



НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ СЛУЖБИ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ІМ. П. Л. ШУПИКА

ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВІЙНИ



НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ СЛУЖБИ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ім. П. Л. ШУПИКА

Збереження психічного здоров'я населення України в умовах війни

Практичний посібник

**Київ
2024**

УДК 159.9"364"
3-41

*Рекомендовано до друку вченою радою
Національного університету охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика
Інститут післядипломної освіти
(протокол № 1 від 10 січня 2024 р.)*

*Рекомендовано до друку редакційно-видавничою радою
Національної академії Служби безпеки України
(протокол № 1 від 3 квітня 2024 р.)*

Рецензенти:

Ревенок О. А. – доктор медичних наук, професор, заступник директора ДУ «Інститут психіатрії, судової експертизи та моніторингу наркотиків МОЗ України»;

Пілягіна Г. Я. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика;

Моляко В. О. – доктор психологічних наук, професор, завідувач лабораторії психології творчості Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, академік НАПН України;

Морозова Т. Р. – доктор психологічних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри професійної психології Навчально-науковий гуманітарний інститут НА СБ України

Авторський колектив:

Н. Г. Іванова, доктор психологічних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України; *Б. В. Михайлов*, доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України; *В. Д. Мішиєв*, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України; *В. І. Розов*, кандидат психологічних наук, доцент; *В. Ю. Омелянович*, доктор медичних наук, професор; *О. О. Паливода*, кандидат психологічних наук; *В. М. Корольчук*, доктор психологічних наук, професор; *М. С. Корольчук*, доктор психологічних наук, професор; *І. Л. Недужа*; *А. В. Андрієтї*

Збереження психічного здоров'я населення України в умовах
3-41 війни : практ. посіб. / Н. Г. Іванова, Б. В. Михайлов, В. Д. Мішиєв та ін. Київ : НА СБУ, НУ ОЗУ ім. П. Л. Шупика, 2024. 212 с.

Розкрито основні питання захисту психіки людини від впливу травмуючих чинників воєнних дій. Представлено низку психотехнік відновлення психічного здоров'я, прийомів самодопомоги та надання медико-психологічної допомоги особам, котрі її потребують.

Для особового складу сектору безпеки й оборони України, медичних працівників, психологів, персоналу цивільних соціальних структур та широкого читачького загалу.

УДК 159.9"364"

© НА СБУ, 2024

© НУ ОЗУ ім. П. Л. Шупика, 2024

© Іванова Н. Г., Михайлов Б. В.,

Мішиєв В. Д. та ін., 2024

ЗМІСТ

Вступне слово	5
ПЕРЕДМОВА	6
РОЗДІЛ 1	
ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В УМОВАХ ВІЙНИ	8
1.1 Поняття та критерії психічного здоров'я особи	8
1.2 Вплив умов війни на психічне здоров'я населення України	12
1.3 Девіантна поведінка людини: види, причини виникнення	24
РОЗДІЛ 2	
РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ВНАСЛІДОК ДІЇ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ЧИННИКІВ ВІЙНИ	33
2.1 Особливості розладів психічної діяльності людини під впливом психотравмуючих чинників	33
2.2 Варіанти психічних розладів унаслідок впливу психотравмуючих чинників	44
2.3 Феноменологія психічних розладів, спричинених психотравмуючими обставинами	50
РОЗДІЛ 3	
АДАПТИВНІСТЬ ДО СТРЕСУ ТА ЇЇ РОЗВИТОК	58
3.1 Адаптивність до стресу як інтегральна полісистемна властивість людини	58
3.1.1 Адаптивність до стресу та життєстійкість (Hardiness)	60
3.1.2 Адаптивність до стресу та копінг-поведінка	62
3.1.3 Адаптивність до стресу та резильєнтність	66
3.2 Розвиток складових адаптивності до стресу	69
3.2.1 Технології та техніки підтримання оптимістичності	69
3.2.2 Техніки саморегуляції психофізіологічних станів	75
3.2.3 Техніки адаптивного мислення	83
3.2.4 Техніки розвитку впевненості	87
3.2.5 Техніки керування часом	90
3.2.6 Підтримання оптимального фізичного стану: фізична активність та адаптивність	93
3.2.7 Техніки регуляції сну	94

РОЗДІЛ 4	
НАДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ	
ПОСТРАЖДАЛИМ З ГОСТРИМИ РЕАКТИВНИМИ СТАНАМИ:	
ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	100
4.1 Екстрена медико-психологічна допомога при військових діях та інших надзвичайних ситуаціях	100
4.2 Техніки екстреної медико-психологічної допомоги	102
4.2.1 Техніки, пов'язані із загрозою для життя в екстремальних ситуаціях	104
4.2.2 Техніки, опосередковані через тілесно-вегетативні впливи	109
РОЗДІЛ 5	
ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В	
УМОВАХ ПОВНОМАШТАБНОЇ ВІЙНИ: ОПТИМАЛЬНІ НАПРЯМИ,	
ПРАКТИКА, РЕКОМЕНДАЦІЇ	113
5.1 Медико-психологічні аспекти реадаптації українців до змінених війною умов життя	113
5.2 Профілактика вживання алкогольних та наркотичних речовин в умовах війни	122
5.3 Профілактика суїцидальних проявів в умовах війни	127
ПІСЛЯМОВА	134
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	136
ДОДАТКИ	141
Додаток А. Методики виявлення ПТСР	141
Додаток Б. Комплексний опитувальник професійного здоров'я особи ...	162
Додаток В. Опитувальники діагностики негативних психічних станів особи	165
Додаток Г. Методики діагностики девіантної поведінки	183
Додаток Д. Психодіагностика адаптивних здібностей до стресу (опитувальник адаптивності до стресу)	193
Додаток Е. Тренінгові вправи з розвитку особистісного зростання	204

ВСТУПНЕ СЛОВО

У надскладних умовах воєнного стану наша держава не тільки впевнено відбиває збройні атаки російського агресора, який 24 лютого 2022 року розпочав повномасштабну нічим не спровоковану антиукраїнську війну, протидіє його загарбницьким діям, спрямованим на протиправне привласнення окупованих українських територій, а й докладає максимум зусиль, щоби зберегти та відновити психічне здоров'я нації.

Цілеспрямоване використання ворогом поряд зі зброєю ще й інформаційно-психологічного інструментарію здійснюється з метою інтенсивного насаджування певних поглядів, переконань, ціннісних настанов, уявлень, формування хибної мотивації, підбурювання й деморалізації населення України. Все це зорієнтовано на максимальне придушення здатності людей (когнітивної, емоційної, поведінкової) реалістично оцінювати ситуацію й чинити опір.

Психічне здоров'я людини об'єктивно впливає на її повсякденне життя, міжособистісні стосунки та фізичний стан. Його нормалізація є підґрунтям стійкості до стресів, повноти реалізації власних здібностей, ефективної праці й загалом здатності щасливо жити та робити внесок у всебічний розвиток українського суспільства.

Тому, розроблення та впровадження в Україні дієвих стратегій захисту, відновлення та зміцнення психічного здоров'я є незаперечною та нагальною необхідністю в реаліях сьогодення. А з'ясування та фаховий аналіз головних чинників, які детермінують стан психічного здоров'я українців, дасть змогу забезпечити належну ефективність відновлювальних заходів і сприятиме виокремленню основних напрямів формування національної стійкості. Саме це стало визначальною спонукою для підготовки пропонованого видання.

Андрій ЧЕРНЯК,
ректор Національної академії Служби безпеки України

ПЕРЕДМОВА

Проблема збереження психічного здоров'я населення України в умовах повномасштабної збройної агресії РФ стала однією з пріоритетних, оскільки перемогти ворога, відбудувати країну та власні домівки, щасливо жити та будувати майбутнє для своїх дітей зможуть тільки психічно стійкі люди.

У теперішній час спостерігається стійка тенденція до поширення військових дій в різних регіонах земної кулі. Тому весь цивілізований світ намагається виробити та реалізувати ефективні стратегії відновлення психічного здоров'я людей, які зазнали лиха війни, що вбачається одним із найважливіших завдань сьогодення.

Свого часу в нашій державі було розроблено Концепцію розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 р. (затверджена Розпорядженням КМУ від 27.12.2017 № 1018-р) і план заходів з її реалізації (затверджений Розпорядженням КМУ від 06.10.2021 № 1015-р). Державні і громадські інституції здійснюють низку заходів і ініціатив в цьому напрямі. Так, створено Координаційний центр Кабінету Міністрів України (Mental Health UA) для реалізації Всеукраїнської програми ментального здоров'я. За ініціативи дружини Президента України Олени Зеленської започаткована Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?», що зорієнтована на надання психологічної допомоги всім українцям та навчання самодопомозі.

Всесвітній фонд психічного здоров'я у 2023 році на щорічний Всесвітній день психічного здоров'я (10 жовтня) встановив актуальну тему – «Психічне здоров'я – універсальне право людини».

Відтак для фахівців різного профілю першочерговими завданнями є розробка і впровадження комплексних, інтегрованих і ефективних систем охорони психічного здоров'я.

Реалізація цих завдань убачається в оптимізації системи формування та розвитку професійних компетентностей фахівців з охорони психічного здоров'я, створенні належної інформаційно-

ресурсної бази та використанні сучасних технологій, підвищенні рівня знань, приведенні освіти фахівців у відповідність із сучасними світовими стандартами.

Пропонований посібник структурно складається із п'яти розділів, які тематично охоплюють заявлену проблематику. Зокрема, у першому розділі розглядається, як впливає війна на психічне здоров'я та поведінку людини. Другий розділ зорієнтований на виокремлення розладів психіки, які виникають внаслідок травмувального впливу бойових дій. У третьому розділі приділено увагу спроможності особи адаптуватися до стресу та закономірностей розвитку складових адаптивності. Четвертий – цілком присвячений напрацьованим технікам, що успішно використовуються при наданні екстренної медико-психологічної допомоги постраждалим. П'ятий розділ містить системну інформацію щодо основних напрямів оптимізації системи збереження психічного здоров'я населення України в сучасних умовах. Таке викладення матеріалу зорієнтовано на послідовне опанування інформацією – від теоретичних положень сучасної медичної та психологічної наук до практики застосування напрацьованих розробок подолання наслідків психотравмуючого впливу війни у реальному житті.

Таким чином, авторський колектив сподівається, що матеріал, представлений у цьому посібнику, допоможе читачеві отримати чітке та структуроване уявлення про можливі розлади психічної сфери людини в умовах війни та надання відповідної медико-психологічної допомоги задля збереження психічного здоров'я.

РОЗДІЛ 1

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1 Поняття та критерії психічного здоров'я особи

Проблема психічного здоров'я завжди була актуальною як у практичному, так і теоретичному сенсі. Динамічні процеси сьогодення зорієнтовують на всебічне вивчення принципів організації психіки та зумовлюють наявність різноманіття теоретико-методологічних підходів до визначення психічного здоров'я та відповідної психічної норми, а також її меж та патології. Особливо це стало нагальним в умовах війни, коли від цього знання залежать якість та ефективність допомоги тим, хто цього потребує.

Особистість у тісній взаємодії з психоневротичними чинниками й індивідуальними їх переживаннями активно впливає на формування певного синдрому. Тобто особистість – це не пасивний об'єкт, де відбуваються певні розлади функціонування психіки, зокрема, нівелювання індивідуальних особливостей психоневротичних станів, які важливі для психокорекції.

Доведено, що індивідуальна своєрідність людини не втрачається під час неврозів і психопатій, а виражається в них. Відбуваються певні відхилення, що залежать від індивідуальних властивостей особи, від її характеру, темпераменту, умов розвитку хвороби, методу лікування і від конституціональних розладів.

У Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВОЗ) визначено, що здоров'я – це повне фізичне, душевне та соціальне благополуччя, а не тільки відсутність хвороби або фізичних дефектів¹.

Психічне здоров'я демонструє тісний психосоматичний зв'язок стану людини з комплексом як внутрішніх, так і зовнішніх

¹ Постійне представництво України у Женеві. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). URL: <https://geneva.mfa.gov.ua/posolstvo/2612-who>

факторів. Життєдіяльність людини як складної системи забезпечується на певних взаємопов'язаних рівнях функціонування, а саме: біологічному, психологічному та соціальному.

Зокрема, здоров'я на *психологічному рівні* пов'язане з особистісною специфікою його сприйняття та усвідомлення, у межах якого функціонує кожна людина.

При цьому, чим гармонійніше поєднані всі індивідуально-психологічні особливості людини, тим вона більш стійка, врівноважена та здатна протидіяти зовнішнім негативним впливам. Зокрема, благополуччя у межах психічного здоров'я може порушитися в наслідок:

- домінуванням певних негативних властивостей характеру;
- дефектів у морально-естетичній сфері;
- деструктивних для певного соціуму ціннісних орієнтацій.

До того ж, несприятливі умови війни стають причиною різних форм неадекватної поведінки людини в суспільстві. Особистість може змінитися, якщо зміниться її ставлення до людей, до праці, до життя. Сталість та постійність активних стосунків дозволяють людині підтримувати особисту надійність, долати перешкоди та досягати намічених цілей, реалізуючи свої наміри.

Певні порушення психічного здоров'я можуть бути пов'язані як із деякими соматичними захворюваннями чи вадами фізичного розвитку, так і з різноманітними негативними чинниками і стресами, що впливають на психіку й пов'язані з соціальними умовами. Що стосується критеріїв оцінки психічного здоров'я, то вони у межах цієї проблематики є досить важливими.

Наразі на особливу увагу заслуговує критерій психічної рівноваги, який дає змогу всебічно охарактеризувати психічні процеси особи (пізнавальні, емоційно-вольові). Крім того, рівень урівноваженості та адекватності реакції на зовнішні впливи має велике значення в аспекті розмежування патології та норми. Так, тільки у психічно здорової людини спостерігатимуться певні прояви, а саме:

- стійка та адекватна зовнішнім умовам поведінка;
- індивідуальна пристосованість організму до можливих звичних коливань умов та обставин зовнішнього середовища;

- розвинена здатність підтримувати звичне адекватне та комфортне самовідчуття.

Аномальні прояви у психіці можуть найбільш яскраво проявлятися в певній дисгармонії, втраті балансу із конкретним соціальним середовищем, у порушенні деяких процесів соціальної адаптації. Зазначений критерій пов'язаний із двома іншими – органічністю організацій психіки та її адаптивними можливостями.

Загалом можна виокремити базові психологічні феномени, за якими визначаються ознаки психічного здоров'я/нездоров'я (рис. 1.1).

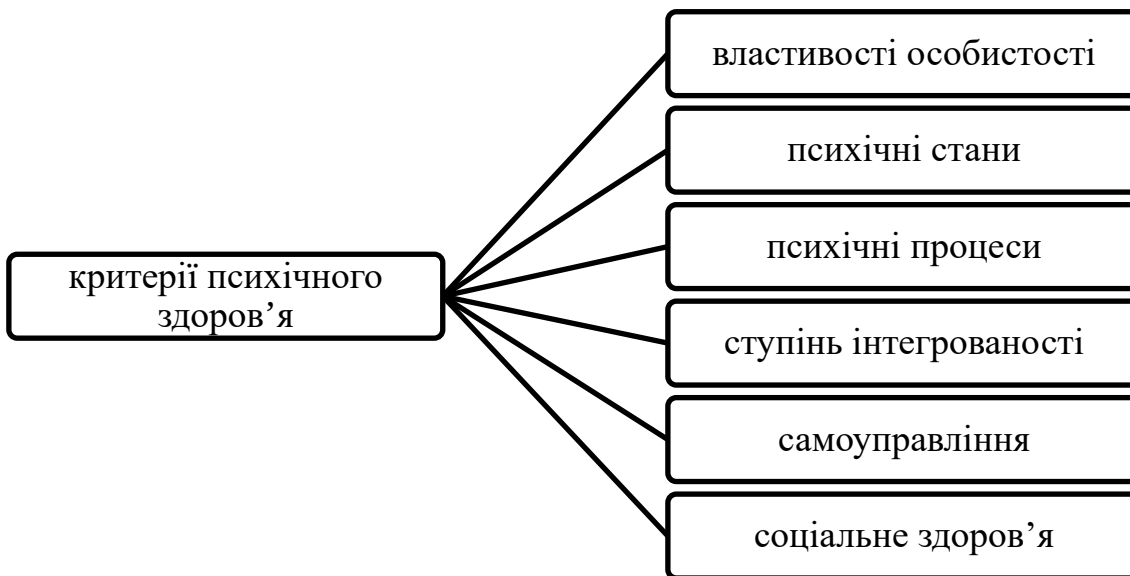


Рис. 1.1. Базові психологічні феномени, які враховуються при виокремленні ознак психічного здоров'я/нездоров'я

Відповідно, критеріями психічного здоров'я є:

- *властивості особистості*: урівноваженість, оптимізм, адекватність, зосередженість (концентрованість на чомусь), упевненість у собі, порядність, чесність, тактовність, почуття обов'язку, працьовитість, самоконтроль, природність, невразливість до образ (вміння їх ігнорувати), відповідальність, доброзичливість, почуття гумору, толерантність, самоповага тощо;

- *психічні стани*: емоційно-вольова стійкість, здатність до контролю почуттів та настрою, вмінням опановувати негативні

психо-емоційні стани, природний прояв емоцій та почуттів, самовладання;

- *психічні процеси*: адекватність сприйняття та психічного відображення об'єктивної дійсності, здатність до логічного та об'єктивного аналізу інформації, критичність мислення, самопізнання, креативність (творчий підхід до реалізації задумів), гнучкість мисленнєвих процесів, пізнавальна активність;

- *гармонійний особистісний розвиток*: усвідомлення власних чеснот і вад, адекватна самооцінка, врівноваженість, цілеспрямованість, розвиненні моральні та вольові якості, пріоритет гуманістичних цінностей, здатність до співпереживання, орієнтація на саморозвиток, об'єктивність суджень та спрямованість на самовдосконалення;

- *соціальна гармонійність*: адекватне сприйняття соціальної дійсності та власної ролі в соціумі, інтерес до соціального буття, здатність до адаптації в новому соціальному середовищі, спрямованість на соціум, культура взаємодії, емпатія, альтруїзм, безкорисливість, відповідальність перед іншими, розвинений соціальний інтелект.

Разом із тим, доцільно говорити й про характерні ознаки психічного нездоров'я, неблагополуччя, з яких найбільш типовими є:

- *властивості особистості*: безвідповідальність, залежність від шкідливих звичок, пасивність, брак прогресивної мотивації, уникнення відповідальності, втрата віри у власні можливості;

- *психічні стани*: агресія, притуплення почуттів, безпідставна злість, підвищена тривожність, ворожість, актуалізація прояву акцентуацій характеру;

- *психічні процеси*: неадекватна самооцінка, зниження когнітивної активності, нелогічність та хаотичність дій, зниження критичності мислення, відсутність самокритики, сповільнення мисленнєвих процесів, стереотипність мислення, нездатність протистояти деструктивним психологічним впливам;

- загалом така особа вельми *дезгармонійна*: їй властиві втрата інтересу до саморозвитку, пасивна життєва позиція,

малорозвинені моральні та вольові якості (або взагалі їх відсутність), неадекватна самооцінка, послаблення самоконтролю (чи повна втрата його), нездатність до саморегуляції;

- *соціальне неблагополуччя*: неадекватне сприйняття (відображення) навколишнього світу, дезадаптивна поведінка, егоцентризм, конфліктність, вороже ставлення до оточення, меркантильність, прагнення до збагачення, відсутність культури спілкування та ін.².

Відтак, задля збереження та відновлення психічного здоров'я громадян має бути розроблена та запроваджена система його формування, що передбачатиме заходи психологічного і психофізіологічного забезпечення життєдіяльності людини. Головна її мета – збереження й відновлення функцій організму та працездатності, формування прогресивної мотивації до подальшого життя та підвищення його якості.

Система має бути заснована на таких базових принципах, як комплексність, цілеспрямованість, безперервність, індивідуальний підхід, відповідність вимогам сьогодення, інтенсивність та адекватність застосування засобів оптимізації психічного здоров'я. Має також впроваджуватися комплекс взаємопов'язаних заходів із психодіагностики та психокорекції.

1.2 Вплив умов війни на психічне здоров'я населення України

В умовах тривалої російської агресії на території України до розв'язання проблематики подолання негативних наслідків її впливу на психіку людей долучається все більше дослідників, оскільки війна в усіх її проявах за своїми масштабами, інтенсивністю та жорстокістю перетворилася на найгостріший виклик сьогодення.

Воєнні дії, ракетні та інші обстріли, руйнацій агресором міст і сіл, енергетичної та іншої інфраструктури, вбивство тисяч

² Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / М. С. Корольчук [і др.] ; Київський національний ун-т ім. Тараса Шевченка, Київський міжнародний ун-т, Київський військовий гуманітарний ін-т Національної академії оборони України. Київ : Фірма "ІНКОС", 2002. 271 с.

захисників та цивільного населення нашої країни, викрадення дітей та катування мешканців на окупованих територіях стали жахливою невід'ємною складовою сучасного життя України. Усвідомлення того, що людина живе в умовах війни та щодня бачить і відчуває її формує певний психотравмуючий комплекс екстремальних ситуацій та страху, зумовлений ризиком, небезпекою, підвищенням рівня нервово-психічної напруженості. Такий перманентний негативний психоемоційний стан особи може виявлятися в дезорганізації її поведінки, неадекватній реакції на певні зовнішні подразники, гальмуванні раніше напрацьованих та розвинених навичок, імпульсивних діях, зникненні актуальних мотивів до життя тощо.

Загалом психологічний зміст війни полягає у формуванні в людей, за рахунок виведення їх із зони комфорту, таких психічних станів, як страх, паніка, фрустрація, стрес, дистрес. Наслідки останнього проявляються у формуванні у постраждалих осіб різноманітних психічних порушень, зокрема, посттравматичних стресових розладів (далі – ПТСР), які можуть детермінувати розвиток різноманітних захворювань за психосоматичними механізмами.

Воєнні події завжди мають екстремальний характер, виходять за межі звичних для людей переживань, усвідомлень і реалій буття та спричиняють інтенсивний страх за життя близьких людей та власне, жах, безпорадність і шкоду психічному здоров'ю. Останнє потребує, насамперед формування комплексної взаємодії інтелектуальної, мотиваційної та емоційно-вольової сфер особистості, а також підвищення рівня стійкості до стресу, активізації захисних можливостей організму та усвідомлення власного стану благополуччя.

Психічне (ментальне) здоров'я визначають як стан психічного благополуччя, котре дає змогу людям долати стреси, реалізовувати власні задуми, розвиватися, працювати та робити свій внесок у суспільне життя. Це – невід'ємна складова здоров'я та благополуччя, що є основою індивідуальної та колективної здатності формувати сучасний світ. До того ж, психічне здоров'я,

зазвичай, означає набагато більше, аніж відсутність психічних розладів³.

Інтенсивність стресогенного впливу в ситуаціях, зокрема пов'язаних із загрозою життю, втратою рідної чи близької людини, буває настільки високою, що наявні індивідуально-психологічні особливості й попередній досвід виживання в умовах війни вже не відіграють вирішальної ролі у формуванні посттравматичних стресових розладів. Останні можуть розвиватися під час війни практично у кожного, навіть за повної відсутності схильності до цього. Але вони більш стрімко розвиватимуться, якщо у людини наявні певні психічні вади, зокрема: невротичні розлади, підвищений рівень тривожності, розлади адаптації, апатія, схильність до депресії та суїцидальних думок, алкогольна чи наркотична залежність, психосоматичні розлади, захворювання серцево-судинної системи тощо.

До того ж, детермінують ПТСР відповідні соціально-особистісні фактори, що супроводжують війну, а саме: неочікуваність, раптовість, інтенсивність, динамічність та стрімкість подій, ситуацій; довготривалість перебування в екстремальних умовах; брак знань та досвіду щодо мінімізації впливу наслідків війни на психіку людини; недостатній рівень психологічної підготовки та сформованості емоційно-вольових якостей; усвідомлення загрози життю; людські жертви, втрата близьких та друзів; втрата житла; життя в окупації; евакуація з місця проживання й т. ін.

За таких обставин трансформується адаптаційна активність людського організму, що супроводжується актуалізацією психологічних механізмів реактивної саморегуляції та формуванням пристосувальних психофізіологічних змін до специфічних обставин війни. При цьому однією з головних умов оптимальних дій є здатність протистояти ситуаціям стресу, пов'язаних із необхідністю швидкого вибору й прийняття рішень, постійною

³ Дбаймо про психічне здоров'я: кілька порад, як його підтримати / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/news/dbaymo-pro-psikhichne-zdorovya-kilka-porad-yak-yogo-pidtrimati>

небезпекою для життя, невизначеністю, враженнями від загибелі та поранення оточуючих, відхиленнями від звичних умов життя.

Емоційна нестійкість, тобто неспроможність людини витримувати значне й тривале напруження без шкоди для якості дій або власного здоров'я, провокує прояви гострих стресових реакцій, зокрема таких: ступор, безпорадність, рухове збудження, агресія, страх, нервові тремтіння, істерика тощо.

Мінімізувати чи нейтралізувати розвиток ПТСР дасть змогу сформована в людини стресостійкість, що зумовлює адекватність певних дій в екстремальних умовах війни. Стресостійкість розглядають насамперед як: своєрідну інтегративну, структурно-функціональну та динамічну властивість особистості; результат процесу зіткнення людини зі стресогенними чинниками, що поєднує об'єктивне усвідомлення ситуації, відповідну когнітивну репрезентацію, вимоги до себе та саморегуляцію⁴.

Разом із тим, існує тісний взаємозв'язок психологічної безпеки та типологічної специфіки нервової системи й індивідуально-психологічних особливостей людини. Своєрідне поєднання властивостей нервової системи, взаємозв'язків між ними та особистісних характеристик сприяє більш вираженому прояву низки психічних функцій, важливих для формування, розвитку та підтримання психологічної безпеки як складної багаторівневої динамічної системи, що відбиває ступінь психічної захищеності людини, її здатність підтримувати оптимальний рівень функціонування та дієздатності у звичайних та екстремальних умовах⁵.

Інформація про вплив травмуючих подій на психіку людини фіксувалась, узагальнювалась та аналізувалась протягом декількох століть, оскільки стресові й постстресові розлади були завжди, але вони просто описувалися різними термінами. Сучасні уявлення про ПТСР сформувались у 70-80-х рр. XX століття. В 1975 р. ПТСР включено до 9-го перегляду Міжнародної класифікації психічних та поведінкових розладів (ICD-9 –

⁴ Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : монографія. Київ : Ніка-Центр, 2007. С. 11–19. 432 с.

⁵ Приходько І. І. Засади психологічної безпеки персоналу екстремальних видів діяльності : монографія. Харків : Академія ВВ МВС України, 2013. С. 80–81. 725 с.

International Classification of Diseases 9th Revision; МКХ-9, код 309.81). У СРСР з 1982 р. застосовувався «адаптований» варіант МКХ 9, з якого ПТСР був виключений. У 1980 р. ПТСР (post-traumatic stress disorder – PTSD) було внесено до класифікатора психічних розладів (DSM-III – Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders) США. Ця діагностична рубрика (309.81) зберігається і в DSM-5, яка була прийнята у 2013 р. і застосовується до сьогодні⁶. У 1990 р. був прийнятий 10-й перегляд МКХ 10, який у 2000 р. прийнятий в Україні, де вже вживався діагноз ПТСР (код F 43.1). У 2019 році прийнята МКХ 11 (код ПТСР – 6B40, 6B41). Унаслідок цього зростає кількість клінічних, психологічних, культурологічних, соціально-психологічних праць, присвячених новому науково-практичному напрямку – «травматичному стресу», котрий сьогодні інтенсивно розвивається⁷.

Травматичний стрес становить собою дуже складний феномен, що вносить деструктивні корективи у світосприйняття людини та змушує її вельми тривалий час згадувати тяжкі події минулого.

Безпосередньо стресову подію визначають як психічно напружену ситуацію, що характеризується сильною дією зовнішніх подразників та зумовлює специфічну реакцію організму. Стресові події відрізняються від травмівних, оскільки останні взагалі виходять за межі досвіду людини та несуть реальну небезпеку для її чи близьких життя, фізичного чи психічного здоров'я. Зокрема, до стресових подій відносять: втрату житла, евакуацію, перебування в окупації, перебування в бомбосховищі під час повітряної тривоги тощо, а до травмівних – катування, насильство, каліцтво, загроза життю, втрата рідних та близьких та ін.

Психічна травма – реакція на травмівну подію – психічно нестерпний зовнішній вплив, що за браку захисних механізмів

⁶ Психологічна допомога військовослужбовцям – учасникам бойових дій : практ. посіб. / Н. Г. Іванова, О. І. Фармагей, Ю. І. Андрусишин та ін. Київ : НА СБУ, 2018. 136 с.

⁷ Психологічні особливості віддалених наслідків стресогенних впливів : монографія / М. С. Корольчук, М. М. Корольчук, А. І. Калуженко та ін. ; за ред. М. С. Корольчука. Київ : Київ. нац. торг.-економ. ун-т, 2014. С. 24. 276 с.

психіки може спричинити виникнення гострого стресового розладу чи посттравматичного стресового розладу та інших психічних розладів⁸. Певні їх симптоми можуть актуалізовуватись як одразу після травмівної ситуації (миттєва реакція), так і через деякий час (відтермінована реакція) (рис. 1.2).

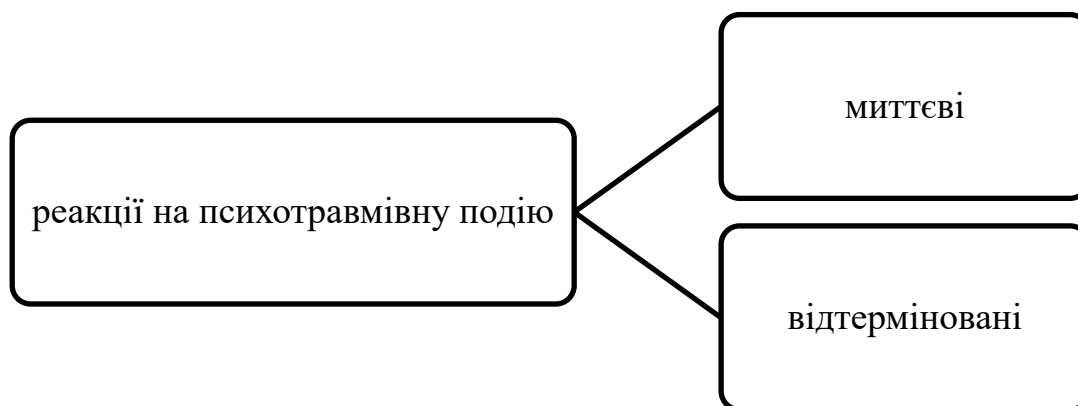


Рис. 1.2. Реакції на травмівну подію

Психогенні впливи, що можуть проявлятися під час екстремальної діяльності, нерідко за своєю інтенсивністю є неочікуваними. Вони здатні руйнувати психічне та соматичне здоров'я.

До того ж, такі впливи можуть спрацювати у період перебування в екстремальних умовах або через декілька годин, днів чи місяців після цього. Так, афективно-шоківі реакції можуть виникати внаслідок раптового потрясіння через загрозу для життя. Зазвичай вони нетривалі від 15–20 хвилин до декількох годин чи діб. Проявляються у двох формах – психогенного збудження та психогенного ступору. В разі пом'якшення або зникнення стресової ситуації симптоми слабшають як правило, протягом 8 годин, а при триванні стресу – протягом 48–72 годин⁹.

⁸ Психологічні аспекти комунікації з населенням на деокупованих територіях України : практичний poradnik / Іванова Н. Г., Верещук І. А., Андрусишин Ю. І. та ін. Київ : НА СБУ, 2023. 96 с.

⁹ Клініка, діагностика і лікування розладів психічної сфери внаслідок бойових дій: навч. посіб. Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г., Омелянович В. Ю. Київ. 2022, 136 с.

До миттєвих реакцій на психотравму, зокрема відносять: ступор або хаотична метушня, паніка, потовиділення або тремтіння, запаморочення, безпорадність, високий рівень тривожності, страх, гнів, почуття провини та невизначеності, дезадаптація, дезорієнтація у просторі й часі, зниження критичності мислення та уваги.

До відтермінованих належать: порушення сну та апетиту, постійна втома та виснаженість, дратівливість та агресивність, знижена стійкість організму до інфекційних захворювань, депресія та фрустрація, часті та різкі зміни настрою, актуалізація почуття провини чи сорому, емоційна холодність, проблеми з пам'яттю тощо.

Крім того, встановлено, що психофізіологічними ознаками ПТСР є: немотивована пильність; вибухова реакція; підозрілість; депресія; притуплення емоцій; порушення пам'яті; агресивність; зниження концентрації уваги; підвищена тривожність; напади люті; схильність до зловживання наркотичними й лікарськими речовинами; непрошені спогади (флешбеки); безсоння тощо.

Також може спостерігатися деструктивна взаємодія з оточуючими. Поведінка стає більш агресивною, а у спілкуванні можуть виникати роздратованість й підвищуватися рівень конфліктності, неконтрольований гнів і нестриманість, прагнення уникати контактів з рідними та близькими, бажання заховатися від усіх.

Водночас, труднощі у взаєминах посилюються зі зростанням відчуття, що нібито «ніхто не здатен зрозуміти, через які труднощі я пройшов». Можуть з'являтися настороженість, підвищена тривожність та спалахи гніву. Підвищується дратівливість, виникають труднощі із концентрацією уваги. Спостерігається надмірна пильність, реактивність на певні раптові подразники та стійке бажання все швидко змінити, але без чіткого усвідомлення навіщо і як саме.

Спираючись на наявні розробки щодо особливостей незаконного утримування людей¹⁰, можна виокремити певні стадії

¹⁰ Психологічні особливості стійкості особистості до терористичної загрози : практичний посібник / Н. Г. Іванова та ін. Київ : НА СБУ, 2022. 159 с. ; Широбоков Ю. М. Теоретичні та прикладні аспекти психології військового полону : моногр. Харків, 2020. 476 с.

прояву психічних реакцій в осіб, які вимушено перебувають в умовах тривалого впливу психотравмуючих факторів (див. рис. 1.3).

I стадія «Психічної неадекватності» (триває від декількох секунд до 5–15 хв; звуження свідомості, зміна норм та обмежень, порушеннями сприйняття часових інтервалів, порушенням раціональної поведінки).

II стадія «Гострого шоку» (триває від 3 до 5 год; психічне напруження, мобілізація психофізіологічних резервів, проявами безрозсудної сміливості при одночасному зниженні критичної оцінки ситуації; почуття відчаю).

III стадія «Безпорадності» (триває від 6 год до 2-х діб; спостерігається високий рівень відчуття безпорадності та тривожності, страх смерті та паніка).

IV стадія «Нової соціальної ролі» (3-тя доба; усвідомлення масштабів трагедії, з'являється непереборне бажання відповідати на питання, розповідати про себе).

V стадія «Виснаження» (триває близько 3–12 діб; знижуються фізичні сили й рівень працездатності на 30 %, спостерігається перевтомлення, знижений емоційний фон та інтонаційне забарвлення мови).

VI стадія «Зміни» психофізіологічного стану (починається з кінця другого тижня; активізується міжособистісне спілкування, турбота про інших; з'являються навіть деякі прояви жартів, можуть також актуалізуватися такі мотиви як прагнення замикнутися в собі та здійснити акт суїциду).

VII стадія «Фрустраційно-агресивна» (через місяць; немотивовані страхи; наростає внутрішня та зовнішня конфліктність).

VIII стадія «Віра в майбутнє» (через три місяці; усвідомлення цінності життя, «я зможу»).

IX стадія «Розчарування» (через рік; роздратованість, зневіра, гнів на всіх).

I «Психічна неадекватність»	• від декількох секунд до 5-15 хвилин; • звуження свідомості, зміна норм та обмежень, порушення сприйняття часових інтервалів, раціональної поведінки
II «Гострий шок»	• від 3 до 5 годин; • психічне напруження, мобілізація психофізіологічних резервів, прояви безрозсудної сміливості за одночасного зниження критичної оцінки ситуації; почуття відчаю
III «Безпорадність»	• від 6 годин до 2 діб; • сильне відчуття безпорадності, страх смерті та панічна тривога
IV «Нова соціальна роль»	• 3 доба; • усвідомлення масштабів трагедії, виникає непереборне бажання розповідати про себе
V «Виснаження»	• близько 3–12 діб; • спостерігається перевтомлення, знижений емоційний фон та інтонаційне забарвлення мови
VI «Зміна психо- фізіологічного стану»	• з кінця другого тижня; • активізується міжособистісне спілкування, турбота про інших; виникають прояви жартів, можуть також актуалізуватися такі мотиви, як прагнення замикнутися в собі та здійснити акт суїциду
VII «Фрустраційно- агресивна»	• через місяць; • немотивовані страхи; наростає внутрішня та зовнішня конфліктність
VIII «Віра в майбутнє»	• через три місяці; • усвідомлення цінності життя, «я зможу»
IX «Розчарування»	• через рік; • роздратованість, зневіра, гнів на всіх

Рис. 1.3. Стадії психічних реакцій на тривалий вплив психотравмуючих факторів

Загалом, свідчить як досвід, посттравматичний синдром украї рідко розвивається в осіб, котрі психологічно готові до можливого перебування в екстремальних умовах. Оскільки психологічний зміст війни полягає у спричиненні формування у людей за рахунок виведення їх із зони комфорту таких психічних станів, як страх, фрустрація, стрес та неадекватної поведінки, то тільки спеціальна підготовка до дій в екстремальних ситуаціях, що несподівано змінюються та містять небезпеку для життя, забезпечать збереження психічного здоров'я та здатність протидіяти жахливим наслідкам війни.

Разом із тим, вплив зазначених чинників на людей, як правило, не однаковий¹¹ (див. рис. 1.4). У психологічно підготовлених осіб вони викликають загострене почуття обов'язку, відповідальності та рішучості до конструктивних дій, актуалізацію методів саморегуляції та мотивів до успішного подолання наслідків війни, підвищену енергійність та активність, наполегливість у досягненні цілей, зібраність та готовність допомагати іншим, швидку й адекватну реакцію на зміну обстановки тощо.

Поведінка ж непередготовленої особи може супроводжуватися дезорганізацією, панікою, розгубленістю, нерішучістю, невпевненістю, підвищеним рівнем тривожності, зниженням рівня уваги та спостережливості, зниженням наполегливості й цілеспрямованості в досягненні цілей, підвищенням рівня роздратованості, нестриманості, агресивності т. п.

Отже, одним із перспективних напрямків збереження психічного здоров'я є профілактика шляхом формування у людей психологічної готовності до перебування у складних умовах війни. При цьому нагальності набуває розробка інноваційної системи створення та розповсюдження якісного інформаційного продукту, зорієнтованого на формування обізнаності людей щодо особливостей конструктивної поведінки в умовах війни та

¹¹ Психологічна допомога військовослужбовцям – учасникам бойових дій : практ. посіб. / Н. Г. Іванова, О. І. Фармагей, Ю. І. Андрусишин та ін. Київ : НА СБУ, 2018. 136 с.

проведення заходів з мінімізації його наслідків. Це зокрема, надання невідкладної медичної та первинної психологічної допомоги, володіння навичками саморегуляції тощо.



Рис. 1.4. Особливості реагування людей на вплив психотравмуючих факторів залежно від рівня їх психологічної готовності

Розроблений контент має базуватись на принципі доступності (ураховувати категорію осіб, їх вікові й інтелектуальні особливості та інші соціально-демографічні характеристики цільової аудиторії), а також ураховувати психофізіологічні особливості свідомого та несвідомого сприйняття актуальної інформації.

Сприймання особистістю інформаційних впливів доцільно розглядати як складний динамічний пізнавальний процес, що залежить від індивідуальних особливостей уваги, мислення, пам'яті та психічного стану людини та її спрямованості. Також необхідно враховувати, що регулятором дій є свідомість, яка і виступає ключовим, утворювальним елементом усього комплексу психофізіологічних засад сприймання будь-яких інформаційних впливів, що акумулюються навколо особистості.

Складовими зазначеного комплексу є насамперед: зовнішні чинники (обставини та умови сприймання інформації, її нагальна необхідність, важливість тощо); внутрішні чинники (самопочуття, актуальний настрій, рівень компетентності у певній галузі та ін.), що впливають на особистість, виступають причиною сприймання інформації. Потреби у конкретній інформації актуалізуються в разі її дефіциту. Саме пізнавальні мотиви спонукають людину до пошуку, сприймання, відповідного осмислення та запам'ятовування відповідної інформації. Мотиви виникають майже одночасно із появою певних потреб та активізують діяльність із задоволення відповідних потреб у інформації.

Обсяг знань суттєво впливає на ступінь розуміння інформації, на процес її інтерпретації та відображення. Тобто успішність сприймання інформації залежить як від індивідуально-психологічних особливостей самої особи (від рівня розвитку в неї мовленнєвого слуху, пам'яті, наявності уваги, інтересу тощо) та її відповідної мотивації, так і від особливостей інформації (мова, логіка викладу, зрозумілість, обсяг тощо) та наявного досвіду сприймання певних відомостей.

Як бачимо, з вищевикладеного, перебування людей в умовах війни спричиняє значне навантаження на їх емоційно-вольову

сферу та зумовлює розвиток посттравматичних стресових розладів. Знизити ймовірність виникнення негативних наслідків впливу умов війни на психічне здоров'я людини допоможе розробка та розповсюдження якісного інформаційного продукту, зорієнтованого на формування обізнаності щодо: особливостей виникнення та перебігу ПТСР унаслідок перебування в екстремальних ситуаціях; конструктивної поведінки в умовах війни.

1.3 Девіантна поведінка людини: види, причини виникнення

Під час війни може певною мірою змінюватися світогляд людини. У хвилини небезпеки вона починає поводитися зовсім інакше, ніж у нормальному повсякденному житті, що може супроводжуватися девіантними проявами.

Проблеми девіантної поведінки набувають актуальності, а перед керівниками трудових (навчальних) колективів, фахівцями-психологами, лікарями постають складні завдання щодо вдосконалення системи відповідної психопрофілактики, впровадження спеціальних критеріїв та оцінок як стану здоров'я, так і морально-психологічних якостей особистості.

В основі девіантної поведінки містяться, зокрема, такі фактори: деформація регуляції поведінки, соціально-педагогічна занедбаність, певні порушення соціалізації, десоціалізація. Її джерелом є сукупність об'єктивних і суб'єктивних чинників, що зумовлюють непристосованість особистості до умов суспільно корисної діяльності. Дезадаптація спричиняє відчуження особи від соціально позитивних зв'язків і стосунків і, як наслідок, викликає десоціалізацію. Вона вказує на відхилення від норм міжособистісних взаємин, прийнятих у даному конкретно-історичному суспільстві.

Нормальною в умовах війни вважається така поведінка, яка не виходить за межі правового поля та орієнтована на основні етичні норми, не призводить до дезорганізації у суспільстві й не ставить під загрозу здоров'я і життя людей.

Під *девіантною поведінкою* розуміється комплекс вчинків чи окремо взяті вчинки, котрі суперечать усталеним соціальним нормам чи нормам психічного здоров'я.

Основним факторами виникнення девіантної поведінки можна назвати (рис. 1.5):

- біологічні: вживання психоактивних речовин, підвищена чутливість;

- соціальні: перебування в екстремальних умовах, складні умови праці, виховання в «неповних» сім'ях, конфлікти, певні традиції святкування деяких дат, подій тощо;

- психологічні: наявні акцентуації характеру, схильність до депресій, низький рівень емоційно-вольової стійкості, занижена чи завищена самооцінка¹².

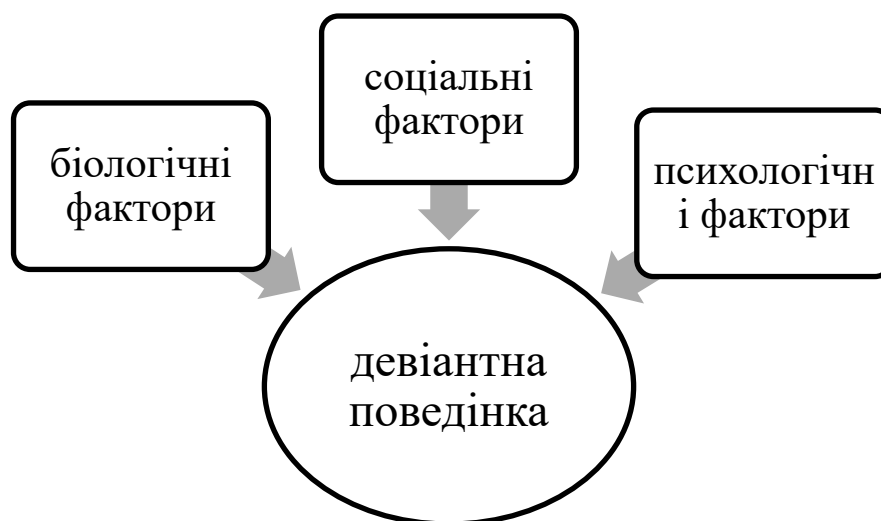


Рис. 1.5. Фактори девіантної поведінки

Сучасні дослідження¹³ психологічних особливостей девіації у людей дозволили виокремити такі *типи девіантів, а саме:*

¹² Андрієті А. В. Організація та методика роботи з особовим складом підрозділів Збройних Сил України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2022. 200 с.

¹³ Андрієті А. В. Організація та методика роботи з особовим складом підрозділів Збройних Сил України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2022. 200 с. ; Кузьменко В. В., Диса О. В., Шинкаренко І. О. Психологія девіантної поведінки : навч. посіб. Дніпро : Видавець Біла К. О., 2019. 68 с. ; Христук О. Л. Психологія девіантної поведінки : навч.-метод. посіб. Львів : Льв. ДУВС, 2014, 192 с.

соціально-пасивний; адиктивний (ситуативно залежний); асоціальний (рис. 1.6).



Рис. 1.6. Типи девіантів

В осіб *соціально пасивного типу* домінує потреба уникнення обставин, які пов'язаних з різкими змінами ситуацій, значним фізичним навантаженням й моральним тиском з боку соціального оточення. Тож, девіантні вчинки є для таких осіб захисною реакцією.

Основна потреба людей з *адиктивним типом* – це справляти позитивне враження на певне соціальне оточення, особливо на неформальних лідерів. Такі люди постійно відчують потребу пережити сильні емоційні реакції під час міжособистісного спілкування. Якщо ця потреба не задовільняється, то вони проявляють роздратованість та готовність до порушення норм і правил поведінки та вживання речовин, що викликають ейфорію.

У сучасних умовах війни люди зазнають впливу різноманітних факторів зовнішнього середовища, які можуть сприяти виникненню у деяких з них девіантної поведінки.

Це чинники впливу на:

- фізіологічну сферу (фізичні навантаження, холод чи спека);
- нервово-психічну сферу (інформаційна депривація, загроза життю порушення режиму сну);

- психосоціальну сферу (засвоєння певного стилю взаємин, колективних норм поведінки тощо)¹⁴.

До того ж, з огляду на норми, що порушуються в суспільстві, найбільш поширеними видами девіантної поведінки є: (рис. 1.7)

- делінквентна;
- адиктивна;
- аутоагресивна (суїцидальна)¹⁵.

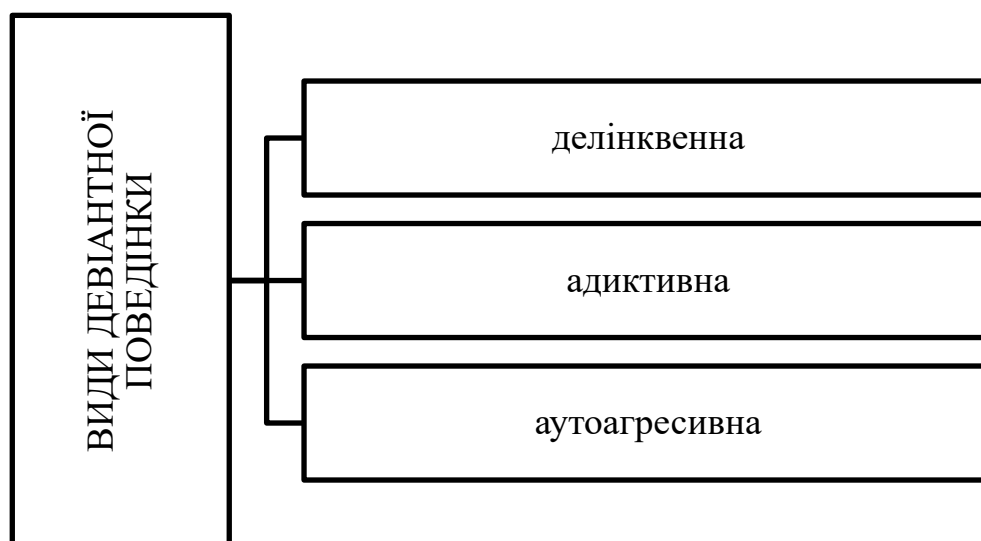


Рис. 1.7. Найбільш поширені види девіантної поведінки

Делінквентна поведінка – це комплекс протиправних вчинків: проступки, правопорушення, злочини.

Делінквентна поведінка містить все те, що суперечить прийнятим у суспільстві в даний час певних правовим нормам та є під загрозою покарання¹⁶.

Серед типових проявів зазначеної поведінки виокремлюють лихослів'я, систематичне порушення норм та правил співжиття, бійки тощо.

¹⁴ Бараннік В. А., Андрієті А. В. Організація та проведення психологічної роботи з військовослужбовцями ЗС України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2019. 136 с.

¹⁵ Андрієті А. В. Організація та методика роботи з особовим складом підрозділів Збройних Сил України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2022. 200 с.

¹⁶ Кузьменко В. В., Диса О. В., Шинкаренко І. О. Психологія девіантної поведінки : навч. посіб. Дніпро : Видавець Біла К. О., 2019. 68 с.

У більшості випадків прояви делінквентної поведінки спостерігаються у психічно здорових людей і значно рідше в осіб із психічними розладами.

Непатологічні форми делінквентної поведінки часто притаманні людям із низьким інтелектом та акцентуаціями характеру. Зазначене може провокувати емоційно-вольову нестійкість, підвищену навіюваність та розвиток пасивності поведінки й діяльності загалом.

Формуванню у людей делінквентної поведінки сприяють, зокрема, такі акцентуації:

- *гіпертимна* – проявляється в надмірній комунікабельності, схильності до ризику та різних авантур, майже завжди в доброму гуморі та прагненні до лідерства. Люди із цим типом акцентуації майже ніколи не ігнорують будь-які дисциплінарні вимоги й регламентацію режиму праці, легковажно ставляться до дотримання законодавчих вимог;

- *істероїдна* – проявляється у прагненні людини привертати до себе увагу, певних фантазуваннях, обмані, нездатності до сильних переживань, постійному бажанні демонстрації власної персони, намаганням «виділитися із сірої маси»¹⁷.

Причини делінквентної поведінки пов'язані, зокрема, з особливостями розвитку в певному соціумі, а саме: виховання у неповних сім'ях; аморальний спосіб життя, алкоголізм та злочинні схильності батьків; систематичні конфлікти в сім'ї; фізичні покарання дитини; несприятливі матеріально-побутові умови сім'ї; вплив неформальної групи з антисоціальними тенденціями.

Адиктивна поведінка – одна із форм деструктивної поведінки, що проявляється у прагненні уникати реальності через зміну власного психічного стану шляхом вживання психоактивних речовин та алкоголю¹⁸.

¹⁷ Андрієті А. В. Організація та методика роботи з особовим складом підрозділів Збройних Сил України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2022. 200 с.

¹⁸ Бараннік В. А., Андрієті А. В. Організація та проведення психологічної роботи з військовослужбовцями ЗС України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2019. 136 с.

Як бачимо, типовими формами такої поведінки є: вживання алкогольних напоїв і вживання наркотичних речовин.

Адиктивна поведінка передбачає наявність ситуативної психічної залежності та «пошукової активності» стосовно алкоголю і психоактивних речовин ще до того моменту, коли від їх вживання сформується фізична залежність.

Зміст адиктивної поведінки полягає в тому, що люди для набуття ілюзії безпеки намагаються уникнути реалій сьогодення, ситуативно змінюючи свій психічний стан за допомогою вживання алкоголю і різних психоактивних речовин.

Для осіб, схильних до вживання алкогольних напоїв, притаманні такі психологічні особливості: високий рівень тривожності, комплекс неповноцінності, егоцентризм, неспроможність витримувати тривалі психічні навантаження; схильність до фантазувань як засобу захисту від реальності; певна невротична залежність від своєї матері й досить низька оцінка значущості ролі батька в родині. Майже кожному третьому характерні нестійкий, епілептоїдний або гіпертимний типи акцентуацій характеру.

Причини, які зумовлюють вживання спиртних напоїв, об'єднують у чотири групи:

- *організаційно-виховні* – доступність спиртних напоїв; негативний приклад колег; безкарність тих, хто вживає алкоголь; недосконала організація дозвілля;

- *соціальні* – деструктивне виховання в родині; неповна сім'я; вживання алкоголю в родині як традиція; низький рівень культури; конфліктні взаємини та аморальна поведінка батьків; низький рівень освіти, низька успішність в школі; початок вживання алкоголю у ранньому підлітковому віці (12–13 років); вплив неформальної групи з асоціальними тенденціями;

- *психологічні* – певні індивідуально-психологічні особливості, що зумовлюють деструктивні дії та поведінку (особистісні вади), та завдяки яким особа усвідомлює і виправдовує вживання алкоголю для виникнення почуття «психічного комфорту», можливості «забути про негаразди» й «розслабитись», полегшенням міжособистісних контактів; низька стійкість до психічних перевантажень та стресів; психологічна залежність від алкоголю;

- *біологічні* – неповноцінність вищих відділів центральної нервової системи; інтоксикація організму; черепно-мозкові травми; несприятлива спадковість (батьки – алкоголіки); наявність уроджених захворювань, відхилень та затримки чи відхилення розвитку; неврози та інші психічні захворювання¹⁹.

Особи, котрі вживають наркотики, характеризуються низькою самооцінкою, порушенням сприйняття майбутнього, схильністю до фантазування, домінуванням пасивно-залежних рис характеру, наявністю істероїдного та епілептоїдного типів акцентуацій.

Найбільш схильні до вживання наркотичних речовин особи, які виховувались і проживали у неблагополучних сім'ях, схильні до депресій, отримували черепно-мозкові травми, переносили нейроінфекції; опозиційно налаштовані щодо основних соціальних вимог, приймають норми псевдокультурної поведінки: «вживання героїну – це круто», «кокаїн вживають майже усі артисти» та ін.

Аутоагресивна поведінка – це своєрідний тип поводження, спрямованого на заподіяння шкоди (фізичної, психологічної) самому собі. Її основними формами є парасуїцидальна (самопошкодження) і суїцидальна (самогубство) поведінка²⁰.

Феномен суїциду пов'язується передусім з уявленням особи про її психологічну кризу – гострий психоемоційний стан, викликаний особистісно значущими психотравмуючими подіями. Причому це криза такої інтенсивності, що весь попередній життєвий досвід не може «підказати» іншого виходу з ситуації. Психологічна криза, до того ж, може виникнути раптово чи досить швидко під впливом сильного ефекту. Частіше психічна напруженість поступово накопичується й поєднує в собі різноманітні негативні емоції, що накладаються одна на одну. Так, приміром, заклопотаність переходить у тривожність, а остання може змінюватись безнадією. Людина втрачає віру у власні

¹⁹ Бараннік В. А., Андрієті А. В. Організація та проведення психологічної роботи з військовослужбовцями ЗС України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2019. 136 с.

²⁰ Андрієті А. В. Організація та методика роботи з особовим складом підрозділів Збройних Сил України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2022. 200 с.

можливості, у здатність долати несприятливі обставини. Це зумовлює внутрішній конфлікт, виникають «неприйняття самого себе» та відчуття «втрати сенсу життя». У таких людей спостерігається фіксація уваги на непереборних труднощах у роботі (навчанні), на думках про свою неспроможність розв'язати власні нагальні проблеми²¹.

Типи суїцидальної поведінки:

- реально-суїцидальна (здебільшого завершується самогубством);
- демонстративно-шантажна;
- афективно-суїцидальна (людина здійснює суїцидальні спроби та виказує відповідні наміри).

Реально-суїцидальна – людина здійснює усвідомлені дії, спрямовані на позбавлення себе життя. Вона вдається до вибору місця, часу та засобів такої дії, що свідчить про серйозність намірів, оскільки підтверджується певною попередньою підготовкою (може тривати від кількох днів до місяця чи більше).

Демонстративно-шантажна – цей тип відносять до суїцидальної поведінки з певною умовністю, оскільки людина свідомо маніпулює нібито здатністю вчинити самогубство.

Особиста мотивація таких суїцидальних спроб полягає у реалізації певного психологічного тиску на оточення. До того ж, метою ще може бути й зміна ситуації на більш вигідну для людини, отримання додаткових преференцій від оточуючих людей, покарання кривдника, прагнення звернути на нього осуд інших осіб. За такої поведінки людина розуміє, що її дії не мають призвести до смерті, тому й уживає відповідних заходів: може здійснювати й спробу самогубства на очах у сторонніх осіб, але вкрай рідко вдається до використання вогнепальної зброї, надаючи перевагу не дуже сильним самопорізам.

Афективно-суїцидальна поведінка – комплекс суїцидальних дії, зумовлених афектом, що виник унаслідок раптової психотравмівної події або акумуляції хронічних психотравм. Для цього

²¹ Бараннік В. А., Андрієті А. В. Організація та проведення психологічної роботи з військовослужбовцями ЗС України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2019. 136 с.

типу поведінки характерна надзвичайна сила прояву, нерідко з елементами дезорієнтації та звуженням свідомості. Динаміка афективного суїциду відрізняється інтенсивністю: розвиток афекту супроводжується раптовим зростанням емоційного напруження; свідомість наповнюється емоційно насиченими негативними переживаннями гніву, образи тощо; суїцидент не реагує на звернення оточуючих, не зважає на жодні аргументи. Охоплення суїцидальним збудженням зумовлює відсутність страху смерті.

Таким чином, девіантна поведінка – це своєрідне стійке поводження людини, котре відхиляється від соціальних норм, завдає реальної шкоди суспільству чи самій особі та супроводжується соціальною дезадаптацією. Підґрунтям її виникнення низка факторів, пов'язаних з порушеннями виховання та соціалізації.

РОЗДІЛ 2

РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ВНАСЛІДОК ДІЇ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ЧИННИКІВ ВІЙНИ

2.1 Особливості розладів психічної діяльності людини під впливом психотравмуючих чинників

Як відомо, психічну діяльність людини можна представити як сукупність процесів із одночасним чи послідовним перебігом. У психології їх позначають певними термінами, а саме: сприймання, відчуття, мислення, уява, сприймання інформації, запам'ятовування, уявлення, інтелект, спрямованість, мотиви, емоції, воля. При цьому характерною особливістю психіки є єдність цих процесів. Уважається, що хвороба як патологічний процес порушує єдність психіки та одні психічні функції відділяє від інших.

Тому, слід підкреслити штучність виділення як ізольованих явищ висвітлених нижче патофізіологічних закономірностей порушень психічних процесів (див. рис. 2.1), які, зазвичай, є симптомами більш складних розладів психічної діяльності.

Порушення сприймання²². Ілюзії (лат. – *illusio* – обман, помилка) – це викривлене, хибне сприйняття реальних предметів чи явищ. Залежно від модальності аналізатора ілюзії бувають зоровими, слуховими, смаковими, тактильними, нюховими, загального відчуття.

Ілюзії можуть виникати й у здорових людей унаслідок зміни фізичного стану навколишнього середовища (наприклад, сутінки) або зміни психофізіологічних якостей аналізаторів (скажімо, втома).

Зокрема, людина деякий час може сприймати рух сусіднього поїзда як того, в якому вона перебуває, а палиця, опущена у воду,

²² Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / М. С. Корольчук [і др.]; Київський національний ун-т ім. Тараса Шевченка, Київський міжнародний ун-т, Київський військовий гуманітарний ін-т Національної академії оборони України. Київ : Фірма "ІНКОС", 2002. 271 с.

може здаватися переломаною. Хоча мислення досить швидко «ремонтує» зламану палку, вносить корекцію у сприйняття руху потягів.

порушення сприймання	• ілюзії • галюцинації
психосенсорні розлади	• порушення сприйняття власного тіла • розлади сприйняття часу • дереалізація • деперсоналізація
розлади пам'яті	• амнезія • гіпермнезія • парамнезія
розлади мислення	• формальні (за темпом, логічною стрункістю і цілеспрямованістю) • продуктивні
розлади емоцій	• загострення емоційних реакцій • афект
розлади волі	• ступор • зниження / відсутність вольової активності • надмірне посилення вольової активності
розлади уваги	• слабкість активної уваги • підвищена зосередженість уваги • відвертання уваги

Рис. 2.1. Основні розлади психічної діяльності людини, що виникають під впливом психотравмуючих чинників

Ілюзії можуть також виникнути в разі розладу психічної діяльності людини внаслідок певних інфекцій, інтоксикацій і травм. Приміром, на малюнках шпалер хвора людина може бачити певні рухи комах, птахів чи дрібних гризунів, або ж халат, котрий висить (може здаватись, що за ним хтось заховався).

А хворому зі слуховими ілюзіями чуються голоси інших осіб, що його нібито оточують, та можуть сприйматися як погрози (оскільки вони наче вимовляють його ім'я та роблять якісь натяки, небезпечні для нього).

У випадку нюхових ілюзій звичайні запахи сприймаються як досить неприємні, незвичні чи дуже огидні.

При розвинених смакових ілюзіях хвора людина не сприймає їжу через нібито огидний смак.

За патологічних ілюзій, оманливе сприйняття зливається із реальним об'єктом й існує доти, поки існує цей об'єкт.

Галюцинації²³. Галюцинації (лат. *alucinatio* – безглузде базікання, марення) – розглядають як уявні чи хибні сприймання, або сприймання без об'єкта. Але це ще не означає, що, зокрема, неправильно сприйняті об'єкти можуть реально не існувати. Хворий із галюцинаціями не має сумнівів, що він реально це сприймає.

Так само як і ілюзії, галюцинації класифікують за органами відчуттів (залежно від певного аналізатора, у якому вони можуть виникати): слухові, зорові, нюхові, тактильні, смакові та загального відчуття. Вони також поділяються на елементарні та складні.

Елементарні, наприклад, зорові галюцинації, можуть бути у вигляді іскорок чи світлих плям, а слухові – як шум у вухах чи якісь окремі звуки.

Частіше спостерігаються у складні галюцинації, зокрема, у вигляді сцен, в яких задіяно багато людей, тварин, різних предметів та ін. Нерідко зорові образи поєднуються зі слуховими, нюховими й тактильними відчуттями, що робить галюцинації досить правдоподібними.

Так, для складних слухових галюцинацій є характерними голоси багатьох осіб (і чоловіків, і жінок), котрі до того ж, нібито

²³ Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / М. С. Корольчук [і др.] ; Київський національний ун-т ім. Тараса Шевченка, Київський міжнародний ун-т, Київський військовий гуманітарний ін-т Національної академії оборони України. Київ : Фірма "ІНКОС", 2002. 271 с.

можуть говорити між собою чи мають якийсь стосунок до самого хворого – чи то кличуть його, чи коментують певні його дії, або ж наказують щось зробити, сварять і звинувачують його у поганих звичках і т. ін.

Справжні (істинні) галюцинації – мають свою певну проєкцію на навколишнє середовище (голоси можуть вчуватися із якоїсь частини простору, а видіння можуть спостерігатися безпосередньо навколо самого хворого). Для таких галюцинацій характерним є наявність у конкретного об'єкта сприймання усіх реальних властивостей, а саме: яскравості, тілесності, чуттєвості (тобто сприймання супроводжується ще й відповідними переживаннями).

Відомі також розлади сприйняття, для яких притаманні не тільки зовнішня, а й внутрішня проєкції певних голосів чи образів – у власній голові, в животі або в якомусь іншому органі. Ці розлади називають «псевдогалюцинаціями», чи «несправжніми галюцинаціями».

Зазвичай галюцинації набагато інтенсивніші увечері та вночі, хоча такими вони можуть бути й протягом доби.

На самому початку психічних захворювань, насамперед при інфекціях або інтоксикаціях, одним із перших симптомів можуть бути й галюцинації, які виникають під час засинання, тобто при переході зі стану неспання у стан сну. Ці галюцинації бувають різного виду: інколи це дивовижні тварини чи страхітливі чудовиська, а деколи видіння нагадують якийсь кінофільм побутового змісту. Для таких галюцинацій характерним є ще те, що, коли людина розплющує очі, то вони зникають, а коли заплющує очі, щоб заснути, – з'являються знову. Також є галюцинації, що виникають й у момент пробудження.

Психосенсорні розлади²⁴. Термін «психосенсорний» походить від латинського *sensus*, що означає відчуття, почуття.

Важливою умовою сприйняття та усвідомлення стану свого

²⁴ Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / М. С. Корольчук [і др.] ; Київський національний ун-т ім. Тараса Шевченка, Київський міжнародний ун-т, Київський військовий гуманітарний ін-т Національної академії оборони України. Київ : Фірма "ІНКОС", 2002. 271 с.

тіла чи положення його частин, сприйняття часових й просторових меж є насамперед синтез інтероцептивних, екстероцептивних та пропріоцептивних імпульсів.

Саме вони беруть участь у саморегуляції та формують образи певних фізичних і психічних якостей та особливостей, представлених у структурі свідомості.

Так, порушення сприйняття власного тіла чи часових і просторових меж мають назву «психосенсорні розлади». Вони дещо подібні до ілюзій, бо тут також спотворюється сприйняття реальності.

На відміну від ілюзій при психосенсорних розладах у людей частково може зберігатися критичне сприйняття певних окремих симптомів.

Що ж стосується порушення сприйняття власного тіла, то воно проявляється в усвідомленні відчуття невагомості чи навпаки – надзвичайної важкості та непомірного збільшення чи зменшення голови, ніг, рук, викривлення тулуба чи окремих частин тіла тощо.

Також хворі можуть ще зберігати й адекватність відчуттів справжнього положення частин тіла. Перевіряючи правильність відчуттів вони торкаються голови, роблять спроби дістатися до віддалених предметів, можуть вимірювати кінцівки тощо. Такі розлади нерідко можуть призводити до виникнення певних маячних ідей.

Описані види психосенсорних розладів отримали такі назви:

симптоми макропсії – всі предмети здаються нереально великими;

симптоми мікропсії – всі предмети сприймаються набагато меншими, ніж є насправді;

симптоми поропсії – відбувається порушення сприйняття відстані до предметів;

симптоми метаморфопсії – у хворих спостерігається спотворення форми предмета;

симптоми дисмегалопсії – відбувається спотворення пропорцій власного тіла.

До психосенсорних розладів також відносять й порушення сприйняття часу, котрі проявляються у відчутті його прискорення, чи уповільнення, коли години спливають як секунди чи хвилини здаються роками.

Трапляються також випадки втрати відчуття реальності зовнішнього середовища (всі предмети, люди та події сприймаються як нереальні чи чужі), власної особистості, але при збереженні усвідомлення свого «Я». Так, власне тіло, мова, голос, уявлення можуть здаватися чужими чи такими, що втратили зв'язок з їх носієм.

Розлади пам'яті. До функцій пам'яті відносять: фіксацію подразників та їх збереження, відтворення чи репродукування конкретної отриманої інформації. Пам'ять називають ще «вхідними воротами інтелекту». Вона спрямована в минуле, але незалежно від того, чи це враження останніх хвилин, чи минулих років.

Розлади пам'яті можуть виникати внаслідок органічних захворювань головного мозку. Зазвичай, зниження рівня пам'яті спостерігається у похилому віці. Так, існує закономірність, властива віковому зниженню пам'яті²⁵, а саме: спочатку може виникати послаблення фіксації нових та останніх сприйнять навколишньої дійсності, тоді як спогади про далеке минуле зберігаються.

Розлади пам'яті умовно поділяють на такі групи: гіпомнезія, амнезія, гіпермнезія, парамнезія.

При гіпомнезії утруднюється фіксація чи відтворення інформації, тобто пам'ять погіршується.

Амнезія розглядається як відсутність/втрата пам'яті. Її розрізняють за часовими параметрами:

ретроградна амнезія – відсутність пам'яті на ті події, котрі передували травмічним подіям;

²⁵ Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах / навч. посіб. для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Ельга, Ніка-Центр, 2017. 505 с. (перевидання 3-тє доповнене).

антероградна амнезія – виникає після завершення розладів психіки або непритомного стану;

ретроантероградна амнезія – це своєрідне поєднання двох перших видів;

ретардована амнезія – спостерігається втрата пам'яті після непритомного стану на більш тривалий час.

За динамікою перебігу вказані амнезії поділяють на такі групи: загальна прогресуюча; стаціонарна; регресуюча.

Прогресуюча починається з гіпоамнезії та має безперервний перебіг, стаціонарна характеризується своєрідним незмінним перебігом, а регресуюча поступово зменшується у вираженості.

Парамнезія – це помилкові згадки. Так, розрізняють:

псевдоремінісценції – зміщення в часі (неправильне співвіднесення) подій та явищ, які відбулися чи могли статися у житті;

конфабуляції – надумані фантастичні спогади; їх змістом є певні події чи факти, яких взагалі не було й не могло бути в житті;

криптоамнезії – своєрідне змішування у спогадах як реальних, так і надуманих подій;

екмнезії – «життя в минулому» (з пам'яті «випадають» певні події, а давні спогади залишаються), людина поводить себе, ніби вона у віці, про який залишилися спогади.

Існує ще є й такий вид розладів пам'яті як анекфорія, коли відтворення певних фактів відбувається при підказуванні.

Розлади мислення²⁶. Мислення посідає особливе місце у процесі пізнання об'єктивної реальності. Усі процеси мислення відбуваються в межах певних фізіологічних систем мозку: спочатку виникають елементарні асоціації, а потім – ланцюжки асоціацій, котрі мають рефлекторний характер.

Що стосується розладів мислення, то вони бувають формальними та продуктивними.

²⁶ Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Ельга, Ніка-Центр, 2017. 505 с. (перевидання 3-тє доповнене).

Формальні – диференціюють за темпом, логікою та цілеспрямованістю.

Так, у різних людей швидкість (темп) перебігу асоціацій різна. При психічних захворюваннях свідомо корекція мислення неможлива. Асоціації виникають легко, але за зовнішньою подібністю та співзвучністю, вони різні й численні. Мова, попри багатослів'я, може відставати від потоку різних ідей.

Люди, які мають розлади мислення, зазвичай, не закінчуючи однієї думки, можуть переходити до іншої (навіть не помічають мовної неповноти вираження думки). Інколи високий ступінь прискорення мислення у поєднанні проявляється в алогічній зміні ідей, коли збагнути логіку думок взагалі неможливо.

Збільшення темпу мислення спостерігається й при психічних порушеннях, перебіг яких відбувається із підвищеним настроєм та сильним руховим збудженням. Разом із тим може сповільнюватися темп мислення при розмові – відповіді людина надає після довгих пауз та ще й знижує гучність голосу аж до шепоту. Відзначається бідність асоціацій та загальна загальмованість, сповільнення рухів, пригніченість афективних реакцій, що проявляється таким чином:

зісковзування думок – під час розповіді про одні події людина різко переключається на інші, не помічаючи, що першу думку вона не довела до логічного завершення;

розірваність мислення – людина промовляє граматично правильну фразу, але змістовний зв'язок між окремими її частинами відсутній;

безладність мислення характеризується, на відміну від розірваності, розладом синтезу, через що втрачається змістовна та граматична побудова мовлення. Це певною мірою проявляється у невпорядкованому поєднанні окремих слів (наприклад, «земля... черевики... дощ... назад»). Такий безлад мислення найчастіше поєднується із певними розладами свідомості.

Ще виділяють розлади мислення за цілеспрямованістю, а саме: амбівалентність, резонерство і розважність. Так, амбівалентність становить собою певне співіснування взаємовиключних думок та асоціацій.

Резонерством називають безпредметність мислення, коли відсутні конкретність думок та їхній пізнавальний зміст.

Розважність мислення проявляється у викладенні людиною значної кількості непотрібних, зайвих подробиць, серед яких губиться потрібна думка.

Продуктивні розлади мислення спостерігаються у вигляді нав'язливих, надцінних і маячних ідей.

Нав'язливі ідеї – це повторювальні мимовільні думки, некеровані людиною і внаслідок цього суб'єктивно неприємні.

Надцінні ідеї – це думки, які базуються на реальних явищах або обставинах, але набувають непропорційно значення у свідомості особи, мають надзвичайно сильне емоційне забарвлення і домінують у системі її інтересів.

Маячні ідеї – це система хибних уявлень і умовиводів, яка абсолютно не відповідає дійсності, цілком оволодіває свідомістю особи і не піддається будь-якій логічній корекції.

Розлади емоцій²⁷. Емоції – реакції на зовнішній подразник, переживання, ставлення як до зовнішнього середовища, так і до самого себе. Зокрема, залежно від інтенсивності емоцій виокремлюють настрій і афект. Під настроєм розуміють відносно стійкий емоційний стан, що формується під впливом певних сприйнять, вражень та інтероцептивних сигналів і формує основний емоційний фон. До того ж, настрій може як поліпшуватися, так і погіршуватися.

Ураховуючи вищезазначене, виокремлюють такі розлади настрою:

ейфорія – підвищений настрій із відтінком благодушності, радощів, та задоволення, що жодною мірою не відповідає ситуації та обставинам;

дисфорія – стан похмурого настрою із відтінком сильного невдоволення та роздратованості, що виникає зазвичай несподівано й без причини та триває від декількох хвилин до кількох днів;

²⁷ Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : навч. посіб. для студентів вищих навчальних закладів. Київ : Ельга, Ніка-Центр, 2017. 505 с. (перевидання 3-тє доповнене).

депресія – пригнічення та туга, що можуть спостерігатися досить багато днів і місяців;

емоційна лабільність – певні коливання настрою, легкий перехід від благодушності до гнівливості, пригніченості.

Афект – це інтенсивний короточасний емоційний стан, який супроводжується певними поведінковими проявами. Для нього є характерними швидкий та бурхливий початок, яскраво виражені вегетативні симптоми. Загалом афекти притаманні всім людям. Але за певних умов (зокрема, сумна звістка, радісна подія) відповідні подіям афекти (наприклад, бурхлива радість, сум чи відчай) вважаються нормальними емоційними реакціями.

Разом із тим, до афектичних розладів, відносять фізіологічний та патологічний. Фізіологічний афект супроводжується бурхливою поведінковою реакцією, звуженням свідомості зі збереженням сприйняття зовнішнього середовища й усвідомленням подій, які відбуваються.

Патологічний афект виникає раптово, інколи без достатнього причинно-наслідкового зв'язку із зовнішніми обставинами, перебігає з ознаками потьмарення свідомості, значними вегетативними проявами, неконтрольованою бурхливою, здебільшого агресивною поведінкою з подальшою тотальною амнезією щодо своєї поведінки.

Емоційні реакції, коли вони виникають без достатнього зв'язку із зовнішніми чинниками, можуть досягати патологічного рівня. Зокрема, страх розглядають як стан невмотивованого тривожного сильного боязливого напруження, а тривогу – як стан також невмотивованого неспокою, хоча людина й намагається пояснити це різними зрозумілими причинами.

Спостерігаються й інші розлади, зокрема слабодухість, неадекватність емоцій, апатія тощо.

Слабодухість – це підвищена виснажливість емоцій та їх нетримання. Фактично вистачає якого-небудь несуттєвого подразника, щоб виникало бодай якесь почуття розчулення, що супроводжуватиметься слізьми. Розуміння недоречності такої поведінки не стримує від надмірної сентиментальності.

Під неадекватністю емоцій розуміємо парадоксальність певних емоційних проявів, скажімо (тугу), під час радісних подій.

Саме такі розлади можуть спостерігаються у хворих на шизофренію.

Апатію розглядають як хворобливу байдужість та відсутність емоцій. Емоційні реакції чи не виникають взагалі, чи є слабо вираженими. Апатія поєднується зі втратою ініціативності, активності та цілковитою бездіяльністю.

Розлади волі²⁸. Воля – це активна цілеспрямована психічна діяльність. Вольовий процес завжди визначається потребами та поєднує такі етапи:

- виникнення певного потягу;
- визначення мети та мотивації;
- реалізація мети – завершення дії.

Розлади волі проявляються передовсім як надмірна активність (послаблення потягу). Так, послаблення вольової активності може спостерігатися при депресивних станах та інших пригніченнях психічної діяльності.

Під час депресії люди з великим зусиллями рухаються, стають млявими, довго добирають і насилу вимовляють слова. Відсутність вольової активності часто поєднується з моторною загальмованістю (ступором) або повною німотою.

Перекручення вольової активності зустрічається при шизофренії, деяких хворобах, котрі супроводжуються певним зниженням інтелекту.

Розлади уваги. Під увагою розуміють зосередження психічної діяльності на конкретних об'єктах. До того ж, увага відіграє суттєву роль як у пізнанні навколишнього світу, так і у щоденній життєдіяльності людини.

Зокрема, активність уваги особистості визначається тонусом її нервових клітин, а послаблення – зниженням їх збудженості при втомі. Виснаження унаслідок хвороби може призводити й до зниження рівня активності уваги.

²⁸ Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : навч. посіб. для студентів вищих навчальних закладів. Київ : Ельга, Ніка-Центр, 2017. 505 с. (перевидання 3-тє доповнене).

Зустрічаються й певні види патології уваги, а саме: слабкість активної уваги, її підвищена зосередженість та відвертання уваги.

Слабкість/виснаженість уваги є характерним симптомом органічних уражень головного мозку та астенічних станів. Це стає досить помітним під час простого тесту: людині пропонується здійснити віднімання від 100 чисел 13 або 7. Зазвичай після 2–3-х правильних відповідей особа починає помилятися, а після нетривалого відпочинку знову може давати правильні відповіді.

Підвищена зосередженість уваги спостерігається при депресіях, коли увага сконцентрована на незначній кількості уявлень, зазвичай, неприємного змісту.

Відвертання уваги є характерним симптомом маніакальних станів. При цьому може порушуватися і процес зосередження, що лежить в основі активної уваги, й переважатиме пасивна увага (її об'єктом є другорядні об'єкти).

2.2 Варіанти психічних розладів унаслідок впливу психотравмуючих чинників

Розлади психічної сфери в екстремальних умовах можуть мати багато спільного із клінічними порушеннями, які розвиваються у звичайних умовах. Проте є й певні суттєві відмінності. Зокрема, по-перше, внаслідок численних раптових психотравмуючих чинників у чималій кількості людей психічні розлади можуть виникати одночасно. По-друге, в цих випадках клінічна картина не є чисто індивідуальною, як за певних звичайних психотравмуючих обставин, і зводиться до незначного числа досить типових проявів.

Крім того, в умовах бойових дій, стихійних лих і катастроф нервово-психічні порушення можуть проявлятися у широкому діапазоні, – від стану дезадаптації та невротичних реакцій аж до реактивних психозів. Рівень їхньої тяжкості залежить від багатьох факторів, а саме: віку, статі, індивідуальних характерологічних особливостей, рівня попередньої соціальної адаптації, додаткових обтяжливих чинників на конкретний момент ексцесу.

Загалом психогенний вплив екстремальних умов складається не тільки із прямої загрози життю, а й з опосередкованої, пов'язаної з очікуваннями. В екстремальних ситуаціях психічні реакції не мають специфічного характеру, оскільки є природним реагуванням на небезпеку. Їх частота й глибина зумовлюються раптовістю та інтенсивністю екстремальної ситуації.

Для виникнення реактивного стану визначальними є, з одного боку характер та сила психічної травми, а з іншого – конституціональні особливості та преморбідні стани людини. Так, реактивні стани простіше виникають у психопатів.

Ті психогенні розлади, котрі спостерігаються під час й безпосередньо після бойових дій, об'єднують у певні групи, а саме: непатологічні (фізіологічні) та патологічні реакції, невротичні та реактивні психотичні стани²⁹ (рис. 2.2).

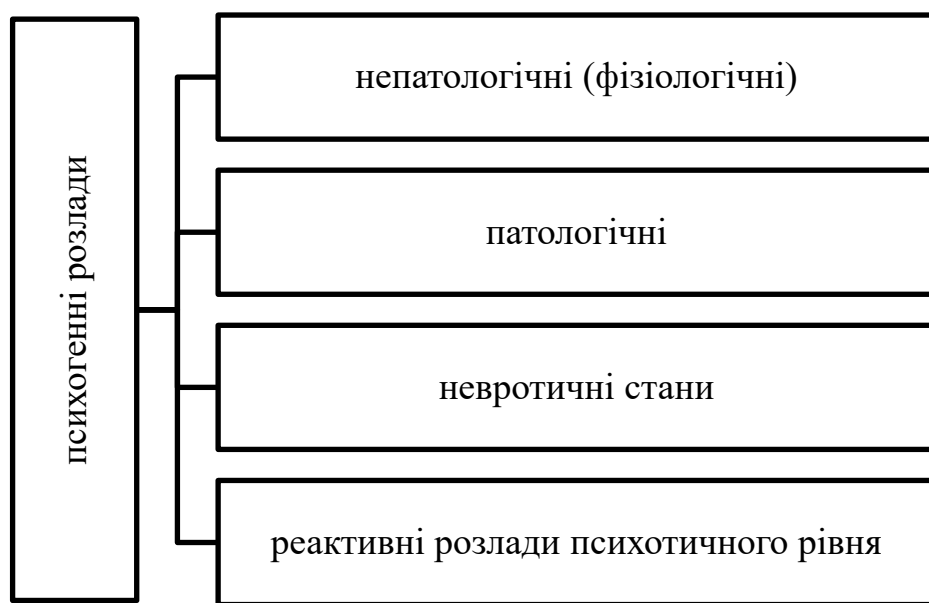


Рис. 2.2. Групи психогенних розладів, які спостерігаються під час і безпосередньо після бойових дій

У віддаленому періоді у постраждалих унаслідок бойових дій розвиваються розлади психіки у вигляді посттравматичних

²⁹ Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посібник. В. Д. Мішиєв, Б. В. Михайлов, Є. Г. Гриневич, В. Ю. Омелянович. Київ, 2022, 175 с.

стресових розладів (ПТСР) – F 43.1 або хронічних змін особистості внаслідок перенесеної катастрофи (F 62.0).

Непатологічні (фізіологічні) реакції. Вони характеризуються насамперед переважанням емоційної напруженості, психовегетативними, психомоторними, гіпотимічними проявами.

Тож, типовими для людини, яка потрапила в якусь катастрофу, є почуття страху, тривоги, занепокоєння за долю своїх рідних та близьких, пригніченості, бажання з'ясувати реальні масштаби катастрофи.

За таких умов, зазвичай, може зберігатися працездатність (але низького рівня), можливість спілкування із оточенням та критичний аналіз власної поведінки.

Реакція горя – стан глибокого суму, скорботи, глибокого душевного страждання. Є природною, нормальною, зрозумілою реакцією на втрату.

Направлення до вторинного рівня медичної допомоги у спеціалізовану психіатричну мережу доцільне: при виникненні важкого депресивного епізоду, ризику самогубства (слід встановити цей ризик), ознак психозу, якщо симптоми тривають близько року.

У Міжнародній класифікації хвороб (10-го перегляду – МКХ-10) ці реакції рубрикуються за діагностичною рубрикою «переживання стихійного лиха, бойових дій та інших подібних обставин».

Психогенні патологічні реакції. Це, насамперед, невротичний рівень розладів, а саме: астенічний, істеричний, депресивний та інші синдроми, які характеризуються реактивним виникненням зниження рівня критичної оцінки того, що відбувається, та можливостей цілеспрямованої діяльності.

Так, безпосередньо після впливу гострого стресу, коли вже з'являються певні ознаки небезпеки, може виникати розгубленість та нерозуміння того, що ж відбувається.

За простої реакції страху також може спостерігатися помірне зростання активності, порушення мови обмежуються, зокрема, прискоренням темпу та запинками, а голос стає гучним і

дзвінким. При цьому, спостерігаються також: мобілізація волі, зниження рівня фіксації навколишнього середовища, нечітке уявлення про те, що відбувається, але сповна можуть запам'ятовуватися власні дії та переживання. Характерним є зміна відчуття часу, плин якого сповільнюється й під час гострого періоду уявляється багаторазово збільшеним.

У разі досить складних реакцій страху, відзначаються також більш виражені рухові розлади за гіпердинамічним або гіподинамічним варіантами. При спробі надати допомогу постраждалі або пасивно підкорюються, або стають негативістичними, їх мовлення уривчасте, обмежується переважно вигуками, почасти має місце афонія. До того ж, спогади про саму подію та власну поведінку у цей період у постраждалих недиференційовані, сумарні.

Поряд із власне психопатологічною симптоматикою нерідко відзначаються соматовегетативні кореляти. Також змінюється й сприйняття простору, а відстань між предметами та їх розміри й форма спотворюються. Інколи навіть навколишнє представляється «нереальним». Це відчуття може зберігатися декілька годин після дії. Досить тривалими можуть бути й сенсорні ілюзії.

При реакціях страху (простій і складній) свідомість звужена, хоча у більшості випадків може зберігатися доступність зовнішніх впливів, можливість самостійно знаходити певний вихід зі скрутного становища та вибірковість поведінки.

Найбільш характерними при цьому є такі три феномени³⁰:

1) суб'єктивне почуття звуження часу, коли минулого й майбутнього немає, а все сприймається як «тут і зараз»;

2) уявлення про відсутність власних ресурсів для виходу із ситуації;

3) переживання загрози на ціннісному рівні.

У разі пом'якшення чи зникнення стресової ситуації симптоми зазвичай слабшають протягом 8 годин, а при її збереженні – протягом 2–3 діб.

³⁰ Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посібник. В. Д. Мішиєв, Б. В. Михайлов, Є. Г. Гриневич, В. Ю. Омелянович. Київ, 2022. 175 с.

У МКХ-10 діагностуються в межах рубрики F 43.0 – гостра реакція на стрес.

Своєчасне надання медико-психологічної допомоги особам, у яких виявляється гостра реакція на стрес, може значно знизити ризик розвитку ПТСР у майбутньому.

Психогенні невротичні стани. Відносно лонгітюдні невротичні розлади, які характеризуються ускладненням, в ряді випадків – втратою критичного розуміння саме того, що відбувається, та можливостей цілеспрямованої діяльності. Важливою особливістю невротичних розладів є також збереження когнітивних функцій та найважливіших психологічних характеристик людини, а ще й зворотність патологічної симптоматики. Клінічна картина невротичних розладів формується відносно поступово, має тривалий характер. У хворих повністю зберігається критичне ставлення до навколишнього і власного стану.

За МКХ-10 ці стани ідентифікуються в межах діагностичного кластеру F 4 – невротичні розлади, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади: *обсесивно-компульсивний розлад* (F 42), *дисоціативний (конверсійний) розлад* (F 44), *фобічний розлад* (F 40.1 – 40.2), *іпохондричний розлад* (F 45.2).

Особливе місце займають розлади, безпосередньо пов'язані з дією травматичного стресу: розлади адаптації та посттравматичний стресовий розлад.

Розлади адаптації (РА) (F 43.2).

При цьому переважає депресивний синдром у клінічній структурі на астенічному тлі. Депресія вже не має вітального характеру, а її прояви ситуативно залежні. Туга стає неглибокою, не буває загального сповільнення рухів, а сомато-вегетативні стигми слабо виражені.

Також, порівняно з ендогенною депресією добова динаміка зворотна (при неврозі стан погіршується у вечірні години). Найчастіше депресивний невроз розвивається у більш пізньому віці й пов'язаний з певною ситуацією. Є характерними дифузні іпохондричні й астенічні скарги, порушення сну з досить частим

прокиданням, сльозливість. У ці проміжки з'являється тривога, виникають серцебиття, страхи, побоювання за своє життя або суїцидальні думки з тенденцією до їх реалізації.

Згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) й третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затвердженим наказом МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі» № 121 від 23.02.2016 р. рекомендовано використання терміна «гострий стресовий розлад» (ГСР), запозичений з Керівництва із діагностики і статистики психічних розладів (DSM-V).

У деяких постраждалих можуть формуватися **посттравматичні стресові розлади** – ПТСР (F 43.1) – відтерміновані й затяжні реакції на певну стресову подію загрозливого чи катастрофічного характеру після певного латентного періоду, що триває від кількох тижнів до кількох місяців.

Що стосується типових ознак, то вони включають певні епізоди повторного переживання травми (нав'язливі спогади (ремінісценції), сни чи кошмари, які виникають на основі хронічних зовнішніх подразників, відчуження від людей, ангедонія, ухилення від діяльності й тих ситуацій, які нагадують про травму.

Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи (F 62.0). Більш пролонговані стійкі зміни поведінки та психіки можуть проявлятися хронічною зміною особистості, яка виникає внаслідок стресу катастрофи і спостерігається протягом двох і більше років.

Саме такі стани можуть характеризуватися наявністю ригідних й дезадаптивних ознак, що призводять до певних порушень у міжособистісному, соціальному та професійному функціонуванні, зокрема: соціальна відстороненість; вороже чи недовірливе ставлення до світу; відчуття спустошеності й

безнадії; хронічне почуття хвилювання, начебто постійної загрози, існування «на межі»; відчуженість.

Реактивні розлади психічної сфери психотичного рівня. Серед реактивних психотичних станів в умовах бойових дій і масових катастроф найчастіше спостерігаються афективно-шокові реакції (гіперкінетична і гіпокінетична форми), депресивні реакції й дисоціативно-конверсійні розлади психіки.

Афективно-шокові реакції виникають під час раптового потрясіння, що загрожує життю, вони завжди нетривалі (від 15–20 хв до кількох годин чи діб). Ці реакції клінічно проявляються у гіперкінетичній і гіпокінетичній формах³¹.

Гіперкінетична (реактивне, психогенне збудження) – раптове хаотичне, безглузде рухове збудження. Хворий метушиться, кричить, волає про допомогу, іноді кидається бігти без будь-якої мети, нерідко в бік нової небезпеки.

Гіпокінетична форма (реактивний, психогенний ступор) – раптове знерухомлення. Попри смертельну небезпеку людина застигає на місці, не може ворухнутися, не здатна вимовити ані слова (мутизм). Реактивний ступор зазвичай триває від кількох хвилин до декількох годин.

Особи з ознаками наявності реактивних станів психотичного рівня потребують допомоги лікаря-психіатра або госпіталізації.

2.3 Феноменологія психічних розладів, спричинених психотравмуючими обставинами

В умовах бойових дій можна спостерігати широкий діапазон нервово-психічних порушень: від стану дезадаптації і невротичних реакцій до реактивних психозів (див. рис. 2.3).

Тяжкість їх протікання залежить від багатьох факторів: це й вік, стать, індивідуальні характерологічні особливості, рівень попередньої соціальної адаптації особистості; й наявність додаткових обтяжливих факторів на момент психотравмуючого впливу.

³¹ Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посіб. / В. Д. Мішиєв, Б. В. Михайлов, Є. Г. Гриневич, В. Ю. Омелянович. Київ, 2022, 175 с.

При цьому, варто урахувати, що внаслідок значної кількості раптово діючих психотравмуючих чинників бойових дій психічні розлади можуть одночасно виникати у великої кількості людей.

До того ж, клінічна картина таких розладів буде зводитися до визначеного переліку досить типових проявів, і не буде мати специфічного індивідуального, як при звичайних психотравмуючих обставинах, характеру.

Це, скоріше, універсальні реакції людської психіки на небезпеку, частота і глибина яких визначаються раптовістю й інтенсивністю самої екстремальної ситуації.

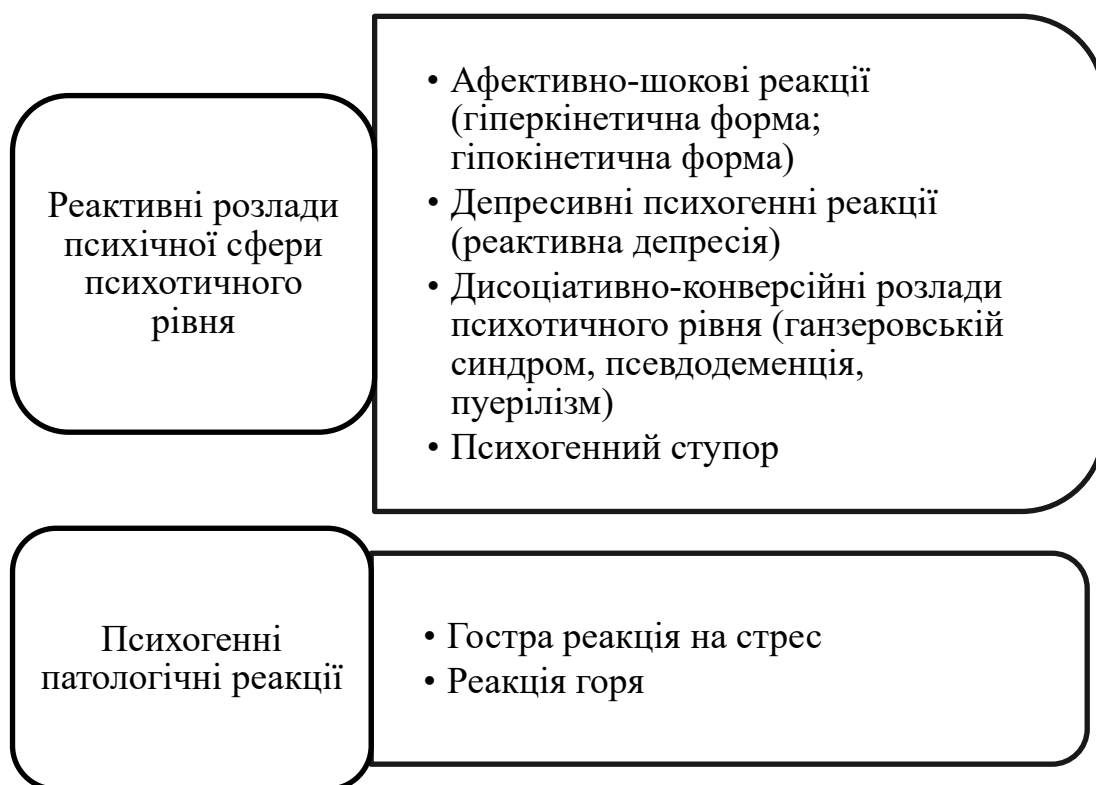


Рис. 2.3. Групи психогенних розладів, які спостерігаються під час і безпосередньо після бойових дій

Реактивні розлади психічної сфери психотичного рівня.

Серед реактивних станів психотичного рівня в ситуації військових дій і масових катастроф найчастіше спостерігаються афективно-шоківі й депресивні реакції, а також дисоціативно-конверсійні розлади психотичного рівня.

Про афективно-шоківі реакції йшлося вище, але варто детальніше охарактеризувати їх форми.

Гіперкінетична форма – дисоціативна fuga (F 44.1) – як уже зазначалося, це – раптове хаотична й безглузда рухова активізація. Людина метушиться, волає про допомогу, інколи намагається безцільно бігти (навіть у бік іншої загрози). Така поведінка виникає на ґрунті психогенного сутінкового розладу свідомості людини із порушенням орієнтування у навколишньому середовищі й наступною амнезією.

Гіпокінетична форма – дисоціативний ступор (F 44.2) – раптова знерухомленість. Навіть незважаючи на смертельну небезпеку, особа може ніби «застигати», не робити жодних рухів та бути не в змозі вимовити жодного слова. Зазвичай реактивний ступор триває від декількох хвилин до декількох годин. У важких випадках такий стан затягується й настає виражена атонія чи напруженість м'язів.

Хворі люди лежать у ембріональній позі чи витягнувшись на спині та не приймають їжу. Їхні очі широко розкриті, а міміка відображає чи переляк, чи невимовний відчай, але під час згадки про психотравмуючу ситуацію хворі бліднуть або червоніють, пітніють, відзначається прискорене серцебиття. При реактивному ступорі затьмарення свідомості зумовлює подальшу амнезію.

Утім, психомоторна загальмованість може й не досягати ступеня ступору. В таких випадках хворі можуть бути навіть контактними, але відповідають коротко та із затримкою й розтягуючи слова. При цьому їх моторика скута, а рухи уповільнені, свідомість звужена.

Трапляється також, що картина гострого психогенного ступору вирізняється яскраво вираженою лякливістю: жестикуляція та міміка свідчать про страх, жах, відчай та розгубленість.

У рідкісних випадках у відповідь на сильні раптові психотравмуючі впливи настає емоційний параліч: тривала апатія із байдужістю до конкретної загрозової ситуації та індиферентна реєстрація всього того, що відбувається навколо.

Розглянемо депресивні психогенні реакції³². У цьому стані хворі пригнічені, сумні, слізливі, ходять зсутуленими, сидять у

³² Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посібник / В. Д. Мішиєв, Б. В. Михайлов, Є. Г. Гриневич, В. Ю. Омелянович. Київ, 2022, 175 с.

згорбленої позі із опущеною на груди головою чи лежать, підібгавши ноги. Не завжди активними бувають ідеї самозвинувачення, але переживання зазвичай концентруються навколо певних обставин, котрі пов'язані із психічною травмою. Наявні думки про неприємний випадок, як правило, деталізуються й часто стають надцінними, іноді аж до ступеня марення.

Психомоторна загальмованість іноді досягає депресивного ступору; хворі люди увесь час лежать чи сидять згорбившись, мають застигле (нерухоме) обличчя, із виразом безвихідного розпачу чи глибокої туги, вони є безініціативними й не в змозі обслуговувати себе. Складні питання вони не осмислюють, а навколишнє не привертає їхню увагу.

Такі депресивні психогенні реакції (їх ще називають реактивною депресією) іноді поєднується із окремими істеричними розладами та явищами дереалізації, деперсоналізації, сенестопатично-іпохондричними розладами, маренням. Іноді стан набуває вид депресивного раптусу.

Вони відрізняються від ендогенних реактивних депресій тим, що їх виникнення збігається із психічною травмою. До того ж, психотравмівні переживання позначаються у клінічній картині депресії, саме після вирішення психотравмуючої ситуації чи через деякий час реактивна депресія може зникнути.

Якщо ця депресія має відчутно позитивну динаміку, такі стани доцільно визначати за МКХ-10 – F 43.2 (розлади адаптації), коли ж динаміка має прогресуючий характер, то вона набуває ознак так званої ендореактивної депресії та має рубрикуватися як рекурентний депресивний розлад – F 33³³.

Дисоціативно-конверсійні розлади психотичного рівня характеризуються наявністю своєрідної виразної симптоматики та проявляються незначною кількістю певних клінічних картин, що можуть переходити одна в іншу. Вони також можуть спостерігатися і в формі істеричних порушень свідомості, що

³³ Клініка, діагностика і лікування розладів психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посібник. Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г., Омелянович В. Ю. Київ, 2022, 136 с.

описуються під назвою «синдрому Ганзера» та близького до нього стану – так званої псевдодеменції, а також пуерилізму й реактивного ступору.

Ганзеровський синдром (F 44.90) характеризує істеричний присмерковий розлад свідомості, за якого хворі люди дають безглузді відповіді на найпростіші запитання та виявляють нездатність здійснювати елементарні дії, навіть не розуміють призначення конкретних звичних предметів побуту. Акцентує на собі увагу ще й те що безглузді відповіді зазвичай можуть знаходитись у площині поставленого питання. До того ж, хворі безцільно топчуться на місці та вдаються до деструктивних вчинків. Стан у більшості випадків протікає гостро й може закінчитись протягом декількох днів.

Псевдодеменція (F 44.9) вирізняється меншою виразністю порушень свідомості порівняно з ганзеровським синдромом. Хворі також можуть давати неправильні відповіді на досить прості запитання, робити помилки під час виконання простих дій.

Разом із тим, такі хворі можуть несподівано впоратися із якимось складним завданням, мають дурнуватий вираз обличчя, витріщені очі, а іноді навіть сміються, хоча цей афект частіше є депресивним. Також вони іноді бувають у стані тривоги. Загалом псевдодеменція може протікати гостро й закінчуватися у декілька днів, але у деяких випадках може тривати місяцями.

Пуерилізм (F 44.9). Клінічна картина його характеризується рисами дитячості, що є вираженими у поведінці хворого, його міміці, емоційних реакціях, мові та характері суджень. Так, хворі люди починають грати іграшками, зокрема, можуть робити кораблики, по-дитячому плакати, вередувати та називати себе дитячими іменами. Під час виконання елементарних завдань вони роблять такі ж самі помилки, як і хворі із псевдодеменцією. Порівняно з останньою пуерилізм має тенденцію до ще більш тривалого перебігу.

Психогенний ступор (F 44.2). Йому може передувати один із вище описаних реактивних станів. Виражається у повній

знерухомленості хворих і мутизмі. На обличчі хворих зазвичай відмічається вираз страху. Вони також відмовляються від їжі та бувають досить неохайними, у них може спостерігатися тахікардія та підвищена пітливість. Така форма реактивного стану має тенденцію до затяжного перебігу та розвивається поступово.

Певною особливістю всіх дисоціативно-конверсійних розладів є їх здатність переходити із однієї форми в іншу та схильність до зворотного розвитку.

Разом із тим, слід ураховувати і психогенні патологічні реакції, про які вже йшлося вище. Важливо також розглянути й **гострі реакції на стрес**. Так, після гострого стресового впливу у людей виникають, зокрема, розгубленість та нерозуміння всього того, що відбувається. За цей нетривалий період за простої реакції страху може спостерігатися й помірне підвищення активності. За складних реакціях страху більш вираженими є рухові розлади за гіпердинамічним чи гіподинамічним варіантами.

У МКХ-10 у межах рубрики F 43.0 (гостра реакція на стрес) діагностуються психогенні патологічні реакції.

Своєчасне надання медико-психологічної допомоги особам, у яких виявляється гостра реакція на стрес, може значно зменшити ризик розвитку ПТСР у майбутньому.

Реакція горя – стан глибокої печалі, скорботи, глибокого душевного страждання. Є нормальною, зрозумілою реакцією на втрату.

Діагностичні критерії.

- Емоційна реакція на втрату.
- Симптоми, що подібні депресії:
 - знижений або сумний настрій;
 - порушення сну;
 - втрата апетиту;
 - втрата інтересів;
 - невгамовність;
 - почуття провини або самокритика з приводу дій, чого не було до смерті близької людини;

- перехідні галюцинації за участю померлого (наприклад, чують голос померлого, бачать його);
- думки про приєднання до померлих.
- **Порушення соціального функціонування:**
- відмова від звичайних видів діяльності та соціальних контактів;
- думки про відсутність перспектив, майбутнього;
- збільшення рівня вживання алкоголю або інших ПАР.

Зазначена симптоматика може бути як очевидною, так і прихованою та виявлятися тільки при ретельному інтерв'ю. Слід звертати увагу на людей, які можуть належати до групи ризику (наприклад, особи, які мешкають в соціальній ізоляції, мають психічні захворювання в анамнезі, попереднє перенесене невирішене горе). Оцінка впливу втрати і стратегії її подолання є важливими в лікувально-консультативній роботі. Лікар має провести щонайменше 2 консультації (які є необхідними) або більше.

Скарги та причини звернення.

Гостра реакція горя може бути різноманітною, але зазвичай люди:

- відчують себе пригніченими втратою;
- стурбовані втратою;
- мають соматичні симптоми після втрати.

Індивідуальний досвід горя є надзвичайно мінливим та залежить від типу втрати (наприклад, коханої людини, здоров'я, соціального статусу і способу життя у зв'язку із втратою роботи або розривом стосунків); характеру (інтрузивні й фіксовані емоції) горя. Взагалі труднощі виникають, коли реакції стають надзвичайно дисфункціональними для людини й оточуючих її людей.

Диференціальний діагноз і супутні стани³⁴.

- **Депресія (F 32).** Критерії депресивного розладу слід використовувати, коли депресивна симптоматика триває близько

³⁴ Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посіб. / В. Д. Мішиєв, Б. В. Михайлов, Є. Г. Гриневич, В. Ю. Омелянович. Київ, 2022, 175 с.

4-6 місяців або набуває важкого ступеня тяжкості (приміром, виразне почуття провини, безнадія, суїцидальні думки). У цих випадках проводять лікування депресії.

- Генералізований тривожний розлад (F 41.1).
- Порушення сну (F 51).

Інформація, яку необхідно надавати членам родини, котрі втратили близьку людину.

Кожен переживає втрату по-різному.

Серйозні втрати часто супроводжуються інтенсивними печаллю, плачем, гнівом, недовірою, тривогою, почуттям провини або дратівливістю.

Бажання обговорити втрату є нормальним і корисним.

Уникайте лікування, якщо це можливо. Якщо реакція горя стає ненормальною, слід порадити людині звернутись за консультацією до психіатра з приводу депресії (F 32) та призначити антидепресанти.

Тривожний сон є очікуваним. Якщо верифікується важке безсоння, може бути корисним короткочасне використання снодійних засобів, але обмежене двома тижнями.

Направлення до вторинного рівня медичної допомоги в спеціалізовану психіатричну мережу доцільне: в разі виникнення важкого депресивного епізоду, ризику самогубства (слід встановити цей ризик), ознак психозу, якщо симптоми тривають більше 72 годин.

РОЗДІЛ 3

АДАПТИВНІСТЬ ДО СТРЕСУ ТА ЇЇ РОЗВИТОК

3.1 Адаптивність до стресу як інтегральна полісистемна властивість людини

В умовах військової агресії росії значно зріс інтерес науковців та практиків до питань, які пов'язані з успішною адаптацією та психічним здоров'ям громадян України, військових, правоохоронців, рятувальників, лікарів, держслужбовців, психологів та ін.

Адаптивні здібності до стресу, життестійкість, резильєнтність є суттєвими чинниками адаптації в екстремальних умовах, профілактики та збереження психічного та фізичного здоров'я. Джерелом проблем для психічного й фізичного здоров'я людини може бути пролонгований стрес у сукупності з недостатнім розвитком адаптивних ресурсів та здібностей.

Уникнути негативних наслідків стресу війни, запобігти дезадаптивним станам можна завдяки розвитку адаптивності та підвищенню власних адаптивних ресурсів. Концепція адаптивності в екстремальних умовах була запропонована нами ще у 1992-1993 роках у рамках дослідження адаптації людини в умовах дії травматичних чинників³⁵.

Уперше адаптивність розглядалася як полісистемна властивість людини, як здібність, структура, що містить біологічно й соціально зумовлені підсистеми властивостей, які забезпечують ефективне соціальне та професійне функціонування з мінімальною «ціною адаптації» та збереженням фізичного та психічного здоров'я.

Надалі проблема адаптивності отримала розвиток в авторській концепції психологічного та психофізіологічного забезпечення діяльності у стресових ситуаціях, де адаптивність розглядається як основна ціль, «мішень» впливу в роботі практичних психологів³⁶.

³⁵ Розов В. І. Психологічний аналіз адаптивності в екстремальних умовах : автореф. дис. ... канд. псих. наук : 19.00.09. Київ, 1993. 20 с.

³⁶ Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : навч. посібник. Київ : Кондор, 2005. 278 с. ; Розов В. І. Психологія екстремальних ситуацій: адаптивність до стресу та психологічне забезпечення : наук.-практ. посібник. Київ : Вид-чий дім Скіф, 2012. 500 с.

Відповідно до сучасних досліджень адаптивність розглядається нами як здібність до адаптації у складних умовах і має певну структуру, в яку входять (рис. 3.1):

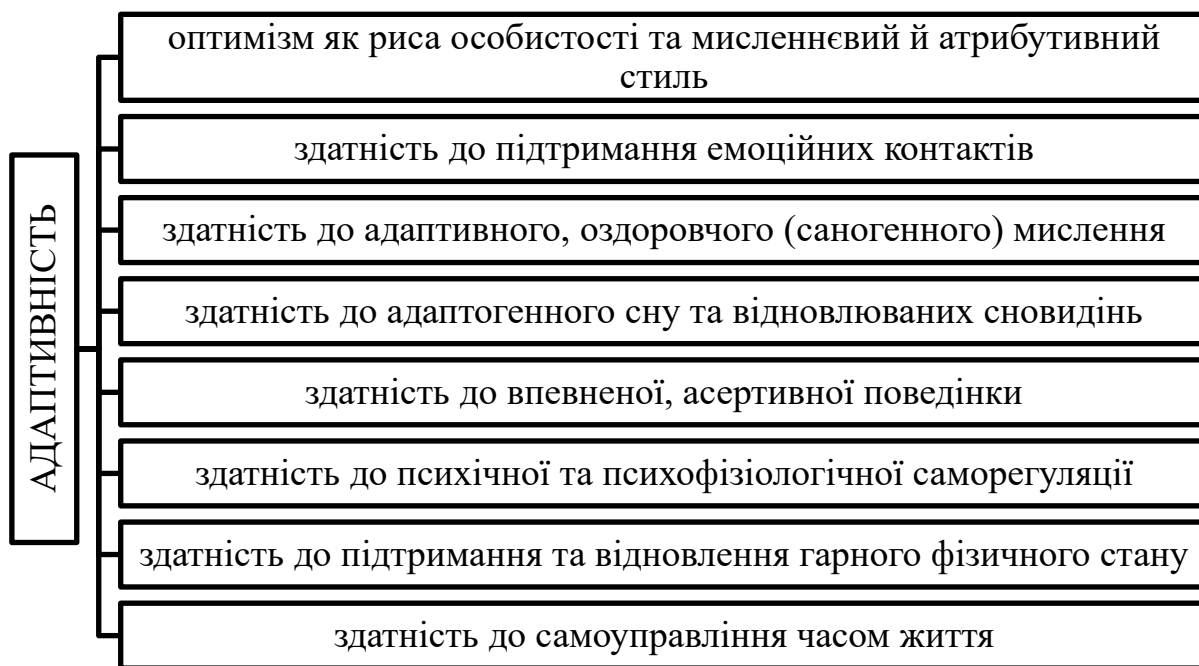


Рис. 3.1. Складові адаптивності до стресу

➤ Оптимізм як риса особистості та мисленнєвий й атрибутивний стиль властивий людям, яким притаманна активна життєва та професійна позиція, почуття гумору, позитивізм, переважання мотивації досягнення над мотивацією уникання, адекватна самооцінка з легкою тенденцією до завищення, життєлюбність, екстравертованість та підвищена мовленнєва активність.

➤ Здатність до підтримання емоційних контактів, підтримувальних відносин, альтруїзм, здатність до надання соціальної підтримки, допоміжна активність, яка дозволяє запобігти небажаній поведінці та стресу, сприяє відновленню в постстресовому стані, дозволяє мобілізувати адаптивні ресурси на подолання емоційної напруги.

➤ Здатність до адаптивного, оздоровчого (саногенного) мислення, його рефлексивність, гнучкість, мисленнєвий самоконтроль, що свідчить про усвідомленість, рефлексивність,

здатність перемикатися від неадаптивних думок, усвідомлювати їх, дистанціюватись від стресових образів, які роблять патогенний вплив на особистість.

➤ Здатність до адаптогенного сну та відновлюваних сновидінь. Дозволяє організувати здоровий, відновлюваний сон, нормалізувати сомногенні звички, усунути негативні сомногенні реакції.

➤ Здатність до впевненої, асертивної поведінки виявляється у соціальній сміливості, впевненій вербальній та невербальній поведінці, позитивному самооцінюванню, відповідальності, ініціативності, соціальній компетентності.

➤ Здатність до психічної та психофізіологічної само-регуляції, вміння тримати власні психофізіологічні стани під свідомим контролем та самоуправлінням, емоційна компетентність та стійкість, самоконтроль імпульсивних спонукань.

➤ Здатність до підтримання та відновлення гарного фізичного стану, яка свідчить про розвинені механізми довільної та мимовільної фізіологічної регуляції, підтримку, збереження та зміцнення фізичного здоров'я.

➤ Здатність до самоуправління часом життя. Включає вміння планувати час, розпоряджатися їм, визначати пріоритети, пунктуальність, здатність до раціонального розподілення часу³⁷.

3.1.1 Адаптивність до стресу та життєстійкість («Hardiness»)

Відповідно до Оксфордського словника³⁸ термін «hardiness» перекладається як витривалість, стійкість, сміливість, міцність, здоров'я, безстрашність, відвага, зухвалість, нахабство. Відповідно, поняття «hardy» – витривалий, стійкий, загартований, сміливий, відважний, зухвалий, безрозсудний; витривала людина.

³⁷ Розов В. І. Психологічна діагностика адаптивних здібностей до стресу. Практична психологія та соціальна робота. Київ, 2006, № 11. С. 41–50 ; Розов В. І. Психологія екстремальних ситуацій: адаптивність до стресу та психологічне забезпечення : науково-практичний посібник. Київ : Видавничий дім Скіф, 2012. 500 с.

³⁸ Hardiness. Oxford learner's Dictionaries. URL: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/us/definition/english/hardiness> (дата звернення: 11.09.2023).

У вітчизняній психології цей термін використовується у значенні «життєстійкість», тобто здатність зберігати психічне та фізичне здоров'я у напружених ситуаціях, психологічну живучість. Вона має важливе значення для досягнення високих результатів діяльності, продуктивності та є показником психічного здоров'я.

Життєстійкість – це адаптивні особистісні ресурси, завдяки яким стресові ситуації сприймаються не як проблема, а як виклик, випробування, як можливість для розвитку, отримання важливого досвіду та особистісного зростання.

Життєстійкість пов'язана зі здатністю хорошої адаптації до швидких змін обставин, ситуації. Це передбачає здатність не тільки підтримання гомеостазу, але й до особистісних змін і зростання.

Характеристиками життєстійкості (за С. Мадді) є³⁹ (рис. 3.2):

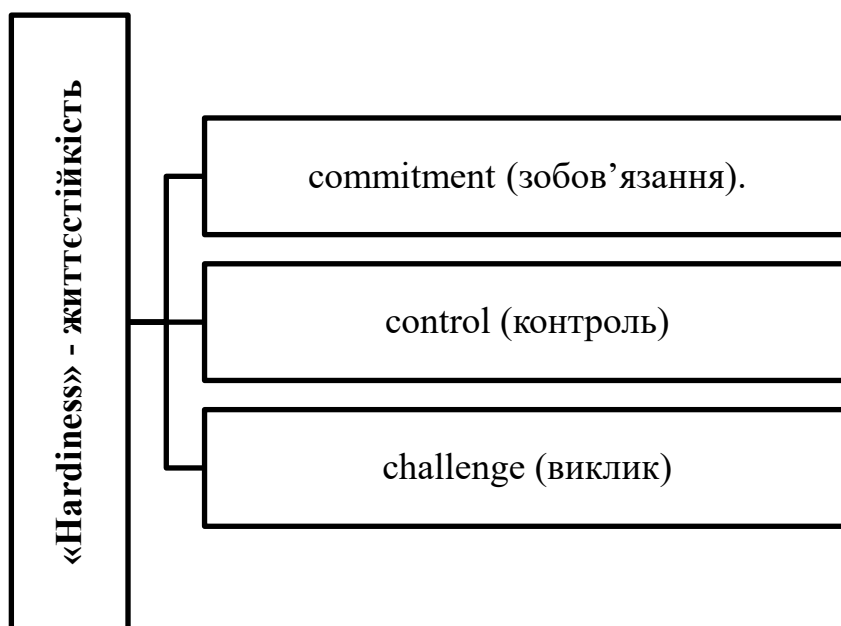


Рис. 3.2. Характеристики життєстійкості (за С. Мадді)

➤ *Commitment (зобов'язання).* Воно мотивує, дає сили для ефективної діяльності та здоров'я, забезпечує можливість

³⁹ Maddi S. Hardiness and Mental Health. Journal of Personality Assessment. November 1994. № 63(2): P. 265-74. DOI: 10.1207/s15327752jpa6302_6 (дата звернення: 08.09.2023).

відчувати свою цінність, значущість, долучатися до вирішення різноманітних життєвих та професійних завдань у суперечливості ситуації та наявності стресу. Коли ми маємо зобов'язання стосовно чогось або когось, це надає нам сенсу життя. Коли прийняли зобов'язання, ми прагнемо докладати більше зусиль. Це покращує якість і збільшує сенс нашого життя, тобто підвищує рівень життєстійкості.

➤ *Control (контроль)* є характеристикою здатності керувати та контролювати результати впливу різноманітних стресорів на людину у протилежність відсутності такого контролю, апатії, безпорадності, пасивності, байдужості. Дослідження довели, що те, як ми сприймаємо стресові події (підвладні вони нашому управлінню чи ні), впливає на те, як ми з ними впораємося.

➤ *Challenge (виклик)* є характеристикою сприйняття стресових подій, допомагає людині залишатися відкритим у стресових ситуаціях та сприймати їх як виклик чи випробування. Зазвичай життєстійкі люди можуть сприймати проблеми як виклик та як природну частину їхнього життя, яка потребує зусиль для подолання.

Таким чином, «життєстійкість» – це адаптивний ресурс особистості, який забезпечує виживання та продуктивність в екстремальних ситуаціях.

Дослідження «Hardiness» показали, що важливу роль у подоланні стресу відіграють такі чинники: раціональний відпочинок; фізичні вправи; розширення соціальних зв'язків; уникнення стресових ситуацій, які не підвладні контролю; повноцінне харчування; використання прийомів керування стресом. Головне у цьому – суб'єктна сторона, тобто активність самої людини, її знання, уміння, досвід протистояння стресу, відповідальність за власне здоров'я.

3.1.2 Адаптивність до стресу та копінг-поведінка

Поняття «coping» походить від англійського слова «cope» – долати, впоратися, звладати, боротися. Копінг-поведінка – це форма поведінки, яка пов'язана зі здатністю та готовністю

людини розв'язувати складні життєві проблеми. Вона спрямована на адаптацію до складних обставин та передбачає поведження, спрямоване на зниження рівня стресу. Поняття «coping behavior» характеризує суму певних мотиваційних, когнітивних і поведінкових зусиль, які витрачає людина для зниження та послаблення стресового впливу.

Психологічна роль копінг-поведінки зводиться до того, щоб адаптувати людину до вимог складної ситуації, дозволити їй контролювати цю ситуацію і, таким чином, знизити стресовий вплив.

У копінг-поведінці виділяються кілька стадій (рис. 3.3):

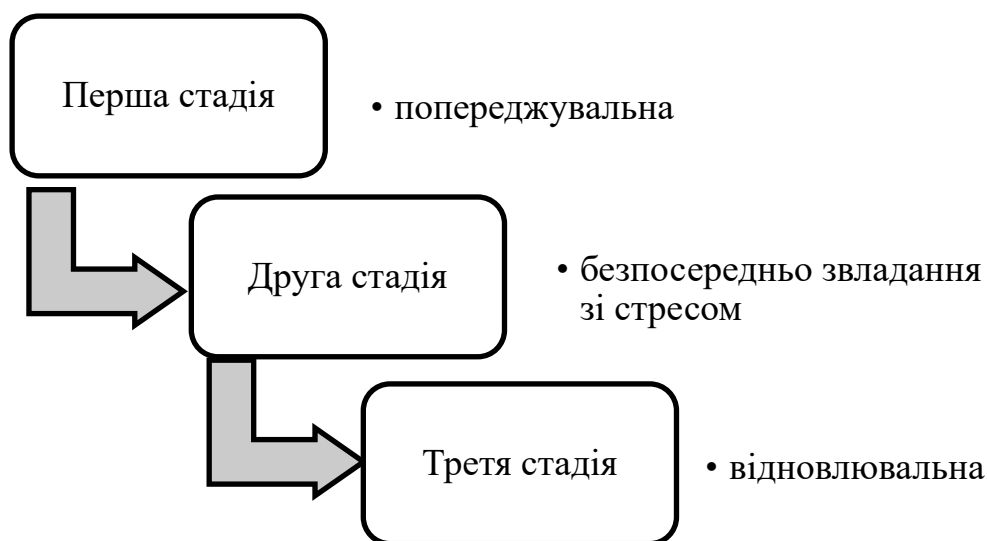


Рис. 3.3. Стадії копінг-поведінки

Перша стадія – попереджувальна. Тут поведінка сприяє підготовці до подолання стресових подій, що насуваються.

Друга стадія – безпосередньо зведення зі стресом.

Третя стадія – відновлювальна. На цій стадії людина стикається із наслідками стресових подій. Метою є обмеження, мінімізація розмірів шкоди, швидке повернення в адаптивний стан.

Успішність керування стресом залежить від наявності копінг-ресурсів. Під цим терміном розуміють сукупність ресурсів,

пов'язаних із подоланням екстремальних ситуацій. Копінг-ресурси – це те, що може бути використано людиною для подолання стресу.

Розрізняють особистісні (психологічні) та ситуаційні (соціальні) ресурси: особистісні ресурси містять внутрішні ресурси людини, його вміння та навички; ситуаційні – є характеристиками зовнішньої моральної, інструментальної та емоційної підтримки з боку оточення.

Існують декілька розширених класифікацій копіngu. Найбільш цікавими вбачаються класифікації Heim E. та Lazarus R. S., Folkman S.⁴⁰

Heim E. виділяє такі копіng-стратегії:

- Активне уникнення.
- Альтруїзм.
- Аналіз проблеми.
- Відволікання.
- Відносність.
- Гумор, іронія.
- Емоційна розрядка.
- Самоконтроль.
- Ігнорування дійсності.
- Ізоляція, придушення.
- Компенсація.
- Конструктивна діяльність.
- Концентроване розслаблення.
- Перемикання.
- Пошук виходу із ситуації.
- Прийняття, стоїцизм.
- Самоізоляція.
- Солідарність.
- Звернення за підтримкою.

⁴⁰ Heim E. Coping based intervention strategies. Patient education and counseling. 1995. № 26. P. 145–151. DOI: 10.1016/0738-3991(95)00733-g (дата звернення: 08.09.2023) ; Lazarus R., Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York : Springer, 1984. P. 22–46. DOI: 10.4236/psych.2016.714171 (дата звернення: 09.09.2023).

- Сприйняття ситуації у чорному кольорі.
- Релігійність.
- Мисленнєва жуйка.
- Осмислення.
- Підвищення самооцінки.
- Обурення, жалість до себе.
- Оптимізм.
- Пасивна співпраця.
- Покірлива смиренність, фаталізм.
- Самозвинувачення.
- Пошук винних, лють.

Дані способи подолання життєвих труднощів представлені у трьох площинах: поведінковій, когнітивній та емоційній. Копінг-поведінка буває адаптивною та неадаптивною⁴¹.

Lasarus R.S, Folkman S. виявили 67 видів реакцій людини на несприятливі події. За допомогою математичного аналізу вони виділили вісім копінг-стратегій (рис. 3.4):

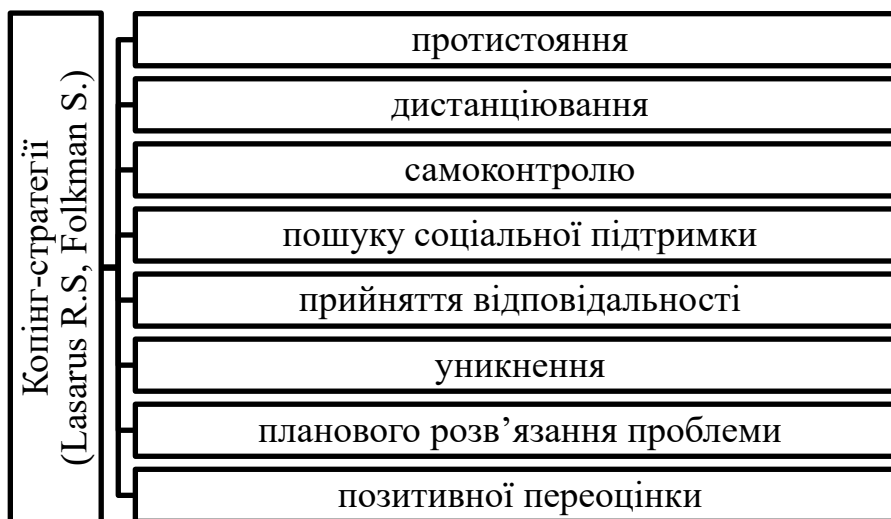


Рис. 3.4. Копінг-стратегії (за Lasarus R. S., Folkman S.)

1. Стратегія протистояння включає стенічні зусилля людини активно змінювати ситуацію, проявляти агресію в бік джерела проблеми.

⁴¹ Heim E. Coping based intervention strategies. Patient education and counseling. 1995. № 26. P. 145–151. DOI: 10.1016/0738-3991(95)00733-g (дата звернення: 08.09.2023).

2. Стратегія дистанціювання містить когнітивні способи відокремитись від проблеми, дистанціюватись від неї.

3. Стратегія самоконтролю полягає у спробах регулювати власні стани та поведінку, контролювати ситуацію та свій стан.

4. Стратегія пошуку соціальної підтримки пов'язана із зусиллями знайти комунікативну, емоційну, інформаційну та матеріальну підтримку.

5. Стратегія прийняття відповідальності включає визнання власної відповідальності у виникненні проблеми.

6. Стратегія уникнення має за мету позбутися, уникнути складної ситуації, позбавитись її.

7. Стратегія планового розв'язання проблеми виявляється у виробленні планів дій та їх дотримання для подолання проблеми.

8. Стратегія позитивної переоцінки пов'язана з позитивним переосмисленням ситуації, знаходженням в ній позитивних моментів⁴².

Кожна людина, яка опинилася у скрутній ситуації, може використовувати одночасно кілька стратегій копінг-поведінки. Застосування адаптивних копінг-стратегій позитивно впливає на психофізіологічний стан людини, покращує її адаптацію у стресових умовах, сприяє збереженню психічного здоров'я у складних обставинах.

3.1.3 Адаптивність до стресу та резильєнтність

Поняття «resilience» перекладається як пружність, еластичність та є метафорою для опису здатності людини до відновлення здоров'я після стресових ситуацій.

Термін «резильєнтність» описує процес захисту від травми, відновлювальний процес, здатність справлятися з життєвим стресом та процес адаптації до травматичних ситуацій.

Резильєнтність розглядається більшістю авторів як важливий комплект готовності до певних непередбачених небезпечних ситуацій. Це є психологічним засобом, що дозволяє керувати

⁴² Lazarus R., Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York : Springer, 1984. P. 22–46. DOI: 10.4236/psych.2016.714171 (дата звернення: 09.09.2023).

занепокоєнням, страхом, травматичним стресом у небезпечних для життя умовах. Розвиток резильєнтності – це шлях до щасливого та здорового життя попри травматичні події.

В англомовних джерелах резильєнтність визначається як:

- індивідуальна здатність відновлення чи поліпшення психічного здоров'я після серйозних життєвих травм;
- успішна індивідуальна адаптація до напружених, травматичних подій життя;
- здатність до успішної адаптації у важких, небезпечних умовах;
- функція або якість нашої свідомості, яка пов'язана зі зміною власного образу та зміною сприймання дійсності;
- можливість людини уникати психопатології попри важкі обставини;
- наявність стратегій розв'язання проблем на соціальному, особистісному та когнітивному рівнях;
- психічна якість, котра дозволяє людині впоруватися з важкими подіями та ефективно функціонувати всупереч стресу;
- універсальна людська здатність долати травматичні події свого життя;
- здатність швидко відновлювати своє психічне та фізичне здоров'я після травматичних переживань⁴³.

Отже, можна зазначити, що резильєнтність описує властивість особистості, пов'язану з успішною адаптацією в умовах травматичного стресу. Ця риса розвивається з досвідом подолання таких подій та під час тренінгу.

Відповідно до сучасних досліджень у резильєнтності виділяються 7 факторів (див. рис. 3.5):

- відсутність негативних Я-образів та неконструктивної самокритики;

⁴³ Розов В. І. Адаптивні здібності людини в умовах травматичного стресу: Огляд досліджень вчених США. Соціальна психологія. 2006. № 3(17). С. 108–120 ; Building your resilience: We all face trauma, adversity and other stresses. Here's a roadmap for adapting to life-changing situations, and emerging even stronger than before. URL: <https://www.apa.org/topics/resilience/building-your-resilience/> (дата звернення: 10.09.2023).

- можливість у будь-якій стресовій ситуації до свідомого управління діями;
- вміння впоруватися з горем та занепокоєнням;
- вміння долати проблеми у відносинах, сім'ї, на роботі;
- вміння покращувати фізичне здоров'я;
- вміння підтримувати оптимізм;
- вміння «опинятися в потрібний час у потрібному місці».

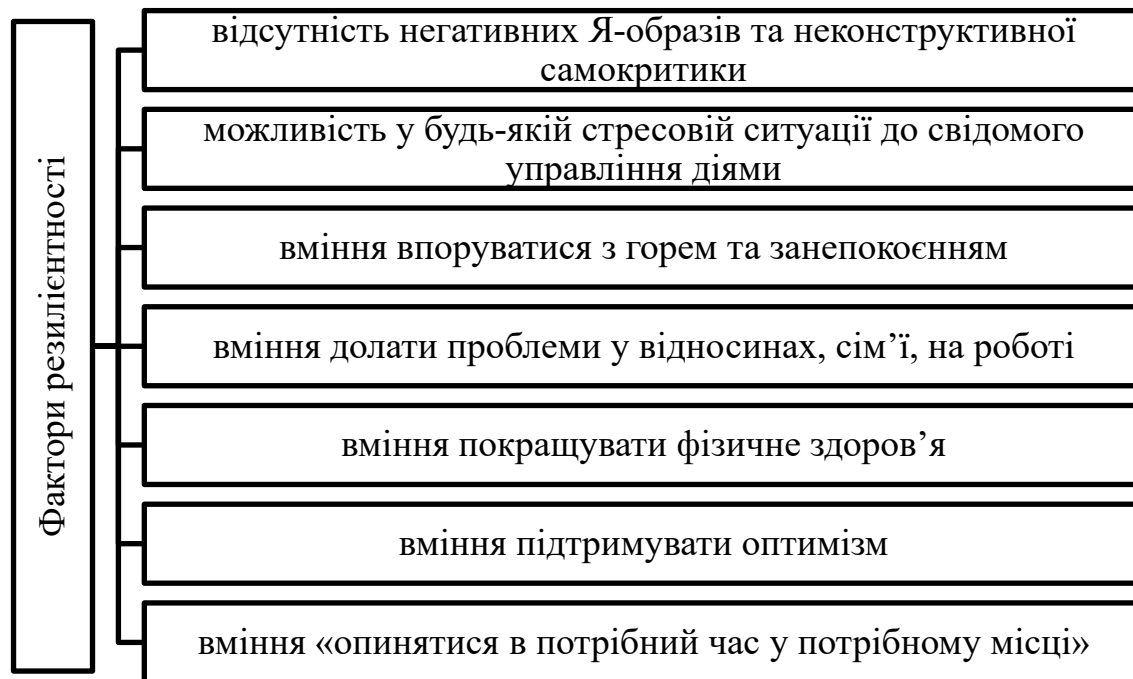


Рис. 3.5. Особистісні фактори резильєнтності

Розвитку резильєнтності сприяють: 1) ситуація навколо людини – зовнішні опори та ресурси («Я маю»); 2) стани самої людини – внутрішні ресурси («Я»); 3) соціально набуті якості, вміння та навички («Я можу»). Подолання травматичних подій потребує динамічної та збалансованої взаємодії цих трьох чинників⁴⁴.

⁴⁴ Розов В. І. Адаптивні здібності людини в умовах травматичного стресу. *Огляд досліджень вчених США*. Соціальна психологія. 2006. № 3(17). С. 108–120.

3.2 Розвиток складових адаптивності до стресу

3.2.1 Технології та техніки підтримання оптимістичності

Професор Пенсільванського університету Мартін Селігман зробив найбільший внесок у дослідження проблематики психології оптимізму. Він та Стівен Майер сформулювали та вивчили феномен вивченої безпорадності (learned helplessness), який полягає в тому, що людина (чи тварина), яка перебуває під негативним впливом стресової ситуації, не вчиняє ніяких спроб, щоб покращити своє становище, тому що не вірить у власні сили. Цей стан виникає і закріплюється після кількох негативних спроб змінити на краще стресовий вплив обставин чи уникнути їх та покращити свій стан. У результаті виникає вивчена безпорадність у вигляді пасивності, небажання й невіри у можливість позитивних змін, навіть тоді, коли така можливість з'являється. Як наслідок, порушується процес адаптації, втрачається відчуття контролю, виникають негативні стани й небажання що-небудь робити, погіршується здоров'я. Імунна система так само реагує на безпорадність зниженням здатності протистояти хворобам⁴⁵.

В експериментах було встановлено, що оптимізм на відміну від песимізму дозволяє людині зберігати стійкість в екстремальних умовах. Оптимісти не припиняють спроб досягти успіху і змінити ситуацію на краще, зберігають ініціативність і активність. Песимісти більше схильні до формування вивченої безпорадності.

У результаті цих експериментів М. Селігман припустив, що можна цілеспрямовано формувати та розвивати оптимістичний стиль мислення. Це лягло в основу створення цілого напрямку та школи в психології – позитивної психології, яка вивчає явища оптимізму, позитивних емоцій, щастя тощо.

⁴⁵ Seligman M. How to change your mind and your life. Vintage books a Division of random House. New York, 2006. 357 с. URL: https://abdulkadir.blog.uma.ac.id/wp-content/uploads/sites/643/2020/02/Learned-Optimism_How-to-Change-Your-Mind-and-Your-Life-PDFDrive.com.pdf (дата звернення: 16.09.2023).

Оптимістичний стиль мислення («атрибуції») – це особливий когнітивний стиль пояснення успіхів та невдач, певна «атрибуція» (приписування). Людина з песимістичною атрибуцією перебільшує роль невдалого досвіду, людина з оптимістичною атрибуцією применшує роль такого досвіду.

Стиль атрибуції й наявність оптимізму можна виявити за листами, висловлюваннями, науковими працями, спеціальним тестом.

Песимісти оцінюють негатив, який з ними трапляється, постійним та поширюють такі інтерпретації майже на всі події. А все, що з ними стається позитивного, вважають тимчасовим і випадковим. Успіхи, як правило, приписують збігу випадкових обставин, везінню чи допомозі впливових людей. Невдачі ж, навпаки, приписують собі: «сам винуватий», «це мій хрест». Їм притаманні: пасивність, самозвинувачення, відсутність довіри до себе, не енергійність тощо.

Натомість оптимісти в поганих речах, які трапляються, знаходять позитивне, що може бути для них корисним у майбутньому. Успіхи приписують собі, бачать в цьому власну заслугу, результат своїх зусиль. Невдачі вважають випадковими та залежними від обставин, що склалися на цей момент.

Оптимістам притаманні такі характеристики: енергійність, ініціативність, рідше сумують, справляють позитивне враження на інших, часто перебувають у доброму гуморі та відчувають себе щасливими, досягають хороших результатів діяльності.

З'ясовано, що оптимізму можна навчитися. Починається навчання з рефлексії того, як ми сприймаємо та описуємо події, які з нами відбуваються, тобто – із самодіагностики власних настанов і переконань. Наприклад: «Усе буде добре навіть тоді, коли все буде погано!». Або: «Чому це постійно трапляється саме зі мною?». Ці описи називаються «стилями інтерпретації подій».

Навчання оптимізму поліпшує психофізіологічний стан і позитивно впливає на психічне здоров'я. Встановлено, що оптимісти досягають більше успіхів в житті та у спілкуванні, відчувають себе щасливими, мають міцніше здоров'я та довше

живуть. Для навчання оптимізму рекомендується «думати позитивно», робити свідомо те, що інтуїтивно роблять оптимісти.

Оптимізм та відчуття гумору. Оптимізм пов'язаний з почуттям гумору. В деяких країнах з метою покращення здоров'я гумору навчають літніх людей. Це покращує їх здоров'я, сприяє відчуттю задоволеності життям, уповільнює певні хвороби літнього віку. В контексті боротьби з депресією, тривогою та самотністю людей, які досягли віку 60 років, навчають гумористичної імпровізації, що поліпшує їх загальний стан, сприяє усуненню симптомів тривоги та депресії.

У дослідженнях з'ясовано, що особи, які мають розвинене почуття гумору характеризуються:

- розвиненим емоційним інтелектом;
- здатністю до саморегуляції;
- комунікативною активністю;
- стресостійкістю;
- стабільним позитивним настроєм;
- когнітивним самоконтролем;
- комунікативною атракцією;
- успішною адаптацією й розвинутою адаптивністю⁴⁶.

Гумор є важливою частиною психологічної допомоги в багатьох напрямках психотерапії й використовується для зміни ірраціональних патогенних переконань, зниження рівня стресу, патогенних емоційних схем реагування тощо.

Гумор часто супроводжується сміхом, який позитивно впливає на виділення гормону щастя, підвищення імунітету, має заспокійливу, седативну дію. Гумор можна використовувати для перемикання від неприємних думок, для зниження значимості стресової ситуації.

Під час сміху організм збагачується киснем, виділяється гормон щастя (ендорфін), знижується рівень гормонів стресу (кортизол, адреналін). Гумор та сміх дозволяють дистанціюватись

⁴⁶ Martin R. The Psychology of Humor: An Integrative Approach. URL: <https://ia600703.us.archive.org/4/items/psychologyofhumo00martrich/psychologyofhumo00martrich.pdf> (дата звернення: 15.09.2023).

від проблеми, відволіктися від неї, подивитися на неї в іншому контексті, усвідомити інші варіанти її розв'язання.

Гумор як адаптивний ресурс особистості. В сучасних дослідженнях почуття гумору розглядається не тільки як соціально бажана риса особистості, але і як важлива складова психічного здоров'я людини. За допомогою гумору розвивається здатність регулювати емоції, негативні емоції (депресія, сум) змінюються позитивними (радість, щастя).

Психічне здоров'я визначається тим, який тип гумору притаманний людині.

Здорове відчуття гумору – це важливий компонент загального психічного здоров'я. Особи зі здоровим почуттям гумору краще адаптуються до стресових умов сьогодення.

Род Мартін вважає, що кожній людині притаманний певний тип гумору, який відіграє позитивну чи негативну роль у психічному, емоційному здоров'ї. Він виділяє типи гумору, які покращують (афіліативний гумор і самопідтримуючий гумор) і погіршують (агресивний гумор, самопринижуючий гумор) психічне здоров'я⁴⁷ (рис. 3.6).

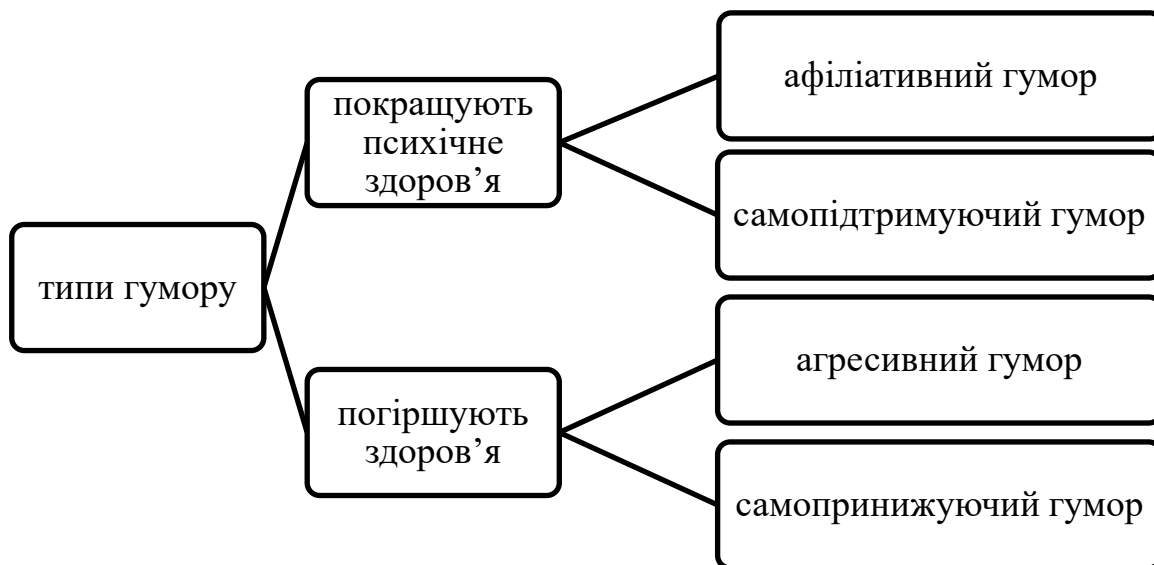


Рис. 3.6. Типи гумору за їх роллю у психічному здоров'ї людини

⁴⁷ Martin R. The Psychology of Humor: An Integrative Approach. URL: <https://ia600703.us.archive.org/4/items/psychologyofhumo00martrich/psychologyofhumo00martrich.pdf> (дата звернення: 15.09.2023).

Самопідтримуючий гумор пов'язаний з уміннями самопідсилення свого Его в емоційно й когнітивно позитивному сенсі, здатності доброзичливо й конструктивно посміятися з обставин і самого себе. Цей тип гумору позитивно корелює з позитивною самооцінкою, хорошими показниками психічного та фізичного здоров'я, позитивним настроєм, який покращує адаптацію до складних обставин.

Афіліативний гумор використовують люди, які розповідають веселі історії та смішні анекдоти. Своїми жартами вони не ображають інших і мають на меті поліпшення міжособистісних стосунків та спілкування. Вони є, в більшості, екстравертами, гармонійними та екологічними, емоційно стабільними та стресостійкими.

Агресивний гумор – це неадаптивний гумор, який негативно впливає на інших. Під час агресивного гумору вживаються критика, глузування, стьоб, сарказм, тобто людина жартує з інших та ігнорує їх емоції. До агресивного гумору можна віднести сексистські та расистські жарти. Цей тип гумору є більш характерним для осіб, залежних від психоактивних речовин та алкоголю, він домінує при розумовій відсталості, у підлітковому та юнацькому віці.

Самопринижуючий гумор використовують люди, які перебувають у депресивному або невротичному стані, мають занижену самооцінку, подають власні недоліки у вигляді жартів, змушують інших над ними сміятися. У малих дозах цей гумор може бути адаптивним, захисним механізмом, який дозволяє позбавитись негативного стану.

Почуття гумору можна розвивати, гумору можна навчитися та використовувати для розвитку та підвищення адаптивних ресурсів. Це може чинити позитивний валеогенний та саногенний вплив на психіку, стимулювати розвиток важливих складових адаптивності. Самопідтримуючий гумор є величезним адаптивним ресурсом, який дозволяє справлятися з подоланням неадаптивних станів.

Для поліпшення почуття гумору рекомендується:

- тренувати спостережливість;

- підмічати суттєві елементи в життєвих ситуаціях та в поведінці людини;
 - звертати увагу на схожі та відмінні властивості людей і природних явищ;
 - вчитися короткого словесного описування загального й відмінного в поведінці;
 - розвивати уяву та тренувати здатність до візуалізації побаченого й почутого;
 - відточувати в мовленні стислі парадоксальні наративи та повідомлення з розбіжностями та висновками;
 - вчитися римунання та створення нових коротких фраз;
 - навчитися самопідтримуючого гумору;
 - долати страх за допомогою жартів;
 - розвивати критичне мислення;
 - позбавлятися неадаптивних думок та когнітивних спотворень;
 - використовувати технології позитивного мислення;
 - застосовувати гумор цілеспрямовано;
 - робити це з почуттям такту, міри та смаку з усвідомленням адекватного місця та часу для цього.
- Рекомендації для підвищення рівня оптимізму:
- дотримуйтесь правила «одна мета на день»;
 - відпочивайте 15 хвилин після кожної години напруженої роботи;
 - аналізуйте ситуації з тримірної позиції, виділяйте в них позитивне, нейтральне та негативне з акцентом на користі для вас;
 - радійте усьому, що вас кожного дня дивує;
 - намагайтеся підняти настрій іншим, хоча б раз на день;
 - виділяйте та візуалізуйте позитивні складові й наслідки події;
 - розвивайте чуттєвість за усіма органами чуття;
 - слухайте музику, яка вас емоційно заряджає;
 - займайтеся спортом для розвитку фізичних якостей, підняття впевненості та покращення настрою;
 - робіть прогулянки на свіжому повітрі;

- спілкуйтеся з оптимістами;
- розвантажуйте свій вечір від важливих справ, релаксуйте, дивіться кінокомедії;
- зранку запитайте себе: «Що хорошого я сьогодні зроблю, побачу чи почую?»;
- сформууйте настанову на зміну негативного ставлення до чогось чи когось на позитивно-конструктивне;
- насолоджуйтеся кожною миттю власного життя та власним оптимізмом;
- знаходьте привід для посмішки та стимулюйте посмішки в навколишніх;
- візуалізуйте в пам'яті людей, з якими вам було приємно та весело;
- читайте анекдоти та смішні історії.

3.2.2 Техніки саморегуляції психофізіологічних станів

Психосоматичне здоров'я людини зумовлюється рівнем розвитку механізмів мимовільної та довільної саморегуляції. Здатність до саморегуляції – надважливий адаптивний ресурс людини й одна з вагомих складових адаптивності. Вона дозволяє розвинути й підтримувати адаптивність, забезпечувати підтримку власного психічного здоров'я в екстремальних умовах сьогодення. Здатність до саморегуляції можна розвивати.

Етапи формування та розвитку здатності до саморегуляції. Розвиток здатності до саморегуляції проходить ряд таких етапів⁴⁸ (див. рис. 3.7):

Формування мотивації. Цей етап пов'язаний з усвідомленням цінності здоров'я як важливого показника соціальної та професійної ефективності; усвідомленням власної відповідальності за свій стан; розумінням його важливості; переконанням та вірою у можливість на нього впливати за допомогою психологічних та психофізіологічних способів та прийомів. Усвідомлення важливості втручання у власний стан та віра у

⁴⁸ Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : навчальний посібник. Київ : Кондор, 2005. 278 с.

можливість та ефективність такого втручання разом з позитивним ставленням є критеріями сформованості цієї мотивації.

Формування когнітивної складової. Цей етап пов'язаний з наявністю знань та способів отримання таких знань щодо адаптації та саморегуляції, щодо станів, які виникають в екстремальних умовах війни, стосовно методів та прийомів свідомого покращення власного стану.



Рис. 3.7. Етапи розвитку здатності до саморегуляції

Формування операційної складової. Даний етап передбачає опанування конкретними способами та прийомами регулювання стресових станів, таких як тривога, страх, депресія, втома, гнів, фрустрація тощо.

Контрольно-корегувальний етап. Передбачає виявлення невідповідності власного стану вимогам конкретної стресової ситуації, порівняння свого реального стану з еталоном, тобто тим станом, який в цій ситуації є найбільш ефективним. Вибір індивідуально ефективного способу регуляції.

Методи саморегуляції психофізіологічних станів. Здатність до довільної саморегуляції можна розвивати за допомогою таких методів (рис. 3.8).

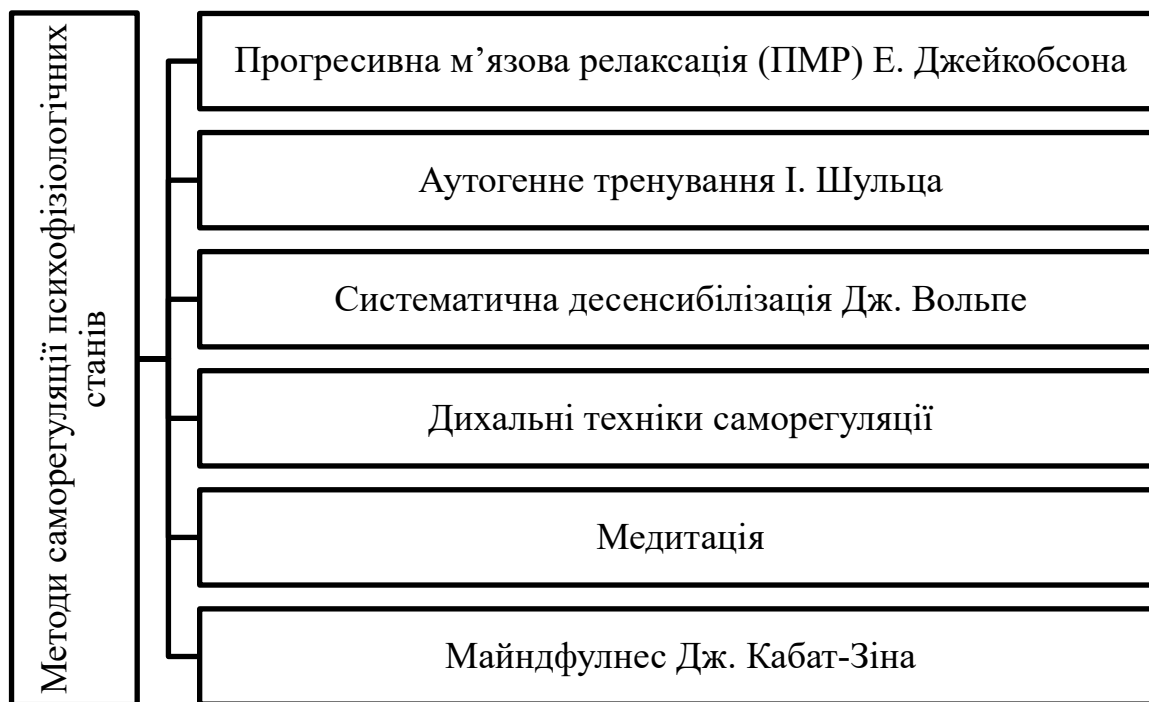


Рис. 3.8. Основні методи саморегуляції

Прогресивна м'язова релаксація (ПМР) Е. Джейкобсона. (Е. Jacobson, 1929). Релаксація (від лат. *relaxatio* – зменшення напруження, ослаблення) – психофізіологічний стан спокійної людини, який пов'язаний зі свідомим розслабленням різних груп м'язів тіла.

Під час виконання прогресуючої м'язової релаксації за допомогою концентрації уваги спочатку формується здатність уловлювати напруження в м'язах і відчуття м'язового розслаблення, потім відпрацьовуються навички оволодіння довільним розслабленням напружених м'язових груп.

Усі м'язи тіла поділяються на шістнадцять груп. Послідовність вправ така: від м'язів верхніх кінцівок (саме від кисті до плеча та починаючи з домінантної руки) до м'язів обличчя (лоб, очі, рот), шиї, грудної клітки та живота й далі аж до

м'язів нижніх кінцівок (від стегна й до стопи, починаючи із домінантної ноги).

Вправи починаються з короткочасного, (5–7 сек.) напруження першої групи м'язів, які потім повністю розслабляються; увага зосереджується на відчутті релаксації в цій ділянці тіла. Вправа в одній групі м'язів повторюється доти, поки людина не відчує повного м'язового розслаблення; тільки після цього переходять до наступної групи.

Формули релаксації.

Відрегулюйте своє дихання й сядьте зручно, зробіть декілька плавних та повільних вдихів і видихів. Сконцентруйтеся на власному диханні та стані психологічного комфорту.

Почергово розслабляйте такі групи м'язів:

➤ обличчя – наморщить ніс і чоло, потім розслабте обличчя. Повторіть три рази;

➤ щелепи – щільно стисніть щелепи, а потім повністю їх розімкніть. Повторіть три рази;

➤ руки та плечі – витягніть руки перед собою, потім витягніть їх уверх над головою. Після цього опустіть і розслабте руки. Повторіть три рази;

➤ кисті – щосили стисніть руку в кулак, а потім розслабте кисть і руку. Виконайте це іншою рукою. Повторіть три рази;

➤ живіт – максимально напружте м'язи живота. Потім розслабте живіт. Повторіть три рази;

➤ ноги та ступні – вдав'яйте пальці ніг у підлогу, напружте ноги та ступні, а потім розслабтеся. Повторіть три рази.

Спостерігайте за відчуттями вашого тіла, при виконанні вправ досягайте повного розслаблення м'язів.

Аутогенне тренування І. Шульца. (J. Shultz, 1932). Основним завданням аутотренінгу є формування стану аутогенного занурення за допомогою глибокої релаксації та формул самонавіювання.

Аутогенне тренування поділяється на такі частини: вступну, основну й фінальну.

1. Вступна частина призначена насамперед для розслаблення деяких окремих груп м'язів й тіла, формування відчуття важкості й тепла, уявлення релаксаційних заспокійливих картин.

2. В основній частині досягається головне завдання аутотренінгу, залежно від того, що вам треба в конкретній ситуації: покращення сну, підвищення мобільності та працездатності, зниження напруження, налаштування на завдання тощо. Зокрема, це досягається за допомогою усвідомлення спеціальних образів і формул шляхом самонавіювання на заспокоєння, розслаблення або мобілізацію. Для цього використовують короткі стверджувальні формули самонавіювання (наприклад: «Я спокійний», «Я відпочиваю», «Мій організм працює оптимально» «Я готовий до виконання будь-якого завдання», «Я засинаю», «Я не відчуваю болю», «Я зцілююсь» тощо).

3. Метою фінальної частини є вихід зі стану занурення. При цьому можуть використовуватись мовленнєві форми самонавіювання, котрі вимовляються швидко й енергійно. Після їх проговорення треба потягнутися, напружити м'язи й розплющити очі. Можна використати такі фрази: «Я цілковито відновився. Я працездатний та упевнений у собі. Мій організм максимально готовий до активних дій».

Формули самонавіювання за етапами.

Перший етап:

Я абсолютно спокійний

- 1) Моя ліва (права) рука важка;
- 2) Моя ліва (права) рука тепла;
- 3) Моє серце б'ється сильно й спокійно;
- 4) Я дихаю абсолютно спокійно;
- 5) Сонячне сплетіння випромінює тепло;
- 6) Мій лоб приємно прохолодний.

Другий етап:

Я абсолютно спокійний

- 1) Уявити конкретний колір;
- 2) Уявити певний об'єкт;

- 3) Внутрішньо описати абстрактні явища (щастя, краса та ін.);
- 4) Внутрішньо переживати бажане відчуття;
- 5) Викликати образ іншої людини.

4. На освоєння кожної формули першого етапу, потрібно орієнтовно 2 тижні. У більшості сучасних модифікацій цей час скорочується до 7–8 днів.

Методика АТ в модифікації Б. Михайлова⁴⁹

Усі формули за Шульцем відпрацьовуються в такт диханню, відчуття релаксації й тепла проговорюються на видиху, а формули мобілізації – на вдиху.

Систематична десенсибілізація Дж. Вольпе⁵⁰.

Для опанування методом необхідно вміти:

- розслабляти м'язи тіла;
- складати список (ієрархію) стресових ситуацій, які викликають стресовий стан. Першою у списку буде ситуація, яка викликає найменший стрес, наприкінці – ситуація з високим рівнем стресу. Між ними розташовуються близько десяти ситуацій;

- поєднувати розслаблення з образом стресової ситуації. Це, по суті, і є тренінгом десенсибілізації. Уявляйте ситуацію доти, доки не зменшиться тривога на уявлення стресової ситуації.

Отже, суть методу систематичної десенсибілізації в тому, що ви вчитеся поєднувати розслаблення з образом стресової ситуації, а далі – з реальною ситуацією.

Дихальні техніки саморегуляції. Антистресові дихальні техніки можна виконувати у будь-якому комфортному положенні тіла що дозволяє дихати вільно, без напруження, природно.

Існують декілька антистресових дихальних технік.

⁴⁹ Клініка, діагностика і лікування розладів психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посіб. / Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г., Омелянович В. Ю. Київ, 2022. 136 с.

⁵⁰ McGlynn D. Systematic Desensitization. Encyclopedia of Psychotherapy. Reference Work. 2002. URL: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/systematic-desensitization> (дата звернення: 11.09.2023).

Мобілізація та релаксація. Для досягнення стану мобілізації необхідно зробити інтенсивний, різкий вдих, а для розслаблення – повільний, подовжений видих.

Квадратне дихання 4 на 4 – це коли кожен дихальний акт, що складається із вдиху, паузи, видиху та паузи, триває 4 секунди (з цим і пов’язана назва – «квадратне дихання»):

- займіть комфортне положення тіла, також можете заплющити очі;
- зробіть вдих та подумки відрахуйте чотири секунди;
- зробіть паузу (приблизно чотири секунди);
- видихніть у продовж чотирьох секунд;
- зробіть ще паузу на чотири секунди.

Повторіть такий дихальний цикл близько десяти раз.

Кольорове дихання дозволяє відрегулювати психофізіологічний стан, досягти розслаблення. Засвоєння техніки проходить у декілька етапів:

- спочатку – трохи подихайте;
- уявіть, які саме кольори для Вас є найбільш приємними, а які – досить неприємними;
- уявіть, як у процесі вдиху у Ваші легені входить якесь кольорове повітря та ще й приємного кольору;
- уявіть, як під час видиху із легень виходить кольорове повітря, але вже неприємного для Вас кольору.

Цю вправу повторюйте впродовж 5 хв. Також можна вдихати й видихати уявний білий колір, якщо складно надати перевагу якомусь одному кольору.

Повільне дихання. У процесі дихання слід стежити за таймером. Кожен цикл дихання (як уже зазначалось, – вдих, пауза, видих, пауза) має тривати близько вісімнадцяти секунд. Треба зробити декілька таких циклів, але поступово збільшувати їх кількість, довівши до п’яти. П’ять циклів дихання потрібно зробити не менше, ніж за одну хвилину й і двадцять секунд. Слід повторювати цю вправу один чи два рази на тиждень.

Медитація. Медитативна техніка (від лат. meditatio – міркування) – це техніка саморегуляції, котра пов’язана із

розмірковуванням, концентрацією та зосередженістю уваги на конкретному явищі.

Загалом більшість медитативних технік ґрунтуються насамперед на такому:

- концентрація уваги – основний елемент медитації;
- об'єктом концентрації уваги може бути будь-яке внутрішнє чи зовнішнє явище;
- важливим завданням медитації є також формування досить комфортного психофізіологічного стану.

У медитативних антистресових техніках найчастіше використовується концентрація на:

- конкретних частинах власного тіла;
- своїх дихальних рухах;
- своїх жестах та позах;
- конкретних окремих предметах.

Необхідно вибрати якийсь конкретний предмет чи об'єкт для споглядання. Слід зосередити на ньому увагу й спостерігати за ним протягом деякого тривалого часу: 5-10-20-40 хвилин. Треба подумки аналізувати властивості цього предмета, власні відчуття, що виникають у процесі його споглядання.

Тренуйтеся 1–3 рази на тиждень.

*Майндфулнес Дж. Кабат-Зіна*⁵¹. Майндфулнес – це усвідомленість та техніки тренування власної усвідомленості. Сутність цих технік полягає у тому, що особа усвідомлює все те, що саме з нею відбувається цієї конкретної миті (тут/зараз).

Отже, для тренування майндфулнес необхідно:

- виділити зручний час та комфортне місце для цього;
- усвідомлено зосередитися на даному моменті;
- дозволити собі просто бути й нічого не робити;
- формулювати собі усвідомлені питання та подумки відповідати на них;
- не думати про майбутнє й минуле, не пригадувати й не планувати;

⁵¹ Jon Kabat-Zinn. Mindfulness in action. URL: <https://jonkabat-zinn.com/mindfulnessin-action/> (дата звернення: 12.09.2023).

- звернути увагу на все, що з вами відбувається у поточний момент, на власні слова, думки, бажання, дії, потяги;
- бути у цьому конкретному моменті якомога довше;
- повернути власну свідомість та увагу назад (у попередній стан), якщо ви відволіклися.

Таким чином, майндфулнес є важливим способом підтримки балансу емоційних станів, котрі виникають у складних ситуаціях. Науково доведено, що майндфулнес дає також змогу зменшити інтенсивність стресу, депресії, занепокоєння, рівень фізичного напруження та сприяє позбавленню нав'язливих думок, полегшенню симптомів ПТСР, фізичного болю, задоволеності спілкуванням й стосунками, а також допомагає підвищити рівень власного щастя та самоконтролю й саморегуляції своїх станів.

3.2.3 Техніки адаптивного мислення

Під час стресу виникає дуже багато автоматичних неадаптивних думок, які ще більше посилюють негативні стани. Людина не усвідомлює в повному обсязі ті автоматичні неадаптивні думки, які можуть визначати її дії, емоції та реакції в певних ситуаціях. Тобто, думки виникають автоматично – без попереднього усвідомлення, рефлексії чи будь-яких міркувань. Вони дуже схожі на реальні та справляють враження правдоподібних.

Характеристиками неадаптивних думок під час стресу є те, що вони:

- автоматичні (без нашого дозволу проникають у свідомість);
- нереальні – засновані не на точній оцінці подій, а часто ґрунтуються на кількох ізольованих фактах;
 - здаються нам цілком правдивими;
 - викликають поганий настрій та самопочуття;
 - можуть стати типовою формою реагування;
 - не мають жодної користі.

У стресових ситуаціях, які ми змінити не можемо, ми можемо змінити суб'єктивне ставлення до них. Під час тренування можна

збільшити ступінь усвідомленості думок та навчитися фокусувати на них увагу, змінювати, відволікатися та зупиняти їх.

Отже, основними вміннями щодо роботи із власними неадаптивними думками є здатність ідентифікувати ці думки, усвідомлювати їх, зупиняти, замінювати на більш корисні, відволікатися від них, концентруватися на інших та дистанціюватись від них (основні техніки, що використовуються для роботи з власними неадаптивними думками, представлені на рис. 3.9).

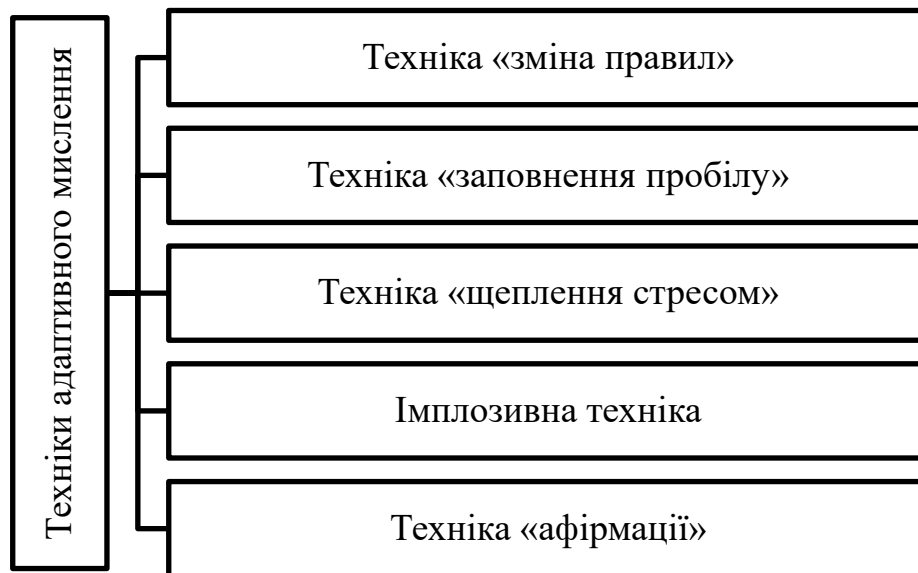


Рис. 3.9. Техніки адаптивного мислення

Під час використання тренувальних вправ увага фокусується на неадаптивних автоматичних (ірраціональних) думках, образах, які породжують дискомфорт, страждання або само звинувачення; думках та образах, які несумісні зі здатністю впоруватися з негативним станом; думках, що порушують внутрішню гармонію та продукують неадекватну, надмірно інтенсивну та болісну емоційну реакцію; думках, що перешкоджають добробуту, ефективному функціонуванню, досягненню людиною важливих цілей.

Можна навчитись зупиняти ці думки. Людина здатна усвідомити їх, коли уявляє або пригадує стресову ситуацію. Процедура, що допомагає виявити власні автоматичні неадаптивні

думки, полягає у вмінні встановити послідовність зовнішніх подій та своїх реакцій на них.

Навчання *техніки зупинки думок* складається з таких кроків:

- 1) релаксація;
- 2) заглиблення в неадаптивні думки. Дозвольте такій думці проявитися, впустіть її та спокійно, всебічно проаналізуйте;
- 3) зупинення думки. Різко підведіться, спрямуйте уверх руку і голосно скажіть «Я зупиняю тебе»;
- 4) заміна словесної зупинки думки на уявну. Створіть образ, який вам дозволить зупиняти неадаптивну думку, наприклад, сильний звуковий образ сигналу потягу.

Техніка «зміна правил». Думки про світ, про інших, про себе, глибокі переконання та настанови, як правило, бувають дуже широкими, здатними довести думку до абсурду. Вони заважають підтримувати стійкість, долати стресові події життя. Такі переконання й настанови треба зробити більш гнучкими й адаптивними. До неадаптивних настанов належать, наприклад, такі:

- я маю бути успішним в усьому;
- я повинен подобатися всім і завжди;
- я не маю права на помилку;
- я все повинен зробити ідеально;
- головне те, що про мене думають інші, тощо.

Такі неадаптивні настанови призводять до того, що людина відчуває стрес, незадоволеність життям. Основне завдання полягає в тому, щоб зробити ці настанови й переконання усвідомленими, конструктивними й адаптивними. Важливо звернути увагу на те, що через ці неадаптивні настанови можуть виникати негативні стресові стани. Потрібно усвідомити неадаптивні настанови та виробити альтернативні, адаптивні, якими замінити перші. Наприклад, «я не маю права на помилку» замінити на «кожна людина може помилятися, і це нормально».

Техніка «заповнення пробілу». Існує певна закономірність та послідовність «А, В, С», де «А» – це пусковий сигнал або стресова подія, «С» – надмірна, неадаптивна та неадекватна

емоційна реакція, «В» – думки про подію, відповідні власним переконанням. Спробуйте проаналізувати свої психічні та фізіологічні реакції через систему «АВС». Наприклад, вам відмовили у преміюванні (подія «А»), і це викликало надмірну негативну реакцію (подія «С»). Подумайте, що конкретно вас розлютило, відмова в преміюванні («А») чи ваші думки про цю відмову («В»). Велика ймовірність, що вас образило те, що ви про це подумали, коли дізналися про відмову. Якщо ми замінимо думки на подію «В», то зміниться й реакція «С».

Техніка «щеплення стресом». Процедура техніки в тому, що людина після контрольованого перебування в стресовій ситуації звикає до неї й виробляє певний «імунітет». Знайдіть того, хто може посприяти вам стикнутися з гострою ситуацією. Заручіться підтримкою цієї людини.

Імплозивна техніка являє собою психологічну роботу з метою зміни неадаптивних пізнавальних комплексів, які пов'язані з процесами сприймання, уваги, пам'яті та уяви. Цей метод заснований на принципах поступової адаптації до стрес-чинників. Імплозивна техніка реалізується у два етапи. На першому здійснюється ознайомлення з низкою ситуацій, в які треба включитися емоційно, відчути, візуалізувати їх, згадати якомога більше характеристик, що спричинили негативний стан. Другий етап – уявлення ситуації, яка була джерелом стресу. Здійснюється протягом 30 хвилин. Редукція стресу, адаптація до нього здійснюються шляхом пролонгованого уявлення ситуації. Як наслідок, з'являється звикання, і вона більше не викликає стрес.

Техніка «афірмації». Афірмація (від лат. affirmatio – твердження, підтвердження) – ствердне (позитивне) судження. Афірмація – це позитивне твердження, коротка фраза само-навіювання, яка створює адаптивний психологічний настрій.

Науковці вважають, що наша підсвідомість може зафіксувати необхідний адаптивний образ через багаторазове повторення позитивного твердження (афірмації). Афірмація має формулюватись у ствердній формі, бути короткою, від першої особи та індивідуально підбраною. Наприклад:

- я спокійний і врівноважений завжди й усюди;
- я впевнений у собі;
- я хороший і надійний співробітник;
- я завжди налаштований доброзичливо та оптимістично;
- мій організм мудрий і допомагає мені долати стрес тощо.

3.2.4 Техніки розвитку впевненості

Поняття «упевненість» (*від лат. confidere*) означає довіру до себе, позитивну оцінку себе, впевненість у власному тілі, особистісних властивостях та здібностях.

Цінність упевненості в тому, що ця риса являє собою «психологічний стрижень», який дозволяє долати стресові ситуації та підвищувати власну стійкість та адаптивність.

Упевненість є складовою адаптивності до стресу, основою якої є стійке позитивне ставлення людини до самої себе, до власних умінь, навичок, здібностей, тілесних ознак тощо. Впевненість формується під час виховання, навчання, самовдосконалення та саморозвитку. В основі невпевненості лежать соціальні страхи, невдалий досвід, відсутність соціальних навичок, недостатність позитивних результатів, негативні вербальні описи себе та самооцінки, ірраціональні переконання, брак підтримки та похвали.

Упевненість забезпечує ефективність діяльності та спілкування, успішність адаптації у звичайних та екстремальних ситуаціях. Для розвитку впевненості можете використовувати такі вправи (див. рис. 3.10).

Вправа «інвентаризація сильних якостей». Візьміть папір і ручку, здійсніть облік власних сильних сторін, які допомагають вам виживати й долати стрес. Складіть цей список на папері. Цей перелік має бути максимально широким. Уважно прочитайте його декілька разів та вивчіть напам'ять. Якщо впевненість знижуватиметься, звертайтеся до цього списку, пригадуйте всі риси, які ви запам'ятали.

Вправа «ситуаційна впевненість». Згадайте ситуацію, в якій ви відчували себе не дуже впевнено. Кожен з нас потрапляв в такі ситуації, де впевненість знижувалась через невдачі чи стрес.

Питайте себе: «Що стало причиною моєї невпевненості?», «Що можна змінити, щоб результат був позитивний?», «Як би мені хотілось діяти, виглядати в тій ситуації?»

Включить уяву і «намалюйте» заново ту ситуацію, уявіть себе в ній сміливим, упевненим і спокійним. Ви все робите впевнено: стоїте, рухаєтесь, дивитесь, говорите тощо.



Рис. 3.10 Техніки розвитку впевненості

Вправа «список досягнень та успіхів». Складіть список своїх досягнень та успіхів, якими пишаєтесь. Пригадування, усвідомлення і запам'ятовування своїх досягнень впливає на самоповагу та впевненість. Цей список має бути якомога довшим. Звертайтеся до нього, коли відчуваєте невпевненість та ситуаційне зниження самооцінки. Кожного дня доповнюйте цей список.

Вправа «ситуаційний контекст впевненості». На нашу самооцінку впевненості впливає багато чинників. Серед них і наші ідеали, ким і яким ви хочете бути в конкретній ситуації та

ким ви в жодному разі не хотіли б бути. Складіть список ситуацій, де ви відчували себе впевнено, так, як вам би цього хотілося. Далі напишіть список ситуацій, де ви були невпевненими.

Зробіть аналіз цих ситуацій і подумайте, чому в одних ситуаціях ви були впевненими, що вам допомагало бути впевненим. Далі теж саме зробіть з протилежними ситуаціями.

Вправа «уявлення впевненості у перспективі». Сядьте зручно, розслабтеся, заплющіть очі й уявіть себе у майбутній ситуації, в якій ви хотіли б почуватися більш упевнено. Розгляньте все, що є в цій ситуації, та себе разом з нею. Що ви говорите і робите в цій ситуації, що там взагалі відбувається. Уявіть, що ви говорите і рухаєтеся впевнено, комфортно відчуваєте себе в тому одязі, який на вас надягнутий. Ви готові пройти цю ситуацію впевнено.

Викликайте цей образ, «образ себе як впевненої людини», постійно, коли відчуваєте себе невпевнено.

Вправа «погляд впевненої людини». Тренуйте власний упевнений погляд. Попросіть товариша помірятися поглядом, як це роблять в бойових мистецтвах. Тренуйте впевнений погляд в різноманітних ситуаціях, спокійно змінюючи об'єкт спостереження. Вдосконалюйтесь так, щоб у процесі спілкування з іншою людиною тривалість вашого погляду при говорінні був не меншою ніж при слуханні.

Дивіться впевнено, твердо, спокійно, періодично відводьте погляд.

Вправа «зовнішній вигляд і впевненість». До зовнішнього вигляду належать одяг та певні атрибути. Одяг, який ви надягаєте, відображає ваш власний індивідуальний стиль. Він може підходити до ситуації та конкретного випадку або ні. В результаті ви можете відчувати впевненість у собі чи невпевненість. Для того, щоб почуватися впевнено, треба проаналізувати склад власного гардероба та оцінити, наскільки одяг та атрибути, якими ви оформлюєте свою зовнішність, відповідають вашій ролі та очікуванням оточення.

Складіть перелік ролей, які ви найчастіше виконуєте, і проаналізуйте стиль, одяг та атрибути, які є адекватними та

підходять до кожної ролі. Обирайте той одяг, в якому ви почуваєтеся впевнено під час виконання конкретної ролі.

Не забувайте також про конкретні атрибути (ручка, годинник, портфель, кейс, парасолька, записник, мобільний телефон тощо), які додадуть вам упевненості в конкретній ситуації.

3.2.5 Техніки керування часом

Управління часом – те, як ми організовуємо власний час. Час є важливим чинником стану людини, яка перебуває в екстремальній ситуації. Якщо часу бракує, то людина може перебувати у стресі, вона поспішає, робить усе в останню мить, не встигає виконувати поточні завдання, які накопичуються, і це ще більше напружує людину. Знизити рівень стресу, мінімізувати його наслідки можна за допомогою технік тайм-менеджменту.

Ефективний тайм-менеджмент дає змогу максимально використовувати час, виконувати завдання швидше та надавати пріоритет тим, які матимуть найбільший ефект. За допомогою технік тайм-менеджменту можна досягти балансу між роботою та особистим життям.

*Основні техніки тайм-менеджменту*⁵² (див. рис. 3.11):

1. Правило В. Парето 80/20 – це техніка, яка ґрунтується на ідеї, що 20 % нашої правильної активності можуть привести до 80 % результату. Ця техніка створена італійським економістом В. Парето і допомагає нам визначати пріоритетні завдання, які є найбільш ефективними для досягнення результату.

2. Техніка Pomodoro використовує таймер, щоб розбити нашу роботу на проміжки часу. Техніка була створена Ф. Чірілло. Кожен інтервал часу був названий *pomodoro* на честь таймера у формі помідора, що створив Ф. Чірілло. Рекомендується розбивати нашу роботу на інтервали по 25–30 хвилин з перервами по 3–5 хвилин. За сигналом таймера робити перерву і починати новий інтервал. Після повторення цього циклу двічі можна починати робити тривалішу перерву – до 30 хвилин.

⁵² Tracy B. Time management. American Management Association, 2013. 138 p. URL: <https://www.amanet.org/assets/1/6/time-management-mini.pdf> (дата звернення: 17.09.2023).

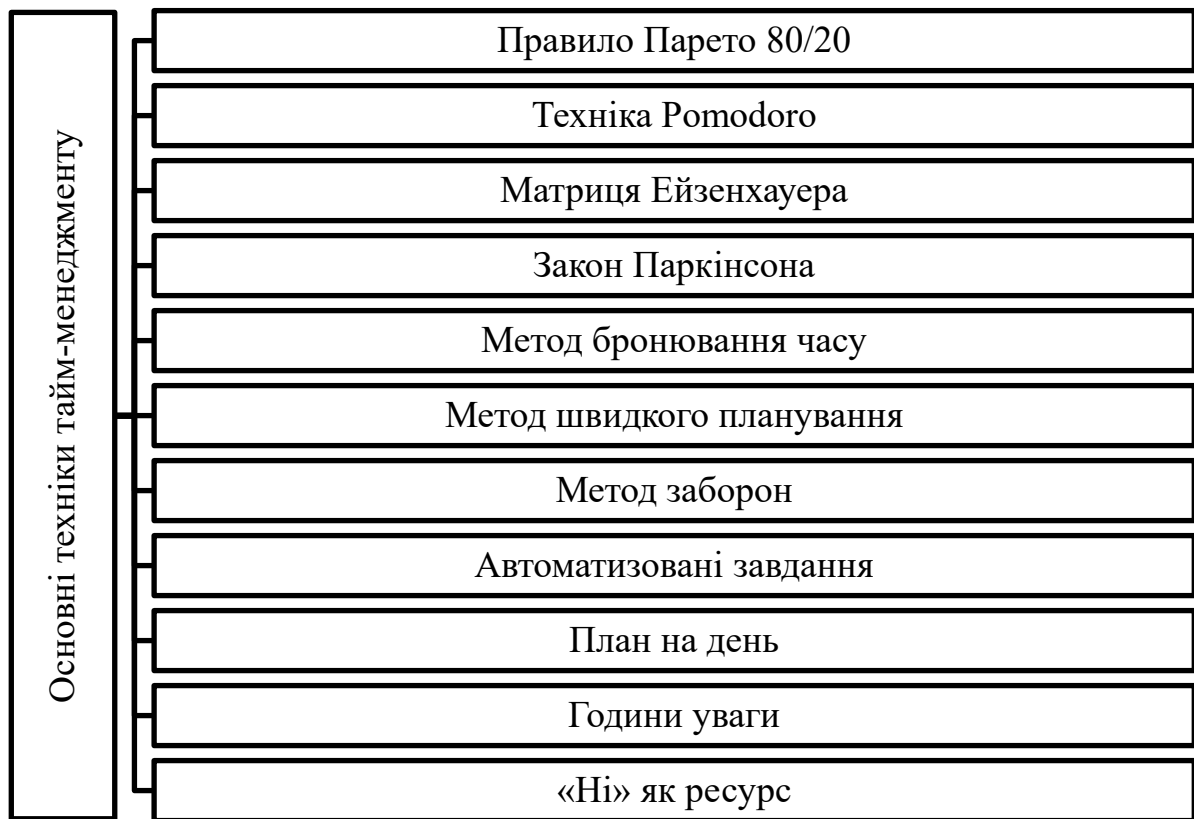


Рис. 3.11. Техніки керування часом

3. Матриця Ейзенхауера. Президент США (1953–1961) Д. Ейзенхауер служив свого часу в армії США і був командувачем союзними силами під час Другої світової війни. Він щодня стикався з важкими рішеннями, які спонукали його винайти те, що нині зветься матрицею Ейзенхауера, або матрицею терміново-важливо. Термінові завдання – це ті, які ми вважаємо за потрібне виконати негайно. Важливі завдання – це ті, які сприяють досягненню наших довгострокових цілей або цінностей. В ідеалі нам треба працювати лише над терміновими та важливими завданнями, а інші завдання слід делегувати або скасовувати.

4. Закон Паркінсона. Це – не метод управління часом як такий. Це – закон, котрий, якщо його зрозуміти, можна застосувати як один із надефективних методів управління часом. Відповідно нього кількість часу, який ми даємо собі на виконання певного завдання, – це кількість часу, який нам знадобиться для

виконання цього завдання. Це означає ефективнішу роботу за коротші періоди часу. Ось кілька порад щодо організації часу: встановлюйте крайні терміни, обмежте час на виконання завдань, закінчіть роботу раніше. Це й буде дотримання закону Паркінсона.

5. Метод бронювання часу. З того моменту, як ви прокидаєтеся, призначайте кожен часовий блок вашого дня для одного завдання. Це можуть бути будь-які завдання – від зарядки до підготовки звіту. Цей метод виконання завдань розроблений Д. Алленом. Він допоможе вам виконувати завдання, записувати їх на папері й надалі розбивати на прикладні робочі елементи. Визначте пріоритетність свого списку справ відповідно до того, що вам потрібно зробити й коли. Постійно переглядайте список дій, щоб визначити наступний пріоритет. Викресліть завдання, які ви виконали, та оновить свій список. Виконуйте дії або менші завдання, які ви можете виконати прямо зараз.

6. Метод швидкого планування був розроблений мотиваційним оратором Т. Роббінсом як спосіб навчити свій мозок зосереджуватися на уявленні своєї мети, уявленні результату. Це допомагає швидше втілити ваші рішення у життя.

7. Метод заборон. Складіть список речей, які вам зараз не потрібно робити або які можуть знизити вашу продуктивність. Подумайте про свій типовий день і зосередьтеся на тому, які завдання найчастіше викликають у вас проблеми з продуктивністю. Складання списку може стати точкою відліку, щоб вважати себе відповідальним за те, на чому ви зосереджуєтесь. Це повинні бути лише важливі, продуктивні завдання.

8. Автоматизовані завдання. Автоматизуйте свою роботу, якщо це можливо. Подумайте про завдання, які ви часто виконуєте, і про те, як зменшити частоту їх виконання або взагалі виконувати їх автоматично. Продумайте і підготуйте шаблони повторюваних часто дій.

9. План на день. Розплануйте свій день. Плануйте, що ви хочете робити щодня. Окресліть завдання, які ви сподіваєтесь

виконати, і встановіть відповідні цілі для досягнення. Заплануйте такі планування в кінці кожного дня або на початку кожного дня.

10. Години уваги. Встановіть години уваги. Визначте конкретні години свого робочого дня, щоб повністю зосередитися на роботі. Уникайте факторів, які відволікають, наприклад, вимкніть усі мобільні повідомлення. Зосередьтеся лише на поточних завданнях.

11. «Ні» як ресурс. Тренуйтеся говорити «ні». Уникайте брати на себе занадто багато обов'язків. Важливо бути наполегливим щодо свого робочого навантаження. Будьте чесними з іншими та відхиляйте їхні прохання, якщо ви не можете їм допомогти через власні часові обмеження.

3.2.6 Підтримання оптимального фізичного стану: фізична активність та адаптивність

Установлений і доведений факт полягає в тому, що фізична активність є дуже корисною для підтримання власного загального фізичного стану в нормі. Дослідження фізичних вправ для зниження стресу і покращення стану зазвичай зосереджені на аеробних, циклічних вправах. Науковці з'ясували, що люди, які протягом 20–30 хв займалися аеробними вправами, почувалися спокійніше, і цей заспокійливий ефект тривав кілька годин після тренувань.

До аеробних, циклічних вправ належать: ходьба, біг, їзда на велосипеді, плавання, аеробіка, танці, ковзани, лижі тощо. Вони ще називаються кардіо-навантаженням.

Регулярна фізична активність, наприклад швидка ходьба, може покращити якість вашого життя та зняти стрес, напруження, тривогу та депресію. Ви можете помітити добре самовідчуття одразу після тренування, а також поліпшення загального самопочуття протягом певного часу, якщо фізична активність стане звичайною частиною вашого життя.

Фізична активність дозволяє:

- зняти стрес і заспокоїтися;
- покращити настрій і допомогти «очистити» свідомість;
- позбавитися шкідливих звичок;

- допомогти контролювати апетит;
- допомогти схуднути, якщо у вас надмірна вага;
- дати більше енергії та витривалості;
- знизити артеріальний тиск;
- підвищити рівень «хорошого» холестерину;
- знизити ризик розвитку серцевих захворювань та інсульту;
- допомогти контролювати рівень цукру в крові;
- покращити якість сну;
- допомогти почуватись упевненіше.

Для поліпшення фізичного стану і швидкого відновлення після стресу фахівці рекомендують регулярну програму аеробних вправ від середнього до інтенсивного рівня (із завчасною обов'язковою консультацією та дозволом лікаря). До програми входить 150 хв аеробних вправ середньої інтенсивності на тиждень або 75 хв інтенсивних аеробних вправ на тиждень.

Крім того, можна отримати численні переваги для здоров'я, які пов'язані з силовими тренуваннями. Можна рекомендувати вправи для підтримки загального фізичного стану – від 2 до 3 днів вправ для всіх основних груп м'язів, які виконуються з помірною інтенсивністю – від 8 до 12 повторень.

Отже, фізичні вправи можуть бути ефективним компонентом програми боротьби зі стресом для багатьох людей і рекомендовані для допомоги тим, хто має симптоми гострого, гострого повторюваного, хронічного стресу та ПТСР. Однак важливо пам'ятати, що фізичні вправи є лише одним із компонентів програми розвитку та підтримання адаптивних ресурсів.

3.2.7 Техніки регуляції сну

Сон – це періодичний психофізіологічний стан, який зовні характеризується значною знерухомленістю та відключенням від стимулів та подразників зовнішнього світу. Під час сну відбувається оновлення та накопичення енергетичних та функціональних адаптивних резервів людини.

Люди сплять близько третини свого життя. Чим довше людина не спить, тим більш тривалого сну вона потребує. Сон виконує так звану гомеостатичну адаптивну функцію, знімаючи почуття втоми, стабілізуючи загальний стан.

Установлено, що максимальний період, який людина витримувала без сну, становить 11 днів. Експерименти над тваринами показали, що повністю позбавлені сну особини гинуть. Тому зрозуміло, що порушення сну є дезадаптивним.

Сон – це життєво необхідна потреба організму, важливіша ніж їжа. Вчені експериментально довели, що, наприклад, собака може жити без їжі близько місяця. Якщо її позбавити сну, вона гине через 10–12 днів. Людина, яка потрапила до виняткових екстремальних умов, може голодувати близько двох місяців, а без сну вона проживе не більше двох тижнів.

Стрес є одним із серйозних факторів, що впливають на сон та сновидіння. У екстремальних ситуаціях сон може порушуватися. Поганий сон, своєю чергою, може посилити стресовий стан, суттєво погіршити психосоматичне здоров'я та знизити адаптивні ресурси та результативність роботи.

Сомногенні реакції можуть бути адаптивними (здоровими) чи дезадаптивними (патологічними). Хороший сон – ознака гарної адаптації, хорошого фізичного та психічного здоров'я людини.

Тривалість сну. Багатьох людей цікавить питання, яка тривалість сну є нормальною. Дослідження показали, що тривалість сну буває різною залежно від індивідуально-психологічних властивостей та віку людини.

З віком людина має збільшувати, а не скорочувати тривалість свого сну. Вчені вважають, що продовження часу сну в похилому віці фізіологічно виправдано, оскільки адаптивні та програмувальні процеси в цьому періоді протікають значно повільніше.

Встановлено, що середньостатистичній людині необхідно від 8 до 9 годин сну на добу. Деяким людям вистачає 4–5 годин, а іншим треба 10 та більше. Кожна людина може визначити сама, яка тривалість сну їй необхідна. Для цього потрібно оцінити свою

оптимальну працездатність та психофізіологічний стан протягом дня, залежно від тривалості сну.

Сон та біологічні ритми. Кожна людина має свої тимчасові особливості навколдобового режиму. Варіанти вільно поточного ритму коливаються в межах від 20 до 28 годин у різних людей. У середньому добовий ритм становить від 24,6 до 24,8 і навіть до 25 годин. Такі особливості біологічного годинника безпосередньо впливають на сон-неспання конкретної людини, що іноді призводить до безсоння.

Наш внутрішній годинник починає відраховувати час з першим променем світла, запускаючи цикл неспання. При порушенні режиму сну та неспання може виникати безсоння, оскільки добовий ритм організму десинхронізується з ритмом зовнішнього середовища. Це – один із механізмів порушень сну, який пов'язаний з десинхронізацією у роботі «біологічного годинника».

Сомногенні дезадаптивні реакції. У світі існує два класифікатори розладів сну: Міжнародна класифікація розладів сну (МКРС); Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10).

У вітчизняній сомнології користуються МКХ-10, яка визначає неорганічні порушення сну (F 51) як стан, за якого виникає проблема з початком сну, власне сном або сном рано вранці упродовж не менш трьох ночей на тиждень протягом не менше місяця. Цей стан має бути пов'язаний зі значним дистресом і постійною заклопотаністю дефіцитом сну. До неорганічних порушень сну в МКХ-10 віднесені неорганічне безсоння (F 51.0), неорганічна гіперсомнія (F 51.1), неорганічний розлад сну-неспання (F 51.2), сомнамбулізм (F 51.3), нічні жахи (F 51.4), кошмари (F 51.5), тривожний розлад сну (F 51.6) та інші неорганічні розлади сну (F 51.9).

Серед найбільш поширених сомногенних дезадаптивних реакцій в екстремальних умовах, реакцій на стрес є безсоння. Відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10 це – стан незадовільної кількості та/або якості сну, який зберігається протягом значного періоду часу, включаючи труднощі із

засинанням або раннє остаточне пробудження. У стресових умовах сьогодення зросло: число випадків порушення сну, безсоння. Дуже часто люди втрачають сон після травматичних подій, зумовлених будь якими екстремальними ситуаціями. Цей фактор пояснює широке поширення порушень сну у значної кількості незахищених та непідготовлених до таких умов людей.

Безсоння, труднощі засинання, часті пробудження та поверховий сон, який не відновлює сили, надто ранні пробудження зранку, позбавляють людину можливості відпочити та відновитися. Сон стає неглибоким, іноді з ефектом безпосередньої участі у подіях, що відбуваються навколо. Вдень виникає сонливість, знижується працездатність. Люди з безсонням часто скаржаться на труднощі засинання, порушення сну протягом ночі, незадоволеність глибиною та якістю сну, пробудження в надто ранній час з неможливістю більше надалі.

Ті, хто страждає від безсоння, зазвичай скаржаться на порушення свого самопочуття в денний час, наявність денної сонливості, швидко стомлюваність, слабкість, погіршення пам'яті та мислення або нездатність сконцентрувати свою увагу. Найтиповішою проблемою є пробудження вранці з відчуттям розбитості, сонливості та втоми. У людини, котра страждає на безсоння, можуть спостерігатися як один з перерахованих симптомів, так і їх поєднання.

Безсоння може мати як короткочасний характер (пов'язане з певними ситуативними стресовими ситуаціями), так і охоплювати тривалий часовий період у кілька місяців.

Для деяких людей безсоння є постійною проблемою, що виникає майже щоночі й триває протягом тривалого часу. Якщо проблеми зі сном тривають понад місяць, у цих людей можна припустити наявність хронічного безсоння. Окремі симптоми безсоння спостерігаються у 48 % людей, після 60 років такий відсоток досягає 70, а в учасників бойових дій – до 80 %. Це призводить до ослаблення організму, зниження адаптивних ресурсів, порушення соціального та професійного функціонування.

У багатьох людей безсоння є минулим. Це означає, що їхня проблема зі сном триває від кількох днів до кількох тижнів. Таке безсоння має тенденцію періодично повторюватися, наприклад, коли вони сплять поза власною домівкою або потрапляють у гостру стресову ситуацію. Епізоди минулого безсоння зазвичай можуть провокуватися стресом, гострою фазою соматичного захворювання, вживанням таких речовин, як кава, міцний чай, зміною оточення чи розпорядку сну.

Робота над власним сном є унікальним засобом керування стресом, можливістю оздоровлення, зцілення та досягнення контролю над своєю психікою в екстремальних ситуаціях. Ноогенний блок управління стресом включає два етапи:

1. Оптимізація та психогігієна сну.
2. Регуляція психофізіологічних станів, які покращують сон.

Для оптимізації сну необхідно дотримуватись таких психогігієнічних правил:

➤ Обстановка у спальні має бути максимально комфортною з погляду температури, освітлення та шуму. Перед сном потрібно провітрювати приміщення.

➤ Ліжко має бути зручним і в міру жорстким. Відмовтеся від старого нерівного матраца, перини, щільно набитих пір'яних подушок, синтетичних та товстих ватяних ковдр.

➤ У спальні має бути темно. Гормон мелатонін, що виділяється шишкоподібною залозою (епіфізом), сітківкою ока та кишківником, безпосередньо пов'язаний з наявністю чи відсутністю світла, є природним регулятором сну.

➤ Привчіть себе завжди лягати спати в один і той самий час. Заведіть обряд відходу до сну. На ніч можете виконати вправи з релаксації та аутотренінгу.

➤ За 3–4 год до сну не їжте висококалорійну білкову їжу. Намагайтеся не думати про серйозні справи. За 1–2 год припиніть усі активні фізичні заняття. Не думайте про роботу та уникайте конфліктних ситуацій із членами родини.

➤ Не вмикайте телевізор у спальні. Ліпше послушайте спокійну музику або запис шуму дощу, морського прибою або звуки лісу.

➤ Переконайтеся, що вимкнено газ, праску, комп'ютер, чи закриті всі двері та крани у ванній. Можна також вимкнути телефон.

➤ Змастіть двері, якщо вони скриплять.

➤ Денний сон для здорових людей є нормальним. Однак, якщо вас мучить нічне безсоння, то вдень не рекомендується спати.

Для регуляції психофізіологічних станів, які нормалізують ваш сон, ідеально підходять заняття релаксацією та аутогенним тренуванням перед сном. Корисно для цього використовувати також і інші методи, які викладені вище.

Фармакологічну корекцію безсоння з використанням сомногенних препаратів слід проводити виключно за призначенням лікаря.

РОЗДІЛ 4

НАДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ З ГОСТРИМИ РЕАКТИВНИМИ СТАНАМИ: ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

4.1 Екстрена медико-психологічна допомога при військових діях та інших надзвичайних ситуаціях

При всіх реактивних станах за можливістю слід передусім усунути причину захворювання – психотравмуючу ситуацію. Афективно-шокові реакції зазвичай або закінчуються через короткий час, або переходять у інший реактивний стан.

При реактивних депресіях, параноїдах, галюцінозах, дисоціативно-конверсійних розладах психотичного рівня необхідна госпіталізація. Комплексне лікування реактивних психотичних станів проводиться із застосуванням нейрорепривів у поєднанні з антидепресантами і транквілізаторами.

При гострих станах невротичного рівня має бути застосована екстрена медико-психологічна допомога на засадах кризової інтервенції.

При всіх розладах психічної сфери стресорно-реактивного походження за можливістю слід насамперед усунути подовження дії стресогенного чинника.

Основними принципами надання допомоги тим постраждалим, які перенесли психологічну травму через вплив бойових дій або надзвичайної ситуації, є⁵³ (див. рис. 4.1): невідкладність; єдність та простота психологічного впливу; очікування, що нормальний стан відновиться; наближеність до місця подій.

⁵³ Клініка, діагностика і лікування розладів психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посібник. Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г., Омелянович В. Ю. Київ, 2022. 136 с.

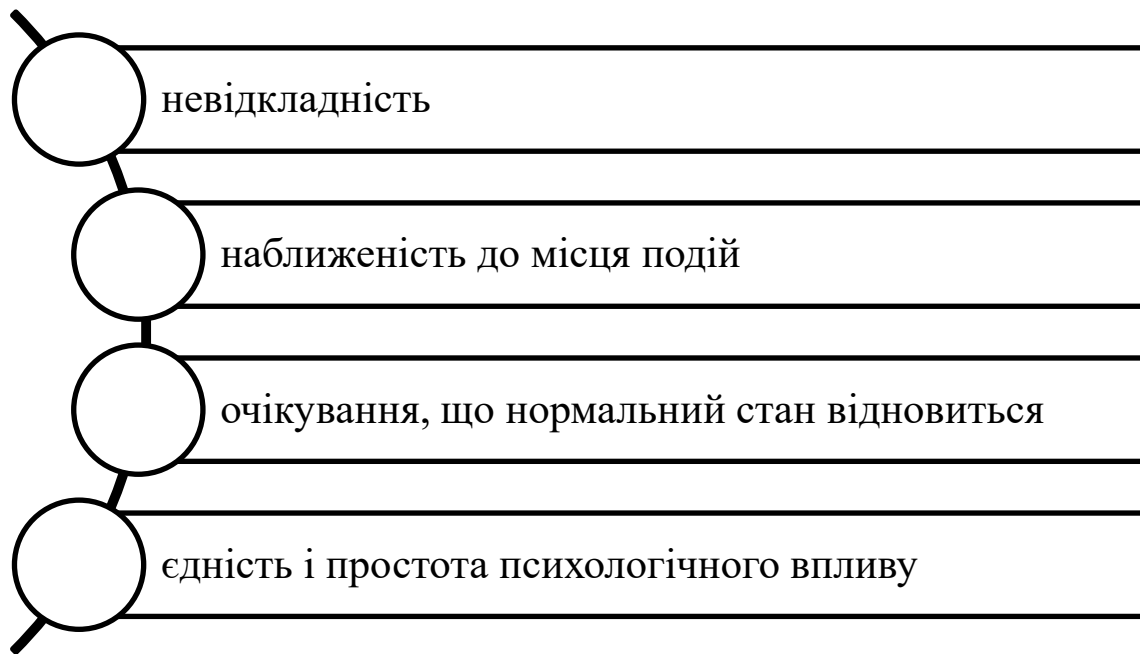


Рис. 4.1. Принципи екстреної медико-психологічної допомоги

Невідкладність означає, що допомога постраждалому має надаватись максимально швидко, оскільки ймовірність виникнення хронічних розладів, якщо пройде більше часу із моменту травми чи посттравматичного стресового розладу, вища.

Сутність принципу наближеності полягає у наданні швидкої допомоги у звичних умовах та максимальній мінімізації негативних наслідків «госпіталізму».

З людиною, котра перенесла стресову ситуацію, треба спілкуватися не як із хворим, а як зі здоровим. Необхідно також підтримувати її впевненість у швидкому поверненні до нормального стану. Саме це лежить в основі принципу очікування, котрий і зорієнтований на те, що нормальний стан постраждалого відновиться.

Що ж стосується принципу єдності й простоти психологічного впливу, то його сутність полягає в тому, що процедура надання психологічної допомоги має бути чітка, уніфікована та зорієнтована на конкретну людину. У безпечному місці й слід дати їжу, можливість відпочинку та бути вислуханою.

Указані принципи доцільно застосовувати комплексно, враховуючи їх особливості та актуальність.

4.2 Техніки екстреної медико-психологічної допомоги

Кризове втручання визначають як екстрену та невідкладну медико-психологічну швидку допомогу, що спрямована на повернення постраждалої людини до адаптивного рівня функціонування, зниження негативного впливу травмівної події та запобігання психопатології.

Основна мета кризової інтервенції полягає у тому, щоб допомогти постраждалому впоратися із травмою та адаптуватися до нової ситуації, повернутись до колишніх рівнів функціонування. Для досягнення цієї мети необхідно заохочувати людину говорити про власні переживання, усвідомити пов'язані з подією почуття, виробити певне ставлення до неї та визначитись із порядком дій, спрямованих на вирішення своїх проблем.

Відтак, *завдання кризового втручання*⁵⁴:

- 1) допомогти людині розповісти свою історію;
- 2) допомогти їй дистанціюватися від певної події, щоб зрозуміти те, що відбулося;
- 3) отриманий досвід передати у словесній формі;
- 4) повернути людину до її попереднього рівня функціонування.

Варто враховувати, що, розповідаючи історію травмуючого переживання, людина може плакати чи сміятися, кричати чи шепотіти або взагалі замовкати на певний час, згадувати про якісь інші, не пов'язані із подією втрати, перейматися якоюсь історією, яка здається незначною. Тож слід терпляче слухати і повертати постраждалого до основної розповіді.

*У процесі висловлення травмуючих переживань виявляються кілька повторюваних клінічних картин (цей список аж ніяк не є вичерпним)*⁵⁵:

- 1) люди, які захоплені емоціями і насилу говорять;

⁵⁴ Клініка, діагностика і лікування розладів психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посіб. Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г., Омелянович В. Ю. Київ, 2022. 136 с.

⁵⁵ Клініка, діагностика і лікування розладів психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посіб. Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г., Омелянович В. Ю. Київ, 2022. 136 с.

2) люди, котрі, говорячи про пережиті страхітливі події, взагалі не виражають ніяких емоцій;

3) люди, які мають усвідомлене почуття провини саме за те, що їм вдалося пережити це лихо, а інші постраждали чи взагалі загинули;

4) люди, котрі вважають, що саме вони стали причиною катастрофи, а їм треба було діяти інакше, щоб когось врятувати від смерті.

Коли людина не може опанувати власні досить сильні емоції, її необхідно відвести у безпечне місце, запропонувати води та допомогти заспокоїтися, дозволивши «попереживати» деякий час. Посидіти з нею в тиші чи дати можливість людині виплакати й виговоритися. Важливо допомогти їй спробувати висловити невимовне.

Особам, котрі перебувають у стані емоційного заціпеніння, можна назвати звичайні почуття, котрі більшість людей можуть відчувати у подібних ситуаціях, та подумати разом, які саме почуття є приховані від інших. Слід також пам'ятати, що емоційне заціпеніння служить відведенню непереборного афекту. Важливо «поважати» захист постраждалого і дати йому час, щоб він міг дозволити почуттям, пов'язаним з пережитим досвідом, піднятися на поверхню. Деякі постраждалі від травми загалом можуть здаватися цілком благополучними у перші дні після кризової події, але згодом, через кілька тижнів, уже будучи в безпеці, «розвалитися на друзки».

Хоча це й суперечить здоровому глузду, також нерідко зустрічаються люди, які можуть відчувати провину за те, що саме вони вижили у трагедії, а інші загинули. В такому разі потрібно стежити за суїцидальністю у цих постраждалих і допомагати їм оплакувати їхні втрати та заохочувати говорити про людей та речі, котрі вони втратили. Інколи буває вельми корисним запитати людину, хотіли б загинути, щоб вона страждала або була щасливою в подальшому житті. Це певною мірою зміщує фокус із провини того, хто вижив, на скорботу, що лежить під нею.

Тим людям, котрі відчують, що вони нібито могли якимось чином бути причиною катастрофи чи щось зробити, аби врятувати комусь життя, важливо допомогти усвідомити, що катастрофа

була неминучою, чи противник, з яким їм довелося зіткнутися, був надто потужним. Треба також дати їм можливість оплакати власні втрати. Після того, як особа розповість про свою історію, для неї інколи може бути корисним повторювати цю розповідь знову і знову, ще і ще. Немає потреби говорити про це людині, але потрібно давати їй відчуття, що вона може вільно розповідати свою історію заново, не відчуючи при цьому, що вона докучає людям одним і тим же оповіданням. При цьому можна очікувати, що з кожним викладом розповідь буде обростати новими подробицями і стримуваний афект буде далі вивільнятися.

4.2.1 Техніки, пов'язані із загрозою для життя в екстремальних ситуаціях

В екстремальних ситуаціях людина за короткий час може зіткнутися із загрозою смерті (у повсякденному житті психіка людини створює певний захист, даючи змогу сприймати смерть як щось досить далеке чи взагалі нереальне). В умовах екстремальності змінюється також сприйняття образу світу, а дійсність може уявлятися сповненою фатальних випадковостей. Загалом, у більшості випадків, особа починає поділяти власне життя на «до та після» жахливої події. Інколи навіть може виникати враження, що оточення не розуміє її переживань і почуттів. Тож слід пам'ятати, якщо навіть людина не зазнала якогось фізичного насильства, то вона все одно отримала потужну психічну травму.

Допомога постраждалому⁵⁶.

1. Допоможіть постраждалому висловити почуття, пов'язані із пережитими подіями.

2. Переконайте його, що навіть при потраплянні у найжахливіші події можна зробити висновки, вельми корисні для подальшого життя. Варто також, щоб людина сама поміркувала над отриманим у процесі життєвих випробувань досвідом.

⁵⁶ Клініка, діагностика і лікування розладів психічної сфери внаслідок бойових дій: навчальний посібник. Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г., Омелянович В. Ю. Київ, 2022. 136 с.

3. Дайте постраждалому можливості поспілкуватися із людьми, які разом з ним пережили цю трагічну подію (організувати зустріч, обмінятися номерами телефонів і т. ін.).

4. Не слід дозволяти потерпілому відчувати й демонструвати роль «жертви», тобто певною мірою використовувати пережиту подію для подальших деструктивних і маніпулятивних дій («Я нічого робити не можу, я вигорів, оскільки пережив такі страшні часи»).

Сьогодні в багатьох джерелах висвітлюються базові підходи щодо реагування та особливостей надання першої психологічної допомоги особам із наявними гострими стресовими реакціями, як-от: марення і галюцинації, апатія, ступор, рухове збудження, агресія, страх, нервові тремтіння, плач, істерика тощо⁵⁷. Нижче наведемо й охарактеризуємо основні з них.

Марення і галюцинації (були описанні вище). У цьому разі слід дотримуватися таких рекомендацій.

1. Насамперед необхідно викликати бригаду швидкої психіатричної допомоги.

2. До моменту прибуття фахівців слід стежити за тим, щоб постраждалий не заподіяв якоїсь шкоди собі й оточуючим. Від нього треба прибрати предмети, які можуть бути потенційно небезпечними (гострі, ріжучі, вибухові тощо).

3. Потерпілого слід ізолювати та не залишати на самоті.

4. З ним треба говорити спокійним і лагідним голосом, погоджуватись із його висловлюваннями та не намагатися у чомусь його переконати, оскільки за таких умов це неможливо.

Після тривалої та напруженої, але разом з тим безуспішної роботи у людини може виникнути **апатія**. Також їй можуть передувати ситуації, коли попри докладені зусилля людина зазнає серйозної невдачу й тоді втрачає сенс своєї діяльності або коли втрачає близьку людину. Стан апатії може тривати від декількох годин до кількох тижнів.

⁵⁷ Психологічні аспекти комунікації з населенням на деокупованих територіях України : практичний poradnik. Іванова Н. Г., Верещук І. А., Андрусишин Ю. І. та ін. Київ: НА СБУ, 2023. 96 с. ; Клініка, діагностика і лікування розладів психічної сфери внаслідок бойових дій: навчальний посібник. Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г., Омелянович В. Ю. Київ, 2022. 136 с.

Якщо потерпілий перебуває у стані апатії, необхідно:

1. Поговорити з ним та поставити декілька запитань, зокрема таких: «Як тебе звуть?»; «Чи хочеш їсти чи пити?» «Як ти себе зараз почуваєш?» і т. п.;

2. Відвести його в безпечне місце та допомогти там зручно розміститись.

3. Узяти його за руку чи покласти йому на чоло свою руку.

4. Дати йому можливість просто полежати чи поспати.

5. Якщо немає можливості для перепочинку постраждалого, то треба з ним якомога більше говорити та залучати його до спільної діяльності (зокрема, допомогти оточуючим, які цього потребують).

Однією із найсильніших захисних реакцій організму є **ступор**, який настає після досить сильних нервових потрясінь, коли особа витратила на своє виживання чи порятунок іншої людини стільки енергії, що контактувати із навколишніми вже немає жодних сил. У такій ситуації з потерпілим необхідно діяти таким чином.

1. Зігнути йому пальці на обох руках та притиснути їх до його долоні. Виставленими назовні мають бути тільки великі пальці.

2. Кінчиками великого та вказівного пальців слід помасажувати йому точки, розташовані на лобі: над очима, посередині між бровами (чітко над зіницями) та лінією росту волосся.

3. Долоню вільної руки треба покласти на груди потерпілого та підлаштувати ритм власного дихання під його дихання.

4. Ураховувати, що людина все чує і бачить, перебуваючи у ступорі, їй треба тихо, повільно й чітко говорити на вухо все те, що у неї може викликати хоча б якісь сильні емоції (бодай, навіть негативні). Тобто, треба намагатися у будь-який спосіб домогтися від потерпілого реакції та вивести його зі стану заціпеніння.

У постраждалих може також спостерігатися **рухове збудження**. Воно, зазвичай, зумовлюється сильним потрясінням після перебування в критичній ситуації (бомбардування, вибухи, загибель людей), й тоді людина перестає розуміти, що навколо відбувається. Вона навіть не може визначити, де небезпека, де вороги, а де порятунок, де свої, втрачає здатність критично мислити й приймати конструктивні рішення.

У ситуації рухового збудження щодо потерпілого необхідно:

1. Застосувати прийом «захоплення»: треба стати за спиною у постраждалого, просунути свої руки йому під пахви та притиснути його до себе, злегка перегнувши у свій бік.

2. Ізолювати постраждалого від оточуючих у безпечному місці.

3. Спокійним голосом поговорити з ним про ті почуття, які він зараз відчуває (наприклад, можна сказати: «То хочеш щось зробити, щоб це припинити?», «Тобі хочеться втекти й сховатися від всього і всіх?»).

4. Не треба сперечатися із потерпілим, ставити питання, які його можуть дратувати.

5. У розмові з ним слід уникати фраз із часткою «не», зокрема: «не кричи», «не махай руками», «не бігай».

6. Важливо також контролювати всі його дії, оскільки він може заподіяти шкоду собі чи іншим.

Зазвичай рухове збудження є нетривалим і може змінюватись агресивною поведінкою, нервовим тремтінням чи плачем.

Що стосується агресивної поведінки – *агресії*, то вона фактично є одним із мимовільних способів, за допомогою яких організм людини ніби «намагається» знизити рівень дуже високого внутрішнього напруження.

У такій ситуації необхідно:

1. Звести до мінімуму кількість людей, які перебувають поруч з потерпілим.

2. Дайте йому можливість безпечно для всіх «випустити пар» (зокрема, «полупцювати» подушку, виговоритися чи викричатися).

3. Треба доручити йому роботу, пов'язану із сильним фізичним навантаженням.

4. До нього слід виявляти доброзичливість. Якщо ви навіть не згодні із постраждалим, не слід це демонструвати та звинувачувати його, а можна просто висловитись щодо його дій. Бо інакше на вас буде спрямована його агресивна поведінка. Також не можна, зокрема, говорити: «Що ти за людина!», а краще казати: «Я розумію, що ти дуже злишся й тобі дуже хочеться все

вщент рознести, але давай разом будемо намагатися знайти якийсь вихід із цієї ситуації».

5. Можна спробувати «розрядити» обстановку якимись смішними коментарями або діями.

6. Рівень агресії можна ще знизити шляхом актуалізації страху покарання: якщо немає реальної мети отримати хоча б якийсь зиск від агресивної поведінки, а є висока ймовірність суворого покарання.

7. Слід надати допомогу розлюченій людині, інакше можна спровокувати небезпечні наслідки, зокрема: через зниження рівня контролю за власними діями людина робитиме необдумані вчинки, наслідком яких може стати каліцтво.

Якщо постраждалий перебуває у стані *страху*, що може спонукати до втечі, викликати або збудження, агресивну поведінку чи, навпаки, заціпеніння. Тоді людина майже не контролює себе та не усвідомлює, що робить і що відбувається навколо неї.

За таких обставин необхідно діяти в такий спосіб:

1. Собі на зап'ястя покласти руку потерпілого, щоб він відчув ваш спокійний пульс. Саме це для нього буде сигналом: «Ти не один, я – поруч!»

2. Дихайте глибоко й рівно та спонукайте потерпілого до дихання в одному ритмі з вами.

3. Коли потерпілий говорить, то треба його уважно слухати та демонструвати зацікавленість, співчуття й розуміння.

4. Можна зробити потерпілому, якщо він не проти, легкий масаж м'язів тіла, які найбільш напружені.

При *нервовому тремтінні* доцільно виконати такі поради:

1. Треба взяти потерпілого за плечі та сильно потрясти його протягом 10–15 секунд.

2. У цей період слід також продовжувати розмовляти з ним, інакше ваші дії він сприйме як напад.

3. Після того як тремтіння закінчиться, йому треба дати можливість відпочити (бажано покласти його спати).

4. Не можна: обіймати чи притискати потерпілого до себе; вкривати його чимось теплим та заспокоювати й говорити, щоб він себе вгамував.

Якщо потерпілий **плаче**, то треба діяти так:

1. Не залишати його на одинці.
2. Установити з ним фізичний контакт (зокрема: взяти за руку, покласти свою руку на його плече чи спину, погладити його по голові) й дати йому зрозуміти, що ви поруч.
3. Також треба застосовувати прийоми «активного слухання», які допоможуть йому певною мірою «виплеснути» власне горе. Наприклад, можна: періодично говорити «ага» чи «так», кивати головою у знак підтримки та співчуття; повторювати за ним уривки фраз, у яких він ніби висловлює власні почуття; говорити ще й про свої та його почуття.
4. Не намагайтеся його заспокоїти. Дозвольте постраждалому виговоритися й виплакати, дати вихід горю, страху чи образам.
5. Не давайте порад та не ставте питань, слід просто його вислухати.

У разі **істеричного нападу**, необхідно:

1. Насамперед – видалити глядачів та створити спокійну обстановку. Треба залишитися із потерпілим віч-на-віч, якщо це для вас безпечно.
2. Несподівано слід зробіть якусь дію, котра може сильно здивувати потерпілого (скажімо, можна: дати йому ляпас, облити водою, різко крикнути на потерпілого чи із гуркотом упустити якийсь предмет).
3. Говоріть із постраждалим упевненим тоном, короткими й чіткими фразами («умійся», «вибий води»).
4. Оскільки після істерики людина втрачає сили, то треба покласти її спати.
5. Спостерігайте за станом потерпілого аж до прибуття фахівця.
6. Не потурайте його забаганкам.

4.2.2 Техніки, опосередковані через тілесно-вегетативні впливи

Одним із найбільш ефективних і доступних способів відновлення психічного стану є регуляція дихання. Нервові імпульси поширюються на кору головного мозку із дихальних центрів та змінюють її тонус. Повільний вдих та різкий видих

підвищують рівень функціонування нервової системи й тонізують її.

Далі наведено кілька **дихальних технік**, які варто використовувати в екстремальних умовах з метою приведення психіки в оптимальний (продуктивний) стан:

- «заспокійливе дихання». Стоячи чи сидячи, зробіть повний вдих, а потім, затримавши дихання, уявіть коло та повільно ніби видихніть у нього. Цей прийом треба повторити чотири рази. Після – знову вдихніть та уявіть трикутник, видихніть у нього тричі, а потім так само – двічі видихніть у квадрат. Після завершення цих процедур настає заспокоєння;

- «видихання втоми». Ляжте на спину (якщо це неможливо, треба сісти у зручному положенні), розслабтесь, дихайте повільно та ритмічно. Уявіть, що із кожним вдихом ваші легені наповнюються життєвою силою, а із кожним видихом вона поширюється по всьому тілу;

- «позіхання». Воно дозволяє миттєво збагатити вашу кров киснем та звільнитися від певного надлишку вуглекислоти. М'язи вашої шиї, обличчя, які напружуються у процесі позіхання, прискорюють кровообіг до головного мозку. Позіхання поліпшує кровопостачання до легень, виштовхуючи з печінки кров, підвищує тонус організму та створює імпульс для позитивних емоцій. Для штучного позіхання потрібно заплющити очі та якнайширше відкрити рот, нібито вимовляючи розтягнуте «у-у-у». Водночас слід якомога яскравіше намагатися уявити, що у вашому роті утворюється певна порожнина, а її дно опускається униз. Позіхання слід виконувати з одночасним потягуванням усього тіла. Посмішка сприяє підвищенню ефективності позіхання. Вона підсилює розслаблення м'язів обличчя та формує позитивний емоційний імпульс. Після позіхання настає розслаблення м'язів, виникає почуття спокою.

Крім дихальних, високу ефективність в екстремальних умовах показують також **техніки екстреної саморегуляції**, спрямовані на оперативну (екстрену) регуляцію продуктивності психічної діяльності за рахунок використання окремих методик рефлексотерапії. Всі вони дозволяють відновитися у досить короткий проміжок часу.

Вправа *«розрядка»* полягає в почерговому натисненні чотирьох точок навколо губ. Протягом трьох секунд вказівним пальцем треба масажувати точку зверху (посередині губи). Потім після перерви в 10–15 секунд натискати на точку знизу (посередині). Після другої перерви варто одночасно масажувати точки з обох боків. Результатом буде розслаблення м'язів усього тіла. Потім потрібно сісти, розслабитися, імітуючи засипання, й поступово уповільнити дихання, звертаючи особливу увагу на продовження видиху. Через 3–5 хв зникає багато негативних емоційних і сомато-вегетативних відчуттів.

Вправа *«антистрес»* спрямована для зниження надмірного емоційного напруження. Для цього протягом трьох секунд необхідно плавно й рівномірно натискати на так звану антистресову точку, яка знаходиться посередині під підборіддям. При масажуванні зазначеної точки ви маєте відчувати легку ломоту та печіння, а вже після цього слід розслабитись, уявити стан знемоги та спробувати викликати приємні для вас образи. Через 3–5 хвилин, позіхаючи, потягніться та напружте, а потім розслабте всі м'язи тіла.

Вправа *«точки»*. Зручно сядьте на стілець й покладіть руки собі на коліна, притисніть великі пальці до вказівних. Чітко зафіксуйте місце, де закінчується складка шкіри між вказівним і великим пальцями. Тут розташована точка, масажування якої тонізує, поліпшує самопочуття. Масаж треба здійснювати вібруючими рухами вказівного пальця протягом кількох хвилин. Ця вправа виконується на двох руках. При виконанні цього прийому палець ніби вгвинчується у точку, що викликає у ній відчуття печіння і теплоти, а після цього треба знову покласти руки собі на коліна так, щоб колінну чашечку можна було повністю охопити долонею. При цьому ваш вказівний палець розташовується на середині чашечки, а інші пальці притиснуті один до одного. Тоді промацувати невелике заглиблення під виступом круглої кістки буде підмізинний палець. Знайдіть цю точку й масажуйте її. При цьому відчуватиметься легка ломота.

Вправа *«м'язове розслаблення»* слугує зняттю надмірної психічної активності. Щоб зняти психічне напруження та

негативні емоційні стани, слід наспівувати такі звукосполучення: «м-пом-пееее»: «пее-еее» – розтягнуто, а «м-пом» – коротко.

Вправа «медитація» потребує спеціальних умов і рекомендується до застосування під час відпочинку. Одним із її різновидів є сидяча медитація. Вихідне положення для виконання вправи – сидючи обличчям до стіни, зі схрещеними ногами (потилицьки). Для запобігання порушенню кровообігу ті, хто займаються, сідають на подушку й підкладають подушки (валики) під коліна. Погляд спрямовується на який-небудь предмет, що перебуває «у нескінченності», або на кінчик носа без напруження зорових м'язів. М'язи розслаблені, очі напівзаплющені, дихання повільне та глибоке, ритмічне, вільне. Руки вільно лежать на колінах, пальці рук з'єднуються. Увага концентрується на диханні.

Техніка «очного тиску». Ефективною є також техніка із затримкою дихання і натискання на очні яблука і до відчуття легкого болю протягом 10 секунд.

Загалом для кризового втручання нормально, якщо особа, котра надає таку допомогу, висловлює смуток і гнів у зв'язку з трагедією, з якою зіткнувся постраждалий, дає поради і бажає йому удачі. Хоча фізичний контакт іноді може викликати неочікувану емоційну реакцію, в розпалі катастрофічних подій нерідкими бувають й обійми. Адже втішний дотик або обійми можуть мати величезне значення. І хоча не потрібно боятися доторкатися до постраждалого, важливо пам'ятати, що нерви у людей, котрі перебувають у кризових ситуаціях, часто «оголені», й занадто багато фізичного контакту може їх збентежити.

Крім того, варто зазначити, що кризове втручання за своєю природою дуже короткострокове. Це – разова допомога. Тож не мати аж надто значних очікувань від результативності такої взаємодії. Базово важливо: зняти надмірну стресову реакцію й надати емоційну підтримку, оцінити нагальні потреби і проблеми, забезпечити постраждалого інформацією, яка може знадобитися, та визначити можливий план його дій у ситуації, яка склалася, тощо.

РОЗДІЛ 5

ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В УМОВАХ ПОВНОМАШТАБНОЇ ВІЙНИ: ОПТИМАЛЬНІ НАПРЯМИ, ПРАКТИКА, РЕКОМЕНДАЦІЇ

5.1 Медико-психологічні аспекти реадaptaції українців до змінених війною умов життя

Екстремальні умови війни негативно впливають на особливості протікання в постраждалих психічних процесів, станів та властивостей. Вони можуть значно змінювати усталену систему цінностей українців, актуалізують потреби бути почутими, зрозумілими, оціненими, захищеними тощо. Психіка стає досить вразливою та особливо чутливою до лицемірства, несправедливості тощо. Разом з відчаєм, фрустрацією, апатією у них також може формуватися агресивна, конфліктна поведінка.

Дослідження і корекція негативних психологічних наслідків, які виникають у результаті дії стресогенних чинників, викликаних війною, належать сьогодні до найбільш актуальних завдань. Це спонукає до вирішення проблем реадaptaції українців до життя без війни.

Оскільки організм – це відкрита саморегульована й самопродуктивна система, то розвиток багатьох патологічних станів, зумовлених війною, пов'язаний саме з порушенням його регуляторних, механізмів. Саме їх треба відновити під час реадaptaції.

Нині виокремлюють декілька різновидів реадaptaції (реадaptaція – *ре* + *лат. adaptatio* – оновлене пристосування) (див. рис. 5.1):

- психологічну – поновлене й усебічне пристосування структури і функцій організму до змінених війною умов життя;
- соціальну – відновлення пристосованості людини до конкретних умов певного соціального середовища, праці та побуту;

- медичну – поновлення фізіологічних й психофізіологічних реакцій людини, що забезпечують її пристосування до нових умов.



Рис. 5.1. Різновиди реадaptaції

Первинна реадaptaція починається із пристосування на фізіологічному рівні. Головним регулятором фізіологічних функцій організму є нервова система. Діяльність центральної нервової системи (далі – ЦНС) зумовлена взаємодією процесів збудження і гальмування. З огляду на нейробиологічні механізми охарактеризовану нами вище психічну травму можна розглядати як вплив хронічного стресу. Збудження активності мозку у відповідь на небезпеку може бути зумовлене взаємозв'язком гіпоталамус – гіпофіз – надниркова залоза: система наповнює тіло кортизолом із надниркових залоз; вивільняються бета-ендорфіни, й це створює умови для токсичного впливу на організм.

Надмірний вплив цих хімічних речовин зумовлює певний негативний ефект після травми, оскільки впливає на пам'ять і здатність до концентрації уваги. Мозок «намагається підвищити шанси» на виживання через стан постійної пильності, але інші здібності, зокрема, критичне мислення та емоційна регуляція, можуть втрачати надійність.

Разом із тим, до змін функцій пам'яті після травматичного стресу долучаються й нейронні ланцюги (мигдалеподібне тіло, медіальна префронтальна кора). Зниження ацетиласпартату

(маркера цілісності нейронів) виявлено в медіальній префронтальній корі головного мозку в осіб, які зазнали впливу травмівних подій. Саме з цим пов'язують дефіцит гіпокампу під час активації ланцюгів вербальної пам'яті, що впливає насамперед на здатність вербалізувати усвідомлені спогади⁵⁸.

Травмівний стрес пов'язаний також зі зменшенням розгалуженості нейронів у медіальній префронтальній корі. Саме цей механізм корелює зі схильністю до зловживання психоактивними речовинами та тривалістю травматичного досвіду⁵⁹.

Зумовлені травмівним досвідом психофізіологічні зміни особистості мають актуалізувати нейробіологічну адаптацію до подолання, а не симптоми розладів психічного здоров'я чи навмисну саморуйнівну поведінку. Такі стратегії подолання допоможуть задовольняти актуальні потреби людини та відновити психічне здоров'я у процесі реадаптації. Загалом реадаптацію визначають як:

- складову реабілітації та комплекс заходів, що містять психосоціальні методи впливу, спрямовані на актуалізацію соціальної активності осіб через працетерапію, навчання, волонтерську діяльність, соціальну роботу задля поновлення їх пристосовності до змінених війною нових умов життя;

- організований соціально-психологічний процес «повернення» людей з умов війни до мирного життя та залучення їх до системи соціальних взаємовідносин, характерних для мирного часу.

До того ж, реадаптація поєднує у собі соціальні умови й новий життєвий досвід, накопичений у екстремальних умовах війни. Характер процесу реадаптації безпосередньо залежить від інтенсивності та тривалості впливу, рівня психологічної

⁵⁸ Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / М. С. Корольчук [і др.] ; Київський національний ун-т ім. Тараса Шевченка, Київський міжнародний ун-т, Київський військовий гуманітарний ін-т Національної академії оборони України. Київ : Фірма "ІНКООС", 2002. 271 с.

⁵⁹ Психологічні особливості віддалених наслідків стресогенних впливів : монографія / М. С. Корольчук, М. М. Корольчук, А. І. Калуженко та ін. ; за ред. М. С. Корольчука. Київ : Київ. нац. торг.-економ. ун-т, 2014. 276 с.

готовності та мотивації до дій в екстремальних умовах, психофізіологічного потенціалу.

Певні ушкодження, поранення людей під час війни формують зону їх дискомфорту, що уповільнює реадаптацію. Наприклад, ушкодження базальних ганглій (комплексу підкіркових нейронних вузлів) викликають різні рухові порушення. Травми голови можуть супроводжуватись розривом нюхових цибулин або переломом тендітної гратчастої пластинки. Результатом буде аносмія, зазвичай одностороння. До втрати нюху можуть також призвести інші порушення головного мозку, наприклад, деякі форми епілепсії, які супроводжуються нюховою аурую (відчуття різних запахів перед нападом) або нюховими галюцинаціями.

При діагностиці порушень, що асоціюються з травмою, значну увагу приділяють фізичним симптомам. Соматизація травматичного досвіду насамперед безпосередньо вказує як на зосередженість саме на тілесних симптомах, так і на проблемах вираження чи сприйняття фізіологічних компонентів емоцій. У класичному розумінні соматизація травматичного досвіду виступає захисним механізмом психіки, інколи розглядається як засіб уникнення емоційного досвіду. Емоційний дистрес сам по собі може загострювати хронічну соматичну патологію або провокувати стани, що потребують медичного втручання.

Інший поширений симптом, що асоціюється з травматичним досвідом, – синдром гіперзбудливості (здебільшого супроводжується надмірною пильністю). Постійно залишатися напеготові – стратегія нервової системи до потенційної небезпеки або повторення травмівного досвіду. Прояви синдрому гіперзбудливості: сон стає поверховим і чутливим; м'язи в постійному тонусі; поріг чутливості до різних сигналів, що асоціюються із травмою, знижений; критичність мислення послуговується реактивному реагуванню з наміром на виживання «тут і тепер».

Хоча гіперзбудливість є закономірним процесом після травми, вона також може:

- перешкодити здатності критично оцінювати певні аспекти наявної ситуації (різкі звуки або рухи);

➤ провокувати надмірну відповідну реакцію на певну ситуацію, котра сприймаються саме як потенційно небезпечна, навіть тоді, коли обставини є безпечним або нейтральними.

Схожий механізм можемо спостерігати навіть серед осіб, які зазнали впливу так званої «соціальної травми» – боулінг, дискримінація, соціальне нехтування тощо.

Синдром гіперзбудливості розглядають як один із основних діагностичних критеріїв ПТСР. Серед проявів гіперзбудливості виокремлюють також порушення сну, що можуть проявлятися у певній форм, зокрема: раннього пробудження, труднощів із засинанням, неспокійного сну, жахливих сновидінь.

Сон забезпечує відпочинок скелетних м'язів та відновлює організм на рівні енергії. Різним типам людей потрібен різний час для сну. Це – своєрідне фізичне відновлення.

Інший досить цікавий патопсихологічний феномен, котрий може виникати на тлі травмівного досвіду, – дисоціація. Вона розриває певні зв'язки між думками, почуттями, спогадами, діями чи відчуттям. Інколи люди, які зазнали травмівного досвіду, можуть згадувати про феномен нібито «виходу із власного тіла» – деперсоналізацію.

Ще один феномен когнітивних змін, про який слід згадати, – це інтрузії, чи нав'язливі думки та спогади. Саме такі спогади, запахи, звуки й відчуття травмівної події можуть з'являтися в уяві людей, які пережили психотравму.

Загалом соціально-психологічна реадаптація передбачає вирішення таких завдань:

- переосмислення та переоцінка системи цінностей українців; організація системи психологічної допомоги у подоланні духовної кризи, визначенні життєвих пріоритетів, розширенні особистісного потенціалу та підтримці патріотичних почуттів і настроїв;

- створення такого соціального середовища, яке б сприяло реадаптації: активне залучення людей до культурних та спортивних заходів, громадської діяльності та ін.

Оскільки реадаптація є складовою частиною реабілітації, то слід розглянути її споріднені види, а саме (рис. 5.2):

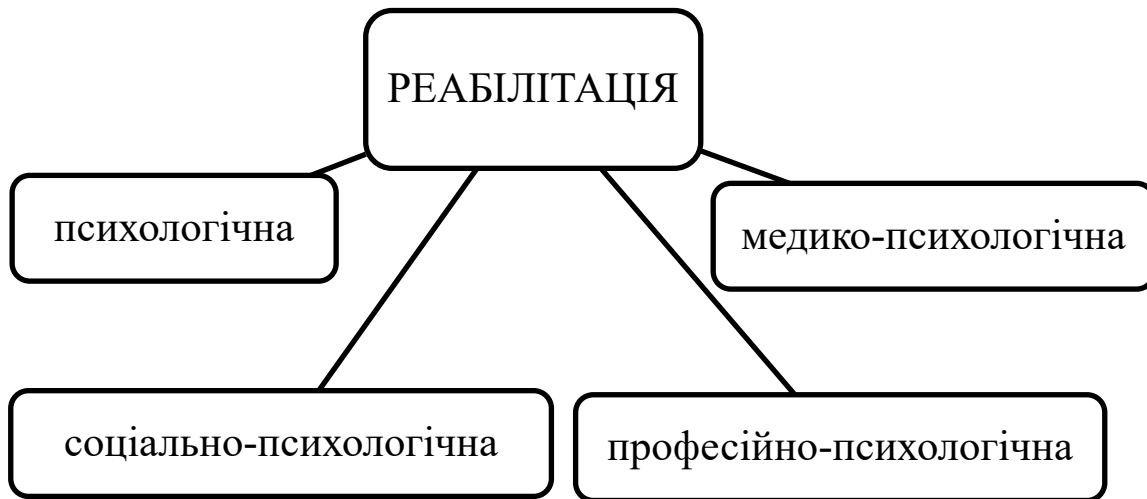


Рис. 5.2. Види реабілітації

- психологічна реабілітація спрямована на відновлення здатності дисгармонічної особистості до нормальної діяльності;
- медико-психологічна реабілітація передбачає мобілізацію психофізіологічних можливостей людей у процесі відновлення їх соматичного та психічного здоров'я;
- професійно-психологічна реабілітація скеровується на поновлення професійно важливих якостей, властивостей та оптимального стану громадян або їх професійну переорієнтацію (особливо тих, хто отримав певні ушкодження);
- соціально-психологічна реабілітація зорієнтована на створення реабілітуючого соціального середовища, а також на відновлення та корекцію психічних функцій, станів та властивостей.

У процесі реадаптації слід враховувати й завдання соціально-психологічної реабілітації: нормалізацію психічного стану; відновлення порушених (втрачених) психічних функцій; сприяння у встановленні необхідних соціальних контактів тощо. Так, метою соціально-психологічної реабілітації є, по суті, відновлення психічного здоров'я та успішної соціальної поведінки. Соціально-психологічна реабілітація має бути спрямована на поновлення психічних функцій, особистісних можливостей і якостей,

успішної соціальної поведінки з метою швидкого повернення постраждалих до умов соціального середовища.

Слід також зазначити, що після повернення людей до мирної життєдіяльності рівень їх психічного напруження зазвичай не знижується, а, навпаки, зростає, стресові стани переживаються заново, що зумовлено необхідністю їх поновлювальної адаптації.

Зазначене зумовлює необхідність проведення відповідних реадaptaційних соціально-психологічних заходів. Соціально-психологічна реадaptaція осіб, які перенесли вплив психотравмуючих чинників і відчувають стійку ситуаційну соціально-психологічну дезадаптованість, має розглядатися як процес, спрямований передусім, на відновлення у них пристосованості до повноцінної життєдіяльності та активного соціального функціонування у звичних умовах.

Сьогодні потреба розв'язання проблем соціально-психологічної реадaptaції є однією з найбільш нагальних та значущих. Відсутність системної організації та реалізації заходів з реабілітації та соціальної реадaptaції може призвести до зростання соціального напруження, проявів девіантної поведінки, злочинності і т. п.

Основними чинниками, що негативно впливають на процес реадaptaції, є:

- пасивність у процесі відновлювального лікування;
- негативне ставлення до соціального оточення, небажання йти на контакт та говорити про наявні проблеми;
- схильність перекладати відповідальність за результати лікування на інших;
- завищена самооцінка, зниження самокритичності, впертість, небажання змінюватися тощо.

З метою оптимізації процесу соціально-психологічної реадaptaції необхідно виділити такі основні напрямки в організації реадaptaційних заходів (див. рис. 5.3):

перший	• проведення психокорекційної роботи з різними цільовими аудиторіями
другий	• створення відповідного культурного середовища у вигляді різних організацій, об'єднань, клубів
третій	• робота із сім'ями військовослужбовців
четвертий	• формування позитивного образу військовослужбовця у свідомості громадян України через ЗМІ
п'ятий	• відбір та адаптація соціально-психологічного інструментарію

Рис. 5.3. Основні напрями реадaptaційних заходів

Перший – проведення психокорекційної роботи з різними цільовими аудиторіями з метою вирішення внутрішньо-особистісних конфліктів та формування психологічних ресурсів для конструктивної, творчої взаємодії з оточенням. Основні психологічні проблеми зазвичай стосуються структури мотиваційної сфери, ієрархії цінностей та пов'язані із втратою перспектив, сенсу життя, почуття власної гідності та ін.

Результатом психокорекційної роботи є формування у громадян нових життєвих пріоритетів. Цей напрям реалізується через спеціально організоване спілкування, індивідуальні та групові поведінкові тренінги у формі відповідних рольових ігор, психо- і соціодрами (технологія таких занять спирається на глибоку рефлексію їх ціннісно-особистісної сфери та навчання прийомів саморегуляції, самоконтролю, засвоєння оптимальних форм поведінки у соціально значущих ситуаціях та ін.), у процесі яких відбувається психокорекція комунікативної, емоційно-вольової сфер, а також від реагування на психотравмуючий досвід та

осмислення його негативного впливу на міжособистісну взаємодію.

Другий – створення відповідного культурного середовища у вигляді різних організацій, об'єднань, клубів для ветеранів, де б вони могли спілкуватися зі своїми бойовими побратимами, отримувати соціальну та психологічну допомогу у формі спеціально організованих заходів (практичних занять – спеціально підготовлених реадаптаційних тренінгів, що проводяться за вимогами та принципами тренінгової роботи й містять відповідні соціально-психологічні компоненти, і т. п.). Важливо включати у програми реабілітації військовослужбовців вечори музичної та поетичної творчості. Відомо, що багато з них пишуть вірші, оповідання, займаються пісенною творчістю.

Третій – робота із сім'ями військовослужбовців. Швидкому поверненню у систему соціальних зв'язків і відносин мирного часу сприяє позитивна атмосфера у сім'ї. Важливо проводити спеціальні зустрічі з членами сімей з метою виявлення у них певних проблем у міжособистісному спілкуванні та надання практичних порад щодо поліпшення подружніх стосунків, формування взаємної підтримки у сім'ї тощо. У процесі цієї роботи психологу важливо проявити зацікавленість до існуючих проблем, здійснювати психологічну підтримку та надавати можливість усім членам родини висловлюватися.

Четвертий – формування позитивного образу військовослужбовця у свідомості громадян України через засоби масової інформації. Успішна реалізація цього напряму соціально-психологічної реадаптації вояків передбачає, зокрема, створення циклу науково-пізнавальних і прикладних програм щодо існуючих соціально-психологічних проблем та шляхів їх вирішення.

П'ятий – відбір та адаптація соціально-психологічного інструментарію з метою підвищення успішності проведення реадаптаційних заходів. Пошук та розробка психодіагностичного інструментарію – відповідних методів та методик, які можуть застосовуватися на етапах реадаптації, є важливим завданням для

фахівців (зокрема, психологів, психотерапевтів, соціальних працівників), котрі залучаються до цього процесу. Передовсім це стосується психодіагностичних досліджень щодо визначення наявності ПТСР, відхилень у емоційно-вольовій, пізнавально-когнітивній, комунікативній сферах особистості. Доцільно виокремити необхідну кількість стандартизованих банків тестів та методик, за допомогою яких можна провести комплексне дослідження та виявити наявність відхилень у особистісній сфері. Відповідно до отриманих результатів психодіагностичних обстежень розробити відновлювальні психокорекційні програми.

Вивчення цього питання дає змогу стверджувати, що реадаптаційні заходи не повинні мати короткостроковий характер. Їх потрібно здійснювати з метою дослідження як наявного психофізіологічного, так і морально-психологічного станів громадян, а надалі, періодично, на підставі поточного моніторингу з'ясовувати динаміку цих змін. Це стане можливим у разі створення певної, адекватної існуючим вимогам, системи соціально-психологічної реадаптації українців з відповідним правовим, організаційно-нормативним, медичним, психологічним, матеріально-технічним, кадровим та методичним забезпеченням.

5.2 Профілактика вживання алкогольних та наркотичних речовин в умовах війни

Як зазначалося вище, типовими формами адиктивної (залежної) поведінки людей є:

- вживання алкогольних напоїв;
- вживання наркотичних речовин.

Найбільш поширеною формою залежної поведінки є зловживання алкогольними напоями.

Пияцтво – це небезпечне для соціуму явище, яке в нашому суспільстві в умовах надмірного психотравмуючого впливу війни часто набирає значних масштабів. Психологічну характеристику пияцтва слід починати із виникнення потреби в алкоголі, тобто доцільно знайти певну вихідну точку, від якої й стартує процес деформації особистості:

- потяг до алкоголю аж ніяк не зумовлений природною потребою людини;

- така потреба з'являється, оскільки суспільство виробляє такий продукт, визначає певні звичаї та форми поведінки, пов'язані із вживанням алкоголю.

Разом із тим, вплив мікросередовища на «алкогольні» звичаї свідчить, що саме він є наслідком певної культури. Тут ідеться саме про ту сферу життя, котра пов'язана не тільки із культурою, а й із нормами та зразками поведінки людини. Тобто алкоголь є укорінений певним чином у стиль життя людей.

Алкоголізм виникає як результат регулярного вживання спиртних напоїв, наслідками якого, зокрема, можуть бути: психопатизація, астения, втрата інтересів, моральних цінностей та афективні розлади з агресивністю й суїцидальними тенденціями, а в окремих випадках – ще й деменція (недоумство); характерним проявом є й так званий алкогольний гумор; можуть також виникати психотичні та хронічні стани (галюциноз, корсаківський психоз)⁶⁰.

Пияцтво – це надмірне вживання спиртних напоїв, яке не досягло рівня фізичної залежності організму від алкоголю. З психологічної точки зору є явищем своєрідної компенсації, певною спробою психологічно вимкнутися із конкретної ситуації смертельної небезпеки та подолати страх, забути про ракетні обстріли, втрати та ін.⁶¹

Профілактика пияцтва в суспільстві забезпечується проведенням комплексу заходів організаційного, виховного, психологічного характеру (див. рис. 5.4).

Організаційна робота фахівців з профілактики пияцтва полягає у:

- аналізі інформації про осіб, які схильні до вживання алкоголю, та здійснення за ними належного контролю;

⁶⁰ Андрієті А. В. Організація та методика роботи з особовим складом підрозділів Збройних Сил України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2022. 200 с.

⁶¹ Шиліна А. А. Особливості прояву девіантної поведінки в бойовій обстановці. Особистість, Суспільство, війна. Харків, 2022. С. 128–131.

- проведенні аналізу подій, проступків та злочинів, пов'язаних із пияцтвом, вироблення певних заходів із їх попередження;
- інформуванні населення про покарання (засудження) осіб, які здійснили проступки чи злочини у стані алкогольного сп'яніння;
- проведенні вибіркового перевірок у трудових (навчальних) колективах;
- регулярному розгляді у трудових (навчальних) колективах на службових нарадах передумов уживання алкоголю й надання певним посадовим особам необхідних завдань з проведення певних упереджувальних заходів;
- застосуванні дисциплінарних й матеріальних санкцій стосовно осіб, котрі зловживають спиртними напоями.



Рис. 5.4. Напрями профілактики зловживання алкоголем

Виокремлено також, виховний блок із профілактики пияцтва. Він містить низку заходів, а саме:

- виявлення осіб, які схильні до вживання спиртних напоїв (на основі вивчення біографій, аналізу характеристик із місця роботи чи навчання, перегляду медичних карток та карток професійно-психологічного відбору);
- проведення профілактичних бесід з метою виявлення обставин життя і роботи, що є основою ризику зловживання спиртним;

- детальне роз'яснення певних соціальних, правових та психологічних аспектів небезпеки вживання алкоголю;
- постійне й чітке декларування стандартів та норм поведінки у колективі та особисте їх дотримання;
- демонстрація керівниками колективів особистого прикладу з дотримання здорового способу життя;
- актуалізація необхідної думки всього колективу для формування в соціальному середовищі обстановки загальної нетерпимості до пияцтва;
- нейтралізація негативних традицій та запровадження більш ефективних ритуалів відзначення кращих працівників колективу тощо;
- проведення антиалкогольної пропаганди, кінолекторіїв, зустрічей з працівниками медичних установ у колективах.

Психологічна складова роботи із профілактики пияцтва спрямовується на:

- формування у людей негативного ставлення до вживання алкоголю шляхом застосування відповідних ефективних психологічних прийомів;
- деміфологізація алкоголю як символу певного престижу та асоціювання його споживання з позитивними якостями людини, зокрема: мужністю, хоробрістю, витривалістю та ін.;
- залучення психологів до розвитку у людей навичок саморегуляції й самоконтролю, необхідними для протистояння такому мотиву, як бажання вжити алкоголь;
- активне формування мотивації до стійкого здорового способу життя;
- створення у трудовому (навчальному) колективі системи взаємодопомоги⁶².

У сучасному світі відзначається виразна тенденція до певного збільшення кількості осіб, насамперед молоді, які вживають

⁶² Андриєті А. В. Організація та методика роботи з особовим складом підрозділів Збройних Сил України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2022. 200 с. ; Профілактика відхильної поведінки у військовослужбовців: навч.-метод. посіб. ; Романишин А. М. та ін. Київ : Вид. дім «СКІФ», 2023. 174 с.

психоактивні речовини. Активізується й уживання нетрадиційних наркотиків, значно поширюються їх синтетичні різновиди.

Поведінку, яка характеризується певною психічною залежністю саме від психоактивних речовин, називають наркотизмом. Він виражає певний рівень споживання людиною нарковмісних препаратів та речовин, коли в неї вже сформувалася фізична залежність від них⁶³.

Загалом причини наркоманії не можна пояснити єдиним чинником-передумовою. Проте їх можна умовно поділити на такі групи: соціальні, психологічні, соціально-психологічні.

Наркоманію вважають соціальною хворобою, оскільки саме соціальні чинники є основою її розвитку.

На рівень розвитку наркоманії мають суттєвий вплив передовсім механізми соціального контролю (зокрема, суспільство, професійне оточення, мікросоціальне середовище, родина, коло знайомих та друзів).

Люди, які не спроможні долати життєві труднощі, зазвичай намагаються знайти якісь можливості додаткового заспокоєння чи збудження і, як результат, вдаються до вживання наркотиків. Інколи саме у прагненні уникати нібито несправедливості чи інших проблем сьогодення й ховаються причини, які своєрідно ніби підштовхують людину до створення власного світу ілюзій та фантазій. Унаслідок цього особа, зокрема, може стати нещасною та намагається відокремити себе від власного реального становища. Цьому можуть також сприяти й вади виховання, певна моральна нестійкість, слідування деструктивним традиціям тощо.

До першочергових завдань з протидії розвитку в соціумі наркоманії та алкоголізму відносять залучення людей до здорового способу життя через створення певних соціально-економічних умов, відкриття центрів психологічної допомоги та організації їх співпраці із відповідними установами й громадськими організаціями.

⁶³ Шиліна А. А. Особливості прояву девіантної поведінки в бойовій обстановці. Особистість, Суспільство, війна. Харків, 2022. С. 128–131.

Профілактичні заходи слід проводити у тісному взаємозв'язку із запровадженням здорового способу життя.

Профілактика наркоманії забезпечується і сформованою системою організаційних заходів, що спрямовані на:

- попередження розповсюдження серед населення наркотиків;
- виявлення осіб, які вдаються до вживання наркотичних засобів;
- здійснення санітарно-просвітницьких заходів щодо негативних соціальних та медичних наслідків наркоманії⁶⁴.

З особами, які вдаються до вживанні наркотичних засобів, слід:

- проводити індивідуальну роботу, що має бути спрямована на виявлення характеру наркотизації;
- роз'яснювати негативні наслідки впливу на здоров'я наркотиків, токсичних речовин й алкоголю;
- інформувати про передбачену українським законодавством кримінальну відповідальність за незаконне виготовлення та придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів, за вживання їх у немедичних цілях.

Отже, робота з профілактики девіантної поведінки серед населення включає проведення комплексу заходів організаційного, виховного та психологічного характеру. Наповненість зазначених блоків та вибір конкретних форм профілактичної роботи залежить також від виду девіантної поведінки людини.

5.3 Профілактика суїцидальних проявів в умовах війни

Одним із завдань, яке стоїть перед суспільством в умовах війни, є збереження життя та здоров'я населення, створення зручних та безпечних умов життєдіяльності. Центальною ланкою зазначеного завдання є необхідність вирішення проблеми щодо психологічної діагностики й профілактики суїцидальної поведінки.

⁶⁴ Андрієті А. В. Організація та методика роботи з особовим складом підрозділів Збройних Сил України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2022. 200 с.

Діяльність керівників, фахівців-психологів, лікарів щодо попередження самогубств у трудових (навчальних) колективах належить до одного з найскладніших видів взаємодії. З метою організації діяльності із профілактики самогубств серед населення необхідно знати чинники, що сприяють прояву цього явища, – соціально-ситуаційні, особистісні.

Соціально-ситуаційні фактори визначають наявність у осіб відхилень від соціальних і культурних норм поведінки (включаючи протиправну та злочинну поведінку) та потребують постійного, системного та посиленого контролю й інтенсивного виховного впливу шляхом індивідуальної та соціально-психологічної корекції.

Так, до основних соціально-ситуаційних факторів, що призводять до самогубства, відносять, зокрема, такі:

- схильність до суїциду;
- судимість за кримінальні злочини;
- низький рівень загального розвитку та культури;
- проживання у неблагополучній родині;
- випадки затримання правоохоронними органами;
- невірноваженість і нетовариськість;
- низький рівень адаптаційних можливостей.

Особистісними факторами є сукупність певні психофізіологічні та психоневрологічні. Останні свідчать про наявність нервово-психічної нестійкості й патології. Психофізіологічні чинники означають наявність психологічних і психофізіологічних особливостей, що перешкоджають освоєнню певних спеціальностей. Так, серед особистісних факторів, які можуть зумовлювати самогубство, виділяють, зокрема, такі:

- наявність скарг на нервово-психічний стан здоров'я;
- прояви неадекватної поведінки й висловлювань про самогубство;
- ознаки, що свідчать про психічне відставання у розвитку;
- виражені характерологічні особливості з психопатичною поведінкою;
- лікування або перебування на обліку у психіатра та нарколога;

- черепно-мозкові травми, соматичні захворювання, які супроводжуються психотичними розладами, та нейроінфекції;
- систематичне вживання наркотичних речовин та алкоголю;
- наявні в минулому спроби самогубства;
- ознаки депресії, нав'язливих станів (страхи, надцінні ідеї тощо) та астенії;
- соціальна дезадаптація;
- обтяжена психічними розладами спадковість⁶⁵.

Отже, всі перераховані фактори чи окремі з них можуть призводити до того, що в особи формується певна соціально-психологічна дезадаптація, що характеризується досить інтенсивними негативними емоціями занепокоєнням, тривогою й депресивними станами.

Що стосується суїциду, то він розглядається як феномен соціально-психологічної дезадаптації людини в умовах певних мікросоціальних конфліктів⁶⁶. До основних чинників, які призводять до самогубства, відносять саме психологічні, бо суїцид – це явище психологічне.

Маркери самогубця, зокрема, можуть бути такі: невпевненість у собі, неадекватна, нестійка самооцінка, залежність від думки оточення, високий рівень тривожності, труднощі у прийнятті вольових рішень, низький рівень активності та оптимізму в певних нетипових ситуаціях, інфантилізм, сором'язливість, несаможиттєвість, недостатній рівень соціалізації, інфантильність та незрілість, замкнутість, байдужість до подій, схильність до самозвинувачення та перебільшення своєї провини⁶⁷.

На виникнення суїцидальної поведінки у людей впливають такі фактори:

- *відчуття неповноцінності*. Значну кількість суїцидентів становлять особи, які відчують: власну фізичну неповноцінність

⁶⁵ Андрієті А. В. Організація та методика роботи з особовим складом підрозділів Збройних Сил України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2022. 200 с. ; Психологія бою: навч.-метод. посіб. / Грицевич Т. Л. та ін.; за ред. А. М. Романишина. Львів : Видавництво «Астролябія», 2017. 352 с.

⁶⁶ Христук О. Л. Психологія девіантної поведінки : навч.-метод. посіб. Львів : Льв.ДУВС, 2014, 192 с.

⁶⁷ Андрієті А. В. Організація та методика роботи з особовим складом підрозділів Збройних Сил України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2022. 200 с.

у трудовому (навчальному) колективі; неспроможність на одному рівні з усіма виконувати функціональні обов'язки;

- *умови сімейного виховання*. Виховання в сім'ї, де є алкоголіки, психічно хворі, а також родичі з асоціальними формами поведінки (відбували або відбувають кримінальне покарання), були випадки та спроби самогубств чи суїцидальні погрози із боку близьких людей; відсутність батька у ранньому дитинстві, в родині наявний «матріархальний» стиль стосунків, емоційна депривація, покинутість в дитинстві, активне вживання алкоголю та інших наркотичних засобів;

- *втрата близьких людей*. У цьому разі ризик самогубства збільшується оскільки з цим змиритися важко, боляче, люди переживають сум, шок, страх та ін.⁶⁸

Ознаками високої ймовірності скоєння самогубства, є, зокрема, такі:

- висловлювання про бажання покінчити життя самогубством;
- опосередковані натяки на можливість суїцидальних дій (гра у самогубство зі зброєю, імітація виготовлення петлі тощо);
- попередня підготовка та цілеспрямований пошук засобів, щоби покінчити з життям (збір інформації про це, придбання значної кількості пігулок чи отруйних речовин);
- згадування та розповіді про приклади, символічне прощання (роздарювання особистих речей та фото й т. ін.);
- зміна поведінки (демонстрація зовсім інших поведінкових прийомів);
- звуження кола контактів та прагнення до усамітнення.

Самогубство в умовах війни явище особливе, яке важко зрозуміти. Безумовно, є безліч причин, через які людина на війні вчиняє самогубство. Але практично завжди пусковим механізмом суїциду є наявність такої внутрішньоособистісної ціннісно-сміслової кризи, котру особа переживає як потужну особистісну емоційну драму⁶⁹. Суїцидальні акти можуть здійснювати й особи з

⁶⁸ Бараннік В. А., Андрієт А. В. Організація та проведення психологічної роботи з військовослужбовцями ЗС України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2019. 136 с.

⁶⁹ Шиліна А. А. Особливості прояву девіантної поведінки в бойовій обстановці. Особистість, Суспільство, війна. Харків, 2022. с. 128–131.

психічними захворюваннями, й здорові люди⁷⁰. Якщо ж на психіку людини впливають стресові фактори війни, то алкоголь тільки зміцнює рішення покінчити життя самогубством.

В умовах війни загальна психопрофілактика суїциду має поєднувати певні етапи, а саме:

- медичний та професійно-психологічний відбір осіб на роботу, службу;
- правильне й чітке планування та організація повсякденного життя, професійної діяльності;
- організація низки заходів психогігієнічного та психопрофілактичного характеру, які забезпечують збереження психічного здоров'я людей;
- використання працівників в трудових (навчальних) колективах з урахуванням стану їх нервово-психічного здоров'я;
- згуртування трудових (навчальних) колективів;
- ефективне розв'язання конфліктних ситуацій;
- виявлення осіб із психічними розладами та емоційною нестійкістю;
- забезпечення соціальної та правової захищеності людини, дотримання її конституційних прав⁷¹.

Заходи із психопрофілактики:

- виявлення осіб із нервово-психічною неврівноваженістю та акцентуаціями характеру й поведінкою, що відхиляється від норми;
- призначення осіб на певні посади із урахуванням їх індивідуально-психологічних особливостей;
- розподіл фізичного й психічного навантаження при виконанні функціональних обов'язків;
- попередження надмірної психо-емоційної напруженості.

⁷⁰ Христук О. Л. Психологія девіантної поведінки : навч.-метод. посіб. Львів : Льв. ДУВС, 2014, 192 с.

⁷¹ Андрієті А. В. Профілактика суїцидальної поведінки серед співробітників правоохоронних органів. Актуальні проблеми психологічного забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів : зб. матеріалів доп. учасн. II Міжнар. наук.-практ. конф. Київ, 2021. С. 186–189.

Заходи спеціальної профілактики суїцидальних подій:

- встановлення осіб із підвищеними суїцидальними намірами;
- прогнозування можливої суїцидальної активності певних осіб;
- своєчасне надання адекватної допомоги людині, яка перебуває в стані психологічної кризи.

З метою перевірки психічного стану суїцидента проводять психодіагностичне дослідження за допомогою традиційних тестових методик, які використовують для оцінювання вираженості соціально-психологічної дезадаптації: рівня реактивності й особистісної тривоги, самооцінки, соціально-психологічної дезадаптації, значущості життєвих подій.

Психокорекція спрямована на подолання психологічних проблем суїцидента. Робота психотерапевта, психолога полягає в корекції автоагресивної поведінки особи з психологічною кризою і суїцидогенним конфліктом.

До *методів психокорекції суїцидальної активності* належать (див. рис. 5.5): кризова психотерапія (перетворення кризової ситуації); когнітивна психотерапія; аксіологічна корекція (переорієнтація особистісних цінностей). Застосовуються також *традиційні методи психокорекції* – раціональний, сугестивний, гештальттерапія, психоаналіз, психосинтез, клієнт-центрований, медитативний, – спрямовані на активацію внутрішньособистісних ресурсів, зміну основних настанов, які сформували суїцидальну поведінку⁷².

Профілактика самогубств ґрунтується, зокрема, на знанні ймовірних причин та варіантів їх усунення.

Ураховуючи той факт, що люди по-різному реагують на життєві ситуації, *робота керівників колективів, фахівців-психологів, лікарів з профілактики самогубств включає:*

- встановлення осіб, схильних до суїцидальних дій;
- виявлення у поведінці людей зовнішніх ознак можливих намірів самогубства;

⁷² Москалець В. П. Психологія суїциду : посібник. Київ : Академвидав, 2004. 288 с.

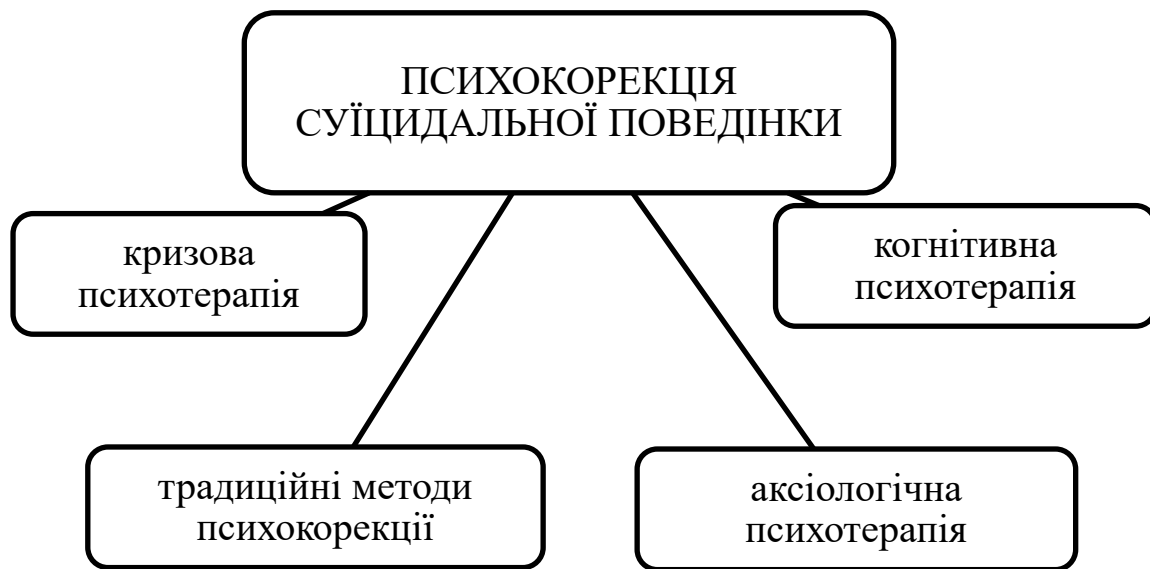


Рис. 5.5. Методи психокорекції суїцидів

- з'ясування та ліквідація причин та умов, які провокують суїцидальні вчинки.

Таким чином, зниження ризику суїциду серед населення доцільно забезпечувати комплексними, систематичними та профілактичними заходами індивідуальної та групової роботи.

ПІСЛЯМОВА

Актуальність збереження психічного і фізичного здоров'я населення України зумовлена реаліями життя. Під час війни треба не просто вижити, а й зберегти своє психічне (ментальне) здоров'я, що з-поміж іншого дасть змогу актуалізувати життєво важливі мотиви, щоб якісно функціонувати, ефективно працювати й робити внесок у розвиток України та всього сучасного соціуму. Усвідомлення власної спроможності до конструктивних дій актуалізує формування стану психічного благополуччя, який, зокрема, робить людей спроможними долати дуже складні життєві труднощі, виживати в екстремальних умовах й загалом підвищувати свою ресурність для подолання всіляких перешкод.

Для громадянського суспільства надважливим є підвищення обізнаності та оволодіння практичними навичками стосовно підтримання психічного здоров'я. Кожен має знати як відновити власне ментальне здоров'я в кризові періоди, як зрозуміти які саме ефективні психологічні техніки слід використовувати при самодопомозі та психологічні допомози іншим. Такий дієвий підхід у складних умовах сьогодення має вирішальне значення для підвищення рівня соціальної активності, якості життя, особистісного вдосконалення та соціально-економічного розвитку України, загалом.

Сьогодні, коли кожен з нас у будь-який момент може опинитися як на місці постраждалого, так і в ролі того, хто надає допомогу, базові знання із особливостей реагування психіки на травмівний вплив війни, правил надання допомоги і розвитку навичок саморегуляції стають обов'язковими для всіх, незалежно від віку, статі, соціального становища тощо. І це визначає посилення уваги на державному рівні до активного впровадження системи відновлення психічного здоров'я нації за рахунок реформ в освіті, посилення резилентності громад, залучення суспільства до активної участі у системних перетвореннях у країні.

Автори пропонованого посібника також не залишилися осторонь актуального завдання збереження психічного здоров'я

людей, постраждалих від війни. Сподіваємося, що наведені теоретичні дані та практичні поради посприяють формуванню базис здорового соціуму, спроможного чинити опір негативним факторам існування в умовах війни. Викладені життєво важливі психологічні вектори спрямовані на формування стійкого й психологічно грамотного суспільства.

Практичний посібник покликаний допомогти українцям піклуватися про психічне здоров'я – своє та інших, щоб вирватися з полону тривожних думок, негативних емоцій та віднайти джерело сили задля відновлення післявоєнного життя у квітучій мирній Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрієті А. В. Профілактика суїцидальної поведінки серед співробітників правоохоронних органів. *Актуальні проблеми психологічного забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів* : зб. матеріалів доп. учасн. II Міжнар. наук.-практ. конф. Київ, 2021. С. 186–189.
2. Андрієті А. В. Організація та методика роботи з особовим складом підрозділів Збройних Сил України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2022. 200 с.
3. Бараннік В. А., Андрієті А. В. Організація та проведення психологічної роботи з військовослужбовцями ЗС України : навч. посіб. Київ : НА СБУ, 2019. 136 с.
4. Вашека Т. В. Профілактика самогубства серед підлітків: методика для вимірювання суїцидальної поведінки. Практична психологія та соціальна робота. 2005. № 4. С. 53–57.
5. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика. Львів : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. 338 с.
6. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с.
7. Дбаймо про психічне здоров'я: кілька порад, як його підтримати / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/news/dbaymo-pro-psikhichne-zdorovya-kilka-porad-yak-yogo-pidtrimati> (дата звернення: 10.09.2023).
8. Клініка, діагностика і лікування розладів психічної сфери внаслідок бойових дій: навч. посібник / В. Д. Мішиєв, Б. В. Михайлов, Є. Г. Гриневич, В. Ю. Омелянович. Київ, 2022. 136 с.
9. Коkun О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник : прак. посібник. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. 2023. 25 с.
10. Колк Б. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому. Харків : Віват, 2022. 624 с.

11. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 р., затверджена Розпорядженням КМУ від 27.12.2017 р. № 1018-р.

12. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : навч. посіб. для студентів вищих навч-х закладів. Київ : Ельга, Ніка-Центр, 2017. 505 с. (перевидання 3-тє доповнене).

13. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини : навч. посібник. Луцьк : Вежа, 2011. 430 с.

14. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : моногр. / В. М. Крайнюк. Київ : Ніка-Центр, 2007. 432 с.

15. Кузьменко В. В., Диса О. В., Шинкаренко І. О. Психологія девіантної поведінки : навч. посібник. Дніпро : Видавець Біла К. О., 2019. 68 с.

16. Медична допомога учасникам бойових дій : навч. посібник / за заг. ред. проф. О. М. Хвисюка, проф. В. Г. Марченко, проф. Б. В. Михайлова. 2-ге вид., переробл. та допов. Харків : Діса Плюс, 2019. 576 с.

17. Михайлов Б. В., Риженко С. А., Мороз С. М. Війна в Україні: патоморфоз психічних і поведінкових розладів. Київ : Дніпро, 2019. 377 с.

18. Москалець В. П. Психологія суїциду : посібник. Київ : Академвидав, 2004. 288 с.

19. План заходів по реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 р., затверджений Розпорядженням КМУ від 06.10.2021 р. № 1015-р.

20. Постійне представництво України у Женеві. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). URL: <https://geneva.mfa.gov.ua/posolstvo/2612-who> (дата звернення: 11.09.2023).

21. Приходько І. І. Засади психологічної безпеки персоналу екстремальних видів діяльності : монографія. Харків : Академія ВВ МВС України, 2013. 725 с.

22. Профілактика відхильної поведінки у військово-службовців : навч.-метод. посібник / Романишин А. М. та ін. Київ : Вид. дім «СКІФ», 2023. 174 с.

23. Психологічна допомога військовослужбовцям – учасникам бойових дій : практ. посіб. / Н. Г. Іванова, О. І. Фармагей, Ю. І. Андрусишин та ін. Київ : Нац. акад. СБУ, 2018. 136 с.

24. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / М. С. Корольчук [і др.] ; Київський національний ун-т ім. Т. Шевченка, Київський міжнародний ун-т, Київський військовий гуманітарний ін-т Національної академії оборони України. Київ : Фірма "ІНКОС", 2002. 271 с.

25. Психологічні аспекти комунікації з населенням на деокупованих територіях України : практичний poradник / Н. Г. Іванова, І. А. Верещук, Ю. І. Андрусишин та ін. Київ : НА СБУ, 2023. 96 с.

26. Психологічні особливості віддалених наслідків стресогенних впливів : монографія / М. С. Корольчук, М. М. Корольчук, А. І. Калуженко та ін. ; за ред. М. С. Корольчука. Київ : Київ. нац. торг.-економ. ун-т, 2014. 276 с.

27. Психологічні особливості стійкості особистості до терористичної загрози : практичний посібник / Н. Г. Іванова та ін. Київ : НА СБУ, 2022. 159 с.

28. Психологія бою : навчально-метод. посібник / Грицевич Т. Л. та ін.; за ред. А. М. Романишина. Львів : Видав-во «Астролябія», 2017. 352 с.

29. Психологія здоров'я людини : навчальний посібник / І. В. Толкунова та ін. Київ, 2018. 156 с.

30. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посібник / В. Д. Мішиєв, Б. В. Михайлов, Є. Г. Гриневич, В. Ю. Омелянович. Київ, 2022. 175 с.

31. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : навчальний посібник. Київ : Кондор, 2005. 278 с.

32. Розов В. І. Адаптивні здібності людини в умовах травматичного стресу: Огляд досліджень вчених США. *Соціальна психологія*. 2006. № 3(17). С. 108–120.

33. Розов В. І. Психологічна діагностика адаптивних здібностей до стресу. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006, № 11. С. 41–50.
34. Розов В. І. Психологічний аналіз адаптивності в екстремальних умовах : автореф. дис. ... канд. псих. наук : 19.00.09. Київ, 1993. 20 с.
35. Розов В. І. Психологія екстремальних ситуацій : наук.-прак. посібник. Київ : Вид-чий дім Скіф, 2012. 500 с.
36. Тимофієва М. П., Двіжона О. В. Психологія здоров'я : навч. посібник. Чернівці : Книги – ХХІ, 2009. 296 с.
37. Халін А. І., Георгі М. К., Сінюгін В. Г. Профілактика зловживання забороненими речовинами і наркозалежності. *Практична психологія та соціальна робота*. 2003. № 2–3. С. 101–108.
38. Христук О. Л. Психологія девіантної поведінки : навч.-метод. посібник. Львів : Льв. ДУВС, 2014, 192 с.
39. Шиліна А. А. Особливості прояву девіантної поведінки в бойовій обстановці. *Особистість, Суспільство, війна*. Харків, 2022. с. 128–131.
40. Ширококов Ю. М. Теоретичні та прикладні аспекти психології військового полону : моногр. Харків, 2020. 476 с.
41. Building your resilience: We all face trauma, adversity and other stresses. Here's a roadmap for adapting to life-changing situations, and emerging even stronger than before. URL: <https://www.apa.org/topics/resilience/building-your-resilience/> (дата звернення: 10.09.2023).
42. Hardiness. Oxford learner's Dictionaries. URL: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/us/definition/english/hardiness> (дата звернення: 11.09.2023).
43. Heim E. Coping based intervention strategies. Patient education and counseling. 1995. № 26. P. 145–151. DOI: 10.1016/0738-3991(95)00733-g (дата звернення: 08.09.2023).
44. Jon Kabat-Zinn. Mindfulness in action. URL: <https://jonkabat-zinn.com/mindfulnessin-action/> (дата звернення: 12.09.2023).

45. Lazarus R., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York : Springer, 1984. P. 22–46. DOI: 10.4236/psych.2016.714171 (дата звернення: 09.09.2023).
46. Maddi S. Hardiness and Mental Health. Journal of Personality Assessment. November 1994. № 63(2). P. 265-74. DOI: 10.1207/s15327752jpa6302_6 (дата звернення: 08.09.2023).
47. Martin R. The Psychology of Humor: an Integrative Approach. URL: <https://ia600703.us.archive.org/4/items/psychologyofhumo00martrich/psychologyofhumo00martrich.pdf> (дата звернення: 15.09.2023).
48. McGlynn D. Systematic Desensitization. Encyclopedia of Psychotherapy. Reference Work. 2002. URL: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-anddentistry/systematic-desensitization> (дата звернення: 11.09.2023).
49. Seligman M. How to change your mind and your life. Vintage books a Division of random House. New York, 2006. 357 с. URL: https://abdulkadir.blog.uma.ac.id/wp-content/uploads/sites/643/2020/02/Learned-Optimism_-How-to-Change-Your-Mind-and-Your-Life-PDFDrive.com-.pdf (дата звернення: 16.09.2023).
50. Tracy B. Time management. American Management Association, 2013. 138 p. URL: <https://www.amanet.org/assets/1/6/time-management-mini.pdf> (дата звернення: 17.09.2023).

ДОДАТКИ

Додаток А

МЕТОДИКИ ВИЯВЛЕННЯ ПТСР

Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків

ІНСТРУКЦІЯ. Уважно прочитайте кожне твердження, виберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашому стану на даний час. У кожній колонці на бланку відповідей під номером твердження обведіть цифру, що позначає Вашу відповідь: 5 – абсолютно правильно; 4 – швидше правильно; 3 – частково правильно; 2 – швидше не правильно; 1 – абсолютно не правильно.

ТЕКСТ ОПИТУВАЛЬНИКА

1. Уранці я прокидаюся бадьорим і відпочившим.
2. Я добре координую свої рухи.
3. Я відчуваю втому.
4. Мені необхідно зусилля, щоб вникнути в те, що говорять оточуючі.
5. Раптово у мене буває сильне серцебиття.
6. Я приймаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення.
7. Навколишній світ здається мені нереальним.
8. Я здригаюся від раптового шуму.
9. Я настільки жваво згадую окремі події, що при цьому ніби знову переживаю їх.
10. Я абсолютно здоровий фізично.
11. Мені приносить задоволення бути серед інших людей.
12. Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека.
13. Мені не можна дорікнути в неувважності.
14. Я часто бачу один і той же страшний сон.
15. Безумовно, я винен перед людьми.
16. Дрібниці дратують мене.

17. Я намагаюся не дивитися телевізор, якщо показують хроніку драматичних подій.
18. Мені подобається моя робота.
19. Я пережив серйозну втрату.
20. Я добре висипаюся ночами.
21. Я ніколи не бачу страшних снів.
22. Іноді мені хочеться напиться.
23. Мої близькі дуже хвилюються через мою роботу.
24. У мене буває відчуття, що час спливає нібито би сповільнено.
25. Іноді я звертаюся до лікаря тільки тому, що хочу трохи відпочити.
26. Багато речей втратили для мене інтерес.
27. Без жодного приводу я можу вийти із себе.
28. Мені слід було б дотримуватися дієти.
29. Я намагаюся уникати розмов на неприємні теми.
30. Трапляється, що я забуваю речі.
31. Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене.
32. Мені необхідно краще контролювати емоції.
33. Минулі події часом згадуються більш яскраво, ніж ті, що відбуваються зараз.
34. Мені іноді здається, що світ навколо мене втрачає кольори.
35. Я прокидаюся від раптового страху.
36. Мені вартує значних зусиль працювати в постійному ритмі.
37. Часом я відчуваю озноб.
38. Мені хочеться допомагати людям, що потрапили в біду.
39. Нещодавно мені довелося зіткнутися з досить небезпечними обставинами.
40. Я відчуваю себе дорослішим, ніж більшість з моїх однолітків.
41. Я можу заснути у процесі роботи.
42. Я відчуваю почуття самотності.
43. Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім нещодавно.
44. Я відчуваю, що стаю іншою людиною.
45. Мене радують часом найнезначніші речі.

46. Я відчуваю приплив сил.
47. Уранці я прокидаюся з великим труднощами.
48. Мої думки постійно повертаються до тієї ситуації, про яку не хочеться згадувати.
49. Я відчуваю почуття сорому.
50. Зазвичай я не звертаюся до лікаря, навіть якщо відчуваю, що не зовсім здоровий.
51. Мій сон настільки міцний, що гучні звуки, яскраве світло не можуть перешкодити мені.
52. Мені кажуть, що я кричу уві сні.
53. Я часто думаю про майбутнє.
54. Іноді я серджуся.
55. Я боюся, що можу зробити щось усупереч своїм намірам.
56. Буває, що я забуваю те, що хотів сказати або зробити.
57. Останнім часом мій настрій погіршився.
58. Мені немає на кого покластися.
59. Хотілося б, щоб моя сім'я приділяла мені більше уваги.
60. Безумовно, я люблю ризикувати.
61. Мені подобається чорний гумор.
62. Я в усьому покладаюся на самого себе.
63. Я постійно відчуваю потребу що-небудь жувати, навіть не відчуючи голоду.
64. Іноді мені здається, що я заплутався в житті.
65. Мені здається, що я не зумів зробити того, що від мене вимагалось.
66. Я відчуваю інтерес і смак до життя.
67. Мені весело й легко в компанії людей.
68. Я багато і плідно працюю.
69. Часто я забуваю, куди поклав ту чи іншу річ.
70. Я намагаюся ні з ким не обговорювати свої проблеми.
71. Я ніколи не відчував страху.
72. Мені корисно побути одному.
73. Роблячи яку-небудь справу, я часто думаю зовсім про інше.
74. Моє життя різноманітне і насичене подіями.
75. Я ніколи не робив вчинків, за які мені було б соромно.

76. Чужі труднощі мало кого хвилюють.
77. Я почуваюся набагато старше своїх років.
78. Мені здається, що мене чекає щасливе майбутнє.
79. У житті мені довелося випробувати таке, що краще не згадувати.
80. Я гостро сприймаю чужий біль.
81. Мені здається, що я втратив здатність радіти життю.
82. Мене турбують головні болі.
83. Легкі заробітки зазвичай пов'язані з порушенням закону.
84. Я не проти підзаробити.
85. Сторонні звуки відволікають мене.
86. Я намагаюся не вступати в бійку, якщо справа мене не стосується.
87. Я вірю в перемогу справедливості.
88. Моє серце працює як звичайно.
89. Іноді я приймаю пігулки.
90. Є речі, які я не можу собі пробачити.
91. Безумовно, мені потрібен час, щоби прийти до тями.
92. Алкоголь добре знімає будь-який стрес.
93. Я не схильний скаржитися на здоров'я.
94. Мені хочеться все трошити на своєму шляху.
95. Більшість людей переймається лише власним благополуччям.
96. Мені не легко стримувати свій гнів.
97. Я вважаю, що правий той, хто сильніший.
98. Я ніколи не неприємний.
99. Мені слід було б навчитися уникати конфліктів.
100. Я знайшов хороших друзів.
101. Мене вважають врівноваженою людиною.
102. Нервові напруження добре знімає сауна.
103. Я відчуваю розгубленість.
104. Часто мені здається, що на мене чатує небезпека.
105. Я працюю, не відчуваючи втоми.
106. Я відчуваю сильне внутрішнє збудження.
107. Мені важко зосередитися одночасно на декількох справах.

108. Часто я роблю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук або рух.

109. Я відчуваю себе цілком упевненим.

110. Мені є за що дякувати долі.

ОБРОБКА РЕЗУЛЬТАТІВ

1. Надмірна настороженість. Дана шкала відповідає таким питанням: 2, 32, 46, 58, 62, 70, 98, 105, 106, 109. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

2. Перебільшене реагування. Дана шкала відповідає таким питанням: 8, 12, 39, 102, 104, 108. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

3. Притупленість емоцій. Дана шкала відповідає таким питанням: 3, 4, 6, 7, 13, 24, 26, 34, 45, 64, 66, 74, 81. Підсумуйте показники (питання 3, 4, 6, 7, 24, 26, 34, 64, 81) і відніміть суму значень за рештою питань (13, 45, 66, 74), отриману величину розділіть на 9.

4. Агресивність. Дана шкала відповідає таким питанням: 60, 83, 84, 87, 94, 96, 97, 99. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

5. Порушення пам'яті й концентрації уваги. Дана шкала відповідає питанням: 30, 36, 43, 56, 69, 73, 85, 91, 107. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

6. Депресія. Дана шкала відповідає питанням: 19, 26, 34, 42, 48, 57, 64, 81, 91, 82, 72. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

7. Загальна тривожність. Дана шкала відповідає питанням: 5, 16, 31, 37, 55, 59, 76, 103. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

8. Напади люті. Дана шкала відповідає питанням: 54, 84, 86, 88, 96, 101. Підсумуйте значення (питання: 54, 84, 96) і відніміть значення за рештою питань (86, 88, 101), отриману величину розділіть на 3.

9. Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами. Дана шкала відповідає питанням: 22, 25, 50, 63, 89, 92, 102.

Підсумуйте значення (питання: 22, 25, 63, 89, 92) і відніміть значення за рештою питань (50, 102), отриману величину розділіть на 3.

10. Небажані спогади і галюцинаторні переживання. Дана шкала відповідає питанням: 7, 9, 17, 19, 29, 33, 48, 71, 79. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

11. Проблеми зі сном (труднощі із засинанням і переривчастий сон). Дана шкала відповідає питанням: 1, 14, 20, 21, 35, 41, 47, 51, 52. Підсумуйте значення (питання: 14, 35, 41, 47, 52) і відніміть значення за рештою питань (1, 20, 21, 51), отриману величину розділіть на 4.

12. Почуття провини за те, що вижив. Дана шкала відповідає питанням: 15, 38, 49, 65, 80, 90. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

13. Оптимізм. Дана шкала відповідає питанням: 10, 11, 18, 40, 44, 53, 67, 68, 75, 77, 78, 93, 100, 110. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

Шкала для клінічної діагностики ПТСР

ТЕКСТ ОПИТУВАЛЬНИКА

ПІБ _____

Дата _____

А. ТРАВМАТИЧНА ПОДІЯ _____

В. ПОСТІЙНЕ ПОВТОРЮВАНЕ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ

1. Повторювані нав'язливі спогади про події, що викликають дистрес

Частота. Чи траплялося так, що ви мимоволі, без жодного приводу, згадували про ці події? Чи було це тільки уві сні? (*Виключити, якщо спогади з'являлися тільки уві сні.*) Як часто це відбувалося протягом останнього місяця?

- 0 – ніколи
- 1 – один або два рази
- 2 – один або два рази на тиждень
- 3 – кілька разів на тиждень
- 4 – щодня або майже щодня.

Інтенсивність. Якщо з цих випадків взяти найтяжчий, наскільки сильні були переживання, викликані цими спогадами? Чи були ви змушені переривати справи, якими в цей момент займалися? Чи спроможні ви, якщо постараетесь, подолати ці спогади, позбутися їх?

- 0 – відсутність дистресу
- 1 – низька інтенсивність симптому: мінімальний дистрес
- 2 – помірна інтенсивність: дистрес виразний
- 3 – висока інтенсивність: значний дистрес, явні зриви в діяльності та труднощі у подоланні спогадів про подію
- 4 – дуже висока інтенсивність: важкий, нестерпний дистрес, нездатність продовжувати діяльність і неможливість позбутися спогадів про подію.

2. Інтенсивні переживання, що символізують або нагадують про травматичні події або травму, у тому числі річниця від дати її отримання

Частота. Були у вас випадки, коли ви бачили щось, що нагадувало про ці події, і вам ставало важко і сумно, ви засмучувалися? Як часто це з вами траплялося протягом останнього місяця?

- 0 – ніколи
- 1 – один або два рази
- 2 – один або два рази на тиждень
- 3 – кілька разів на тиждень
- 4 – щодня або майже щодня.

Інтенсивність. Якщо з цих випадків взяти найтяжчий, наскільки ви були схвильовані й засмучені, наскільки сильні були переживання?

- 0 – анітрохи
- 1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальний дистрес
- 2 – помірна інтенсивність: дистрес виразно присутній, але ще контролюється
- 3 – висока інтенсивність: значний дистрес
- 4 – дуже висока інтенсивність: нестерпний дистрес.

3. Відчуття, ніби травматична подія повторилася, у тому числі переживання, ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди (флешбек-ефекти), навіть ті, які виникають спросоння

Частота. Чи доводилося вам коли-небудь раптово вчиняти дії або відчувати себе так, як нібито подія(ї) відбувається знову? Як часто це з вами траплялося протягом останнього місяця?

- 0 – ніколи
- 1 – один або два рази
- 2 – один або два рази на тиждень
- 3 – кілька разів на тиждень
- 4 – щодня або майже щодня.

Інтенсивність. Якщо з цих випадків взяти найтяжчий, наскільки реальним було це відчуття? Наскільки сильно вам

здавалося, що та подія відбувалася знову? Як довго це тривало? Що ви робили при цьому?

0 – ніколи такого не було

1 – слабка інтенсивність симптому: відчуття трохи більшої реалістичності того, що відбувається, ніж при думці про нього

2 – помірна інтенсивність симптому

3 – висока інтенсивність: виникають образи, звуки, запахи, але все ще зберігається зв'язок з навколишнім світом

4 – дуже висока інтенсивність: відчуття флешбек-ефекту, повна відсутність зв'язку з навколишньою реальністю, можливі провали в пам'яті.

4. Повторювані сни про подію, що викликають тяжкі переживання (дистрес)

Частота. Чи були у вас коли-небудь неприємні сни про подію? Як часто це з вами траплялося протягом останнього місяця?

0 – ніколи

1 – один або два рази

2 – один або два рази на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня

Інтенсивність. Якщо з цих випадків взяти найгірший, наскільки сильні були ті неприємні, важкі переживання і почуття дискомфорту, які викликали у вас ці сни? Ви прокидалися від цих снів? (Якщо так, запитайте: «Що ви відчували або робили, коли прокидалися? Через скільки часу ви зазвичай засинали?»).

0 – відсутні

1 – слабо виражена інтенсивність симптому: мінімальний дистрес не викликає пробудження

2 – помірна інтенсивність: прокидається, відчуваючи дистрес, але легко засинає знову

3 – висока інтенсивність: дуже тяжкий дистрес, утруднене засинання

4 – дуже висока інтенсивність: нездоланий дистрес, неможливість заснути.

С. УНИКНЕННЯ ПОДРАЗНИКІВ, ЩО АСОЦІЮЮТЬСЯ З ТРАВМОЮ, АБО «БЛОКАДА» РЕАГУВАННЯ

5. Зусилля, спрямовані на те, щоб уникнути думок або почуттів, що асоціюються з травмою

Частота. Чи намагалися ви відганяти думки про події? Докладали ви зусиль, щоб уникнути відчуттів, пов'язаних із подією (наприклад, почуття гніву, печалі, провини)? Як часто це з вами траплялося протягом останнього місяця?

- 0 – ніколи
- 1 – один або два рази
- 2 – один або два рази на тиждень
- 3 – кілька разів на тиждень
- 4 – щодня або майже щодня.

Інтенсивність. Наскільки значних зусиль ви докладали, щоб не думати про події, щоб не відчувати почуттів, що їх стосуються? (Дайте оцінку всіх спроб свідомого уникнення, включаючи відволікання, пригнічення та зниження збудженості за допомогою алкоголю чи наркотиків).

- 0 – ніяких зусиль
- 1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальних зусиль
- 2 – помірна інтенсивність: деяких зусиль, уникнення, безперечно, є
- 3 – висока інтенсивність: значних зусиль, уникнення, безумовно, є
- 4 – дуже висока інтенсивність: чітко виражені спроби уникнення.

6. Зусилля, спрямовані на те, щоб уникати дій або ситуацій, які викликають спогади про травму

Частота. Чи намагалися ви коли-небудь уникати будь-яких дій або ситуацій, які нагадували б вам про події?

- 0 – ніколи
- 1 – один або два рази
- 2 – один або два рази на тиждень
- 3 – кілька разів на тиждень
- 4 – щодня або майже щодня.

Інтенсивність. Наскільки значних зусиль ви докладали для того, щоб уникати будь-яких дій або ситуацій, пов'язаних з подіями? *(Дайте оцінку всіх спроб поведінкового уникнення; наприклад, ветерани війни уникають участі у ветеранських заходах, переглядах військових фільмів та ін.).*

0 – ніяких зусиль

1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальних зусиль

2 – помірна інтенсивність: помірних зусиль

3 – висока інтенсивність: значних зусиль

4 – дуже висока інтенсивність: виражені спроби уникнення.

7. Нездатність згадати важливі аспекти травми (психогенна амнезія)

Частота. Чи траплялося так, що ви не могли пригадати важливі обставини того, що сталося з вами *(наприклад, імена, осіб, послідовність подій)*? Багато чого з того, що стосувалося подій, вам було важко згадати минулого місяця?

0 – нічого, ясна пам'ять про подію в цілому

1 – деякі обставини подій було неможливо згадати (менше 10 %)

2 – низку обставин подій було неможливо згадати (20–30 %)

3 – більшу частину обставин подій було неможливо згадати (50–60 %)

4 – майже нічого неможливо було згадати про події (більше 80 %).

Інтенсивність. Наскільки великі зусилля вам знадобилося докласти, аби згадати про важливі обставини подій?

0 – будь-які труднощі при згадці про події відсутні

1 – слабка інтенсивність симптому: незначні труднощі при відтворенні обставин події

2 – помірна інтенсивність: певні труднощі, проте при зосередженні зберігається здатність до відтворення в пам'яті події

3 – висока інтенсивність: значні труднощі при відтворенні обставин події

4 – дуже висока інтенсивність: повна нездатність згадати про подію.

8. Помітна втрата інтересу до улюблених занять

Частота. Чи відчуваєте ви, що втратили інтерес до занять, які були для вас важливими або приємними, наприклад, спорт, захоплення, спілкування? Якщо порівняти з тим, що було до події, скільки видів занять перестали цікавити вас за минулий місяць?

- 0 – втрати інтересу взагалі не було
- 1 – втрата інтересу до окремих занять (менше 10 %)
- 2 – втрата інтересу до кількох занять (20–30 %)
- 3 – втрата інтересу до значної кількості занять (50–60 %)
- 4 – втрата інтересу майже до всього (більше 80 %).

Інтенсивність. Наскільки глибока або сильна була втрата інтересу до цих занять у найгіршому випадку?

- 0 – взагалі не було втрати інтересу
- 1 – слабка інтенсивність симптому: тільки незначна втрата інтересу, не виключає отримання задоволення у процесі занять, якщо вони все-таки почалися
- 2 – помірна інтенсивність: безумовна втрата інтересу, але все-таки зберігається деяке почуття задоволення від заняття
- 3 – висока інтенсивність: дуже значна втрата інтересу до занять
- 4 – дуже висока інтенсивність: повна втрата інтересу, небажання займатися будь-якою діяльністю.

9. Почуття відстороненості або відчуженості від оточуючих

Частота. Чи не було у вас відчуття віддаленості або втрати зв'язку з оточуючими? Чи відрізнявся цей стан від того, що ви почували перед подіями? Як часто ви відчували себе так протягом останнього місяця?

- 0 – такого взагалі не було
- 1 – рідко (менше 10 % часу)
- 2 – іноді (20–30 %)
- 3 – часто (50–60 %)
- 4 – майже завжди або постійно (більше 80 %).

Інтенсивність. У найгіршому випадку наскільки сильно було ваше почуття відстороненості або відсутності зв'язку з оточуючими? Хто все-таки залишався вам близький?

0 – відсутні подібні почуття

1 – слабка інтенсивність симптому: епізодично відчуває себе, ніби «йде не в ногу» з оточуючими

2 – помірна інтенсивність: певна наявність почуття віддаленості, але зберігаються певні міжособистісні зв'язки і почуття приналежності до навколишнього світу

3 – висока інтенсивність: значне відчуття відстороненості або відчуженості від більшості людей, зберігається здатність взаємодії тільки з однією людиною

4 – дуже висока інтенсивність: відчуває себе повністю відірваним від інших людей, близькі стосунки не підтримує ні з ким.

10. Знижений рівень афекту, наприклад, нездатність любити

Частота. Чи були у вас такі періоди, коли ви були «нечутливі» (вам було важко переживати такі почуття, як любов або щастя)? Відрізнявся цей стан від того, як ви себе почували перед подіями? Як часто ви відчували себе так протягом останнього місяця?

0 – такого взагалі не було

1 – рідко (менше 10 % часу)

2 – іноді (20–30 %)

3 – часто (50–60 %)

4 – майже завжди або постійно (більше 80 %).

Інтенсивність. У найгіршому випадку наскільки сильним у вас було відчуття «нечутливості»? (До оцінки цього пункту додайте спостереження за рівнем афективності під час інтерв'ю).

0 – відчуття нечутливості немає

1 – слабка інтенсивність симптому: таке відчуття є, але незначне

2 – помірна інтенсивність: виражене відчуття нечутливості, але здатність відчувати емоції все-таки збережена

3 – висока інтенсивність: значне відчуття нечутливості щодо принаймні двох основних емоцій – любові та щастя

4 – дуже висока інтенсивність: відчувається повна відсутність емоцій.

11. Відчуття відсутності перспектив на майбутнє, наприклад, не чекає просування по службі, одруження, народження дітей, тривалого життя

Частота. Чи траплялось, що ви відчували відсутність необхідності будувати плани на майбутнє, що чомусь у вас «немає завтрашнього дня»? *(Якщо так, уточніть наявність реального ризику, наприклад, небезпечних для життя медичних діагнозів).* Чи відрізнявся цей стан від того, як ви себе почували до події? Як часто ви відчували себе так протягом останнього місяця?

0 – такого взагалі не було

1 – рідко (менше 10 % часу)

2 – іноді (20–30 %)

3 – часто (50–60 %)

4 – майже завжди або постійно (більше 80 %).

Інтенсивність. У найгіршому випадку наскільки сильним було почуття, що у вас не буде майбутнього? Як ви думаєте, як довго ви будете жити? Які підстави є у вас припускати, що ви помрете передчасно?

0 – відчуття недовгого майбутнього немає

1 – слабка інтенсивність симптому: незначні відчуття короткої життєвої перспективи

2 – помірна інтенсивність симптому: виразні відчуття короткої життєвої перспективи

3 – висока інтенсивність симптому: значні відчуття короткої життєвої перспективи, можуть бути певні передчуття щодо тривалості життя

4 – дуже висока інтенсивність симптому: сильне відчуття короткої життєвої перспективи, переконаність у передчасній смерті.

D. СТИЙКІ СИМПТОМИ ПІДВИЩЕНОЇ ЗБУДЛИВОСТІ (не спостерігалися до травми)

12. Труднощі із засинанням або зі збереженням нормального сну

Частота. Чи були у вас якісь проблеми з засинанням або з нормальним сном? Чи відрізняється це від того, як ви спали перед подією? Як часто у вас були труднощі зі сном минулого місяця?

0 – ніколи

1 – один або два рази

2 – один або два рази на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – кожен ніч (чи майже кожен)

Труднощі з засинанням? Так Ні

Пробудження серед сну? Так Ні

Дуже ранні пробудження? Так Ні

Кількість годин сну (без пробуджень) за ніч _____

Бажана кількість годин сну _____.

Інтенсивність. (Поставте уточнюючі запитання та оцініть усі перераховані порушення сну). Як багато часу вам треба, щоб заснути? Як часто ви прокидаєтесь серед ночі? Скільки годин поспіль, не прокидаючись, ви спите кожної ночі?

0 – немає проблем зі сном

1 – слабка інтенсивність симптому: дещо утруднене засинання, деякі труднощі зі збереженням сну (втрата сну до 30 хвилин)

2 – помірна інтенсивність: певне порушення сну – ясно виражена збільшена тривалість періоду засинання або труднощі зі збереженням сну (втрата сну – 30–90 хвилин)

3 – висока інтенсивність: значне подовження часу засинання або великі труднощі зі збереженням сну (втрата сну – 90 хвилин – 3 години)

4 – дуже висока інтенсивність: дуже тривалий латентний період сну, нездоланні труднощі зі збереженням сну (втрата сну понад 3 години).

13. Дратівливість або напади гніву

Частота. Чи були такі періоди, коли ви відчували, що незвично дратівливі або проявляли почуття гніву і поводитись агресивно? Чи відрізняється цей стан від того, як ви себе почували або як діяли до події? Як часто ви переживали подібні почуття або так поводитись у минулого місяця?

- 0 – ніколи
- 1 – один або два рази
- 2 – один або два рази на тиждень
- 3 – кілька разів на тиждень
- 4 – щодня або майже щодня.

Інтенсивність. Наскільки сильний гнів ви відчували і яким чином ви його висловлювали?

- 0 – не було ні роздратованості, ні гніву
- 1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальна дратівливість, у гніві – підвищення голосу
- 2 – помірна інтенсивність: явна наявність дратівливості, у гніві з легкістю починає сперечатися, але швидко заспокоюється
- 3 – висока інтенсивність: значна дратівливість, у гніві – мовленнєва або поведінкова агресивність
- 4 – дуже висока інтенсивність: нездоланий гнів, що супроводжується епізодами фізичного насильства.

14. Труднощі з концентрацією уваги

Частота. Чи не було вам важко зосередитися на якомусь занятті або на чомусь, що оточувало вас? Чи змінилася ваша здатність до зосередження відтоді, як сталася подія? Як часто у вас спостерігалися труднощі із зосередженням уваги протягом минулого місяця?

- 0 – взагалі не було
- 1 – дуже рідко (менше 10 % часу)
- 2 – іноді (20–30 % часу)
- 3 – більшу частину часу (50–60 %)
- 4 – майже завжди або постійно (більше 80 %).

Інтенсивність. Наскільки важко для вас було зосередитися на чому-небудь? *(При оцінці цього пункту врахуйте свої спостереження у процесі інтерв'ю).*

0 – ніякої проблеми не було

1 – слабка інтенсивність: для зосередження були потрібні незначні зусилля

2 – помірна інтенсивність: певна втрата здатності до зосередження, але при зусиллі можна зосередитися

3 – висока інтенсивність: значне погіршення функції, навіть у разі особливих зусиль

4 – дуже висока інтенсивність: повна нездатність до зосередження і концентрації уваги.

15. Підвищена настороженість (пильність)

Частота. Чи доводилося вам бути особливо настороженим або пильним навіть тоді, коли для цього не було очевидної необхідності? Чи відрізнялося це від того, як ви себе почували перед подією? Як часто минулого місяця ви були занадто насторожені або пильні?

0 – взагалі не було

1 – дуже рідко (менше 10 % часу)

2 – іноді (20–30 % часу)

3 – більшу частину часу (50–60 %)

4 – майже завжди або постійно (більше 80 %)

Інтенсивність. Наскільки значних зусиль ви докладаете, щоб знати про все, що відбувається навколо вас? *(При оцінці цього пункту використовуйте свої спостереження, отримані під час інтерв'ю).*

0 – симптом відсутній

1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальні прояви гіперпильності, незначно підвищена цікавість

2 – помірна інтенсивність: безумовно є гіперпильність, настороженість у громадських місцях (наприклад, вибір безпечного місця в ресторані або кінотеатрі)

3 – висока інтенсивність: значні прояви гіперпильності, настороженості, постійне спостереження за оточуючими у

пошуках небезпеки, надмірна турбота про власну безпеку (а також своєї сім'ї, домівки)

4 – дуже висока інтенсивність: гіпертрофована пильність, зусилля із забезпечення безпеки потребують значних витрат часу та енергії і можуть включати активні дії щодо перевірки її наявності; у процесі бесіди – значна настороженість.

16. Загострена реакція переляку («стартова» реакція на раптовий стимул)

Частота. Чи відчували ви сильну реакцію переляку на гучні несподівані звуки (наприклад, на автомобільні вихлопи, піротехнічні ефекти, стук дверей тощо) або на щось, що ви раптом побачили (наприклад, рух)? Чи відрізняється це від того, як ви себе почували до події?

0 – ніколи

1 – один або два рази

2 – один або два рази на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня.

Інтенсивність. У найгіршому випадку наскільки сильною була ця реакція переляку?

0 – симптом відсутній: реакції переляку не було

1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальна реакція переляку

2 – помірна інтенсивність: певна реакція переляку на раптовий подразник, «підстрибування»

3 – висока інтенсивність: значна реакція переляку, збереження збудження після первинної реакції

4 – дуже висока інтенсивність, вкрай виражена реакція переляку, явна захисна поведінка.

17. Фізіологічна реактивність за обставин, що нагадують або символізують різні аспекти травматичної події

Частота. Чи доводилося вам відчувати певні фізіологічні реакції, коли ви стикалися із ситуаціями, що нагадують вам про

події, – прискорене серцебиття, м'язова напруга, тремтіння рук, пітливість? Як часто вони спостерігалися минулого місяця?

0 – ніколи

1 – один або два рази

2 – один або два рази на тиждень

3 – кілька разів на тиждень

4 – щодня або майже щодня.

Інтенсивність. Наскільки сильні були ці фізіологічні реакції?

0 – симптом відсутній

1 – слабка інтенсивність симптому: мінімальна реакція

2 – помірна інтенсивність: наявність фізіологічної реакції, певний дискомфорт

3 – висока інтенсивність: інтенсивна фізіологічна реакція, сильний дискомфорт

4 – дуже висока інтенсивність: драматична фізіологічна реакція, збереження подальшого порушення.

Чи був період після травми, коли симптоми, про які тільки що запитували, турбували вас значно більше, ніж протягом останнього місяця? Так Ні.

Цей період (або ці періоди) тривав не менше місяця? Так Ні.

Приблизно коли цей період (періоди) почався і закінчився?

Шкала оцінки впливу травматичної події

ІНСТРУКЦІЯ. Укажіть, якою мірою ви згодні або не згодні із запропонованими твердженнями, вибравши одну із запропонованих варіантів відповідей: 1 – ніколи; 2 – рідко; 3 – іноді; 4 – часто. Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються самопочуття, яке було у вас протягом останнього тижня.

ТЕКСТ ОПТУВАЛЬНИКА

1. Будь-яке нагадування про подію змушувало мене заново переживати все те, що зі мною трапалося.

2. Я не міг спокійно спати ночами.

3. Деякі речі змушували мене постійно думати про те, що зі мною сталося.

4. Я відчував постійне роздратування і гнів.

5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або щось нагадувало мені про неї.

6. Я думав про те, що трапилося, мимовільно.

7. Мені здавалося, що все сталося ніби не насправді, чи все, що тоді відбувалося, було нереальним.

8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося.

9. Окремі картини того, що сталося, раптово виникали у свідомості.

10. Я був увесь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.

11. Я намагався не думати про те, що трапилося.

12. Я розумів, що мене досі переповнюють важкі переживання з приводу того, що сталося, але нічого не робив для того, щоб їх уникнути.

13. Я відчував заціпеніння, коли пригадував те, що сталося.

14. Я помічав, що дію, відчуваю себе так, ніби все ще перебуваю в цій ситуації.

15. Мені було важко заснути.

16. Мене переповнювали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.

17. Я намагався витіснити з пам'яті те, що зі мною трапилося.

18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь.

19. Коли щось нагадувало мені про те, що зі мною трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – піт, нудоту, збите дихання тощо.

20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося.

21. Я був постійно насторожений і весь час чекав, що станеться щось погане.

22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося.

ОБРОБКА РЕЗУЛЬТАТІВ

Шкала складається з 22 пунктів, які розподіляються на три шкали: «вторгнення», «уникнення» і «збудливість». Кожен пункт оцінюється таким чином: «ніколи» (0 балів), «рідко» (1 бал), «іноді» (3 бали) або «часто» (5 балів). Усі пункти мають пряме значення, значення шкали підраховується простим підсумовуванням відповідей пунктів.

- Субшкала «вторгнення»: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.
- Субшкала «уникання»: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.
- Субшкала «збудливість»: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

КОМПЛЕКСНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИ⁷³

Шановний респонденте!

Ми будемо вдячні за Вашу участь у проведенні нами наукового дослідження, спрямованого на вивчення проявів і чинників професійного здоров'я особи. Всі дані, отримані в результаті дослідження, є конфіденційними.

Укажіть, будь ласка, дані:

Вік__ Стать__ Сфера діяльності_____

Оцініть прояви та чинники, що зумовлюють Ваше професійне здоров'я за десяти бальною шкалою: 10-9 балів – високий рівень; 8-7 балів – вище середнього рівень; 6-5 балів – середній рівень; 4-3 бали – нижче середнього рівень; 2-1 бали – низький рівень.

Психологічний компонент	Бали	Соціальний компонент	Бали	Компонент фізичного здоров'я	Бали	Професійний компонент	Бали	Ресурсний компонент	Бали
1. Суб'єктивне відчуття послаблення уваги, пам'яті, мислення		1. Труднощі у комунікації		1. Проблеми із фізичним здоров'ям		1. Зниження мотивації до професійної діяльності		<i>Внутрішньо-особистісні ресурси:</i> 1. Погіршення рівня фізичних або психічних ресурсів	
2. Перебільшення або недооцінка об'єктивної дійсності		2. Зниження соціальної активності		2. Розлади сну		2. Труднощі виконання професійних завдань		2. Зниження використання духовного потенціалу (включеність у ситуацію, віра в себе)	
3. Переважання негативного песимістичного мислення		3. Конфліктність		3. Розлади шлунково-кишкового тракту		3. Соціально напружена ситуація в організації		3. Зниження самоконтролю (обрання свого шляху і реалізація мети)	

⁷³ Корольчук В. М., Кривда К. К. Особливості професійного здоров'я в умовах війни (за результатами анкетування). *Вісник Національного університету оборони України*. Зб-к наук. праць. Київ : НУОУ, 2023. Вип. 5(73). С. 83–91.

Психологічний компонент	Бали	Соціальний компонент	Бали	Компонент фізичного здоров'я	Бали	Професійний компонент	Бали	Ресурсний компонент	Бали
4. Високе нервово-психічне напруження		4. Замкненість		4. Утруднене чи прискорене дихання		4. Складність або імпульсивність при прийнятті рішень		4. Труднощі самореалізації (труднощі прийняття ризиків, самомотивація, додання труднощів, особистісне і професійне зростання)	
5. Депресивність		5. Способи додання стресу (вживання алкоголю, паління, заїдання)		5. Болі в області грудей		5. Зниження прибутку		<i>Соціальна підтримка:</i> 5. Зниження підтримки сім'ї, родини	
6. Агресивність		6. Труднощі само-реалізації		6. Прискорене серцебиття		6. Загроза втрати бізнесу		6. Зниження підтримки друзів, інших людей	
7. Невротичність		7. Сімейні негаразди		7. Запаморочення		7. Труднощі взаємодії з партнерами		<i>Зовнішні ресурси:</i> 7. Зниження рівня взаєморозуміння і підтримки колег	
8. Стресочутливість		8. Погіршення стосунків із друзями		8. Тремтіння		8. Професійне вигорання		8. Труднощі взаєморозуміння і підтримки керівників організації, партнерів	
9. Тривожність		9. Труднощі в реалізації актуальних потреб (безпека, стабільність, повага)		9. Втрата чи збільшення ваги		9. Негативний вплив зовнішніх факторів		9. Зменшення фінансових ресурсів	
10. Страх		10. Зниження рівня соціального захисту		10. Загострення соматичних захворювань		10. Погіршення соціально-економічної й політичної ситуації в країні		10. Зниження рівня соціально-правового захисту в країні	

Обробка результатів: підраховується кількість балів та аналізуються складові кожного компоненту. Після чого вираховуються їх середні значення. Інтерпретація впливу кожного із п'яти компонентів на професійне здоров'я особи визначається за такими критеріями: 10-9 балів – високий рівень впливу; 8-7 балів – вище середнього рівень впливу; 6-5 балів – середній рівень впливу; 4-3 бали – нижче середнього рівень впливу; 2-1 бали – низький рівень впливу.

Для визначення інтегральної оцінки рівня професійного здоров'я підраховується середнє значення за всіма компонентами. Інтерпретація здійснюється за зворотною шкалою: 1-2 бали – високий рівень професійного здоров'я; 3-4 – вище за середній рівень професійного здоров'я; 5-6 – середній рівень професійного здоров'я; 7-8 – нижчий середнього рівень професійного здоров'я; 9-10 – низький рівень професійного здоров'я.

ОПИТУВАЛЬНИКИ ДІАГНОСТИКИ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ ОСОБИ

**Опитувальник проявів негативних психічних станів
обстежуваних під час війни
(М. Корольчук, В. Корольчук, Н. Науменко)⁷⁴**

Шановний респонденте!

Ми будемо вдячні за Вашу участь у проведенні нами наукового дослідження, спрямованого на вивчення проявів негативних психічних станів обстежуваних під час війни. Всі дані, отримані в результаті дослідження, є конфіденційними.

Укажіть, будь ласка, дані:

Вік__ Стать__ Сфера діяльності__

Оцініть прояви власних негативних психічних станів за десяти бальною шкалою.

10-9 балів – суттєво виражений рівень прояву психічного стану;

8-7 балів – вище середнього рівень прояву психічного стану;

6-5 балів – середній рівень прояву психічного стану;

4-3 бали – нижче середнього рівень прояву психічного стану;

2-1 бали низький рівень проявів даного психічного стану.

№ з/п	Прояви негативних психічних станів	Оцінка в балах	Прояви негативних психічних станів	Оцінка в балах
	Психологічні		Соціальні	
1	Тривога		Незадоволення медичною допомогою	
2	Страх за власне життя та життя близьких		Незадоволення взаємодією у соціальному середовищі	
3	Паніка		Уникнення взаємодії та спілкування	

⁷⁴ Корольчук М. С., Науменко Н. П. Аналіз чинників негативних психічних станів особистості до і під час війни (за результатами анкетування). Вісник Національного університету оборони України. Зб. наук. праць. Київ : НУОУ, 2023. Вип. 3(73). С. 83–91.

№ з/п	Прояви негативних психічних станів	Оцінка в балах	Прояви негативних психічних станів	Оцінка в балах
4	Розгубленість		Стан підвищеної конфліктності	
5	Відчай		Страх захворіти на ковід	
6	Роздратованість		Страх ескалації військових дій	
7	Агресія		Інформаційна залежність	
8	Апатія		Усамітнення	
9	Депресія		Страх втратити житло	
10	Зневіра у майбутньому, безперспективність		Асоціальні способи додання стресу	
11	Астенія		Незадоволеність наданням комунальних послуг	
12	Відчуття загибелі або небезпеки, що насувається, без реальної причини		Страх окупації	
13	Страх втратити контроль над собою			

№ з/п	Прояви негативних психічних станів	Оцінка в балах	Прояви негативних психічних станів	Оцінка в балах
	Поведінкові		Біологічні	
1	Зміна стереотипу поведінки		Погіршення апетиту	
2	Причепливі спогади, думки, дії		Розлади шлунково-кишкового тракту	
3	Очікування підтримки з боку оточуючих		Прискорене серцебиття	
4	Конфліктогенна поведінка		Прискорене дихання	
5	Замкненість		Пітливість	
6	Очікування небезпеки		Головний біль	
7	Дії щодо власної безпеки		Біль і дискомфорт у грудях	
8	Ступор		Оніміння, поколювання кінцівок	
9	Гіперактивність		Відчуття кому в горлі	
10	Агресивні дії		Кошмарні сновидіння	
11	Прояви недовіри до людей		Розлади сну	
12			Тремтіння	
13			Озноб	
14			Лихоманка	

№ з/п	Прояви негативних психічних станів	Оцінка в балах	Прояви негативних психічних станів	Оцінка в балах
15			Нудота	
16			Спазми в животі	
17			Запаморочення	
18			Туман в голові	
19			Слабкість	

Обробка результатів: підраховується кількість балів та аналізуються складові кожного компоненту. Після цього вираховуються їх середні значення. Визначається ступінь вираженості кожного компоненту негативного психічного стану за такими критеріями: 10-9 балів – високий рівень; 8-7 балів – вище середнього рівень; 6-5 балів – середній рівень; 4-3 бали – нижче середнього рівень; 2-1 бали – низький рівень.

Для визначення інтегральної оцінки негативного психічного стану обстежуваних підраховується середнє значення за всіма компонентами. Інтерпретація здійснюється за такою ж шкалою: 10-9 балів – високий рівень; 8-7 балів – вище середнього рівень; 6-5 балів – середній рівень; 4-3 бали – нижче середнього рівень; 2-1 бали – низький рівень.

Методика «Шкала депресії»⁷⁵.

Опитувальник був розроблений для диференційної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях і з метою попередньої діагностики.

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з наведених речень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як Ви себе почуваєте останнім часом. Над питаннями довго не

⁷⁵ Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : нав. посіб. для студентів вищих навчальних закладів. Київ : Ельга, Ніка-Центр, 2017. 505 с. (перевидання 3-тє доповнене).

замислюйтеся, оскільки правильних або неправильних відповідей немає».

Повне тестування з обробкою займає 20–30 хв. Досліджуваний позначає одну з чотирьох можливих відповідей на бланку.

Рівень депресії (РД) розраховується за формулою:

$$РД = \sum_{\text{пр.}} + \sum_{\text{звер.}}$$

де $\sum_{\text{пр.}}$ – сума закреслених цифр до «прямих висловів» № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19; $\sum_{\text{звер.}}$ – сума цифр, «зворотних» закресленим, до висловів № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Наприклад: у висловлюванні № 2 закреслена цифра 1, ми ставимо в суму 4 бали; у висловлюванні № 5 закреслена відповідь 2 – ставимо в суму 3 бали; у висловлюванні № 6 закреслили відповідь 3 – ставимо в суму 2 бали; у висловленні № 11 закреслили відповідь 4 – ставимо в суму 1 бал і т. д. У результаті отримаємо РД, який коливається від 20 до 80 балів.

Якщо РД не перевищує 50 балів, то діагностується стан без депресії. Якщо РД більше 50 балів і менше 59, то робиться висновок про легку депресію ситуативного або невротичного походження. При показникові РД від 60 до 69 балів діагностується субдепресивний стан, або маскована депресія. Істинний депресивний стан діагностується при РД понад 70 балів.

Бланк опитувальника

№ п/п	Висловлення	Ніколи або зрідка	Іноді	Часто	Майже завжди (постійно)
1.	Я почуваю себе пригніченим	1	2	3	4
2.	Вранці я почуваю себе найліпше	1	2	3	4
3.	У мене бувають періоди близькості до сліз або плачу	1	2	3	4
4.	У мене поганий нічний сон	1	2	3	4
5.	Апетит у мене не гірше звичайного	1	2	3	4

№ п/п	Висловлення	Ніколи або зрідка	Іноді	Часто	Майже завжди (постійно)
6.	Мені приємно дивитися на привабливих жінок, розмовляти з ними, знаходитися поряд	1	2	3	4
7.	Я помічаю, що втрачаю вагу	1	2	3	4
8.	Мене турбують запори	1	2	3	4
9.	Серце б'ється швидше, ніж звичайно	1	2	3	4
10.	Я втомлююся без жодних причин	1	2	3	4
11.	Я мислю так ясно, як завжди	1	2	3	4
12.	Мені легко робити те, що я вмію	1	2	3	4
13.	Почуваю стурбованість і не можу всидіти на місці	1	2	3	4
14.	У мене є надії на майбутнє	1	2	3	4
15.	Я більш дратівливий, ніж звичайно	1	2	3	4
16.	Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17.	Я почуваю, що корисний і необхідний	1	2	3	4
18.	Я живу достатньо повноцінним життям	1	2	3	4
19.	Я почуваю, що іншим людям буде краще, якщо я помру	1	2	3	4
20.	Мене досі радує те, що радувало завжди	1	2	3	4

Методика «Диференційна діагностика депресивних станів»⁷⁶. Обстежуваному пропонується обрати варіант відповіді,

⁷⁶ Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: нав. посіб. для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Ельга, Ніка-Центр, 2017. 505 с. (перевидання 3-тє доповнене).

який найбільше йому підходить (0, 1, 2 або 3) в кожній з 44 груп тверджень про психічний стан.

1. 0 Я не більш пригнічений (засмучений), ніж звичайно.
1 Мабуть, він більш пригнічений (сумний), ніж звичайно.
2 Так, він більш пригнічений (сумний), ніж звичайно.
3 Мій настрій набагато більш пригнічений (сумний), ніж звичайно.
2. 0 Я відчуваю, що у мене немає тоскного (траурного) настрою.
1 У мене іноді буває такий настрій.
2 У мене часто буває такий настрій.
3 Такий настрій у мене постійно.
3. 0 Я не відчуваю себе так, ніби я залишився (лась) без чогось дуже важливого для мене.
1 У мене іноді буває таке відчуття.
2 У мене часто буває таке відчуття.
3 Я постійно відчуваю себе так, ніби я залишився (лась) без чогось дуже важливого для мене.
4. 0 У мене не буває відчуття, ніби моє життя зайшло у глухий кут.
1 У мене іноді буває таке відчуття.
2 У мене часто буває таке відчуття.
3 Я постійно відчуваю себе так, ніби моє життя зайшло в глухий кут.
5. 0 У мене не буває відчуття, ніби я постарішав (шала).
1 У мене іноді буває таке відчуття.
2 У мене часто буває таке відчуття.
3 Я постійно відчуваю, ніби я постарішав (шала).
6. 0 У мене не буває станів, коли на душі дуже важко.
1 У мене іноді буває такий стан.
2 У мене часто буває такий стан.
3 Я постійно перебуваю в такому стані.
7. 0 Я відчуваю себе спокійним за своє майбутнє, як звичайно.
1 Можливо, майбутнє турбує мене дещо більше, ніж звичайно.

- 2 Майбутнє турбує мене значно більше, ніж звичайно.
3 Майбутнє турбує мене набагато більше, ніж звичайно.
8. 0 У своєму минулому я бачу поганого не більше, ніж звичайно.
1 У своєму минулому я бачу поганого дещо більше, ніж звичайно.
2 У своєму минулому я бачу поганого значно більше, ніж звичайно.
3 У своєму минулому я бачу набагато більше поганого, ніж звичайно.
9. 0 Надій на краще у мене не менше, ніж звичайно.
1 Таких надій у мене дещо менше, ніж звичайно.
2 Надій на краще у мене значно менше, ніж звичайно.
3 Надій на краще у мене набагато менше, ніж звичайно.
10. 0 Я боязливий(а) не більш звичайного.
1 Я боязливий(а) дещо більш звичайного.
2 Я боязливий(а) значно більш звичайного.
3 Я боязливий(а) набагато більш звичайного.
11. 0 Хороше мене радує, як і раніше.
1 Я відчуваю, що воно радує мене дещо менше, ніж у минулому.
2 Воно радує мене значно менше, ніж у минулому.
3 Я відчуваю, що воно мене радує набагато менше, ніж у минулому.
12. 0 У мене немає відчуття, що моє життя безглузде.
1 У мене іноді буває таке відчуття.
2 У мене часто буває таке відчуття.
3 Я постійно відчуваю себе так, ніби моє життя безглузде.
13. 0 Я ображаюся не більше, ніж звичайно.
1 Мабуть, я дещо більш образливий(а), ніж звичайно.
2 Я образливий(а) значно більше, ніж звичайно.
3 Я образливий(а) набагато більше, ніж звичайно.
14. 0 Я отримую задоволення від приємного, як і раніше.
1 Я отримую таке задоволення дещо менше, ніж раніше.
2 Я отримую таке задоволення значно менше, ніж раніше.

- 3 Я не отримую тепер задоволення від приємного.
15. 0 Зазвичай я не відчуваю вини, якщо немає на це причини.
1 Іноді я почуваю себе так, ніби я в чомусь винний(а).
2 Я часто почуваю себе так, ніби я в чомусь винний(а).
3 Я постійно почуваю себе так, ніби в чомусь винний(а).
16. 0 Якщо щось у мене не так, я звинувачую себе не більше звичайного.
1 Я звинувачую себе за це дещо більше звичайного.
2 Я звинувачую себе за це значно більше звичайного.
3 Якщо щось у мене не так, я звинувачую себе набагато більше звичайного.
17. 0 Звичайно у мене не буває ненависті до себе.
1 Іноді буває, що я ненавиджу себе.
2 Часто буває так, що я себе ненавиджу.
3 Я постійно відчуваю, що ненавиджу себе.
18. 0 У мене не буває почуття, ніби я маю забагато гріхів.
1 У мене останнім часом іноді буває це почуття.
2 У мене останнім часом часто буває це почуття.
3 Це почуття у мене не проходить.
19. 0 Я звинувачую себе за провини інших не більше, ніж звичайно.
1 Я звинувачую себе за них дещо більше, ніж звичайно.
2 Я звинувачую себе за них значно більше, ніж звичайно.
3 За провини інших я звинувачую себе набагато більше, ніж звичайно.
20. 0 Станів, коли все здається безглуздим, у мене звичайно не буває.
1 Іноді у мене буває такий стан.
2 У мене останнім часом часто буває такий стан.
3 Цей стан у мене не проходить.
21. 0 Почуття, що я заслужив(ла) кару, у мене не буває.
1 Тепер іноді буває.
2 Воно часто буває у мене.
3 Це почуття у мене останнім часом практично не проходить.

22. 0 Я бачу в собі не менше хорошого, ніж раніше.
1 Я бачу в собі дещо менше хорошого, ніж раніше.
2 Я бачу в собі значно менше хорошого, ніж раніше.
3 Я бачу в собі значно менше хорошого, ніж раніше.
23. 0 Звичайно я думаю, що в мені поганого не більше, ніж у інших.
1 Іноді я думаю, що в мені поганого більше, ніж у інших.
2 Я часто так думаю.
3 Я постійно думаю, що поганого в мені більше, ніж у інших.
24. 0 Бажання померти у мене не буває.
1 Це бажання у мене іноді буває.
2 Це бажання у мене останнім часом часте.
3 Це тепер постійне моє бажання.
25. 0 Я не плачу.
1 Я іноді плачу.
2 Я плачу часто.
3 Я хочу плакати, але сліз у мене вже немає.
26. 0 Я не відчуваю, що я дратівливий(а).
1 Я дратівливий(а) дещо більше, ніж звичайно.
2 Я дратівливий(а) значно більше, ніж звичайно.
3 Я дратівливий(а) набагато більше, ніж звичайно.
27. 0 У мене не буває станів, коли я не відчуваю своїх емоцій.
1 Іноді у мене буває такий стан.
2 У мене часто буває такий стан.
3 Цей стан у мене тепер не проходить.
28. 0 Моя розумова активність ніяк не змінилася.
1 Я відчуваю тепер якусь «неясність» у своїх думках.
2 Я відчуваю тепер, що я сильно «отупів(ла)» («в голові зовсім мало думок»).
29. 0 Я втратив(ла) інтерес до інших людей.
1 Я відчуваю, що колишній інтерес до людей дещо зменшився.
2 Я відчуваю, що мій інтерес до людей набагато зменшився.

- 3 У мене зовсім пропав інтерес до людей («я нікого не хочу бачити»).
30. 0 Я приймаю рішення, як і звичайно.
1 Мені важче приймати рішення, ніж звичайно.
2 Мені набагато важче приймати рішення, ніж звичайно.
3 Я вже не можу сам(а) прийняти ніяких рішень.
31. 0 Я не менш привабливий(а), ніж звичайно.
1 Мабуть, я дещо менш привабливий(а), ніж звичайно.
2 Я значно менш привабливий(а), ніж звичайно.
3 Я почуваю, що я виглядаю тепер просто потворно.
32. 0 Я можу працювати, як звичайно.
1 Мені дещо важче працювати, ніж звичайно.
2 Мені значно важче працювати, ніж звичайно.
3 Я зовсім не можу тепер працювати («все валиться з рук»).
33. 0 Я сплю не гірше, ніж звичайно.
1 Я сплю дещо гірше, ніж звичайно.
2 Я сплю значно гірше, ніж звичайно.
3 Тепер я майже зовсім не сплю.
34. 0 Я втомлююся не більше, ніж звичайно.
1 Я втомлююся дещо більше, ніж звичайно.
2 Я втомлююся значно більше, ніж звичайно.
3 У мене вже немає ніяких сил щось робити.
35. 0 Мій апетит не гірше, ніж звичайно.
1 Мій апетит дещо гірше, ніж звичайно.
2 Мій апетит значно гірше за звичайно.
3 Апетиту в мене тепер зовсім немає.
36. 0 Моя вага залишається незмінною.
1 Я трохи схуд(ла) останнім часом.
2 Я помітно схуд(ла) останнім часом.
3 Останнім часом я дуже схуд(ла).
37. 0 Я дорожу своїм здоров'ям, як і звичайно.
1 Я дорожу своїм здоров'ям менше, ніж звичайно.
2 Я дорожу своїм здоров'ям значно менше, ніж звичайно.
3 Я зовсім не дорожу своїм здоров'ям.
38. 0 Я цікавлюся сексом, як і раніше.

- 1 Я дещо менше цікавлюся сексом, ніж раніше.
- 2 Я цікавлюся сексом значно менше ніж раніше.
- 3 Я повністю втратив(ла) інтерес до сексу.
- 39. 0 Я не відчуваю, що моє «Я» якось змінилося.
 - 1 Зараз я відчуваю, що моє «Я» дещо змінилося.
 - 2 Зараз я відчуваю, що моє «Я» значно змінилося.
 - 3 Моє «Я» так змінилося, що тепер я не впізнаю себе сам(а).
- 40. 0 Я відчуваю біль, як і звичайно.
 - 1 Я відчуваю біль сильніше, ніж звичайно.
 - 2 Я відчуваю біль менше, ніж звичайно.
 - 3 Я майже не відчуваю тепер болю.
- 41. 0 Деякі розлади (сухість у роті, серцебиття, запори, задуха) у мене не частіше, ніж звичайно.
 - 1 Ці розлади бувають у мене дещо частіше, ніж звичайно.
 - 2 Деякі з цих розладів бувають у мене значно частіше, ніж зазвичай.
 - 3 Ці розлади бувають у мене набагато частіше звичайного.
- 42. 0 Уранці мій настрій звичайно не гірше, ніж увечорі.
 - 1 Ранком він у мене дещо гірше, ніж увечорі.
 - 2 Ранком він у мене значно гірший, ніж увечорі.
 - 3 Ранком мій настрій набагато гірший, ніж увечорі.
- 43. 0 У мене не буває спадів настрою весною (восени).
 - 1 Таке одного разу зі мною було.
 - 2 Зі мною таке було два або три рази.
 - 3 Зі мною було таке багато разів.
- 44. 0 Поганий настрій у мене буває, але це триває недовго.
 - 1 Пригнічений настрій у мене може тривати тижнями, до місяця.
 - 2 Пригнічений настрій у мене може тривати місяцями.
 - 3 Пригнічений настрій у мене може тривати до року й більше.

Визначається сума позначених номерів відповідей (вони одночасно є балами).

Інтерпретація даних:

1 – 9 – депресія відсутня, або незначна;

10 – 24 – депресія мінімальна;
25 – 44 – легка депресія;
45 – 67 – помірна депресія;
68 – 87 – виражена депресія;
88 і більше – глибока депресія.

Якісний аналіз результатів обстеження дозволяє виявити такі форми психічних станів.

Апатія. Стан байдужості, пасивності, повної індиферентності до того, що відбувається, оточуючого, свого становища, минулого життя, перспектив на майбутнє. Це стійке або швидкоминуще тотальне випідання як вищих і соціальних відчуттів, так і природжених емоційних програм.

Гіпотимія (знижений настрій). Афектна пригніченість у вигляді засмучення, тужливості з переживанням втрати, безвиході, розчарування, приреченості, послаблення жаги до життя. Позитивні емоції при цьому поверхові, виснажливі, можуть бути взагалі відсутні.

Дисфорія («погано переносити», «несу погане, дурне»). Похмуристь, озлобленість, ворожість, похмурий настрій з буркотливістю, незадоволеністю, неприязним ставленням до оточуючих, спалахами роздратування, гніву, люті з агресією й руйнівними діями.

Розгубленість. Гостре почуття невміння, безпорадності, нерозуміння найпростіших ситуацій і змін свого психічного стану. Типові мінливість, нестійкість уваги, запитальний вираз обличчя, пози і жести спантеличеної та вкрай невпевненої людини.

Тривога. Неясне, незрозуміле самій людині відчуття небезпеки, передчуття катастрофи, що зростає, напружене очікування трагічного результату. Емоційна енергія діє так потужно, що виникають своєрідні фізичні почуття: «усередині все стиснулося в грудку, напружилася, натягалася як струна, ось-ось розірветься, лусне...». Тривожність супроводжується руховим збудженням, полихливими вигуками, відтінками інтонацій, утрируемими виразними актами.

Страх. Розлитий стан, що переноситься на всі обставини і проєктується на все навколишнє. Страх також може бути пов'язаний з певними ситуаціями, об'єктами, особами і проявляється у переживанні небезпеки, безпосередньої загрози життю, здоров'ю, благополуччю, престижу. Може супроводжуватися своєрідними фізичними відчуттями, що свідчать про внутрішню концентрацію енергії: «усередині похолело, обірвалося», «ворушиться волосся», «скувало груди» тощо.

Методика. «Оцінка стану тривожності й депресії»⁷⁷

Інструкція: «Просимо Вас відповісти на 20 питань, які допоможуть нам з'ясувати ваше самопочуття. Якщо стан, указаний у питанні, у Вас ніколи не спостерігався, поставте 5 балів; якщо спостерігається дуже рідко – 4 бали; якщо буває часом – 3 бали; якщо він буває часто – 2 бали; якщо майже постійно або завжди – 1 бал. Якщо питання Вам незрозуміле – зверніться за роз'ясненням». Бланк опитувальника:

1. Чи помічаєте Ви, що стали більш повільними та млявими, що немає колишньої енергійності?
2. Вам важко буває заснути, якщо Вас що-небудь турбує?
3. Чи відчуваєте Ви себе пригніченим і пригнобленим?
4. Чи буває у Вас відчуття стурбованості (ніби щось має трапитися), хоча особливих причин немає?
5. Чи помічаєте Ви, що зараз маєте меншу потребу в дружбі й ласці, ніж раніше?
6. Чи приходить Вам думка, що у Вашому житті замало радості й щастя?
7. Чи помічаєте Ви, що стали якимись байдужими, немає колишніх інтересів і захоплень?
8. У Вас бувають періоди такої стурбованості, що Ви навіть не можете всидіти на місці?

⁷⁷ Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: навч. посіб. для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Ельга, Ніка-Центр, 2017. 505 с. (перевидання 3-тє доповнене).

9. Очікування Вас непокоїть і нервує?
10. У Вас бувають кошмарні сновидіння?
11. Ви відчуваєте тривожність і стурбованість за кого-небудь або за що-небудь?
12. Чи буває у Вас почуття, що до Вас ставляться байдуже, ніхто не прагне Вас зрозуміти і поспівчувати Вам, і Ви відчуваєте себе самотнім (самотньою)?
13. Ви звертали увагу на те, що Ваші руки або ноги часто метушливо рухаються?
14. Чи відчуваєте Ви у себе нетерплячість, непосидючість або метушливість?
15. Вам часто хочеться побути одному?
16. Ви помічаєте, що ваші близькі ставляться до Вас байдуже або навіть неприязно?
17. Ви почуваєте себе скуто і невпевнено в суспільстві?
18. Чи приходять Вам думки, що Ваші друзі або близькі більш щасливі, ніж Ви?
19. Перш ніж приймати рішення, Ви довго вагаєтеся?
20. У Вас виникає відчуття, що в багатьох неприємностях винуваті Ви самі?

Обробка отриманих даних. Проставлені бали переходять у певні числові значення, які вказано в таблицях. За значеннями, представлені у табл. А і В, бали самопочуття замінюються діагностичним коефіцієнтом. Після перекодування підраховують суму (з урахуванням позитивного або негативного знака) діагностичних коефіцієнтів для кожної шкали окремо.

Алгебраїчна сума коефіцієнтів більше за +1,28 свідчить про хороший психічний стан. Сума менше -1,28 свідчить про виражену психічну напруженість, тривожність, депресію. Проміжні значення (від -1,28 до +1,28) вказують на невизначеність даних. Звичайно межові значення характеризуються коефіцієнтами від -5,6 до -1,28.

Таблиця А. Значення діагностичних коефіцієнтів тривожності

Номери питань	Бали				
	1	2	3	4	5
2	-1,38	-0,44	1,18	1,31	0,87
4	-1,08	-1,30	-0,60	0,37	1,44
8	-1,60	-1,34	-0,40	0,60	0,88
9	-1,11	0	0,54	1,22	0,47
10	-0,90	-1,32	-0,41	-0,41	1,20
I	-1,19	-0,20	1,04	1,03	0,40
13	-0,78	-1,48	-1,38	0,11	0,48
14	-1,26	0,93	-0,40	0,34	1,24
17	-1,23	-0,74	0	0,37	0,63
19	-1,92	-0,36	0,28	0,56	0,10

Межовий стан тривожності виявляється у зниженні порогу збудження стосовно різних стимулів, у нерішучості, нетерплячості, непослідовності дій. Невротична реакція тривожності як хвилювання за власне здоров'я, за здоров'я своїх близьких у спілкуванні виявляється в тому, що людина поводить себе невпевнено.

Депресія виявляється в невротичних реакціях – в ослабленні тону життя й енергії, у зниженні фону настрою, звуженні й обмеженні контактів із оточуючими, наявності почуття безрадісності й самотності.

Таблиця В. Значення діагностичних коефіцієнтів депресії

Номери питань	Бали				
	1	2	3	4	5
1	-1,58	-1,45	-0,41	0,70	1,46
3	-0,51	-1,53	-0,34	0,58	1,40
5	-0,45	-1,26	-1,00	0	0,83
6	0,38	-1,62	-0,22	0,32	0,75
7	-0,30	-1,50	-0,15	0,80	1,22
12	- 34	-1,34	-0,50	0,30	0,72
15	-0,20	-1,23	-0,36	0,56	0,20
16	-0,08	-1,08	-1,18	0	0,46
18	-1,28	-1,26	-0,37	0,21	0,42
20	-1,08	0,54	-0,10	0,25	0,32

Методика «Визначення стресостійкості та соціальної адаптації»⁷⁸.

Інструкція: «Уважно прочитайте весь перелік подій, щоб мати загальне уявлення про те, які ситуації, події й життєві обставини, що викликають стрес, в ньому представлено. Потім повторно прочитайте кожний пункт, звертаючи увагу на кількість балів, яким оцінюється кожна ситуація. Якщо яка-небудь ситуація виникала у Вас частіше одного разу, то відповідну їй кількість балів слід помножити на кількість разів. Постарайтеся пригадати всі події, що трапилися з Вами протягом останнього року, і підрахуйте загальне число «зароблених» Вами балів».

Перелік подій

№	Життєві події	Бали
1.	Смерть чоловіка (дружини)	100
2.	Розлучення	73
3.	Розрив подружжя (без оформлення розлучення), розрив з партнером	65
4.	Ув'язнення	63
5.	Смерть близького члена сім'ї	63
6.	Травма або хвороба	53
7.	Одруження, весілля	50
8.	Звільнення з роботи	47
9.	Примирення подружжя	45
10.	Вихід на пенсію	45
11.	Зміна у стані здоров'я членів сім'ї	44
12.	Вагітність партнерки	40
13.	Сексуальні проблеми	39
14.	Поява нового члена сім'ї, народження дитини	39
15.	Реорганізація на роботі	39
16.	Зміна фінансового становища	38
17.	Смерть близького друга	37
18.	Зміна професійної орієнтації, зміна місця роботи	36

⁷⁸ Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : навч. посіб. для студентів вищих навчальних закладів. Київ : Ельга, Ніка-Центр, 2017. 505 с. (перевидання 3-тє доповнене).

№	Життєві події	Бали
19.	Посилення конфліктності з чоловіком	35
20.	Позика або позика на крупну покупку (наприклад, будинку)	31
21.	Закінчення терміну виплати позики або боргів, що ростуть	30
22.	Зміна посади, підвищення службової відповідальності	29
23.	Син або дочка залишають родину	29
24.	Проблеми з родичами чоловіка (дружини)	29
25	Видатне особисте досягнення, успіх	28
26	Чоловік кидає роботу (або приступає до роботи)	26
27	Початок або закінчення навчання в навчальному закладі	26
28	Зміна умов життя	25
29	Відмова від якихось індивідуальних звичок, зміна стереотипів поведінки	24
30	Проблеми з начальством, конфлікти	24
31	Зміна умов або годин роботи	23
32	Зміна місця проживання	20
33	Зміна місця навчання	20
34	Зміна звичок, пов'язаних із проведенням дозвілля або відпустки	19
35	Зміна звичок, пов'язаних з віросповіданням	19
36	Зміна соціальної активності	18
37	Значна позика або позика для купівлі менш крупних речей	17
38	Зміна індивідуальних звичок, пов'язаних зі сном, порушення сну	16
39	Зміна числа що живуть разом членів сім'ї, сім'ї зміна характеру й частоти зустрічей з іншими членами	15
40	Зміна звичок, пов'язаних з травленням (кількість споживаної їжі, дієта, відсутність апетиту тощо)	15
41	Відпустка	13
42	Різдво, зустріч Нового року, день народження, незначне порушення правопорядку	12
43	Штраф за порушення правил дорожнього руху	11

Загальна сума визначає ступінь опірності стресу. Велика кількість балів – сигнал тривоги, що застерігає про небезпеку. Підрахована сума має ще одне важливе значення – вона виражає (в цифрах) ступінь стресового навантаження.

Стресові характеристики

Загальна сума балів	Ступінь опірності стресу
150-199	Високий
200-299	Пороговий
300 і більше	Низький (ранимий)

Якщо, наприклад, сума балів понад 300, це означає реальну небезпеку, тобто загрозу психосоматичного захворювання, оскільки вказує на близькість фази нервового виснаження.

МЕТОДИКИ ДІАГНОСТИКИ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

1. Тест на алкоголізм⁷⁹.

Пропонуємо вашій увазі тест на алкоголізм. Призначення тесту – діагностика алкоголізму.

Інструкція: Дайте, будь ласка, відповіді на питання тесту. ***Варіанти відповідей:*** «так» або «ні».

1. Чи вважаєте ви, що вживаєте спиртні напої не більше, ніж інші (тобто не більше, ніж основна маса людей)?

2. Чи траплялося вам таке, що, прокинувшись зранку після того, як випивали, ви не могли згадати частину того, що відбулося ввечері?

3. Чи висловлюють стурбованість або невдоволення з приводу вашого пияцтва дружина (чоловік), батьки або інші близькі родичі?

4. Чи можете ви, випивши 1-2 чарки, без великих зусиль перестати пити далі?

5. Ви мали коли-небудь почуття вини через пияцтво?

6. Чи вважають ваші родичі або друзі, що ви п'єте не більше, ніж інші?

7. Ви завжди можете припинити вживання алкогольних напоїв, коли захочете?

8. Ви коли-небудь відвідували зібрання спілки анонімних алкоголіків (чи подібної групи)?

9. Чи встригли ви у бійку в стані алкогольного сп'яніння?

10. Чи виникали у вас проблеми з дружиною (чоловіком), батьками або іншими близькими родичами через ваше пияцтво?

11. Ваша дружина (чоловік), батьки або інші близькі родичі звертались до кого-небудь із проханням допомогти розв'язати проблему вашого пияцтва?

⁷⁹ Профілактика відхильної поведінки у військовослужбовців : навч.-метод. посіб. / Романишин А. М. та ін. Київ : Вид. дім «СКІФ», 2023. С. 139–140.

12. Чи втрачали ви коли-небудь друзів чи подруг через пияцтво?

13. Чи виникали у вас неприємності на роботі (навчанні) через ваше пияцтво?

14. Чи втрачали ви коли-небудь роботу через пияцтво?

15. Чи траплялося так, що ви нехтували своїми службовими та сімейними обов'язками або не ходили на роботу понад дві доби поспіль через те, що були у стані алкогольного сп'яніння?

16. Чи часто ви вживаєте алкоголь у першій половині дня?

17. Вам коли-небудь казали, що у вас хвора печінка (цироз)?

18. Чи траплялося так, що після пияцтва ви бачили предмети, чули голоси, яких насправді не було?

19. Ви зверталися до кого-небудь з проханням допомогти вам розв'язати проблему пияцтва?

20. Ви коли-небудь лежали в лікарні через пияцтво?

21. Ви коли-небудь були пацієнтом психіатричного (наркологічного) відділення через зловживання алкоголем?

22. Ви звертались коли-небудь у психіатричне (наркологічне) відділення (диспансер), до якогось лікаря, соціального працівника, психолога, священика по допомогу у розв'язанні емоційної проблеми, частиною якої було пияцтво?

23. Вас коли-небудь затримували за керування автомобілем у нетверезому стані?

24. Вас коли-небудь затримувала поліція за вчинки, здійснені у нетверезому стані?

Відповіді: «так», «ні» або «не знаю».

Обробка та інтерпретація результатів тесту.

Бали рахувати за такою схемою:

– відповідь «так» на питання 5, 9, 16 – 1 бал;

– відповідь «так» на питання 2, 3, 10–15, 17, 18, 21–24 – 2 бали;

– відповідь «так» на питання 8, 19, 20 – 5 балів;

– відповідь «ні» на питання 1, 4, 6, 7 – 2 бали.

Порахувати загальну суму балів, максимальна кількість балів – 54.

Інтерпретація результатів тесту:

- 0-4 бали – алкоголізму немає;
- 5-7 балів – підозра на алкоголізм;
- понад 7 балів – імовірність алкоголізму.

2. Опитувальник «Чи схильний ти до наркотиків»?⁸⁰

1. На жаль, тютюн, цигарки в нашому житті дуже поширені серед молоді, хоча нікотин «атакує» не тільки легені, але й серце, кровообіг. А як ти ставишся до «блакитного диму» й до тих, хто палить?

- а) я думаю, що курці отруюють будь-яке приміщення і перетворюють усіх оточуючих на пасивних курців;
- б) кожен має сам вирішити, де палити, будь-які обмеження зайві;
- в) палити можна де завгодно.

2. Незабаром іспити, всі твої товариші нервують, хвилювання сягнуло найвищого рівня. Хтось приніс заспокійливі пігулки й запропонував тобі. Ти візьмеш?

- а) так, я візьму таблетку, але тільки в тому випадку, якщо вже зовсім в «ауті»;
- б) ні, у мене немає бажання думати про те, де брати цю таблетку наступного разу, якщо її не запропонують;
- в) ні, я не маю потреби в штучному заспокоєнні.

3. На вечірці по колу йде цигарка «з травкою». Всі твої друзі один за одним затягуються, і ось настала твоя черга. Як ти вчиниш?

- а) я в будь-якому разі хоч раз та спробую;
- б) ні, я не стану цього робити, ліпше піду з такої вечірки;
- в) я сам не візьму цигарки, а над цими дурнями досхочу посміюсь.

⁸⁰ Халін А. І., Георгі М. К., Сінюгін В. Г. Профілактика зловживання забороненими речовинами і наркозалежності. Практична психологія та соціальна робота. 2003. № 2–3. С. 101–108.

4. Зібралася весела компанія, гості сміються, танцюють. Ти запізнюєшся, приходиш, коли інші вже трохи випили. Як ти поведеш себе?

- а) вип'ю дві-три чарки, щоб «наздогнати» інших;
- б) терпіти не можу, коли в компанії гарний настрій залежить тільки від випивки. Я краще побуду трохи та піду;
- в) мені байдуже, якщо інші п'ють; у мене самого настрій гарний і без того.

5. Деякі говорять: «Наркотики зовсім безпечні, треба лише правильно поводитися з ними». А ти також у це віриш?

- а) той, хто так уважає, обдурює самого себе;
- б) так, це відповідає дійсності, за винятком особливо сильних наркотиків;

6. Існує думка, що «круту» музику й наркотики не можна роз'єднати. А ти якої думки?

- а) можна сприймати прекрасну музику й не вдаючись до наркотиків;
- б) прийнявши наркотики, взагалі не можна сприймати музики;
- в) усі музиканти що-небудь приймають.

7. Твій приятель настирливо просить тебе терміново позичити йому деяку суму. Ти знаєш, що він регулярно вживає наркотики. Чи позичиш ти йому гроші?

- а) так;
- б) ні;
- в) тільки в тому разі, якщо знатиму, навіщо вони йому.

8. Ти закохався. З твоєю дівчиною ви проводите вечори разом у її компанії. Ти помічаєш, що всі в цій компанії, в тому числі твоя кохана, не проти пропустити чарку-другу, а то й прийняти ще дещо. Чи будеш ти почувати себе у своїй тарілці?

- а) якщо там весело, чому б і ні;
- б) не обов'язково часто бувати в цій компанії;
- в) ця компанія шкодить моєму коханню.

Результати опитування

Постав хрестик біля тієї відповіді, яка тобі більше підходить. Підрахуй число балів. Виходячи з отриманої суми, автори цього німецького опитувальника допоможуть тобі визначити твій тип.

1. а) 10 б) 0 в) 5
2. а) 5 б) 0 в) 10
3. а) 0 б) 10 в) 5
4. а) 0 б) 10 в) 5
5. а) 10 б) 0 в) –
6. а) 10 б) 5 в) 0
7. а) 0 б) 10 в) 5
8. а) 0 б) 5 в) 10

0-20 балів: ти поводиш себе так, наче проблем з наркотиками взагалі не існує. Виявляється, ти не вважаєш наркотичними речовинами алкоголь і нікотин. Але ж небезпечні не тільки героїн або кокаїн. Зверни увагу, що більшість наркоманів – алкоголіки.

Задумайся ще раз про своє ставлення до наркотиків. Мабуть, тобі не завадило б порадитися з тим, кому ти довіряєш.

Той, хто набрав 20-25 балів, належить до «групи ризику», і йому необхідно бути дуже обережним.

25-30 балів: не можна стверджувати, що ти – завзятий тверезник. Час від часу ти не проти пропустити чарку, але вважаєш, що тобі ніщо не загрожує, що ти контролюєш ситуацію. Але необхідно бути напоготові, під впливом друзів ти можеш піддатися спокусі та спробувати наркотики.

60-80 балів: наркотики ніколи не стануть для тебе серйозною проблемою.

3. Опитувальник суїцидальної поведінки⁸¹.

Інструкція: Відповідаючи на запитання, виберіть один із варіантів відповіді й обведіть його на аркуші колом.

1. Ви вірите в життя після смерті?
а) так; б) не знаю; в) ні.
2. Ви вірите в переселення душ?
а) так; б) не знаю; в) ні.

⁸¹ Вашека Т. В. Профілактика самогубства серед підлітків: методика для вимірювання суїцидальної поведінки. Практична психологія та соціальна робота. 2005. № 4. С. 53–57.

3. Чи вважаєте ви, що після смерті зможете спостерігати за життям своїх знайомих і навіть втручатися в нього?

а) так; б) не знаю; в) ні.

4. Ви знаєте людей, які намагалися скоїти самогубство, але залишились жити?

а) так; б) не знаю; в) ні.

5. Хто це був:

а) стороння людина; б) хороші знайомі (сусіди, однокласники, колеги); в) члени вашої сім'ї?

6. Ви знали людей, які скоїли самогубство?

а) так; б) не хочу відповідати; в) ні.

7. Хто це був:

а) стороння людина; б) хороші знайомі (сусіди, однокласники, колеги); в) члени вашої сім'ї?

8. Як ви ставитесь до людей, які скоюють самогубство?

а) несхвально; б) мені байдуже; в) співчуваю їм.

9. Ви вважаєте самогубство проявом:

а) слабкості; б) гріховності; в) мужності.

10. Як часто у вас бувають думки на кшталт: «Я хотів би заснути й більше не прокинутися», «Добре було б померти», «От якби зі мною щось трапилось»?

а) ніколи; б) одного разу; в) двічі; г) тричі й більше.

11. Як часто вам приходять в голову думки: «Жити не варто», «В моєму житті немає сенсу»?

а) ніколи; б) одного разу; в) двічі; г) тричі й більше.

12. У критичних ситуаціях вам спадає на думку таке: «Краще було б померти, ніж...», «Якщо я помру, вони пожалкують»? Як часто?

а) ніколи; б) одного разу; в) двічі; г) тричі й більше.

13. Чи уявляли ви коли-небудь свою смерть, поховання і плач рідних біля труни? Як часто?

а) ніколи; б) одного разу; в) двічі; г) тричі й більше.

14. Чи обмірковували ви, що саме напишете в останній записці? Як часто?

а) ніколи; б) одного разу; в) двічі; г) тричі й більше.

15. Ви коли-небудь погрожували рідним чи друзям, що вб'єте себе?

а) ніколи; б) одного разу; в) двічі; г) тричі й більше.

16. Вам спадало на думку покінчити життя самогубством?

а) ніколи; б) одного разу; в) двічі; г) тричі й більше.

17. Чи було таке, що думки про самогубство ставали постійними і виникали знову і знову?

а) ніколи; б) одного разу; в) двічі; г) тричі й більше.

18. Як часто ви продумували спосіб, час та місце скоєння самогубства?

а) ніколи; б) одного разу; в) двічі; г) тричі й більше.

19. Ви коли-небудь переходили до конкретних приготувань (наприклад, накопичували таблетки)?

а) ніколи; б) одного разу; в) двічі; г) тричі й більше.

20. Ви коли-небудь умисно завдавали собі тілесних ушкоджень (наприклад, порізів)?

а) ніколи; б) одного разу; в) двічі; г) тричі й більше.

21. Чи були у вас спроби вбити себе?

а) ніколи; б) одного разу; в) двічі; г) тричі й більше.

22. Ви можете поговорити про свої суїцидальні наміри з ким-небудь з оточуючих?

а) ніколи; б) іноді; в) часто; г) майже завжди.

23. Ви вважаєте, що обговорення не має сенсу, тому що все одно ніхто вас не зрозуміє і не зможе допомогти?

а) цілковито не згоден; б) не згоден; в) згоден; г) абсолютно згоден.

24. Я отримую задоволення від багатьох речей.

а) абсолютно не згоден; б) не згоден; в) згоден; г) цілком згоден.

25. Від думки про смерть мені стає моторошно.

а) абсолютно не згоден; б) не згоден; в) згоден; г) цілком згоден.

26. Я відчуваю, що потрібний своїй сім'ї.

а) абсолютно не згоден; б) не згоден; в) згоден; г) цілком згоден.

27. Життя – це тривала й виснажлива боротьба з труднощами.

а) абсолютно не згоден; б) не згоден; в) згоден; г) цілком згоден.

28. Я вірю, що смерть принесе мені позбавлення від страждань.

а) абсолютно не згоден; б) не згоден; в) згоден; г) цілком згоден.

29. Я повен сподівань та надій на майбутнє.

а) цілковито не згоден; б) не згоден; в) згоден; г) цілком згоден.

30. Інколи лише смерть може звільнити нас від проблем.

а) абсолютно не згоден; б) не згоден; в) згоден; г) цілковито згоден.

31. Я боюся смерті, бо тоді всі мої плани і мрії не здійсняться.

а) абсолютно не згоден; б) не згоден; в) згоден; г) цілком згоден.

Обробка результатів:

1. Шкала суїцидальності включає запитання № 10–21.

Оцінка результатів тестування за шкалою суїцидальності проводиться шляхом підрахунку виборів досліджуваним варіантів відповідей б, в, г, що оцінюються відповідно в 1, 2, 3 бали. Вибір позиції а – «ніколи» – не враховується.

2. Шкала ставлення до життя та до смерті включає запитання №№ 1–3, 8, 9, 22–31 і обраховується відповідно до ключа.

3. Окремо обраховуються питання № 4–7, що діагностують наявність в оточенні осіб з суїцидальної поведінкою. Ці питання враховуються при знаходженні загального балу за методикою, але не входять до наведених вище двох шкал.

Ключ для обробки результатів тестування за опитувальником

№ запитання	Кількість балів			
	а	б	в	г
1, 2, 3, 4, 6	2	1	0	—
5, 7	1	2	3	—
8, 9	0	1	2	—
10-21	0	1	2	3
22, 24, 26, 29, 31	3	2	1	0
23, 25, 27, 28, 30	0	1	2	3

Інтерпретація отриманих результатів.

Методика дає можливість діагностувати ступінь вираження 4 показників: суїцидальність, наявність в оточенні осіб з суїцидальною поведінкою, ставлення до життя і смерті та загальний бал, отриманий за всіма запитаннями методики.

Найважливішим показником є **рівень суїцидальності**. Саме за допомогою шкали суїцидальності можна встановити, на якому етапі розгортання суїцидальної поведінки перебуває досліджуваний. У питання цієї шкали закладена послідовність виникнення та розвитку суїцидальних тенденцій, а саме:

1-11 – антивітальні переживання стосовно безглузності, непотрібності свого життя. Ще немає аутоагресивної спрямованості.

12-14 – суїцидальні фантазії – уявлення про можливість власної смерті чи самогубства, а також наслідки цього вчинку для оточуючих.

15 – суїцидальне шантажування оточуючих.

16-17 – суїцидальні думки (уявлення) – пасивна форма суїцидальної поведінки, за якої ще немає усвідомленого бажання накласти на себе руки.

18 – суїцидальні задуми – активна форма суїцидальної поведінки, що характеризується свідомим бажанням скоїти

самогубство та переходом до розробки плану: вибір способу, часу та місця скоєння самогубства.

19 – суїцидальні наміри – до попередньої форми суїцидальної активності приєднується рішення та конкретні вчинки стосовно приготування до самогубства.

20 – самопошкодження – форма аутодеструктивної поведінки, в основі якої може лежати як бажання померти (при пошкодженні вен чи артерій), так і бажання через фізичний біль позбавитись психічного болю.

21 – суїцидальне спроба.

Залежно від того, на якому етапі розгортання суїцидальної поведінки перебувається досліджуваний, можна говорити про ступінь ризику скоєння самогубства.

**ПСИХОДІАГНОСТИКА
АДАПТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ ДО СТРЕСУ
(ОПИТУВАЛЬНИК АДАПТИВНОСТІ ДО СТРЕСУ)⁸²**

Опитувальник адаптивності до стресу (АС)

Опитувальник призначений для діагностики спроможності до успішної адаптації в умовах стресу. Він містить коротку інструкцію і 143 пункти. 9 шкал, одна з яких шкала неправди. Шкала неправди містить 15 пунктів, а субшкали, які об'єктивують складові адаптивних здібностей до стресу, – по 16 пунктів у кожній.

Досліджуваному пропонується така інструкція: опитувальник містить ряд тверджень, що стосуються вашої поведінки, станів, темпераменту й характеру. Можливі два варіанти відповідей: «Так» (+) чи «Ні» (–). Якщо Ви згодні з твердженням, відповідайте «Так», якщо не згодні – «Ні». Залишати твердження без відповіді й відповідати інакше не можна. Не міркуйте довго, важлива Ваша перша реакція, тому що тут не може бути правильних і неправильних відповідей. Опитувальник не призначений для перевірки Ваших знань і розумових здібностей.

Шкали опитувальника.

1. Шкала неправди «Н»: (15 пунктів).
2. Шкала оптимістичності «Оп»: (16 пунктів).
3. Шкала соціальної підтримки «СП»: (16 пунктів).
4. Шкала адаптивного мислення «АМ»: (16 пунктів).
5. Шкала адаптивного сну і сновидінь «СС»: (16 пунктів).
6. Шкала впевненості в собі «Вп»: (16 пунктів).
7. Шкала управління психофізіологічним станом «УПФС»: (16 пунктів).
8. Шкала соматичної регуляції «СР»: (16 пунктів).
9. Шкала самоорганізації часу життя «СЧЖ»: (16 пунктів).

⁸² Розов В. І. Психологічна діагностика адаптивних здібностей до стресу. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006, № 11. С. 41–50.

Текст опитувальника адаптивності до стресу.

1. Я майже щодня думаю про те, наскільки краще було б моє життя, якби мене не переслідували невдачі.
2. Часом мені в голову приходять такі думки, що про них краще не розповідати.
3. Друзі запрошують мене в гості не так часто, як мені б хотілося.
4. Коли мені треба виконати багато справ до певного терміну, я витрачаю купу часу, думаючи про це, замість того, щоб почати їх робити.
5. Я часто погано сплю через занепокоєння.
6. Я часто втрачаю впевненість у своїх силах.
7. Я постійно перебуваю в напруженому стані.
8. У мене гарний апетит.
9. Коли мені необхідно зробити багато важливих справ, я пишу план і дотримуюсь його.
10. Іноді без явної причини почуваюся пригніченим, нещасливим.
11. Іноді мені хочеться вилятися.
12. Більшість людей рідко відчують себе самотніми.
13. Коли зі мною відбувається щось приємне, я думаю про те, що тепер трапиться щось погане.
14. У мене переривчастий і неспокійний сон.
15. Уважаю, що більшість людей упевненіші й наполегливіші, ніж я.
16. Значну частину часу в мене пригнічений настрій, і я нічого не можу дати цьому раду.
17. Моя фізична працездатність не гірше, ніж була раніше.
18. Часом я виснажую себе тим, що беруся за багато справ одночасно.
19. Мені здається, що у своєму житті я дуже багато чого робив неправильно.
20. Я не завжди говорю правду.
21. Як і завжди, зараз справжніх друзів знайти легко.

22. Якщо мене щось дуже злякало, думки про це ще довго повертаються до мене.
23. Мене часто турбують кошмарні сновидіння.
24. Якщо мені пропонують товар, який зовсім мені не підходить, мені дуже важко сказати «ні».
25. Часто в мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, коли я не можу довго всидіти на одному місці.
26. Моє фізичне здоров'я не гірше, ніж у більшості моїх знайомих.
27. Я не можу визначитися, за які справи варто братися в першу чергу, а за які – в другу.
28. Мені здається, що інші нерідко сміються з мене.
29. Я не кожного дня читаю передовиці в газетах.
30. Кожна людина завжди може знайти друзів, якщо вона дружелюбна.
31. Я проводжу набагато більше часу, перебираючи свої невдачі, ніж згадуючи про свої успіхи.
32. У мене часто бувають неприємні й загадкові сновидіння.
33. Мені важко зробити комплімент привабливим особам протилежної статі.
34. Майже увесь час я відчуваю тривогу через когось чи через щось.
35. Останні кілька років моє самопочуття здебільшого добре.
36. Усі важливі справи я майже завжди роблю в останній момент.
37. Я вважаю, що в мене достатньо підстав бути не дуже задоволеним своєю долею.
38. Іноді я буваю сердитим.
39. Світ, у якому ми живемо, у цілому – дружелюбне місце.
40. Навіть найменші ознаки несхвалення з боку навколишніх дратують мене.
41. У мене бувають періоди, коли тривога позбавляє мене сну.

42. Я уникаю задавати питання з побоювання виглядати дурним.
43. Часто мені здається, що моя нервова система розхиталася і я можу вийти із себе.
44. У мене досить постійна вага.
45. Я не встигаю вчасно виконати роботу.
46. Іноді здається, що я взагалі ні на що не здатний.
47. Іноді я відкладаю на завтра те, що повинен зробити сьогодні.
48. Зараз існує мало надійних зв'язків між людьми.
49. Коли переді мною стоїть складне завдання, я намагаюся сам себе підбадьорити, щоб упоратися з ним.
50. Часом я стаю таким збудженим, що мені важко заснути.
51. Я упевнений у собі.
52. Буває, що, розлютившись, я втрачаю витримку.
53. Значну частину часу я відчуваю загальну слабкість.
54. Мені майже завжди бракує часу на відпочинок і особисті стосунки.
55. Часто в мене буває такий настрій, що із задоволенням би нічого не бачив і не чув.
56. Іноді, коли я погано себе почуваю, я буваю дратівливим.
57. Люди за своєю природою дружелюбні й готові завжди допомогти.
58. Мені часто приходять у голову думки про минулі невдачі.
59. Мене часто не бере сон від того, що різні думки лізуть у голову.
60. Мені часто важко відповісти «ні».
61. Нерви в мене бувають занадто напружені.
62. У мене рідко бувають сильні серцебиття й задишка.
63. Я постійно поспішаю.
64. Нерідко сумніваюся, чи справді моїм співрозмовникам цікаво те, що я говорю.

65. Мої манери за столом у себе вдома не такі гарні, як у гостях.
66. У мене не виходить відвідувати друзів так часто, як мені б хотілося.
67. Я не турбуюся про те, що я не в силах змінити.
68. Я страждаю безсонням.
69. Мені не вистачає впевненості в собі.
70. У напружених ситуаціях у мене часто бувають напади тремтіння.
71. Звичайно мої руки й ноги досить теплі.
72. Я намагаюся одночасно робити занадто багато справ.
73. Я хвилююся і переживаю навіть при думці про можливу невдачу.
74. Я переходжу вулицю в неналежному місці, коли упевнений, що мене не помітить поліцейський.
75. Мені здається, що мене ніхто не розуміє.
76. Якщо мені треба зробити щось неприємне, я думаю про позитивну сторону цієї справи і намагаюся впоратися щонайкраще.
77. Уранці я прокидаюся бадьорим і відпочившим.
78. Коли мені роблять компліменти я гублюся.
79. Певні дрібниці постійно дратують мене.
80. Мій шлунок вельми непокоїть.
81. Мені ніколи займатися важливими справами.
82. Іноді думаю, що краще б не народитися на світ, як тільки уявлю собі, скільки усіляких неприємностей, можливо, доведеться зазнати в житті.
83. У грі мені приємніше вигравати, ніж програвати.
84. Мені бракує спілкування з близькими людьми.
85. Після іспиту мені завжди здається, що я відповів гірше, ніж було насправді.
86. Я часто бачу один і той самий страшний сон.
87. Я без затримки і сорому можу висловити свою думку.
88. Мені нелегко стримувати свій гнів.
89. Я, зазвичай, сповнений енергії та працездатності.

90. На початку робочого дня я резервую час для підготовчої роботи, планування.
91. У мене досить часто змінюється настрій.
92. Мені подобається мати вагомих людей серед своїх знайомих, тому що це підвищує мій престиж.
93. Я почуваюся ізольованим від інших.
94. Коли зі мною відбувається щось неприємне, я намагаюся більше не думати про це.
95. Я добре висипаюся вночі.
96. Я абсолютно упевнений у собі.
97. Я легко відновлююся після важкого робочого дня.
98. Я абсолютно здоровий фізично.
99. Я завжди планую свій час.
100. Мені буває незручно веселитися на вечірці, навіть якщо всі інші це роблять.
101. Не всі, кого я знаю, мені подобаються.
102. Моя родина завжди мене підтримує у важку хвилину.
103. Я довго думаю над своїми помилками, навіть коли нічого вже не можу змінити.
104. Я часто прокидаюся від раптового страху.
105. Я часто відчуваю непевність у своїх здібностях, очікую невдачу, провал.
106. Мені не важко зняти свою втому чи роздратування.
107. Мене часто турбують головні болі.
108. Я завжди встигаю виконувати все вчасно.
109. Мені важко підтримувати розмову з людьми, з якими я тільки-но познайомився.
110. Іноді я пліткую.
111. Значну частину часу я почуваюся самотнім, навіть перебуваючи серед людей.
112. Згадуючи своє життя, я волію думати більше про приємне, ніж про неприємне.
113. Я засинаю дуже важко.
114. Коли мене просять що-небудь зробити, я обов'язково уточнюю, навіщо це.

115. Я часто зауважую за собою, що тривожуся про щось.
116. Моє статеве життя задовільне.
117. Як правило, я складаю список справ, які треба виконати.
118. Коли мені нудно, я намагаюся влаштувати що-небудь веселе.
119. Іноді я даю позитивну оцінку людям, про яких знаю дуже мало.
120. Члени моєї родини майже завжди розуміють мене.
121. Стикаючись із новою ситуацією, я увесь час думаю про її найгірший результат.
122. Уранці я прокидаюся з величезними труднощами.
123. Я відчуваю нерішучість, коли потрібно зробити важливий дзвінок.
124. Мені важко себе стримувати, коли я перебуваю у збудженому стані.
125. У мене рідко щось болить.
126. Я вмію сказати «ні», коли хтось зазіхає на мій час.
127. Моя зовнішність ніколи не викликає в мене занепокоєння.
128. Буває, що я сміюся з непристойного жарту.
129. У моїй родині є люди, які мене не розуміють.
130. Стикаючись із новими проблемами, я завжди ретельно обмірковую, як я їх вирішуватиму.
131. Здебільшого я засинаю без тривожних думок.
132. Мене люди вважають упевненою у собі людиною.
133. Я важко усе переживаю і нічого не можу із собою вдіяти.
134. У мене часто пересихає в роті.
135. Я спрямовую свою активність таким чином, щоб мати час для зосередження на життєво важливих проблемах.
136. Зіпсований настрій мені завжди легко виправити чим-небудь цікавим.
137. Серед членів моєї родини є люди, на яких я можу покластися у важку хвилину.

138. Коли зі мною трапляється невдача, це нагадує мені про усе, що мені не вдалося в моєму житті, і мені стає ще більш сумно.

139. Мені хочеться спати вдень, а вночі я страждаю від безсоння.

140. Я завжди висловлюю свою думку.

141. Мене важко вивести із себе чи розсердити.

142. У мене відсутні які-небудь неприємні фізичні відчуття, що заважають роботі.

143. У своїх справах я завжди визначаю те, що потрібно зробити в першу чергу.

КЛЮЧ

10. Шкала неправди «Н»: (max. 15).

Відповідь «Так»: -

Відповідь «Ні»: 2, 11, 20, 29, 38, 47, 56, 65, 74, 83, 92, 101, 110, 119, 128.

11. Шкала оптимістичності «Оп»: (max. 16)

Відповідь «Так»: 118, 127, 136;

Відповідь «Ні»: 1, 10, 19, 28, 37, 46, 55, 64, 73, 82, 91, 100, 109.

12. Шкала соціальної підтримки «СП»: (max. 16)

Відповідь «Так»: 12, 21, 30, 39, 57, 102, 120, 137;

Відповідь «Ні»: 3, 48, 66, 75, 84, 93, 111, 129.

13. Шкала адаптивного мислення «АМ»: (max. 16)

Відповідь «Так»: 49, 67, 76, 94, 112, 130;

Відповідь «Ні»: 4, 13, 22, 31, 40, 58, 85, 103, 121, 138.

14. Шкала сну і сновидінь «СС»: (max. 16)

Відповідь «Так»: 77, 95, 131;

Відповідь «Ні»: 5, 14, 23, 32, 41, 50, 59, 68, 86, 104, 113, 122, 139.

15. Шкала впевненості в собі «Вп»: (max. 16)

Відповідь «Так»: 51, 87, 96, 114, 132, 140;

Відповідь «Ні»: 6, 15, 24, 33, 42, 60, 69, 78, 105, 123.

16. Шкала управління психофізіологічним станом «УПФС»: (max. 16)

Відповідь «Так»: 97, 106, 115, 141;

Відповідь «Ні»: 7, 16, 25, 34, 43, 52, 61, 70, 79, 88, 124, 133.

17. Шкала соматичної регуляції «СР»: (max. 16)

Відповідь «Так»: 8, 17, 26, 35, 44, 62, 71, 89, 98, 116, 125, 142;

Відповідь «Ні»: 53, 80, 107, 134.

**18. Шкала самоорганізації часу життя «СЧЖ»:
(max. 16)**

Відповідь «Так»: 9, 90, 99, 108, 117, 126, 135, 143;

Відповідь «Ні»: 18, 27, 36, 45, 54, 63, 72, 81.

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

Шкала неправди (Н) виявляє тенденцію досліджуваного представити себе в більш вигідному світлі. Високі показники (понад 10 сирих балів) вказують на навмисне прагнення прикрасити себе. Підвищення показників у межах 8-10 балів часто зустрічається в осіб з нерозвиненими адаптивними здібностями. Низькі показники за шкалою (0-2 с. б.) свідчать про відсутність тенденції прикрасити себе. Результати тестування є недостовірними, якщо «Н» вище 10 балів.

Шкала оптимістичності (Оп). Високі оцінки за шкалою (12-16 балів) відображають активність життєвої позиції, високий рівень життєлюбства, високу мотивацію досягнення, яка орієнтована на моторну та мовну активність.

Низькі показники (0-4 бали) виявляють зниження рівня оптимізму, життєлюбства й активності, депресивне забарвлення настрою, підвищену стомлюваність, апатію.

Шкала соціальної підтримки (СП). Соціальна підтримка – це почуття причетності, прийняття, почуття того, що ти потрібний сам по собі, а не тому, що ти можеш щось зробити.

Високі оцінки за шкалою (12-16 балів) означають, що у людини є близькі люди, з якими вона може поговорити, розділити свої проблеми, побоювання, труднощі. Соціальна підтримка у вигляді прямого інформування про небажані дії може запобігти стресу. Соціальна підтримка корисна також у постстресових станах, дозволяє мобілізувати особистісні ресурси і впоруватися з емоційними навантаженнями.

Низькі оцінки за шкалою (0-4 бали) свідчать про соціальну ізоляцію, слабку соціальну підтримку, самотність, замкнутість.

Шкала адаптивного мислення (АМ). Високі оцінки за шкалою (12-16 балів) свідчать про усвідомленість, самоконтроль, рефлексивність, гнучкість мислення, здатність дистанціюватися від травматичних подій, що приводить до усунення стресової симптоматики.

Низькі оцінки за шкалою (0-4 бали) є показником слабкого усвідомлення й самоконтролю мисленнєвих процесів. Неадаптивні думки виникають автоматично і самі по собі можуть бути причинами стресових станів.

Шкала «сон та сновидіння» (СС). Високі оцінки за шкалою (12-16 балів) свідчать про розвинуті навички оптимізації та нормалізації сну, управління, аналізу й усвідомленості сновидінь.

Низькі оцінки за шкалою (0-4 бали) є показником дезорганізації сну й сновидінь.

Шкала впевненості в собі (Вп). Високі оцінки за шкалою (12-16 балів) свідчать про віру в себе. Соціальну сміливість, ініціативність, позитивну самооцінку, відповідальність, соціальну компетентність, здатність до самостверджувальної поведінки.

Низькі оцінки за шкалою (0-4 бали) є показником тривожності, боязкості, сором'язливості, відсутності соціальних навичок, нездатності відкрито виражати свої думки й почуття.

Шкала управління психофізіологічним станом (УПФС). Високі оцінки за шкалою (12-16 балів) свідчать про самовладання, здатність до самовідновлення й релаксації, самоконтроль над негативними емоціями й сильними імпульсами.

Низькі оцінки за шкалою (0-4 бали) є показником нездатності контролювати й регулювати свої стани, невміння розслабитися в напруженій ситуації й зняти втому, відсутності самоконтролю над власною емоційною сферою.

Шкала соматичної регуляції (СР). Високі оцінки за шкалою (12-16 балів) свідчать про розвинуті механізми довільної та мимовільної соматичної регуляції, здатності підтримувати оптимальний фізичний стан і здоров'я, розвинуті фізичні якості.

Низькі оцінки за шкалою (0-4 бали) є показником слабкого фізичного здоров'я, нездатності підтримувати високу фізичну працездатність.

Шкала самоорганізації часу життя (СЧЖ). Високі оцінки за шкалою (12-16 балів) свідчать про вміння раціонально розпоряджатися часом власного життя, планувати й визначати пріоритети у своїх справах, пунктуальність, здатність не гаяти час дарма.

Низькі оцінки за шкалою (0-4 бали) є показником дезорганізації часу власного життя, відсутності навичок планування й управління часом. Такі люди беруться робити багато справ одночасно, але не доводять їх до кінця й не встигають у належні терміни.

Опитувальник дозволяє також, обчислити сумарний індекс адаптивності до стресу. Підсумкові показники вираховуються шляхом підсумовування значень 8 основних субшкал.

$$AC = O_{\Pi} + C_{\Pi} + AM + CC + B_{\Pi} + УПФС + C_{\Pi} + C_{\Pi} =$$

Максимальне значення узагальненого індексу адаптивності до стресу становить 128 балів.

Рівень розвитку адаптивності до стресу визначається в такий спосіб:

96-128 балів – високий рівень розвитку;

64-95 балів – виражений (помірний) рівень розвитку;

32-63 бали – середній рівень розвитку;

0-31 бал – низький рівень розвитку.

Аналіз сирих балів за окремими шкалами вказує на слабкі ланки або ж компенсаторні можливості у структурі адаптивності.

ТРЕНІНГОВІ ВПРАВИ З РОЗВИТКУ ОСОБИСТІСНОГО ЗРОСТАННЯ

*Вправи, спрямовані на усвідомлення власних особистісних
якостей*

Вправа 1

Мета: розвиток уміння об'єктивно оцінити та чітко передати власні характеристики, за якими Вас можна швидко упізнати.

Інструкція: уявіть, що Вам необхідно зустрітись із незнайомою людиною, яка має впізнати Вас. Опишіть себе. Знайдіть такі ознаки, які виділяють Вас із натовпу. Опишіть свій зовнішній вигляд, ходу, манеру розмовляти, одягатися.

Учасники групи, за бажанням, корегують почутий опис колеги та оцінюють його за десяти бальною шкалою.

Вправа 2

Мета: усвідомлення власних чеснот.

Кожному учасникові групи дають ручку і папір.

Інструкція: напишіть у стовпчик числа від 1 до 10 і проти кожного дайте відповідь на питання: «Хто я?». Намагайтеся бути щирими, відвертими, враховуйте свої позитивні й негативні якості.

Кожен з учасників може прочитати свій перелік відповідей. Заняття закінчується обміном думками.

Вправа 3

Мета: формування настанов на виявлення власних позитивних якостей; уміння представити себе і встановити контакт з оточуючими.

Інструкція: кожен повинен похвалитися перед групою якою-небудь своєю якістю, умінням, здатністю, розповісти про свої сильні сторони, про те, що він любить і цінує в собі, відобразити свою індивідуальність так, щоб всі інші учасники відразу запам'ятали його. Наприклад: «Я високий, сильний і впевнений в

собі чоловік. Зовнішність у мене звичайна, проте волосся гарного кольору і злегка в'ється, що є предметом легкої заздрості багатьох жінок. Головне, на що хочу звернути вашу увагу, – зі мною в будь-якій компанії цікаво й весело, як правило, граю роль «веселуна».

На виступ відводиться хвилина.

Після закінчення усіх виступів група обирає найкращий та обговорює відчуття, що виникали у процесі виконання вправи.

Вправа 4

Мета: розвиток здатності чітко описати зовнішні ознаки, виявити особистісні характеристики.

Вправа виконується в парах. Ведучий пропонує кожному обрати собі в пару того учасника групи, якого він знає менше, ніж інших.

Завдання 1. Кожному з вас дається 2 хвилини, протягом яких ви маєте розповісти своєму візаві, кого ви бачите перед собою. Розповідь треба починати словами: «я бачу перед собою...», а далі слід говорити лише про зовнішній вигляд, не включаючи у розповідь оцінних понять та слів, що містять інформацію про особистісну специфіку людини, наприклад: добрі очі, розумний погляд тощо. Спочатку один говорить 2 хвилини, інший слухає, потім – навпаки.

Завдання 2. Кожному з вас дається ще 3 хвилин для того, щоб розповісти своєму партнерові, яка, на ваш погляд, він людина. Ви можете говорити все, що відповідає на питання: «Якою людиною є мій співрозмовник?».

Вправа 5

Мета: формування здатності впливати на власну мотивацію.

Інструкція: кожен на прикладі, пов'язаному із процесом виконання будь-якого завдання, повинен пояснити такий алгоритм, що складається з питань:

1. Я прагну до досягнення певної мети? (Що треба робити?)
2. Чи бажаю я зараз цим займатися?

3. Що мені хочеться робити?
4. Як поєднати те, що хочеться, із тим, що треба зробити?
5. Які можуть бути наслідки, якщо я це зроблю чи не зроблю?

Після виконання цих завдань можна поставити запитання: «Що ви відчували, коли слухали розповідь про себе?», «Які враження виникли у вас у процесі виконання вправи?», «Які виникали труднощі при характеризованні партнера» тощо.

Вправи, спрямовані на розвиток емоційно-вольових якостей

Вправа 1

Мета: розвивати самоконтроль емоційних станів.

Інструкція: кожен отримає картку із назвою однієї емоції, але так, щоб інші не бачили, що там написано. Завдання: зобразити дану емоцію за допомогою невербальних засобів спілкування, а інші мають відгадати, яку емоцію було представлено (емоції: гнів, радість, сум, здивування, відроза, інтерес, байдужість, образа та ін.).

Вправа 2

Мета: формування, розвиток упевненості в собі й почуття власної гідності. подолання тривоги, сумнівів і самообмежень («Я не можу це зробити», «У мене не вийде», «Я недостатньо умілий» та ін.).

П'ять основних кроків з набуття почуття власної гідності за допомогою цієї техніки.

1. Усвідомте свої позитивні якості, таланти й досягнення, що вигідно вирізняють вас з-поміж інших знайомих вам людей.

2. Упевніться в думці, що у вас є якості, які ви хочете розвинути.

3. Уявіть собі, що ви успішна особа, котра досягла поставлених цілей, що ваші зусилля визнані іншими людьми.

4. Уявіть себе процвітаючим й таким, хто має усе, чого забажає.

5. Відчуйте впевненість у своїх силах і володінні ситуацією, де б ви не були.

Вправа 3

Мета: формування адекватних реакцій у різних ситуаціях.

Інструкція: кожному члену групи пропонується в заданих ситуаціях продемонструвати невпевнений, впевнений і агресивний типи відповідей. Ситуації можна запропонувати такі:

- колега розмовляє з вами, а ви хочете піти;
- ваш товариш влаштував вам зустріч з незнайомою людиною, не попередивши вас;
- колеги, які знаходяться з вами в одному кабінеті, заважають вам гучною розмовою;
- ви щось розповідаєте знайомому, а він постійно перебиває вас і задає питання;
- друг просить вас позичити йому яку-небудь вашу річ, а ви вважаєте його людиною не акуратною та не зовсім відповідальною.

Для кожного учасника використовується тільки одна ситуація. Можна розіграти дані ситуації в парах. Група має обговорити відповідь кожного учасника.

Вправа 4

Мета: розвиток уміння позбавлятися негативних емоцій.

Інструкція: встановлено, що нервові імпульси з дихальних центрів мозку поширюються на його кору і змінюють її тонус. Релаксація досягається через напруження із затримкою вдиху. Розрядці негативних емоційних станів і підтриманню бадьорого настрою допоможе така вправа: напружте кисті рук, затримуйте подих на вдиху, а потім максимально розслабте їх; напружте ноги, із силою упершись у підлогу, затримуйте подих на вдиху, потім розслабте їх. Разом з розслабленням має прийти відчуття звільнення від скутості, яке необхідно всіляко підсилювати.

Вправа 5

Мета: формування здатності знімати нервові напруження.

Інструкція: мімічна мускулатура здатна впливати на емоційний стан людини; тому привчайте себе підтримувати постійно добрий, приємний вираз обличчя. З метою зняття психічної напруженості рекомендується така вправа.

Потрібно ненавчливо включити «внутрішнє дзеркало», подивитися на своє обличчя і позбутися внутрішніх затисків. Періодично затримуючи подих, злегка надувайте щоки, робіть ковтальні рухи. Після вдиху проведіть рукою по обличчю, немов забираючи залишки тривоги, роздратування. Потім підніміть куточки губ догору, посміхніться, відчуйте, як приємні відчуття від куточків губ ідуть до вух. Проведіть рукою по м'язах шиї і, якщо вони напружені, зробіть кілька нахилів або обертальних рухів головою, промасажуйте шию, потім легко погладьте м'язи від плеча до вуха, потріть подушечками пальців завушні бугри. Це дозволить поліпшити приплив крові до голови і допоможе зняти нервові напруження.

Вправа 6

Мета: розвиток здатності долати невпевненість та переконувати себе.

Інструкція: Ви – господар власного життя й від вас залежить чи зможете подолати власні хвилювання. Самопереконавання – уявна аналітико-синтетична робота, що включає критичний аналіз своєї готовності, пошук переконливих доводів для обґрунтування успішного результату майбутніх подій.

У разі непевності у своїх силах, хвилюванні при виконанні певного службового завдання скажіть собі: «Якщо я хвилюватимуся, то тільки заважатиму собі успішно діяти й буду виглядати в очах оточуючих не гідно», «Я виконував і складніші завдання, виконаю й це», «Я доведу усім, що зможу впоратись із завданням».

Вправи, спрямовані на розвиток інтелектуальних якостей

Вправа 1

Мета: розвиток спостережливості, уваги у спілкуванні.

Інструкція: один з учасників (за бажанням) сідає спиною до аудиторії. Решта вголос загадують одного з присутніх. Завдання, якомога докладніше описати зовнішній вигляд згаданого. Коли опис буде закінчено, члени групи можуть доповнити його своїми спостереженнями. Після цього хто-небудь інший сідає спиною до аудиторії, загадується нова людина, і процедура повторюється. Зміна учасників на стільці відбувається ще кілька разів.

Обговорення:

- Легко або важко було описувати зовнішність?
- У чому були труднощі та чому?
- Що легше всього згадується?
- Що важче?
- Кому було легко виконувати цю вправу?
- Чому?

Вправа 2

Мета: формування умінь розпізнавання особистості за описовими характеристикам, навичок порівняльного аналізу.

Інструкція: кожен учасник протягом 5-7 хв. складає «психологічний портрет» будь-кого із членів групи. Вказувати на ознаки, особливо зовнішні (зріст, статура і т. п.), які дають змогу одразу впізнати конкретну людину, не можна. У портреті має бути не менше 10-12 рис характеру, звичок, особливостей, що характеризують саме цю людину.

Потім кожен виступає з інформацією перед групою, а інші учасники намагаються визначити, про кого йдеться, та здійснити порівняльний аналіз з оригіналом.

Вправа 3

Мета: розвиток уміння точно запам'ятати та передати інформацію.

Інструкція: п'ять учасників виходять з кімнати, залишається

тільки один. Йому зачитують текст. Після цього до кімнати запрошують другого учасника, і перший переказує йому текст, який прослухав. Потім у кімнату запрошують третього учасника. Другий розповість йому те, що розповіли йому. Потім кличуть наступного, і так доти, поки всі учасники не опиняться в кімнаті.

Текст підбирається психологом довільно. Необхідно, щоб було два-три герої та процес якоїсь події. Обсяг тексту – близько 50 рядків (психологу слід мати запасний варіант тексту, на випадок повтору вправи). Бажано, щоб він був малознайомим. Добре підходять газетні замітки.

Далі всім зачитують текст й відбувається обговорення із використанням питань:

- За рахунок чого відбулося спотворення інформації?
- Що «свого» кожен вніс у розповідь?
- Чи буває так у житті?
- Що треба робити, щоб спотворення були мінімальними?

Вправа 4

Мета: тренування пам'яті та уваги.

Інструкція: трьом учасникам, по черзі, дається малюнок чи фото із зображенням будь-якого пейзажу, місцевості. Кожен має, не показуючи його групі, за дві хвилини пояснити, що саме там зображено. Розповідь має бути такою, щоб усі учасники найбільш точно змогли уявити описаний малюнок. Потім відбувається аналіз помилок та проблем, що при цьому виникли.

Вправа 5

Мета: розвиток спостережливості та здатності до узагальнення результатів спостережень, усвідомлення зовнішніх проявів індивідуальних особливостей людини.

Інструкція: починає один доброволець. Він приймає на себе роль іншої людини, добре відомої всій групі, але не говорить, кого саме. Решта по черзі задають йому одне-два будь-яких питання. Він відповідає, копіюючи манери і стиль мовлення тієї людини, яку він зображує. Після того як усі учасники групи задали питання, кожен з них висловлює припущення, чия роль була

виконана, і обґрунтовує свою думку. Потім той, хто когось показував, повідомляє, чию роль він грав. Обговорення: «актор» дає свої коментарі й пояснює, чому він обрав цю роль, її особливості, як він почувався у цій ролі, яким був його емоційний стан до початку вправи й після. Решта учасників групи також висловлюються про те, що вони відчували, чому висловлювали ті чи інші припущення. Примітка: після обговорення вправу бажано повторювати, щоб усі бажаючі учасники групи кого-небудь показали.

Вправа 6

Мета: розвиток уміння аналізувати, узагальнювати інформацію та прогнозувати можливі наслідки.

Інструкція: учасникам демонструється серія фотокарток із зображенням людей різного віку й статі, в різних психоемоційних станах. Вони мають визначити, які події спричинили (або могли викликати) той чи інший психоемоційний стан та за яких умов могли виникнути відповідні емоції; максимально повно та точно охарактеризувати всі відтінки емоційного стану зображеної людини, відтворити характер і хід думок, а також перебіг почуттів; визначити, чим би могла займатися ця людина у той момент, коли її фотографували, які події передували цьому моменту, якими б могли бути її дії в наступну мить, тощо.

Вправа 7

Мета: розвиток навичок переконання.

Інструкція: викликаються два учасники. Кожному з них ведучий дає сірникову коробку, в одній із яких лежить кольоровий папірець. Після того, як обидва учасники з'ясували, у кого із них у коробці лежить папірець, кожен починає доводити іншим те, що папірець саме у нього, група мають вирішити, у чий же саме коробці лежить папірець.

Під час обговорення важливо проаналізувати ті випадки, коли група помилялася, та які вербальні й невербальні компоненти змусили її повірити в нещирість.

Практичний посібник

ІВАНОВА Наталя Георгіївна
МИХАЙЛОВ Борис Володимирович
МІШИЄВ Вячеслав Данилович
та ін.

Збереження психічного здоров'я населення України в умовах війни

Коректор *О. П. Власенко*
Художнє опрацювання *А. В. Зеленько, І. В. Омельчук*
Комп'ютерне макетування *Т. П. Зеленько*

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 12,32.
Обл.-вид. арк. 7,72. Тираж 20 прим. Наряд. № ____

Видавець і виготовлювач
Національна академія Служби безпеки України,
03066, Київ, вул. Михайла Максимовича, буд. 22.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 6844 від 17.07.2019

