трапились тощо. Саме це є головним шляхом виявлення існуючих проблемних питань та переживань особистості, що потребує психологічної допомоги, а також пошуку способів їх вирішення.

Питання для самоперевірки

1. Правила першої психологічної допомоги в екстремальній ситуації.
2. Психотерапевтичні та психокорекційні напрямки роботи, які використовуються при наданні екстреної психологічної допомоги.

ПСИХОЛОГІЯ СТРЕСУ ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ

1. *Поняття, фази і компоненти стресу.*
2. *Характеристика стресу.*
3. *Передумови виникнення посттравматичних стресових розладів.*
4. *Поняття посттравматичного стресового розладу.*
5. *Характеристика посттравматичного стресового синдрому.*
6. *Типологія ПТСР.*

ВСТУП

Перш за все слід зазначити, що стрес – це цілком природна і навіть корисна складова нашого повсякденного життя, без якої воно було б пісним, нудним та нецікавим. Саме стрес піднімає нас ранком, спонукаючи до діяльності, до роботи, відпочинку та допомагає швидше й оперативніше реагувати в різних ситуаціях.

Та не варто забувати про те, що повсякденна напруга, дефіцит часу, постійна зайнятість на роботі та заклопотаність домашніми справами, подекуди відсутність задоволення від виконаної праці, невміння та небажання відпочивати можуть призвести до значних емоційних і фізичних проблем, у тому числі і до посттравматичних стресових розладів. Тому треба детально вивчати таке явище як стрес, щоб вміло володіти та контролювати ризик виникнення деструктивного стресу в своєму житті, облаштовувати все так, щоб від нього була тільки користь, а не самі лиха.

1. Поняття, фази і компоненти стресу

Стрес – стан значної психічної напруги, що розвивається в процесі діяльності в найбільш складних і важких умовах. Життя подекуди стає суворою і безжальною школою для людини. Труднощі, що виникають на нашому життєвому шляху (від дрібного невирішеного питання чи проблеми до трагічної ситуації), викликають у нас емоційні реакції негативного типу, які

супроводжуються цілою палітрою фізіологічних і психологічних зрушень.

На сьогодні є декілька наукових підходів до розуміння стресу. Найбільш популярною є теорія стресу, запропонована Г. Сельє. У рамках цієї теорії механізм виникнення стресу розглядається в такий спосіб.

Усі біологічні організми мають життєво важливий вроджений механізм підтримки внутрішньої рівноваги і балансу. Сильні зовнішні подразники можуть завдати шкоду й порушити, пошкодити цю рівновагу. Організм реагує на це захисно-приспосувальною реакцією підвищеного напруження.

За допомогою напруження організм намагається пристосуватися до подразника. Це неспецифічне для організму напруження і є станом стресу. У випадках, якщо подразник не зникає, стрес підсилюється, розвивається, викликаючи в організмі цілий ряд специфічних змін – організм намагається захиститися від стресу, попередити його або придушити. Однак можливості організму не безмежні і при сильному стресовому впливі швидко виснажуються, що може призвести до захворювання і навіть смерті людини.

У ході розвитку стресу спостерігають три стадії:

Стадія тривоги. Це найперша стадія, що виникає з появою подразника, який викликає стрес. Наявність такого подразника передбачає ряд фізіологічних змін: у людини прискорюється подих, трохи зростає тиск, підвищується пульс. Змінюються і психічні функції: підсилюється напруження, вся увага концентрується на подразнику, з'являється підвищений особистісний контроль ситуації.

Усе в комплексі покликано мобілізувати захисні можливості організму і механізми саморегуляції на захист від стресу. Якщо цієї дії досить, то тривога і хвилювання вщухають, стрес спадає, закінчується. Більшість стресів долається на цій стадії.

Стадія опору. Спостерігається у випадку, якщо дія стрес-фактора, що викликав відповідну реакцію, продовжує діяти. Тоді для захисту організм починає витрачати «резервний» запас сил, з максимальним навантаженням на всі системи організму.

Стадія виснаження. У разі, якщо подразник продовжує діяти, то відбувається зменшення можливостей протистояння стресові, тому що виснажуються резерви людини. Знижується загальна опірність організму. Стрес «захоплює» людину і може призвести її до хвороби.

При впливі дратівного фактора-подразника в людини формується оцінка ситуації як загрозової. Ступінь загрози в кожного індивідуальний, але в будь-якому випадку він викликає негативні емоції. Усвідомлення погрози і наявність негативних емоцій «штовхають» людину на подолання шкідливих впливів: вона прагне боротися з фактором, що заважає, намагається знищити його або «піти» від нього вбік. На це особистість спрямовує усі свої сили.

Якщо ситуація не вирішується, а сили для боротьби закінчуються, можливими стають виникнення неврозів і ряду незворотних порушень в організмі людини. Наявність усвідомленої погрози є основним стресовим фактором для людини.

Зважаючи на те, що в однакових, подібних ситуаціях одні люди вбачають погрозу різного ступеня, а інші в цих же умовах її зовсім не бачать, то, відповідно, і стрес, і його ступінь у кожного свої.

Погроза, що виникла перед людиною, викликає в неї відповідь – захисну реакцію. В особистості активізуються захисні механізми, спливає минулий досвід, розкриваються потрібні здібності. Залежно від ставлення людини до загрозливого фактора, від інтелектуальних можливостей його оцінки формується мотивація на подолання труднощів.

Погроза є вирішальним чинником у виникненні стресу. Людина може відчувати різноманітні види загроз: погрозу своєму здоров'ю, життю, матеріальному добробуту, благополуччю, соціальному станові, самолюбству, загрозу своїм близьким і т.д.

З психологічної точки зору стан стресу включає специфічну форму відображення людиною екстремальної ситуації і модель її поведінки як відповідну реакцію на це відображення.

Стан стресу може бути гострим або набувати хронічного характеру. Раніше вважалося, що провокатором стресу можуть бути тільки екстремальні ситуації.

У цьому випадку ми маємо справу з гострим стресом. Сьогодні ситуація змінилася. Особливості існування суспільства, зокрема інформаційне перевантаження, стає причиною хронічних форм стресу. У наш час стрес набув характер епідемії.

Афект (лат. *Affectus* – хвилювання, пристрасть) – сильний психічний стан, що швидко

виникає і бурхливо перебігає, характеризується сильним і глибоким переживанням, характерним зовнішнім проявом, звуженням свідомості і зниженням самоконтролю. Афект – це протилежність спокоеві духу, характеризується припиненням або утрудненням у звичайному, нормальному плинні представлень.

Таким чином, афект – це стан, що позбавляє людину спокійної розважливості мислення і волі. Звичайно приводами для виникнення афектів служать сильні і раптові враження, під впливом яких потрясається і раптово змінюється щиросердечний стан людини. Враження ці досить різноманітні, як по роду, так і за ступенем порушень в нашому внутрішньому світі.

Спочатку психологія, зі своєю теорією окремих щиросердечних здібностей, відносила афект до області відчуттів, а пристрасті – до області волі; поділ цей тепер залишено разом із самою теорією самостійних щиросердечних здібностей.

Однак, варто відрізнити афекти від пристрастей: перші зазвичай виникають раптово і, швидко досягши своєї вищої напруги, настільки ж швидко зникають, поступившись місцем реакції; другі ж відрізняються найбільшою тривалістю і сталістю, розвиваються і нарастають часто досить повільно, але опанувавши щиросердечним станом людини, тільки надсилу можуть бути подолані.

Ступені афекту досить різні. У вищій напрузі вони діють приголомшуючи, іноді навіть здатні заподіяти смерть, як то при переляку від надмірної радості або страху. Почуття, викликані афектом,

можуть бути як приємними, так і неприємними або навіть одночасно і радісними, і сумними, як, наприклад, при подиві.

Стосовно способу потрясіння щиросердечного спокою, афекти можуть бути розділені на збудливі (гнів, помста, радість) та гнітючі (скорбота, сум тощо).

Не дивлячись на близький зв'язок, що існує між духовними і тілесними станами, потрясіння, що виявляється в афекті, переходить і на тіло, що підтверджується виникненням у цих випадках почуття полегшення або стиснення, зашарінням від сорому, блідістю при гніві та ін.; тіло ж навпаки протидіє тривалості афекту. При вищих ступенях афекту сама природа подбала про засоби дозволу афекту, як то сльози або сміх.

Немає ніякої підстави стверджувати, що тільки людина піддається афектам, тому що й у тварин виявляються подібні явища; однак тільки людина у силу свого вищого духовного розвитку здатна придушувати в собі і приборкувати афект.

Винятково сильні афекти можуть завершитися втратою свідомості і пам'яті про минуле. Важливою особливістю цього емоційного стану є бурхливість, яскравість його зовнішнього прояву, дуже виразна і різка міміка, пантоміміка (виразні рухи всього тіла), мова, дії.

Змістом афекту можуть бути гнів, обурювання, смуток, страх, що переходить до жаху і паніки, горе. Афективні спалахи можуть виникати і при сильних позитивних емоціях («не пам'ятає себе від радості», «утратив розум від захвату»). У стані афекту людина

звичайно втрачає над собою контроль, однак відповідальність особистості за дії в стані афекту зберігається. До афектів особливо схильні люди, що не звикли до самоконтролю, не вважають за необхідне стримувати себе.

Афективність особистості, схильність до бурхливих емоційних проявів залежить не тільки від темпераменту (холерики в цьому відношенні різко відрізняються від флегматиків), але і від рівня її моральної вихованості, що передбачає самовладання. У той же час трапляються афекти, викликані нетактовністю партнера по спілкуванню.

Тривожність – деякі американські автори допускають зіставлення окремих індивідуальних психічних особливостей зі швидкістю утворення позитивних і умовних гальмівних рефлексів. Цьому присвячені дослідження тривожності або занепокоєння.

Тривожність діагностувалася за допомогою дуже різноманітних наборів іспитів, найчастіше за допомогою так званої Тейлорівської шкали «відкритої тривожності», що побудована за типом опитувальника. Склад психологічних компонентів тривожності не можна вважати цілком визначеним і встановленим.

Найбільш стійкі і постійні компоненти цього комплексу такі: стан емоційної напруги (stress), переживання особистої загрози, підвищена чутливість до невдач і помилок, віднесення невдач і помилок, за рахунок властивостей своєї особистості, заклопотаність, саме помисливість, невдоволення собою. Весь цей симптомокомплекс має одну з основних

характерних ознак темпераменту: від нього залежить динаміка діяльності. Але виявляється він лише в ситуації небезпеки і залежить від мотивів і взаємин особистості.

Тривожність спостерігається також при незадоволенні мотивів і у всякому психологічному конфлікті типу фрустрації. Стан тривожності не є іманентною властивістю, притаманною визначеному темпераментові. Він з'являється лише при виключних порушеннях у системі мотивів і відносин особистості.

Недолік досліджень за Тейлорівською шкалою «відкритої тривожності» полягає в тому, що індивідуальні психічні особливості в них встановлювалися в більшості випадків на основі опитувальника. В опитувальнику вказуються ті зовнішні ознаки, на основі яких можна робити висновки про психічні особливості, що входять у комплекс тривожності. Діагноз вироблявся на основі бесіди з випробуваними і безпосереднього спостереження за їхньою поведінкою. Цей метод діагнозу досить ненадійний.

В усіх цих роботах американських авторів, як і в більш ранніх роботах Іванова–Смоленського, симптомокомплекс психічних особливостей зіставлявся не з загальним типом нервової системи або окремих її властивостей, а з індивідуальними особливостями утворення позитивних умовних рефлексів.

При такому способі зіставлення неможливо сказати, від якого саме загального типу нервової системи або окремої властивості залежить даний симптомокомплекс властивостей темпераменту. У

випробуваних з високим ступенем тривожності сила гальмування менша, ніж сила порушення.

Також з'ясувалася залежність тривожності від сили нервових процесів, 9 учнів зі слабким процесом порушення при виконанні контрольної роботи (у тому випадку, якщо від її результатів залежить різке погіршення оцінки за чверть) демонстрували погіршення розподілу уваги в порівнянні з виконанням цієї ж роботи в спокійній, традиційній ситуації. Тим часом в учнів із сильним процесом порушення при виконанні такої роботи розподіл уваги не погіршується, а навпаки, поліпшується в порівнянні з роботою в спокійній ситуації.

Таким чином, цей симптомокомплекс має й інші відмітні ознаки темпераменту: він залежить від загального типу нервової системи і має стійкий та постійний характер; виявляється в різні періоди життя й у різних ситуаціях.

2. Характеристика стресу

Стрес має цілу низку ознак: фізіологічних, психологічних, особистісних і медичних. Окрім того, будь-який стрес обов'язково включає емоційну напругу.

Фізіологічні ознаки стресу такі: хекання, прискорений пульс, почервоніння або збліднення шкіри особи, зростання рівню адреналіну в крові, потіння.

Психологічною ж ознакою є, в першу чергу, зміна динаміки психічних функцій, яка найчастіше включає в себе: уповільнення розумових операцій, розсіювання уваги, ослаблення функції пам'яті,

зменшення сенсорної чутливості, гальмування процесу ухвалення рішень.

Особистісні ознаки:

- повне придушення волі;
- зниження самоконтролю;
- пасивність і стереотипність поведінки;
- нездатність до творчих креативних рішень;
- підвищена сугестивність;
- страх;
- тривожність;
- невмотивоване занепокоєння.

Медичні ознаки:

- підвищена нервозність;
- наявність істеричних реакцій;
- втрата свідомості;
- афекти;
- головний біль;
- безсоння.

Зустрівшись з екстремальною ситуацією (або сприйнявши її такою), людина переживає різке зростання емоційної напруги. Її опановує страх того, що вона не впорається з цією ситуацією, що остання завдасть їй збитки. У результаті в людини виникає стан тривоги.

Емоційне порушення росте і починає заважати виконанню тієї діяльності, якою людина зайнята. Діяльність дезорганізується: з'являються помилки, збільшується кількість часу на виконання окремих дій, порушується процес планування й оцінки діяльності.

Усе це викликає негативні емоції, додає занепокоєння, викликає невпевненість у своїх силах,

знижує самооцінку. Як наслідок, зростає стан напруги, що призводить до ще суттєвіших помилок і дефектів діяльності. Вимальовується замкнене коло «втягування» людини в стрес.

Наше життя складається з нескінченного ланцюжка хвилювань:

Свідомість зіштовхується з якоюсь проблемою;

Свідомість бореться, щоб розв'язати цю проблему.

Якщо ми не можемо розв'язати проблему, або робимо це не так, як хотілося б, виникає розпач. Намагаючись перебороти його, ми нерідко скоюємо помилки. Дуже поширеною є помилка, яка полягає в тім, що ми докладаетьмо занадто багато зусиль для вирішення незначної проблеми, а в результаті викликаємо мимовільне збільшення емоційної напруги.

Ще одна поширена помилка – зосередження на відсутність успіху, страх помилки, хибної дії. Плідним же є фіксування своїх досягнень, а не невдач. Не так багато людей, для яких є виправданою приказка «на помилках навчаються». Для більшості вона звучить по-іншому: «На помилках заробляють комплекси неповноцінності». Не можна будувати життя на невдачах. Буде набагато кращим, якщо ви станете концентруватися на своїх досягненнях, не будете страшитися любити і хвалити себе – цього багато не буває.

1. Передумови виникнення посттравматичних стресових розладів.

Екстремальними називаються ті ситуації, які є небезпечними для життя, здоров'я і благополуччя значних груп населення. Вони обумовлені стихійними лихами, катастрофами, аваріями або застосуванням супротивником у випадку війни різних видів зброї і викликають реакції організму і особистості, які знаходяться на межі патологічних порушень.

Стихійні лиха і катастрофи – екстремальні ситуації, що виникають, як правило, зненацька, при яких створюється загроза не тільки нормальному перебігу життя, існуванню і здоров'ю, але й самому життю значної кількості людей.

Особливості психопатологічних розладів в екстремальних ситуаціях:

Внаслідок множинності раптово діючих психотравмуючих факторів в екстремальних ситуаціях спостерігається одночасне виникнення психічних розладів у значної кількості людей.

Клінічна картина в таких випадках не носить строго індивідуального, як при звичайних психотравмуючих обставинах, характеру і зводиться до невеликої кількості достатньо типових проявів.

Не зважаючи на розвиток психогенних розладів і життєво небезпечну ситуацію, яка продовжується, постраждалий вимушений продовжувати активну боротьбу з наслідками стихійного лиха (катастрофи) заради виживання і збереження свого життя, життя близьких і всіх оточуючих.

На вірогідність розвитку безпосередніх і віддалених негативних наслідків екстремальної ситуації впливає ряд чинників:

Особливості ситуації (раптовість, тривалість, патогенна виразність, особливо – безпосередня вірогідність смерті).

Певні особистісні прояви:

- ідентифікація себе з жертвою;
- спадкова обтяженість психічними захворюваннями;
- підвищена психічна вразливість (збірний термін) – це емоційна нестійкість, невпевненість, підвищена тривожність, зловживання алкоголем, відчуття безпорадності, екстернальний локус контролю;

- межова психічна патологія (наявність неврозів, психопатичних рис характеру);

- наявність психічних травм у минулому, особливо – недавні (особливо протягом останнього року) психотравмуючі події в особистому житті;

- отримання психічної травми в дитячому або в немолодому (старше 50-60 років) віці.

Невизначеність віддалених наслідків.

Недостатня соціальна адаптація (як на момент екстремальної ситуації, так і у віддаленому періоді).

Пізній початок лікування або його відсутність.

4. Поняття посттравматичного стресового розладу.

Посттравматичний стресовий розлад (PTSD, ПТСР, посттравматичний синдром, «комбатський

синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «східний синдром» тощо) – психічний розлад, різновид неврозу, що виникає в результаті переживання однієї чи кількох психотравматичних подій, таких як, наприклад, військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важка фізична травма, побутове чи статеве насильство, загроза смерті або перебування у як свідок чужої смерті, або винуватця чиєїсь загибелі.

ПТСР проявляється як довготривала реакція на стрес – за визначенням лікарів його дія спостерігається щонайменше після чотирьох тижнів після травматичної події.

При ПТСР спостерігають 4 кластери симптомів, таких як уникнення, гіперзбудженість (що супроводжуються проблемами із сном, виявами ризикової поведінки, відчуттям непереможності), перепроживання, проблеми із пам'яттю та емоційною сферою (наприклад, відчуття відрізаності власного життя, ізолюваності від людей).

З плином часу симптоми ПТСР мають тенденцію посилюватись. ПТСР діагностують, якщо сила симптомів наростає, заважає нормальному функціонуванню людини, та коли їхня тривалість перевищує місяць від травматичної події. ПТСР супроводжують часті, повторювані спогади про травматичні події, флеш-беки; відчуття нереальності події, так наче подія трапилась не з потерпілим; високий рівень гнівливості, підвищена чутливість до стресових ситуацій, психопатологічні переживання нових стресів, уникнення або втрата лінійності подій у пам'яті, випадіння важливих компонентів

травматичної події, підвищена пильність, яка зберігається упродовж більше ніж місяць після психотравми.

Складність при проведенні диференційної діагностики постраждалого полягає в можливості спостереження поряд із клінічною картиною ПТРС симптомів, спровокованих порушеннями, що належать до інших психічних захворювань – неврозів чи депресії.

5. Характеристика посттравматичного стресового синдрому

Посттравматичний стресовий розлад – це ряд змін, викликаних спогадом про травму, що відбуваються в таких сферах: емоційній (страх, смуток, неспокій, гнів); пізнавальній (труднощі в запам'ятовуванні, порушення уваги, погіршення інтелектуальної діяльності); тілесній (болі в животі, грудях, голові, тремтіння, тики, розлади сну); поведінковій (труднощі в спілкуванні, зосередження на собі, ізоляція, збільшення споживання сигарет, наркотиків, зловживання алкоголем).

Особливо гостро психотравмуючі ситуації переживають діти. Для дітей джерелом психологічної травми можуть ставати суворі покарання, сексуальне насильство або смерть близьких. Характер травми впливає на симптоми посттравматичного стресу, які можуть проявитися через багато років після того, що сталося. Так, серед людей, які перенесли в дитинстві фізичне або сексуальне насильство, багато алкоголіків.

Це пояснюється тим, що діти, опинившись в травматичній ситуації, були змушені придушити

сильне почуття, для того, щоб зберегти своє «я» і вижити. Ставши дорослими, намагаючись упоратися зі стресовими ситуаціями, вони вдаються до алкоголю і наркотиків.

Основні симптоми ПТСР:

Симптоми повторного переживання: повторювані, нав'язливі негативні спогади про подію; повторювані негативні сни, пов'язані з подією; раптові вчинки і почуття, викликані «поверненням» (раптовим «провалом») в психотравмуючу подію; інтенсивний психологічний стрес при подіях, що нагадують чи символізують травму.

Симптоми уникнення: уникнення думок, почуттів і діяльності, пов'язаних з подією; неможливість згадати деталі події; зниження інтересу до діяльності, яка раніше викликала в людини великий інтерес; почуття відстороненості, відчуження від інших людей; збідніння почуттів, відсутність позитивних емоцій; відсутність планів на майбутнє.

Симптоми підвищеної збудливості: труднощі засинання, безсоння; дратівливість; надуважність; вибухові реакції; труднощі при концентрації уваги; фізіологічні реакції на події, що символізують або нагадують травму.

Стадії розвитку посттравматичного стресового розладу. Три основні стадії:

- гостра (від моменту події до 6 тижнів);
- хронічна (від 6 тижнів до 6 місяців);
- відстрочена (від 6 місяців до кількох років);
- гостра стадія розвитку ПТСР.

Перший, *гострий період розвитку екстремальної ситуації*, триває від початку впливу до

початку організації евакуації та рятувальних робіт (тривалість періоду – від декількох хвилин до кількох годин).

Цей період характеризується загрозою власному життю і ймовірністю загибелі близьких, що виникла раптово. Поведінка в гострому періоді екстремальної ситуації багато в чому визначається емоцією страху, яка до певної межі є нормальною і сприяє психічній та фізичній мобілізації, необхідній для самозбереження. За усвідомлюванням людиною катастрофи виникають психічна напруга і страх.

По завершенні гострого періоду деякі потерпілі відчувають короточасне полегшення, підйом настрою, активно беруть участь у рятувальних роботах, багатослівно і багато разів повторюючи, розповідають про свої переживання, бравуючи і дискредитуючи небезпеку.

Як правило, ця фаза ейфорії триває від декількох хвилин до кількох годин і змінюється млявістю, байдужістю, загальмованістю. Постраждалі справляють враження відсторонених, занурених у себе, вони вагаються з відповіддю на найпростіші запитання, відчувають значні труднощі при виконанні найпростіших завдань. У деяких людей з'являється неспокій, метушливість, нетерплячість, прагнення до частих контактів з оточуючими.

Для багатьох постраждалих характерною є зміна відчуття часу: плинність його сповільнюється і тривалість гострого періоду представляється людині збільшеною в кілька разів. Змінюється сприйняття простору: спотворюються відстані між предметами, спотворюються їх розміри і форма. У потерпілих на

цій стадії відзначаються короткочасні порушення в основному в фізіологічній та емоційній сферах.

Хронічна стадія розвитку ПТСР – безпосередньо після гострого періоду, коли небезпека явно виявила себе, у постраждалих нарастають розгубленість, нерозуміння того, що відбувається.

У багатьох учасників екстремальної ситуації відзначається зміна активності – рухи стають більш чіткими, економними, збільшується м'язова сила, що сприяє переміщенню людини у більш безпечне місце. Для цієї стадії характерним є прояв порушень поведінкової сфери. При цьому легкість або тяжкість подальшої адаптації визначається поведінкою людини і ступенем прийняття нею відповідальності за власне життя. Якщо людина, що пережила травму, не говорить про пережите (не схильна, не дозволяє собі або намагається, але залишається невислуханою), то у неї посилюється тривога, нерідко загострюється жага помсти, відплати. Навіть абсолютно невинна поведінка інших людей при наростанні тривоги може сприйматися як загрозна і викликати у потерпілого неадекватні агресивні реакції, які проявляються досить часто. Для такої людини, як правило, постійним емоційним фоном стає депресія з важким почуттям надзвичайної втоми.

Порушується сфера інтересів. У свідомості несподівано і яскраво спалахує психотравмуюча подія. Людина заціклюється на думках про те, що трапилося, і, не маючи можливості сконцентруватися на реальності та об'єктивно її оцінити, часто стає жертвою нещасних випадків, аварій. Дуже часто виникають проблеми в стосунках з найближчими

людьми, які щиро хочуть допомогти. Поступово у людини формується бажання «піти від дійсності». Формами «відходу від дійсності» у дорослих постраждалих можуть бути алкоголь, наркотики; імпульсивний секс.

У дітей спостерігаються елементи регресивної поведінки (енурез, смоктання пальців тощо).

Відстрочена стадія розвитку ПТСР – для цієї стадії характерним є досить стійкий прояв симптомів постстресових розладів: відчуття підвищеної втоми, сонливість вдень на фоні поряд з розладу нічного сну; поява тремтіння в руках і ногах, постійне очікування можливого нещастя, підвищена вразливість і образливість.

Людина, поглинена почуттям безсилля перед душевним болем, відчуває себе непотрібною, нікчемною, нічого не вартою, але одночасно не може цього прийняти, не може і не хоче погодитися з цим. Депресія ще більш поглиблюється, частішають спалахи пережитого у свідомості, не залишають нічні кошмари. Переживання, які не отримали виходу або розрядки, переходять у внутрішній світ людини і проявляються у вигляді хронічних фізичних нездужань, що не знаходять об'єктивного підтвердження. Спроби заглушити душевний і тілесний біль алкоголем або наркотиками втягуються в болото фізичної та психічної залежності від них.

Людина втрачає відчуття влади над своїм життям і можливості її контролювати. Контроль над життям стає імпульсивним і часто агресивно-насильницьким – почасти через зафіксовані стереотипи поведінки, почасти в пошуках сильних,

«оживлюючих» переживань. Деякі прагнуть піти подальше від світу людей, де багато чого травмує, і стають сучасними відлюдниками.

Основними симптомами відстроченої стадії розвитку ПТСР є: наростаюча депресія; всепоглинаюче почуття безсилля; різний за етимологією біль, який не одержує об'єктивного підтвердження; низька самооцінка, гостре відчуття нікчемності, непотрібності.

6. Типологія ПТСР.

Виділяють декілька типів ПТСР:

Тривожний тип ПТСР характеризується високим рівнем соматичної і психічної невмотивованої тривоги на гіпотимно-забарвленому афективному фоні з переживаннями, не рідше декількох раз на добу, мимовільних, з відтінком нав'язливості, фантазій, що відбивають психотравматичну ситуацію. При цьому характерним є дисфоричне забарвлення настрою з почуттям внутрішнього дискомфорту, дратівливості, напруженості.

Розлади сну характеризуються труднощами при засипанні з домінуванням у свідомості тривожних думок про свій стан, побоюваннями за якість і тривалість сну, страхом перед важкими сновидіннями (епізоди бойових дій, насильства, частенько розправи з самими пацієнтами). Хворі часто навмисно відстрочують настання сну і засинають лише під ранок. Характерними стають пароксизмальні вечірньо-нічні стани з почуттям нестачі повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом або приливами жару. Хворі самотійно звертаються за допомогою, і

хоча домінує прагнення уникнути ситуацій, що нагадують про психотравму, вони прагнуть до спілкування, якої-небудь цілеспрямованої діяльності, отримуючи полегшення від активності.

Астенічний тип ПТСР відрізняється домінуванням почуття млявості та слабкості. Фон настрою є пониженим, з'являється байдужість до подій, що раніше цікавили в житті, байдужість до проблем сім'ї і робочих питань. Поведінка відрізняється пасивністю, характерне переживання втрати почуття задоволення від життя. У свідомості домінують думки про власну неспроможність. Упродовж тижня кілька разів мимоволі видаються епізоди психотравмуючої ситуації.

Проте, на відміну від тривожного типу, в даних випадках уявні образи позбавлені яскравості, детальності, емоційної забарвленості та визначаються хворими як картини, що «виникають у свідомості, з відтінком нав'язливості».

Розлади сну пов'язуються з неможливістю піднятися з ліжка, тяжкою дрімотою, іноді впродовж усього дня. Поведінка уникання нехарактерна, хворі рідко приховують свої переживання і, як правило, самостійно звертаються за допомогою.

Дисфоричний тип ПТСР характеризується постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратуванням, аж до спалахів злості й люті, на тлі пригнічено-похмурого настрою. Хворі відмічають високий рівень агресивності, прагнення зігнати на оточуючих дратівливість, яка їх охоплює.

У свідомості домінують фантазії агресивного змісту у вигляді картин покарання уявних кривдників,

бійок, суперечок із застосуванням фізичної сили, що лякає хворих і примушує зводити свої контакти з оточенням до мінімуму. Часто вони не здатні контролювати себе і на зауваження оточуючих видають бурхливі реакції, про які згодом шкодують. Разом з цим мимоволі представляються сценopodobного характеру епізоди психотравмуючих ситуацій. Доволі поширеними є сцени насильства з активною участю самих хворих. Зовні хворі похмурі, міміка з відтінком невдоволення і дратівливості, поведінка відрізняється відгородженістю. Таким людям притаманні унікаюча поведінка, замкнутість, малослівність. Активно скарг вони не висувають і потрапляють у поле зору фахівців завдяки поведінковим розладам, зареєстрованими близькими або товаришами по службі.

Соматоформний тип ПТСР характеризується масивними соматоформними розладами з переважною локалізацією неприємних тілесних відчуттів у ділянці серця (54 %), кишківника (36 %) і голови (20 %) – ці розлади поєднуються з психо вегетативними пароксизмами. Класичні симптоми ПТСР виникають у цих хворих через 6 місяців після психотравмуючої події, що дозволяє ці випадки позначити як відстрокований варіант ПТСР.

Типове формування унікаючої поведінки на тлі панічних атак, а також симптоми емоційного заціпеніння і феномени флешбек зустрічаються досить рідко і не мають такого обтяжливого емоційного характеру. Депресивний афект представлений недиференційованою гіпотимією з виразними тривожно-фобічними включеннями.

Питання для самоперевірки

1. Поняття «стрес», характеристика його змісту та стадій.
2. Особливості психопатологічних розладів в екстремальних ситуаціях.
3. Поняття «ПТСР», його симптоми та стадії.

ПРИНЦИПИ І МЕТОДИ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ОСОБАМИ, ЩО МАЮТЬ ОЗНАКИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1. *Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу.*
2. *Основні напрями реабілітації ПТСР.*
3. *Психотерапія посттравматичного стресового розладу.*
4. *Консультування та психотерапія учасників бойових дій.*
5. *Модель психологічної реабілітації.*

ВСТУП

Тяжка психічна травма має вкрай небезпечні наслідки для людини. А засобом попередження негативного впливу тяжкої психічної травми на психічне здоров'я людини є профілактична психологічна допомога. Це, безумовно, найефективніший із засобів. Розробка методичних рекомендацій (комплексу заходів) з первинної та вторинної профілактики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та реабілітації постраждалих залишається однією з найактуальніших проблем сучасної психології.

Поширеність ПТСР залежить від частоти виникнення надзвичайних подій. Події в Україні, що відбуваються в останній час, проведення Операції об'єднаних сил ЗСУ (ООС), вкрай складна соціально-політична ситуація в суспільстві показали необхідність соціально-психологічного захисту і психологічної допомоги як дітям і окремим дорослим, так і цілим соціальним прошаркам.

1. Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу

Діагноз ПТСР як виокремлена самостійна нозологічна форма в групі тривожних розладів певний час існував лише в США. Проте в 1995 р. цей розлад і його діагностичні критерії з DSM (*англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – прийнята в США номенклатура психічних розладів*) були введені в десяту редакцію Міжнародного класифікатора хвороб МКБ-10, основного діагностичного стандарту в європейських країнах.

Згідно з МКБ-10 услід за травмуючими подіями, які виходять за рамки звичайного людського досвіду, може розвиватися посттравматичний стресовий розлад. Під «звичайним» людським досвідом розуміють такі травмуючі події, як втрата близької людини, що сталася через природні причини, важкі хронічні й невиліковні хвороби, втрата роботи або родинний конфлікт.

До стресорів, що виходять за рамки звичайного людського досвіду, належать ті події, які здатні травмувати психіку практично будь-якої здорової людини: стихійні лиха, техногенні катастрофи, а також події, що є результатом цілеспрямованої, нерідко злочинної діяльності (диверсії, терористичні акти, тортури, масове насильство, бойові дії, потрапляння в «ситуацію заручника», руйнування власного будинку).

При діагностиці ПТСР первинну роль відіграє виявлення травматичної події, ситуації.

Травматичні ситуації – це такі екстремальні критичні дії, що мають потужну негативну спрямованість; ситуації загрози, що вимагають від індивіда екстраординарних зусиль, які б допомогли в роботі щодо подолання наслідків цих дій.

Зазначені події можуть набувати форми незвичайних обставин або ряду дій, які піддають індивіда екстремальному, інтенсивному, надзвичайному впливу, що містить загрозу для життя або здоров'я як самої особи, так і її значущих близьких, і докорінно порушують почуття безпеки. Ці ситуації можуть бути або нетривалими, але надзвичайно потужними за силою дії (тривалість цих

подій становить від декількох хвилин до кількох годин), або тривалими, або тими, які регулярно повторюються.

Вірогідність і можливість того, що стресор призведе до розладу, залежить від його (стресора) раптовості, непередбачуваності, тривалості та умисності (тобто травма навмисно нанесена іншими людьми), від фізичного ушкодження, яке він завдасть жертві або її близьким, від того, наскільки він загрожує життю, сприяє ізоляції, вступає в конфлікт з уявленням про своє Я, фізично або психологічно принижує гідність або завдає збитку співтовариству, до якого належить жертва, або його системі підтримки. Проте жоден із стресорів не здатен викликати ПТСР у всіх людей без винятку, і, навпаки, деякі, на перший погляд помірно травматичні події (на зразок втрати роботи, нещасного випадку, хвороби або розлучення) інколи можуть призвести до розвитку ПТСР.

У наш час, наприклад, невідомо, як визначити травматичну здатність невеликого стресора, якщо він триває протягом кількох тижнів, і оцінити, чи буде вона іншою, якщо його дія продовжується впродовж декількох місяців або років. Так само сприйняття та чутливість до травматичності події є дуже індивідуальною особливістю і часом цілком залежить від якоїсь дециди, до якої окрема особистість має ідіосинкразію («ідіосинкразія» – хвороблива вроджена або посттравматична реакція (головний біль, нудота тощо), що виникає в окремих людей як відповідь на певні неспецифічні (на відміну від алергії) подразники).

На сьогодні єдиним безперечним висновком, до якого приходять всі дослідники в цій галузі, є те, що в деяких випадках для розвитку симптомів ПТСР індивідуальне сприйняття стресора як травмуючого чинника є не менш важливим, ніж його об'єктивна стресогенність.

Важливе місце в значенні для розвитку і перебігу ПТСР посідають і посттравматичні чинники, але на сьогодні ця галузь досліджена значно менше. У деяких випадках те, що відбувається з людиною після травми, впливає на неї навіть сильніше, ніж сама травма.

Можна виділити чинники, які сприяють профілактиці розвитку ПТСР і пом'якшують його перебіг. До таких належать: негайно розпочата терапія, що дає можливість активно ділитися своїми переживаннями; рання і довгострокова соціальна підтримка; відновлення відчуття причетності до суспільства (якщо воно було втрачене) і безпеки; участь у терапевтичній роботі з подібними жертвами травми; відсутність повторної травматизації; уникнення діяльності, яка перериває або порушує хід терапії (наприклад, тривала участь у правових діях, які приховано заохочують роль хворого / жертви і знижують значущість терапії).

ПТСР є комплексом реакцій людини на травму, де сама травма розглядається як переживання, потрясіння, що в більшості людей викликають страх, жах, відчуття безвихідності становища, безпорадність. Це, в першу чергу, ситуації, коли людина сама пережила загрозу власному життю, смерть або поранення іншої людини. Передбачається, що

симптоми можуть з'явитися відразу після перебування в травматичній ситуації, а можуть виникнути після багатьох років – у цьому особлива підступність посттравматичного стресового розладу.

Пригадуються випадки, коли у ветеранів Другої світової війни симптоми ПТСР виявилися через сорок років після закінчення військових дій.

Відповідно до особливостей прояву і перебігу ПТСР розрізняють три його підвиди:

Гострий ПТСР – розвивається в терміні до трьох місяців (не слід плутати з гострим стресовим розладом, який розвивається протягом одного місяця після критичного інциденту).

Хронічний – триває більше трьох місяців.

Відстрочений – виникнення розладів спостерігається через шість і більше місяців після травматизації.

На сьогодні ряд зарубіжних авторів пропонує доповнити діагностику посттравматичних порушень ще однією категорією – посттравматичними особистісними розладами (або РТПД – posttraumatic personality disorder), оскільки присутність хронічних симптомів ПТСР часто дається взнаки й проявляється впродовж усього подальшого життя людини, що отримала масовану психотравму.

Безумовно, така травма здатна залишити відбиток у душі людини і призвести до патологічної трансформації всієї її особистості в цілому. Схематично взаємозв'язок різних за часом виникнення, тривалості та глибини стадій формування постстресових порушень показано на рис. 6.

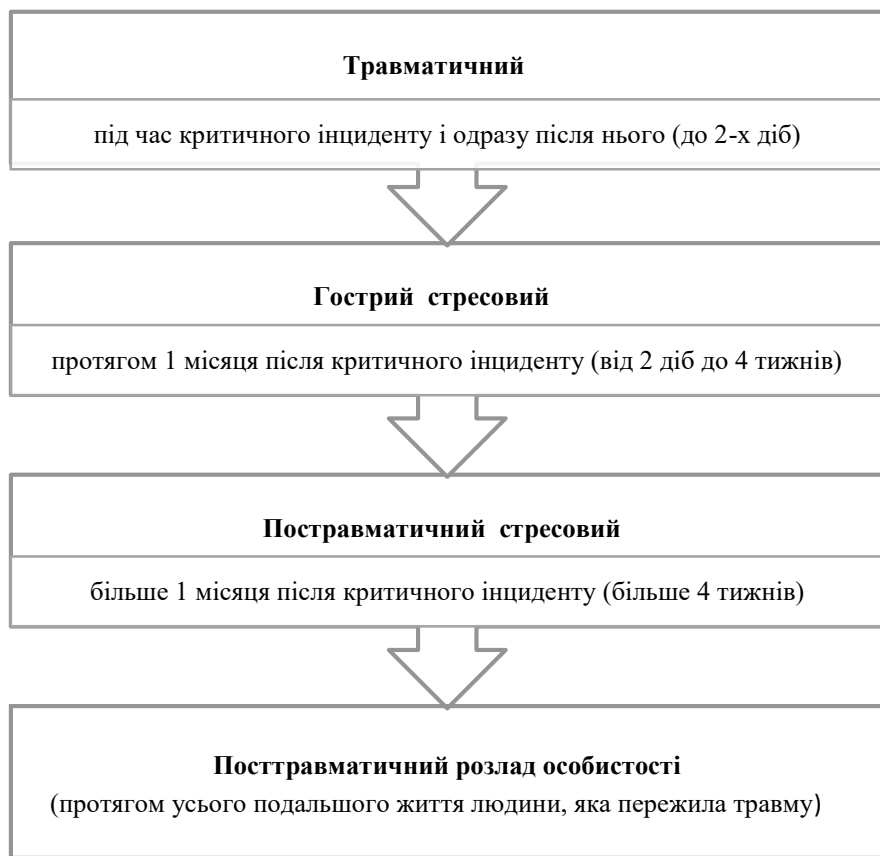


Рис. 6. Стадії формування постстресових порушень

Критерії ПТСР в МКБ-10 визначені таким чином:

– хворий має – пережити дію стресової події або ситуації (як короткочасної, так і тривалої) винятково загрозливого або катастрофічного характеру, що здатне викликати загальний дистрес майже в будь-якого індивіда;

– стійкі спогади або «пожвавлення» стресора в нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або снах, що повторюються, або ж повторне переживання

горя при дії ситуацій, що нагадують або асоціюються із стресором;

– хворий повинен виявляти фактичне уникнення або прагнення уникнути обставини, що нагадують або асоціюються із стресором;

– будь-яке з двох: психогенна амнезія, або часткова, або повна, відносно важливих аспектів періоду дії стресора.

Стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (що не спостерігалися до дії стресора), подані будь-якими двома з наступних:

1. Труднощі при засипанні або в збереженні сну.

2. Дратівливість або спалахи гніву.

3. Труднощі з концентрацією уваги.

4. Підвищення рівня безсоння.

5. Посилений рефлекс чотирьохпагорбний. (У людини чотирихпагорбний рефлекс є сторожовим. У випадках підвищеної збудливості чотирипагорбності при раптовому звуковому або світловому подразненні у людини виникає здригання, іноді підскакування на ноги, крик, максимально швидке віддалення від подразника, часом нестримна втеча).

За рідкими виключеннями відповідність критеріям б, в та г настає в межах шести місяців після експозиції стресу або після закінчення його дії. У міжнародній класифікації психічних порушень у травматичному стресі виділяють три групи симптомів: симптом повторного переживання (або симптом «вторгнення»), симптом уникнення і симптом фізіологічної гіперактивації.

Критерії посттравматичного стресового розладу за останнім класифікатором Американської психіатричної асоціації DSM-5:

– індивід знаходився під впливом травмуючої події, причому повинні виконуватися обидва наведених нижче пункти:

Індивід був учасником, свідком або зіткнувся з подією (подіями), які включають смерть, або загрозу смерті, або загрозу серйозних пошкоджень, або загрозу фізичній цілісності інших людей (або власній).

Реакція індивіда включає інтенсивний страх, безпорадність або жах. Примітка: у дітей реакція може заміщатися дезорганізованою поведінкою.

– травматична подія наполегливо повторюється в переживанні одним (або більше) з наступних способів:

Нав'язливе та повторюване відтворення події, відповідних образів, думок, що викликає важкі емоційні переживання (примітка: у маленьких дітей може з'явитися гра, що постійно повторюється, в якій проявляються теми або аспекти травми).

Важкі сни про подію, що повторюються (примітка: у дітей можуть виникати нічні кошмари, з прихованим змістом).

Виникнення відчуття, нібито травматична подія відбулася знов, що супроводжується відчуттям «оживання» отриманого досвіду, ілюзіями, галюцинаціями і дисоціативними епізодами – флешбек-ефектами). Примітка: у дітей може з'являтися специфічна для травми поведінка, що повторюється.

Інтенсивні важкі переживання, які були викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх.

Фізіологічна реактивність у ситуаціях, які зовнішньо або внутрішньо символізують аспекти травматичної події.

– *постійне уникнення стимул-реакцій, пов'язаних з травмою і «заціпеніння» (numbing) – блокування емоційних реакцій, що не спостерігалось до травми. Це діагностується за наявності трьох (або більше) з перерахованих нижче особливостей:*

Зусилля щодо уникнення думок, відчуттів або розмов, пов'язаних з травмою.

Зусилля щодо уникнення дій, місць або людей, які збуджують спогади про травму.

Нездатність пригадати важливі аспекти травми (психогенна амнезія).

Помітно знижений інтерес до раніше значущих видів діяльності й участі в них.

Відчуття відсунутості або віддаленості від людей.

Знижена вираженість афекту (нездатність, наприклад, до відчуття любові).

Відчуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань з приводу кар'єри, одруження, народження дітей, життя на довгі роки).

– *постійні симптоми зростаючого збудження, які не спостерігалися до травми. Вони визначаються за наявністю принаймні двох з таких симптомів:*

Труднощі із засипанням або поганий сон (ранні пробудження).

Дратівливість або спалахи гніву.

Проблеми із зосередженням уваги.

Підвищений рівень настороженості, надмірна пильність, стан постійного очікування загрози.

Гіпертрофована реакція переляку.

– тривалість протікання розладу (симптоми в критеріях *B, C i D*) більше, ніж 1 місяць;

– розлад викликає клінічно значущий важкий емоційний стан або порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності.

Гостра реакція на стрес, яка спочатку розглядалася в межах розвитку ПТСР, потім була виділена в самостійний діагноз під рубрикою тривожних розладів. Ще з часів Громадянської війни в Америці вважалося, що ті, хто страждав на гостру або хронічну форму того, що нагадувало симптоми ПТСР, повинні були під час отримання травми пережити помітний шок.

Зазвичай солдати, що стикалися під час військових дій з гострою травмуючою ситуацією, на якийсь час втрачали здатність функціонувати: вони демонстрували або занурення в себе, або сильне збудження, погано розуміли те, що відбувається, втрачали орієнтацію, переживали патологічний страх, демонстрували занепокоєння і очевидні ознаки гіперактивності. Їх поведінка могла ставити під загрозу як власну безпеку, так і безпеку їх підрозділу. Подібна поведінка дістала назву бойової стресової реакції. Зазвичай досвідчені командири її розпізнають і усувають потерпілого від участі в бойових діях.

Вважається, що схожі реакції можуть розвиватися у відповідь і на інші травми, що викликають ПТСР.

У DSM-5 бойова стресова реакція, що має назву гострої реакції на стрес, діагностується на основі набору симптомів, які описані в літературі, присвяченій гострим реакціям на травму. Тому не дивно, що гостра реакція на стрес може виступати в різних формах, оскільки спирається на досі ще не цілком певні критерії. Зв'язок, який навмисно встановлює DSM-5 між гострою реакцією на стрес і ПТСР, ілюструється, загальним для обох розладів визначенням стресора. Крім того, при гострому розладі тривалістю від не менше двох днів, але не більше чотирьох тижнів впродовж місяця після травми, мають бути присутні деякі типові для ПТСР симптоми, такі: повторне переживання травматичної події, уникнення стимулів, що мають якийсь зв'язок з травмою, підвищена психологічна збудливість і порушення звичайного функціонування пацієнта. Отже, впродовж першого місяця після травми гострий стресовий розлад може нічим не відрізнятися від ПТСР, який проявлятиметься через місяць після неї. Виняток становить критерій «б», який припускає, що під час травми або відразу після неї у пацієнта спостерігаються яскраві дисоціативні симптоми. Мабуть, саме ця реакція деперсоналізації, стан відчуження від навколишніх умов або амнезія і відрізняє гостру реакцію на травму від стану, який спостерігається пізніше при ПТСР.

2. Основні напрями реабілітації ПТСР

Існує багато напрямів і методів, які ефективно використовувалися та використовуються для корекції

ПТСР. А. Л. Пушкарьов, В. А. Доморацький, О. Р. Гордєєва (2000) виділяють чотири напрями методів:

Освітній напрям – цей напрям включає в себе інформаційну підтримку, обговорення книг і статей, ознайомлення з основними концепціями фізіології та психології. Наприклад, тільки просте знайомство з діагностичною симптоматикою ПТСР допомагає хворим усвідомити те, що їх переживання і труднощі не є унікальними, «нормальні» у ситуації, що склалась, і це надає їм можливість здійснювати контроль за своїм станом, обирати засоби та методи досягнення одужання.

Холістичний напрям – друга група методів розташовується в області цілісного ставлення до здоров'я.

Фахівець, який звертає увагу своїх клієнтів на різні боки цілісного існування людини, часто виявляє і активізує такі здатності до відновлення людини, які були приховані навіть від неї самої. Здоровий спосіб життя – достатня фізична активність, правильне харчування, відмова від зловживання алкоголем, від наркотиків, уникання вживання збуджуючих речовин (наприклад, кофеїну), здатність з гумором ставитися до багатьох подій нашого життя – все це створює основу для відновлення після важких травматичних подій, а також сприяє продовженню активного та щасливого життя (Пушкарьов, Доморацький, Гордєєва, 2000).

Соціальне спрямування – методи, спрямовані на формування та збільшення соціальної підтримки й соціальної інтеграції. Сюди також можна включити

розвиток мережі самодопомоги, а також формування громадських організацій, що здійснюють підтримку людей з ПТСР. Дуже важливою є точна оцінка соціальних навичок і їх вироблення, зменшення ірраціональних страхів, допомога в формуванні вміння долати страх створення нових відносин. До цієї категорії належать і форми організації соціальної роботи, що допомагають перебігу процесу одужання.

Терапевтичний напрям (фармакотерапія, психотерапія) – зазначений напрям складається з кількох складових: власне психотерапії, спрямованої на опрацювання травматичного досвіду, роботи з горем, розумного використання фармакотерапії для усунення окремих симптомів.

До методів самодопомоги зараховують кілька загальних прийомів, які сприяють послабленню небажаних реакцій:

- стрес впливає на весь організм в комплексі, тому можна істотно знизити його негативні наслідки, якщо приділяти здоров'ю більше уваги, ніж раніше;

- необхідно дотримуватися режиму праці та відпочинку, приділяти увагу правильному харчуванню, займатися спортом;

- необхідно піклуватися про емоційний комфорт і знаходити більше часу для приємних тобі справ. Неприємності можуть посилювати симптоми ПТСР;

- не варто уникати спілкування. Треба частіше перебувати між людьми, прагнути приносити користь іншим. Активне соціальне життя допоможе віднайти душевний комфорт.

Не слід очікувати, що спогади зникнуть самотійно. Почуття залишаться і будуть нагадувати про себе протягом тривалого часу. Ось чому вкрай важливо мати можливість відвертого спілкування.

3. Психотерапія посттравматичного стресового розладу.

На сьогодні не існує сталої точки зору на результати лікування ПТСР. Одні дослідники вважають, що ПТСР – виліковний розлад,

інші схиляються до думки, що його симптоми повністю не можуть бути усунені. ПТСР зазвичай викликає порушення в соціальній, професійній та інших важливих сферах життєдіяльності.

Очевидним є одне: лікування ПТСР – процес тривалий і може продовжуватися протягом років. Загалом, психотерапія працює на підкріплення захисних механізмів, оскільки вона веде саме до переосмислення подій, що сталися, і сприяє посиленню механізмів адаптації.

Метою психотерапевтичного лікування клієнтів з ПТСР є допомога в звільненні від спогадів про минуле, що переслідують, і від інтерпретації подальших емоційних переживань як нагадувань про травму, а також полягає в тому, щоб клієнт міг активно і усвідомлено включитися в сьогодення. Для цього йому необхідно знов знайти контроль над емоційними реакціями і знайти для травматичної події, яка сталася, належне місце в загальній тимчасовій перспективі свого життя та особистій історії.

Ключовим моментом психотерапії клієнта з ПТСР є інтеграція того чужого, неприйнятного,

жахливого і незбагненого, що з ним сталося, в його уявленні про себе (образ Я). У зв'язку з цим існує чотири стратегії терапії, які дозволяють досягти цієї мети:

- підтримка адаптивних навичок Я (одним з найбільш важливих аспектів тут є створення позитивного ставлення до терапії);

- формування позитивного ставлення до симптомів (сенси даної стратегії полягає в тому, щоб навчити клієнта сприймати свої розлади як нормальні для тієї ситуації, яку він пережив, і тим самим запобігти його подальшій травматизації самим фактом існування цих розладів);

- зниження уникнення, усамітнення (прагнення клієнта уникати всього, що пов'язано з психічною травмою, заважає йому переробити травмуючий досвід);

- зміна атрибуції сенсу (мета цієї стратегії – змінити сенси, який клієнт надає перенесеній психічній травмі, і таким чином створити у клієнта відчуття «контролю над травмою»).

Психокорекція, як метод психологічної допомоги повинна апелювати двома фундаментальними аспектами посттравматичного розладу: зниженням тривоги і відновленням відчуття особистої цілісності та контролю над тим, що відбувається. При цьому необхідно пам'ятати, що терапевтичні стосунки з клієнтами, які страждають на ПТСР, надзвичай складні, оскільки міжособові компоненти травматичного досвіду: недовіра, зрада, залежність, любов, ненависть – мають тенденцію проявлятися при побудові взаємодії з

психотерапевтом. Робота з травмами породжує інтенсивні емоційні реакції і в психолога, отже, ставить високі вимоги до його професіоналізму.

Розглядається п'ять стадій актуального стану клієнта (фази його реакції на травматичну подію):

- тривалий стресовий стан у результаті травматичної події;

- прояв нестерпних переживань: напливи відчуттів і образів; паралізуюче уникнення і оглушеність;

- застрягання в неконтрольованому стані уникнення і оглушеності;

- здатність сприймати і витримувати спогади і переживання;

- здатність до самостійного опрацювання думок і відчуттів.

Кожній фазі реакції клієнта на травматичну подію відповідають послідовні цілі психотерапії.

Завершити подію або вивести клієнта із стресогенного оточення. Побудувати тимчасові стосунки. Допомогти клієнтові в прийнятті рішень, плануванні дій (наприклад, в усуненні його з оточення).

Понизити амплітуду станів, спогадів і переживань до рівня таких, що можуть бути подолані.

Допомогти клієнтові в повторному переживанні травми і її наслідків, а також у встановленні контролю над спогадами і в здійсненні довільного пригадування. У ході пригадування надавати допомогу клієнтові в структуризації і вираженні переживання; при зростаючій довірливості

стосунків з клієнтом забезпечити подальше опрацювання травми.

Допомогти клієнтові переробити його асоціації і пов'язані з ними когніції та емоції, що стосуються Я-образу і образів інших людей. Допомогти клієнтові встановити зв'язок між травмою і переживаннями загрози, патерном міжособових стосунків, Я-образом і планами на майбутнє.

Опрацювати терапевтичні стосунки. Завершити психотерапію.

Основні передумови успішної роботи з клієнтами, які страждають на ПТСР, можна сформулювати таким чином. Здатність клієнта розповідати про травму є прямо пропорційним здатності терапевта емпатично вислуховувати цю розповідь. Будь-яка ознака несприйняття або знецінення сприймається клієнтом як нездатність терапевта надати йому допомогу і може призвести до припинення боротьби клієнта за своє одужання. Емпатійний психолог заохочує клієнта розповідати про жахливі події, не демонструючи йому власної шокової реакції. Психолог не применшує значення подій, емоційних реакцій, які виникли спонтанно, і не переводить розмову на «нейтральні» теми, які безпосередньо не пов'язані з травматичним страхом. Інакше у клієнта може виникнути відчуття, що екзистенційний тягар пережитого видається нестерпним для терапевта, і клієнт відчуватиме себе незрозумілим.

Терапевтична робота з людьми, які страждають на ПТСР, включає три стадії. Ключовим завданням, що стоїть перед терапевтом на першій стадії, є

встановлення безпечної атмосфери. Основне завдання другої стадії – це робота із спогадами і переживаннями. Основне завдання третьої стадії – включення в буденне життя. У процесі успішного відновлення можна розпізнати поступовий перехід від настороженості до відчуття безпеки, від дисоціації до інтеграції травматичних спогадів, від вираженої ізоляції до вибудовування соціальних контактів. Найбільш поширеними терапевтичними помилками є:

- уникнення травматичного матеріалу;
- невчасне і стрімке опрацювання травматичного досвіду, доки ще не створена достатня атмосфера безпеки і не побудовані довірливі терапевтичні стосунки.

Двома найбільш детально розробленими техніками, спрямованими на трансформацію травматичної (мовчазної) пам'яті, є пряма розповідь або «вільний виклад» та формалізована сповідь.

«Вільний виклад» – це біхевіоральна техніка, яка розроблена для того, щоб допомогти клієнтові здолати жах, пов'язаний з травматичною подією. Готуючи клієнта до сесій, його навчають, як справлятися з тривогою, використовуючи техніку релаксації та заспокійливі образи (візуалізація). Потім терапевт і клієнт уважно готують історію, ретельно описуючи деталі травматичної події. Ця історія включає чотири основні елементи: контекст, факти, емоції і значення. Якщо мало місце декілька подій, то розробляються сюжети для кожного з них. Коли історія завершена, клієнт обирає послідовність презентації історії, рухаючись лінією зростання від легших до складніших елементів. Під час сесії клієнт

голосно розповідає терапевтові свою історію в теперішньому часі, а терапевт заохочує клієнта виражати свої переживання як можна повніше.

Метод сповіді був вперше описаний чилійськими психологами Cienfuegos і Monelli (1983), які опублікували свої роботи під псевдонімами з метою власної безпеки. Центральною ідеєю цієї терапії є створення детального і глибокого опису травматичного досвіду клієнта. По-перше, записуються сесії, і таким чином готується опис. Потім клієнт і терапевт разом працюють над документом. У процесі цієї роботи клієнт має можливість зібрати розрізнені спогади в цілісне єдине зізнання свідка. У 1990 році Inger Agger та Soren Buus Jensen удосконалили цю техніку. Вони запропонували, щоб клієнт читав сповідь вголос, а сама терапія завершувалася формальним ритуалом, під час якого документ підписується клієнтом як позивачем, а терапевтом як свідком. Необхідно 12–20 щотижневих сесій, щоб завершити цю роботу. Є безліч видів психотерапії, спрямованих на подолання травматичних переживань:

Рациональна психотерапія — коли клієнтові роз'яснюють причини і механізми ПТСР.

Методи психічної саморегуляції для зняття симптомів напруги і тривоги — аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів.

Когнітивна психотерапія — використовується для переосмислення дезадаптивних думок і зміни негативних установок.

Особисто-орієнтована терапія – дозволяє змінити ставлення постраждалого до психотравмуючої ситуації і прийняти відповідальність якщо не за неї, то за своє ставлення до неї.

Позитивна терапія і гештальт-підхід, які засновані на уявленні, що існують не лише проблеми і хвороби, але й дієві способи і можливості їх подолання, притаманні кожній людині.

Але яка б техніка не застосовувалася, базовими залишаються такі правила:

- локус контролю залишається за клієнтом;
- час, швидкість і структура сесії мають бути такими, щоб «відкриваюча» (та, яка звернена до травматичного досвіду) техніка інтегрувалася в процес психотерапії.

Існує і серйозніший підхід – «логотерапія» (Frankl, 1959), який полягає у знаходженні сенсу в тому, що сталося. Виявляється, що як тільки сенс знайдено, більшість клієнтів швидко видужують. Культуральні та релігійні переконання, наприклад, доктрини карми або сенсу страждання, властиві буддистам та індуїстам, тут мають важливе значення. Слід намагатися залучати до співпраці як котерапевтів або союзників, традиційні ресурси, наприклад священнослужителів, монахів, цілителів.

Групова терапія – найвживаніший формат терапії для клієнтів, що пережили травматичний досвід. Вона часто використовується в поєднанні з різними видами індивідуальної терапії. Огляд численних напрямів групової терапії, який охоплює когнітивно-біхевіоральні, психоаналітичні та психодраматичні групи, групи самодопомоги, аналізу

сновидінь, арт-терапії та безліч інших.

Які б методи не використовувалися при роботі з клієнтами з ПТСР у форматі групової терапії, ця робота завжди спрямована на досягнення певної терапевтичної мети, яку коротко можна визначити таким чином:

Повторне емоційне переживання травми в безпечному просторі підтримуючої групи, розділення цього переживання з терапевтом і групою (при цьому терапевтові не слід форсувати процес).

Спілкування в групі з людьми, які мають схожий травматичний досвід, що дає можливість зменшити відчуття ізоляції, відчуженості, сорому і підсилити відчуття приналежності, доцільності, спільності, не зважаючи на унікальність травматичного переживання кожного учасника групи.

Можливість спостерігати за тим, як інші переживають спалахи інтенсивних афектів на тлі соціальної підтримки від терапевта і членів групи.

Спільне вивчення методів тих, хто упорався з наслідками особистої травми.

Можливість бути в ролі того, хто допомагає (здійснює підтримку, підвищує упевненість, повертає відчуття власної гідності), що дозволяє здолати відчуття власної знеціненості («мені нічого запропонувати іншому»), змістити фокус з відчуття власної ізольованості та негативних думок самознищення на протилежне.

Набуття досвіду нових взаємин, що допомагають учасникам групи сприйняти стресову подію в інший, більш адаптивний спосіб.

4. Консультування та психотерапія учасників бойових дій

Первинна психологічна допомога повинна надаватися безпосередньо в бойових умовах. Бійці мають усвідомлювати, що звернення за психологічною допомогою – це природний факт, а не визнання власної неадекватності, це намагання уникнути проблем із психікою в майбутньому. Потрібно долати у собі комплекс остраху з приводу звернення до профільного лікаря-фахівця. Командири мають усвідомлювати, що підлеглі можуть по-різному реагувати на зовнішні подразники: комусь потрібна глибока бесіда, а комусь вистачає дружнього плескання по плечу, або окрику. До того ж, командири мають виявляти осіб-панікерів зі слабкою і нестабільною психікою, а також тих, які можуть у кризовій ситуації поставити під загрозу життя усього підрозділу. Зазвичай, 80-90 % осіб, яким було вчасно надано допомогу психолога у польових умовах, поверталися в стрій.

Для батьків військовослужбовців ООС також запропоновано варіант дій. По-перше. не передавати солдатам негативних емоцій. Навпаки, вселяти у бійців силу і впевненість в їхніх діях. Якщо солдат прибув у відпустку додому, батькам та друзям слід оточити його увагою та переключити психіку військовослужбовця із думок про війну на інші, більш позитивні теми.

Є поради психологів і вчителям як модуляторам і ретрансляторам суспільних настроїв у дитячому середовищі. Висвітлюючи навіть негативну інформацію щодо бойових дій, вчитель має

структурувати та стабілізувати її. Тобто в учнів як отримувачів інформації замість того, щоб скласти руки і поринути у депресію, має з'явитися стимул щось робити і допомагати фронту. Психологічна складова гібридної війни, яку веде проти України Росія, спрямована якраз на те, щоб залякати суспільство і не дати розвиватися усім тим добрим започаткуванням, які з'явилися в нашому соціумі. Однією із пріоритетних умов перемоги у психологічній війні для кожного члена нашого суспільства є задача продовжувати бути ефективним і успішним на своїх робочих місцях. Для цього, як стверджують фахівці, потрібно розвивати і робити доступними психологічні послуги, консультації для населення.

Основними об'єктами психологічної підтримки в сучасній ситуації є три основні групи: це військовослужбовці, вимушені переселенці та родичі і близькі учасників ООС.

До фундаментальних принципів терапії ПТСР учасників бойових дій відносять:

- принцип нормалізації;
- принцип партнерства і підвищення гідності особистості;
- індивідуальний підхід.

У сучасній терапевтичній практиці основну увагу приділяють тому, що нормальний індивід зіткнувся з ненормальним випадком. Так, щоб нейтралізувати наслідки травми, необхідно головним чином робити ставку на мобілізацію механізмів подолання клієнта. Це в корені відрізняється від застарілого переконання в тому, що ПТСР є

продуктом особової неспроможності та патологічних, невротичних механізмів. Крім того, дуже важливим є міждисциплінарний підхід до лікування ПТСР.

Знання біологічного та психологічного аспектів і соціальної динаміки дозволяє консультантові й клієнтові дивитися на травму в широкому контексті та знаходити пояснення наявним симптомам і засобам для їх корекції в різних сферах життя. Усі методи, які ефективно використовувалися і використовуються для корекції ПТСР, можна поділити на чотири категорії: освіта, холістичне (цілісне) ставлення до здоров'я, методи соціальної підтримки і соціальної інтеграції, терапія.

Усі чотири перераховані методи можна об'єднати поняттям «Соціально-психологічна реабілітація». Психологічна реабілітація – це допомога на всіх етапах формування нової системи значущих стосунків. Психолог допомагає військовослужбовцям і членам їх родин відновити і затвердити свої зв'язки з природними, соціальними і культурними сферами життя, реструктурувати в свідомості реальності зовнішнього світу, співвіднести їх з реаліями світу внутрішнього. Психологічна допомога повинна включати декілька напрямів:

1. Діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації (психоемоційного стану до травми, стратегій адаптації, які використовувалися раніше, особливостей поведінки) на підставі результатів психодіагностики індивідуальних особливостей.

2. Психологічне консультування (індивідуальне і родинне). При індивідуальній роботі необхідно

надати клієнтові можливість висловити все наболіле, виявляючи зацікавленість. Потім доцільно пояснити, що стан, який він переживає, – тимчасовий, він притаманний всім, хто брав участь у бойових діях. Дуже важливо, щоб він відчув розуміння і побачив готовність допомогти не лише з боку фахівців, але і з боку близьких і рідних. Потужним засобом психологічної реабілітації є щирий прояв розуміння проблем ветерана та терпіння. Відсутність цих якостей у близьких призводить інколи до трагічних наслідків.

Психокорекційна робота. Психологічна корекція, або психокорекція, визначається як направлена дія на ті або інші психологічні структури з метою забезпечення повноцінного розвитку та функціонування особи.

Навчання методам саморегуляції (зняття напруги за допомогою релаксації, аутотренінгу та інші методи).

Соціально-психологічні тренінги, спрямовані на підвищення адаптивності і особистісний розвиток клієнта.

5. Модель психологічної реабілітації

Психотерапія при ПТСР ставить за мету допомогти пацієнтові «переробити» проблеми і

«упоратися» з симптомами, які продукуються в результаті зустрічі з травмуючою ситуацією.

Один з ефективних підходів до цієї мети – допомогти пацієнтові відредагувати травматичний досвід, обговорюючи і заново переживаючи думки і відчуття, пов'язані з травмою, в безпеці терапевтичної обстановки. Це стимулює управління реакціями, які

раніше були некерованими. Такий підхід може передбачати, щоб пацієнт знов занурювався у зміст пережитих подій, розглядаючи і аналізуючи свої дії і емоційні реакції, які супроводжували те, що відбувалося. Психотерапія пацієнта, який страждає на ПТСР, залежно від вираженості його психологічної дезадаптації, може продовжуватися від 6 місяців до кількох років.

Основне завдання, що стоїть перед психологом, – допомогти клієнту усвідомити можливість трансформації його кризового стану, побачити нові перспективи і можливості повернення до нормального життя. Перш за все, консультант інформує клієнта про необхідність дотримання психологічної гігієни, пропонує змінити його установку в ставленні до інших людей: навчає відокремлювати особистість від поведінки. Психолог допомагає клієнту виразити свої відчуття, поглянути на ситуацію збоку, завершити незавершене, знайти опору в собі. Наступною стадією йде робота над усвідомленням причин появи кризи і прийняттям відповідальності за свій стан самим пацієнтом. У результаті пацієнт приходить до розуміння того, що відбувається і до усвідомлення завершення кризи. Знижується страх перед майбутнім. Таким чином, психотерапевт допомагає клієнтові трансформувати, змінити свій стан, навчитися не бути жертвою. Завершальна стадія роботи – це «кристалізація ідеї майбутнього», обговорення нових можливостей і нових дій, прийняття відповідальності за майбутні зміни, психологічна підтримка нових дій пацієнта. При роботі з ветеранами бойових дій добре

зарекомендували себе такі напрями психотерапії, як гештальт-терапія, родинна терапія, нейролінгвістичне програмування, символдрама (кататимно-імагінативна психотерапія), метод десенсибілізації і перетворення рухами очей і ряд інших.

У загальному вигляді модель психологічної реабілітації повинна містити такі послідовні кроки: взаємна адаптація психолога та пацієнта; навчання пацієнта методам саморегуляції; катарсичний етап (повторне переживання); обговорення найбільш типових форм поведінки (на прикладі життєвих ситуацій); апробація нових способів поведінки через гру; визначення життєвих перспектив.

Питання для самоперевірки

1. Види посттравматичного стресового розладу та їх діагностика.
2. Основні напрями реабілітації ПТСР.
3. Психотерапевтичне консультування, напрями та методи роботи з травматичними переживаннями.

ЗАВДАННЯ ДО САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

1. Самостійне вивчення за посібниками або іншими джерелами тем, визначених науково-педагогічним працівником.

2. Попереднє ознайомлення з матеріалами наступного заняття з метою введення студентів у коло питань, які заплановані програмою навчальної дисципліни.

3. Підготування домашнього завдання у формі відповідей за посібниками та іншими джерелами інформації.

4. Підготовка оповідей, рефератів, повідомлень, творчих робіт.

5. Участь студентів у проведенні наукових досліджень за тематикою кафедри.

Типологія екстремальних та кризових ситуацій

Психологія екстремальних та кризових ситуацій як психологічна дисципліна і причини її виникнення. Предмет, мета, розділи, завдання психології екстремальних та кризових ситуацій і її зв'язок з іншими галузями психології. Різні підходи до визначення поняття «надзвичайна ситуація» (далі – НС). Різні підходи до визначення поняття «криза». НС як чинник кризи. Криза як джерело НС. Визначення поняття «кризова ситуація» в психології. Наслідки дії кризової ситуації на людину.

Література:

1. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с.
2. Зливков В. Л. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
3. Кісарчук З. Г. Психологічне консультування // Основи практичної психології. – К., 2001. – С. 267-283.
4. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги : методичні рекомендації / Р. А. Мороз. – Миколаїв : Іліон, 2016. – 224 с.
5. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зликова. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. – 540 с.
6. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.
7. Титаренко Т. Життєві кризи: технології консультування. / Тетяна Титаренко. – К. : Главник, 2007. – 144 с.
8. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. – К., 2003.

Вікові кризи дитячого, дорослого та літнього віку

Поняття кризи. Епігенетична теорія Е. Еріксона. Особливості кризи. Відмінність перехідного періоду від кризи. Вікові періодизації розвитку. Кризи в дитячому віці. Криза підліткового віку. Акцентуації характеру у підлітків. Деадаптивні стилі сімейного виховання як чинник девіантної поведінки дітей і підлітків. Деформація розвитку особистості підлітка в умовах сімейної депривації. Криза середнього віку. Формування і розвиток внутрішніх конфліктів. Криза літнього віку. Процес старіння і вікові зміни в організмі. Поняття психічного старіння.

Література:

1. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с.
2. Кириленко Т. С. Психологія : емоційна сфера особистості: навч. посібник / Т. С. Кириленко. - К: Либідь, 2007. - 256 с.
3. Коен Д. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату / Д. Коен, Е. Маннаріно, Е. Деблінджер. – Львів : Свічадо, 2016. – 264 с.
4. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги : методичні рекомендації / Р. А. Мороз. – Миколаїв : Іліон, 2016. – 224 с.

5. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб./ І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.

6. Титаренко Т. Життєві кризи: технології консультування. / Тетяна Титаренко. – К. : Главник, 2007. – 144 с.

7. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск, 1999. – 345 с.

8. Яценко Т.С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика: Навч. посібник. – К., 2006.

Екзистенціальні кризи та основи кризової психотерапії

Ситуаційна криза. Екзистенціальна криза. Духовна криза. Теорія екзистенціальних криз І. Ялома. Нормальний і патологічний перебіг кризових станів. Типи, етапи і фази кризових станів. Діагностика кризи, її етапів. Фази в інтерв'ю. Основні стратегії роботи на кожному з етапів кризи.

Література:

1. Злобіна О. Г. Суспільна криза і життєві стратегії особистості / О. Г. Злобіна, В. О. Тихонович. – К. : Стислос, 2001. – 238 с.

2. Кісарчук З.Г. Психологічне консультування // Основи практичної психології. – К., 2001. – С. 267-283.

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

4. Кочарян, А. С. Психология переживаний: учеб. пособие / А. С. Кочарян, А. М. Лисеная. – Харьков: ХНУ им. В. Н. Каразина, 2011. – 222 с.

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

6. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: Монографія / Кокун О.М. – К.: Міленіум, 2004. – 265 с.

7. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / Пер. з англ. Діана Бусько; наук. ред. Катерина Явна. – Львів : Вид-во Українського католицького університету : Свічадо, 2014. – 120 с.

8. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб./ І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О.В.Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.

Психологія екстремальних видів діяльності

Специфіка професійної діяльності працівників силових структур. Екстремальні ситуації в діяльності фахівців ДСНС. Проблема профвідбору в екстремальних видах діяльності. Індивідуально-психологічні особливості суб'єкта екстремальної діяльності. Екстремальна ситуація як чинник розвитку особистості.

Література:

1. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с.
2. Коен Д. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату / Д. Коен, Е. Маннаріно, Е. Деблінджер. – Львів : Свічадо, 2016. – 264 с.
3. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / Пер. з англ. Діана Бусько; наук. ред. Катерина Явна. – Львів : Вид-во Українського католицького університету : Свічадо, 2014. – 120 с.
4. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія / Н.В.Оніщенко. – Х.: Право, 2014. – 514.
5. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб./ І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.

Екстремальні психічні стани жертв надзвичайних ситуацій.

Класифікація екстремальних психічних станів жертв надзвичайних ситуацій. Змінені стани свідомості у жертв надзвичайних ситуацій. Адаптивні психологічні реакції на надзвичайну ситуацію. Дезадаптивні психологічні реакції на надзвичайну ситуацію. Гострі афектні психологічні реакції на

надзвичайну ситуацію. Стенічні і астенічні психічні стани. Психічна напруженість і фрустраційні стани.

Література:

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

2. Зливков В. Л. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан. – К. : Педагогічна думка, 2016. – 219 с.

3. Кісарчук З.Г. Психологічне консультування // Основи практичної психології. – К., 2001. – С. 267-283.

4. Коен Д. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату / Д. Коен, Е. Маннаріно, Е. Деблінджер. – Львів : Свічадо, 2016. – 264 с.

5. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги : методичні рекомендації / Р. А. Мороз. – Миколаїв : Іліон, 2016. – 224 с.

6. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія / Н.В.Оніщенко. – Х.: Право, 2014. – 514.

7. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб./ І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О.В.Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.

8. Ромек В. Г. Теория выученной беспомощности
Мартина Селигмана // Журнал практического психолога. –
2000. – № 3-4. – С. 218- 235.

9. Солошенко Д. В. Экстренная психологическая
помощь. Консультирование / Д. В. Солошенко. – Х.:
Торсинг, 2001. – 192 с.

10. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния /
Л. Н Юрьева. – Днепропетровск, 1999. – 345 с.

11. Яценко Т.С. Основи глибинної психокорекції:
феноменологія, теорія і практика: Навч. посібник. – К.,
2006.

***Психологія поведінки людини в напружених,
екстремальних та надзвичайних ситуаціях***

Переживання і поведінка людей в напружених і екстремальних ситуаціях. Зовнішні і внутрішні чинники емоціогенності професійних і життєвих напружених, екстремальних ситуацій. Первинні реакції людини на напружені і екстремальні ситуації. Вплив екстремальних ситуацій на пізнавальні процеси людини. Активна і пасивна форми поведінки людини в напружених і екстремальних ситуаціях, їх переваги і недоліки. Типи поведінки людини в напружених і екстремальних ситуаціях (напружений, агресивно-безконтрольний, прогресивний, гальмівний, боязкий). Особливості поведінки людини в напружених і екстремальних ситуаціях залежно від соціального статусу і типу особистості.

Література:

1. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с.
2. Злобіна О. Г. Суспільна криза і життєві стратегії особистості / О. Г. Злобіна, В. О. Тихонович. – К. : Стислос, 2001. – 238 с.
3. Кісарчук З.Г. Психологічне консультування // Основи практичної психології. – К., 2001. – С. 267-283.
4. Коен Д. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату / Д. Коен, Е. Маннаріно, Е. Деблінджер. – Львів : Свічадо, 2016. – 264 с.
5. Корнєв, М. Н. Психологія масової поведінки: навч. посібник / М. Н. Корнєв, В.М. Фомічова. – К.: ІПО КУ ім.Т.Шевченка, 2000. – 123 с.
6. Кризова психологія: Навчальний посібник /За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. – Х.: НУЦЗУ, 2010. – 401 с.
7. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія / Н.В.Оніщенко. – Х.: Право, 2014. – 514.
8. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб./ І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.

Управління поведінкою і діяльністю людей – жертв екстремальних ситуацій

Методи профілактики панічних реакцій. Аналіз особливостей виникнення і перебігу різних форм індивідуальних і колективних реакцій страху (паніки). Навчання правилам забезпечення безпеки і виховна робота по формуванню в свідомості людей обережності і розумної поведінки в аварійних і надзвичайних ситуаціях.

Засоби боротьби з панікою: переконання, категоричний наказ, інформація про неіснування небезпеки, використання сили, усунення найбільш активних панікерів. Зниження загальної інтенсивності негативного емоційного впливу. Жорстке, директивне управління людьми в панічні моменти у поєднанні з екстреним пред'явленням звичного стимулу.

Література:

1. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф.. О. В. Тімченка – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с.
2. Коен Д. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату / Д. Коен, Е. Маннаріно, Е. Деблінджер. – Львів : Свічадо, 2016. – 264 с.
3. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія / Н.В.Оніщенко. – Х.: Право, 2014. – 514.

4. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред.С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. – Суми :Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. – 540 с.

5. Психологія впливу: навч.-метод. посіб. / С. О. Заветний та ін. – Харків: ХТУСГ, 2011. – 52 с.

6. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О.В.Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.

7. Титаренко Т. Життєві кризи: технології консультування / Тетяна Титаренко. – К. : Главник, 2007. –144 с.

8. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. – К., 2003.

9. Яценко Т.С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика: Навч. посібник. – К., 2006.

Основні теоретичні підходи до проблеми суїцидальної поведінки

Репресивний і біологічний підходи. Соціологічний підхід. Психологічний підхід. Соціально-психологічний підхід. Психоаналітична концепція суїцидальної поведінки. Уявлення про суїцидальну поведінку до Юнга, Меннінгера. Клініко-психологічний підхід. Інтеграційний підхід. В. Франкл про самогубство. Танатологія Е. Шнейдмана.

Література:

1. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с.
2. Злобіна О. Г. Суспільна криза і життєві стратегії особистості / О. Г. Злобіна, В. О. Тихонович. – К. : Стислос, 2001. – 238 с.
3. Зливков В. Л. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан. – К. : Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
4. Кісарчук З.Г. Психологічне консультування // Основи практичної психології. – К., 2001. – С. 267-283.
5. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: Монографія / Кокун О.М. – К.: Міленіум, 2004. – 265 с.
6. Кризова психологія: Навчальний посібник /За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. – Х.: НУЦЗУ, 2010. – 401 с.
7. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія / Н.В.Оніщенко. – Х.: Право, 2014. – 514.
8. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. /І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін./ За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.
9. Психологія суїциду: посібник / В. П. Москалець та ін. / ред. В. П. Москалець. – К.: Академвидав, 2004. – 288 с.
10. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Л. Н Юрьева. – Днепропетровск, 1999. – 345 с.

Фактори і типологія суїцидальної поведінки

Суїцид як явище. Психологічний сенс суїциду.
Полімотивованість суїцидальної поведінки.
Суїцидальна поведінка за типом «протесту».
Суїцидальна поведінка за типом «заклику».
Суїцидальна поведінка за типом "уникнення".
Суїцидальна поведінка за типом «самопокарання».
Суїцидальна поведінка за типом «відмови» від життя.
Класифікація самогубств Е. Дюркгейма. Соціальні чинники суїциду. Вікові аспекти суїцидології.

Література:

1. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с.
2. Злобіна О. Г. Суспільна криза і життєві стратегії особистості / О. Г. Злобіна, В. О. Тихонович. – К. : Стислос, 2001. – 238 с.
3. Зливков В. Л. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан. – К. : Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
4. Кісарчук З.Г. Психологічне консультування // Основи практичної психології. – К., 2001. – С. 267-283.
5. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія / Н.В.Оніщенко. – Х.: Право, 2014. – 514.
6. Психологія суїциду: посібник / В. П. Москалець та ін. / ред. В. П. Москалець. – К.: Академвидав, 2004. – 288 с.

7. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін./ За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.

8. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи – Л. М. Вольнова. – К., 2012. – 275 с.

9. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск, 1999. – 345 с.

10. Яценко Т.С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика: Навч. посібник. – К., 2006.

Теоретичні питання психології горя і втрати: види, феноменологія, динаміка

Поняття «Нормального горя». Загальні симптоми горя. Соматичні порушення. Специфічні порушення дихання, фізична перевтома, втрата апетиту, порушення сну (кошмари, безсоння). Психологічна сфера при втраті близьких. Відчуття провини, занурення в образ померлого. Відчуття спустошеності, дратівливості. Ідеалізація померлого. Конфлікт гніву з ідеалізацією. Фази горя і стадії переживання втрати. Шок і оціпеніння. Фаза страждання – дезорганізації. Фаза залишкових поштовхів і реорганізації. Фаза завершення.

Література:

1. Бенеш, Г. Психологія: довідник / Г. Бенеш / наук. ред. пер. В. О. Васютинський. – К.: Знання-Прес, 2007. – 510 с.

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

3. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: Монографія / Кокун О.М. – К.: Міленіум, 2004. – 265 с.

4. Кочарян А. С. Психология переживаний: учеб. пособие / А. С. Кочарян, А. М. Лисеная. – Харьков: ХНУ им. В. Н. Каразина, 2011. – 222 с.

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

6. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги : методичні рекомендації / Р. А. Мороз. – Миколаїв : Іліон, 2016. – 224 с.

7. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / Пер. з англ. Діана Бусько; наук. ред. Катерина Явна. – Львів : Вид-во Українського католицького університету : Свічадо, 2014. – 120 с.

8. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія / Н. В. Оніщенко. – Х.: Право, 2014. – 514.

9. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.

10. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск, 1999. – 345 с.

Психотерапевтична допомога при горі та втраті

Психологічна і психотерапевтична допомога на різних стадіях переживання втрати. Принципи спілкування і допомога дитині у горі. Стани в процесі горювання, що вимагають психотерапії. Психотерапія при смерті близької людини. Робота з відчуттям провини, агресією, травматичними спогадами. Побудування майбутнього. Робота з дітьми, що пережили втрату близької людини.

Література:

1. Бенеш, Г. Психологія: довідник / Г. Бенеш / наук. ред. пер. В. О. Васютинський. – К.: Знання-Прес, 2007. – 510 с.
2. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с.
3. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: Монографія / Кокун О.М. – К.: Міленіум, 2004. – 265 с.
4. Кочарян А. С. Психологія переживань: учеб. пособие / А. С. Кочарян, А. М. Лисеная. – Харьков: ХНУ им. В. Н. Каразина, 2011. – 222 с.
5. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія / Н.В.Оніщенко. – Х.: Право, 2014. – 514. с.
6. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. /

І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін./ За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.

7. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи – Л. М. Вольнова. – К. , 2012. – 275 с.

8. Титаренко Т. Життєві кризи: технології консультування. / Тетяна Титаренко. – К. : Главник, 2007. –144 с.

9. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. – К., 2003.

10. Юрьєва Л.Н. Кризисные состояния / Л. Н Юрьєва. – Днепропетровск, 1999. – 345 с.

11. Яценко Т.С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика: Навч. посібник. – К. , 2006.

Організація діяльності служб екстреної психологічної допомоги та антикризових підрозділів

Взаємодія служб екстреної допомоги в НС. Нормативно-правове забезпечення діяльності антикризових підрозділів. Організація і зміст діяльності сектора «Мобільна допомога». Організація і зміст діяльності сектора «Телефон довіри». Організація і зміст діяльності антикризових бригад. Спеціальні технології в діяльності антикризових підрозділів. Інформаційні технології в діяльності антикризових підрозділів.

Література:

1. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с.
2. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія / Н.В.Оніщенко. – Х.: Право, 2014. – 514.
3. Основи практичної психології: підручник / В. Г. Панюк та ін. – К.: Либідь, 1999. – 536 с.
4. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін./ За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.
5. Титаренко Т. Життєві кризи: технології консультування. / Тетяна Титаренко. – К. : Главник, 2007. – 144 с.

Екстрена психологічна допомога в надзвичайних ситуаціях

Патерни поведінки в надзвичайних ситуаціях. Психологія груп в надзвичайних ситуаціях. Стратегії роботи з постраждалими в НС. Специфіка застосування психодіагностики, психотехнік дії і процедур надання психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях. Основні принципи екстреної психологічної допомоги в НС. Цілі і завдання екстреної психологічної допомоги. Інформаційна терапія. поведінкові прийоми і методи, які спрямовані на зняття психоемоційного збудження, тривоги, панічних реакцій.

екзистенціальна техніка і методи, спрямовані на прийняття ситуації втрати, на усунення душевного болю і пошук ресурсних психологічних можливостей.

Література:

1. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с.
2. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія / Н.В.Оніщенко. – Х.: Право, 2014. – 514 с.
3. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О.В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.
4. Титаренко Т. Життєві кризи: технології консультування. / Тетяна Титаренко. – К. : Главник, 2007. – 144 с.
5. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. – К., 2003.
6. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск, 1999. – 345 с.
7. Яценко Т.С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика: Навч. посібник. – К., 2006.

Психологічна допомога в екстремальних та кризових ситуаціях

Екстремальна підготовленість людини. Само- і взаємодопомога постраждалим в екстремальній ситуації. Організація комплексної допомоги постраждалим в екстремальних ситуаціях різного типу. Основні напрями психологічної допомоги постраждалим дітям і їх батькам. Психологічна підтримка фахівців, що працюють в кризових ситуаціях. Сексуальне насильство. Принципи допомоги жертвам зґвалтування. Психологічна допомога особам, постраждалим від насильства в дитинстві. Принципи роботи з клієнтами, що скоїли насильство в сім'ї.

Література:

1. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с.
2. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія / Н.В.Оніщенко. – Х.: Право, 2014. – 514 с.
3. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О.В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.
4. Титаренко Т. Життєві кризи: технології консультування. / Тетяна Титаренко. – К. : Главник, 2007. – 144 с.

5. Столяренко О. Б. Психологія особистості: навч. посібник / О. Б. Столяренко. – К.: Центр учбової літ., 2012. – 280 с

6. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск, 1999. – 345 с.

7. Яценко Т.С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика: Навч. посібник. – К., 2006.

Психологія стресу. Посттравматичні стресові розлади

Теоретичні передумови виникнення і розвитку проблеми стресу. Вчення І. П. Павлова про експериментальні неврози. Причини, передумови стресу. Емоційна напруженість. Види стресу. Класифікація основних стресорів. Фази розвитку стресу. Поняття загального адаптаційного синдрому, рівні адаптації. Стадії розвитку стресових реакцій по Г.Сельє. Поняття психічного здоров'я. Стрес і пограничні стани. Хвороби стресової етіології. Чинники розвитку посттравматичних стресових розладів (далі – ПТСР). Класифікації причин виникнення ПТСР.

Література:

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

2. Корнєв, М. Н. Психологія масової поведінки: навч.посібник / М.Н. Корнєв, В.М. Фомічова. – К.: ІПО КУ ім.Т.Шевченка, 2000. – 123 с.

3. Кочарян А. С. Психология переживаний: учеб. пособие / А. С. Кочарян, А. М. Лисеная. – Харьков: ХНУ им. В. Н. Каразина, 2011. – 222 с.

4. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія / Н.В.Оніщенко. – Х.: Право, 2014. – 514.

5. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О.В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.

6. Титаренко Т. Життєві кризи: технології консультування. / Тетяна Титаренко. – К. : Главник, 2007. – 144 с.

Принципи і методи психокорекційної роботи з особами, що мають ознаки посттравматичного стресового розладу

Різні техніки і вправи, які використовують у психокорекційній роботі з клієнтами, що страждають ПТСР. ПТСР у клієнтів, що отримали травми в результаті катастроф і нещасних випадків. Особливості перебігу посттравматичних стресових розладів у клієнтів, що отримали травми в результаті катастроф і нещасних випадків. Поведінкова терапія. Когнітивна терапія. Екзистенціальна терапія.

Література:

1. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф.. О. В. Тімченка – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с.
2. Корнєв, М. Н. Психологія масової поведінки: навч.посібник / М.Н. Корнєв, В.М. Фомічова. – К.: ІПО КУ ім.Т.Шевченка, 2000. – 123 с.
3. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія / Н. В. Оніщенко. – Х.: Право, 2014. – 514.
4. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О.В. Тімченко та ін./ За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.
5. Титаренко Т. Життєві кризи: технології консультування. / Тетяна Титаренко. – К. : Главник, 2007. – 144 с.

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ, ЩО ВІНОСЯТЬСЯ НА ЕКЗАМЕН

1. Причини виникнення психології екстремальних та кризових ситуацій.
2. Предмет, розділи та завдання психології екстремальних та кризових ситуацій?
3. Що розуміється під словосполученням «надзвичайна ситуація»?
4. Поняття «кризис» у життєвих та екстремальних ситуаціях.
5. Що розуміється під словосполученнями: «небезпечна ситуація», «надзвичайна ситуація», «екстремальна ситуація», «кризисна ситуація»?
6. Спільні та відмінні особливості стресової ситуації (СС), напруженої ситуації (НС), екстремальної ситуації (ЕС).
7. Класифікації напружених і екстремальних ситуацій, їх критерії.
8. Зовнішні і внутрішні фактори емоціогеності надзвичайних та екстремальних ситуацій.
9. Первинні реакції людини на екстремальні ситуації.
10. Дайте визначення поняттю «стрес».
11. Емоційний (психічний) та фізіологічний (системний) стрес.
12. Що таке загальний адаптаційний синдром і які стадії розвитку цього синдрому вам відомі?
13. В якій стадії загального адаптаційного синдрому виділяють фази «шоку» і «протишоку»?
14. Дайте визначення поняттю «стресостійкість».
15. Особистісні особливості людини, які

впливають на ступінь його стресостійкості.

16. Наведіть приклади психічних стресорів.

17. Емоції людини у стресовій ситуації.

18. Залежність між видом стресу і конкретними емоціями.

19. Назвіть фактори, що впливають на розвиток психологічного стресу.

20. Індивідуальні і особистісні особливості людини, які впливають на розвиток психологічного стресу.

21. Які негативні наслідки стресу для людини?

22. Позитивний вплив стресу на життя людини.

23. Гострий стресовий розлад та його характеристика.

24. Основні правила надання екстреної психологічної допомоги.

25. Охарактеризуйте прийоми само- і взаємодопомоги при агресії і при руховому збудженні.

26. Охарактеризуйте прийоми само- і взаємодопомоги при страху.

27. Охарактеризуйте прийоми само- і взаємодопомоги при тривозі.

28. Охарактеризуйте прийоми само- і взаємодопомоги при істерії.

29. Назвіть основні етапи організації екстреної психологічної допомоги при надзвичайній ситуації.

30. Дайте визначення екстреної психологічної допомоги.

31. Етичні принципи роботи психолога в надзвичайній ситуації.

32. Перерахуйте основні завдання, які розв'язуються психологами при наданні екстреної психологічної допомоги в цілому та на кожному етапі роботи.

33. Охарактеризуйте своєрідність умов надання екстреної психологічної допомоги.

34. Охарактеризуйте поняття «відстрочені реакції на стресову ситуацію»?

35. Поняття психічної травми.

36. Характеристика травматичної стресової ситуації.

37. Умови сприйняття людиною сильного стресу як травматичного.

38. Фактори, що впливають на ступінь впливу на людину сильної стресової ситуації.

39. Стратегії поведінки людей, які отримали психічну травму.

40. Феномен компульсивної поведінки.

41. Динаміка переживання травматичної ситуації.

42. Умови виникнення ПТСР.

43. Групи ризику розвитку ПТСР.

44. Діагностичні критерії ПТСР.

45. Форми ПТСР.

46. Напрямки реабілітації ПТСР.

47. Етапи професійної допомоги при ПТСР.

48. Методи самодопомоги при ПТСР.

49. Етапи «нормального» горювання.

50. Опишіть картину гострого горя.

51. Розкажіть про фази реакцій на горе.

52. Стадія відновлення при горі.

53. Хворобливі реакції горя.

- 54. Синдром передбачуваного горя.
- 55. Принципи допомоги людині у горі.
- 56. Особливості поведінки дітей, які пережили втрату батька.
- 57. Патологічні реакції дітей, які пережили втрату.
- 58. Роль придбань і втрат у нашому житті.
- 59. Етапи розвитку особистості професіонала.
- 60. Вікові кризи професійного розвитку.
- 61. Причини емоційного вигоряння професіонала.
- 62. Шляхи подолання емоційного вигоряння професіонала.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бенеш, Г. Психологія: довідник / Г. Бенеш / наук. ред. пер. В. О. Васютинський. – К.: Знання-Прес, 2007. – 510 с.
2. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф.. О. В. Тімченка – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с.
3. Кириленко Т. С. Психологія : емоційна сфера особистості: навч. посібник / Т. С. Кириленко. – К: Либідь, 2007. – 256 с.
4. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: Монографія / Кокун О.М. – К.: Міленіум, 2004. – 265 с.
5. Корнєв, М. Н. Психологія масової поведінки: навч.посібник / М. Н. Корнєв, В. М. Фомічова. – К.: ІПО КУ ім.Т.Шевченка, 2000. – 123 с.
6. Кочарян, А. С. Психология переживаний: учеб. пособие / А. С. Кочарян, А. М. Лисеная. – Харьков: ХНУ им. В. Н. Каразина, 2011. – 222 с.
7. Кризова психологія: Навчальний посібник /За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. – Х.: НУЦЗУ, 2010. – 401 с.
8. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги : методичні рекомендації / Р. А. Мороз. – Миколаїв : Іліон, 2016. – 224 с.
9. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / Пер. з англ. Діана Бусько; наук. ред. Катерина Явна. – Львів : Вид-во Українського католицького університету : Свічадо, 2014. – 120 с.

10. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія/ Н.В.Оніщенко. – Х.: Право, 2014. – 514.

11. Основи практичної психології: підручник / В. Г. Панюк та ін. – К.: Либідь, 1999. – 536 с.

12. Психологія впливу: навч.-метод. посіб. / С. О. Завстний та ін. – Харків: ХТУСГ, 2011. – 52 с.

13. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х.: НА НГУ, 2016. – 571 с.

14. Психологія суїциду: посібник / В. П. Москалець та ін. / ред. В. П. Москалець. – К.: Академвидав, 2004. – 288 с.

15. Собченко, О. М. Психологія впливу: навч. посібник / О. М. Собченко. – К.: Кондор, 2013. – 158 с.

16. Солошенко Д. В. Экстренная психологическая помощь. Консультирование / Д. В. Солошенко. – Х.: Торсинг, 2001. – 192 с.

17. Столяренко О. Б. Психологія особистості: навч. посібник / О. Б. Столяренко. – К.: Центр учбової літ., 2012. – 280 с.

18. Титаренко Т. Життєві кризи: технології консультивання. / Тетяна Титаренко. – К. : Главник, 2007. – 144 с.

19. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. – К., 2003.

20. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск, 1999. – 345 с.

21. Яценко Т.С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика: Навч. посібник. – К ., 2006.

ЗМІСТ

Вступ.....	3
1. Типологія екстремальних та кризових ситуацій.....	7
2. Вікові кризи дитячого, дорослого та літнього віку.....	27
3. Екзистенціальні кризи та основи кризової психотерапії.....	55
4. Психологія екстремальних видів діяльності.....	71
5. Екстремальні психічні стани жертв надзвичайних ситуацій.....	80
6. Психологія поведінки людини в напружених, екстремальних та надзвичайних ситуаціях.....	102
7. Управління поведінкою і діяльністю людей – жертв екстремальних ситуацій.....	129
8. Основні теоретичні підходи до проблеми суїцидальної поведінки.....	146
9. Фактори і типологія суїцидальної поведінки.....	171
10. Теоретичні питання психології горя і втрати: види, феноменологія, динаміка.....	187
11. Психотерапевтична допомога при горі та втраті.....	215
12. Організація діяльності служб екстреної психологічної допомоги та антикризових підрозділів.....	225
13. Екстрена психологічна допомога в надзвичайних ситуаціях.....	237

14. Психологічна допомога в екстремальних та кризових ситуаціях.....	258
15. Психологія стресу. Посттравматичні стресові розлади.....	272
16. Принципи і методи психокоррекційної роботи з особами, що мають ознаки посттравматичного стресового розладу.....	296
17. Завдання до самостійної роботи.....	324
18. Контрольні питання, що виносяться на екзамен	347
19. Список рекомендованої літератури.....	352

Навчальне видання

Олександр Георгійович РОМАНОВСЬКИЙ
Андрій Іванович ЧЕРКАШИН
Лариса Миколаївна ГРЕНЬ
Ірина Валентинівна КОСТИРЯ
Яна Олександрівна ОЛІНКОВСЬКА
Юрій Іванович ПАНФІЛОВ

ПСИХОЛОГІЯ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ТА КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ

Навчально-методичний посібник

для студентів освітньо-кваліфікаційного рівня
«бакалавр» спеціальності 053 «Психологія»
і студентів освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр» спеціальності 232
«Соціальне забезпечення»
денної та заочної форм навчання

Відповідальні за випуск: проф. О. Г. Романовський

Роботу до видання рекомендувала Г. В. Попова

В авторській редакції

План 2022 р. поз. 63

Підп. до друку 04.04.2022. Формат 60×84 1/16.
Ум. друк. арк.20,7. Наклад 100 прим. Зам. № 04-04.

Видавництво та друк
ФОП Іванченко І. С.
пр. Тракторобудівників, 89-а/62, м. Харків, Україна, 61135.
тел.: +38 (050/093) 40-243-50.
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного
реєстру видавців, виготівників та розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 4388 від 15.08.2012 р.
monograf.com.ua