

# ПСИХОЛОГІЯ СТРЕСУ ТА СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ



ЗВО «ВІДКРИТИЙ МІЖНАРОДНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ «УКРАЇНА»

ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**ПСИХОЛОГІЯ СТРЕСУ  
ТА СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ**

**Укладач: Овчаренко О. Ю.**

*Навчальний посібник*

**Київ  
Університет «Україна»  
2023**

УДК 159.944.4:616.89

П86

Рекомендовано до друку

Вченою радою Інституту соціальних технологій Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» (протокол № 3 від 06 лютого 2023 р.)

Рекомендовано до друку Науково-методичною радою Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» (протокол № 3 від 16 лютого 2023 р.)

**Рецензенти:**

*Мілютіна К. Л.*, доктор психологічних наук, професор кафедри психології розвитку Київського національного університету імені Тараса Шевченка, професор;

*Гулько Ю. А.*, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії психології творчості Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПНУ.

**Укладач:**

*Овчаренко О. Ю.*, асистент кафедри психології, Інститут соціальних технологій Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна», здобувачка PhD доктор філософії з психології, магістр психології.

**Психологія** стресу та стресових розладів : навч. посіб. /

П86 Уклад. О. Ю. Овчаренко. — К. : Університет «Україна», 2023. — 266 с.

ISBN 978-966-388-665-7

У навчальному посібнику розкрито поняття стресу та основні аспекти впливу стресу на людей. Визначено напрями профілактики суїцидальної поведінки, шляхи подолання ПТСР, особливості професійного вигорання. Визначено поняття екстремальної ситуації та методи діагностики стресових станів.

Для здобувачів освіти закладів вищої освіти, які вивчають дисципліни «Психологія стресу та стресових розладів», «Психологія стресостійкості», «Психологічна допомога в екстремальних ситуаціях», та всіх, хто цікавиться проблематикою стресу та способами його опанування.

УДК 159.944.4:616.89

ISBN 978-966-388-665-7

DOI: <https://doi.org/10.36994/978-966-388-665-7-2023-266>

© Овчаренко О.Ю., 2023

© Університет «Україна», 2023

# ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА.....	5
РОЗДІЛ 1. Визначення стресу. Основні концепції стресу, його види та форми виявлення .....	8
1.1. Поняття загального адаптаційного синдрому .....	8
1.2. Основні концепції стресу .....	25
1.3. Стадії стресу. Класифікація видів стресу .....	36
Контрольні запитання та завдання .....	45
Теми практичних занять.....	46
РОЗДІЛ 2. Особливості професійного вигорання .....	47
2.1. Загальні закономірності професійних стресів .....	47
2.2. Особливості професійного стресу. ....	60
2.3. Особливості навчального стресу. Екзаменаційний стрес .....	68
Контрольні запитання та завдання .....	74
Теми практичних занять.....	74
РОЗДІЛ 3. Екстремальні ситуації .....	75
3.1. Екстремальна психологія. Поняття екстремальної ситуації .....	75
3.2. Гострий стрес як відповідь на екстремальну ситуацію .....	89
3.3. Типологія екстремальних ситуацій .....	104
3.4. Екстремальні стани: поняття і диференціальна діагностика .....	109
Контрольні запитання та завдання .....	122
Теми практичних занять.....	122
РОЗДІЛ 4. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок травмуючої ситуації. Травматичний досвід .....	123
4.1. Визначення поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) .....	123
4.2. Симптоми ПТСР. Фази розвитку ПТСР .....	129
4.3. Фактори ризику розвитку ПТСР: категорії людей. Психологічні механізми виникнення посттравматичного стресу.....	135
4.4. Принципи роботи з ПТСР. Психокорекційне втручання при ПТСР.....	144
4.5. Психічна травма та травматичний досвід.....	156
4.6. Динаміка переживання травматичної ситуації.....	165
4.7. Суїцидальна поведінка .....	176

4.8. Реакції горя .....	196
4.9. Психосоматичні реакції на стрес .....	213
Контрольні запитання та завдання .....	221
Теми практичних занять.....	222
РОЗДІЛ 5. Методи діагностики стресових станів.....	223
5.1. Оцінка стресових станів .....	223
5.2. Симптоми стресу. ....	228
5.3. Методики оцінки та самооцінки стресових станів. ....	233
5.4. Вплив стресу на організм людини.....	245
Контрольні запитання та завдання .....	253
Теми практичних занять.....	253
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА .....	255
ГЛОСАРІЙ.....	257
ВИСНОВКИ .....	261
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	262

## ПЕРЕДМОВА

**Стрес** — це реакція нашого мозку та тіла на вимоги. Будь-який тип подій, позитивних чи негативних, може спричинити стрес, і стрес певною мірою є частиною життя кожного. Стрес зазвичай вважають шкідливим, але насправді не всі стреси є шкідливими.

Стрес впливає набагато більше, ніж просто на те, як ми відчуваємось. Це може вплинути і на наше фізичне здоров'я. Одним із прикладів цього є мігрень або «головний біль від стресу». Стрес також може вплинути на наш апетит, сон, підвищення артеріального тиску та багато іншого. Тривалий або хронічний стрес може вплинути на нашу серцево-судинну, імунну, травну та шлунково-кишкову системи. На щастя, існує безліч різних способів впоратися зі стресом. Деякі з них можуть працювати для нас краще, ніж інші, але всі вони можуть допомогти нам подолати стрес здоровим способом.

Вивчення студентами закладів вищої освіти, що здійснюють підготовку психологів, такої дисципліни, як *«Психологія стресу та стресових розладів»*, сприятиме наявності у майбутніх спеціалістів психологічних навичок, аналізування теоретичних підходів до вивчення стресу; виявлення внутрішніх та зовнішніх психічних ресурсів стресостійкості особистості; використання отриманих знань, як методологію системного підходу до розгляду стресу; ілюстрування прикладів закономірності та особливості функціонування та розвитку психічних явищ; складання планів консультативного процесу з урахуванням специфіки запиту та індивідуальних особливостей клієнта; встановлення ефективності власних дій; складання програм психопрофілактичних та просвітницьких дій, заходів психологічної допомоги у формі лекцій, бесід, круглих столів, ігор, тренінгів, відповідно до запиту; пропонування власних способів вирішення психологічних задач і проблем у процесі професійної діяльності; приймання власних рішень щодо їхнього розв'язання.

**Мета** запропонованого матеріалу в навчальному посібнику *«Психологія стресу та стресових розладів»* — розширити наукові уявлення та поглибити теоретичні знання про закономірності функціонування психіки і життєдіяльності індивіда в умовах стресу, причини виникнення та механізми його розвитку, а також основні методики діагностики стресових станів, вплив стресу на організм людини; сформулювати у здобувачів критичне мислення, стресостійкість та здатність до професійної мобільності.

✚ Навчальний посібник за структурою складається з п'яти розділів:

***РОЗДІЛ 1. «Визначення стресу. Основні концепції стресу, його види та форми виявлення»:***

- ❖ розкриває суть та поняття «загального адаптаційного синдрому» та його характеристику;
- ❖ розглядає основні концепції стресу, стадії стресу та класифікацію видів стресу.

***РОЗДІЛ 2. «Особливості професійного вигорання»***

- ❖ висвітлює питання закономірності професійних стресів;
- ❖ акцентує увагу на особливостях професійного стресу;
- ❖ розглядає питання навчального та екзаменаційного стресу.

***РОЗДІЛ 3. «Екстремальні ситуації»***

- ❖ розкриває суть поняття «Екстремальна психологія»;
- ❖ визначає поняття екстремальної ситуації;
- ❖ вміщує матеріал про гострий стрес;
- ❖ акцентує увагу на типології екстремальних ситуацій; розкриває суть екстремальних станів.

***РОЗДІЛ 4. «Посттравматичний стресовий розлад, як наслідок травмуючої ситуації. Травматичний досвід»***

- ❖ визначає поняття «посттравматичного стресового розладу (ПТСР)»;
- ❖ розкриває симптоми ПТСР та фази розвитку ПТСР;
- ❖ акцентує увагу на факторах ризику розвитку ПТСР: категорії людей та психологічному механізмі виникнення посттравматичного стресу;
- ❖ висвітлює принципи роботи з ПТСР та психокорекційне втручання при ПТСР;
- ❖ вміщує матеріал про психічну травму та травматичний досвід;
- ❖ розглядає динаміку переживання травматичної ситуації;
- ❖ розкриває суть суїцидальної поведінки та реакції горя;
- ❖ висвітлює питання психосоматичної реакції на стрес.

***РОЗДІЛ 5. «Методи діагностики стресових станів»***

- ❖ є завершенням посібника, тому що, вміщує матеріал про оцінку стресових станів;

- ❖ розглядає симптоми стресу;
- ❖ висвітлює методики оцінки та самооцінки стресових станів;
- ❖ розкриває питання впливу стресу на організм людини.

Посібник також містить питання та завдання для самоконтролю, перелік використаної та рекомендованої літератури, короткий термінологічний словник.

Даний посібник більше зорієнтований на теоретичне забезпечення курсу.

Запропонований посібник може бути використаний при вивченні дисциплін «Анатомія», «Фізіологія», «Загальна психологія», «Соціальна психологія», «Психологія особистості», «Психотерапія», «Клінічна психологія» тощо.



## РОЗДІЛ 1.



# Визначення стресу. Основні концепції стресу, його види

1.1

### ПОНЯТТЯ ЗАГАЛЬНОГО АДАПТАЦІЙНОГО СИНДРОМУ

*«Стрес — неспецифічна відповідь організму на будь-яку висунуту до нього вимогу».*

*Г. Сельє*

Немає такої людини, яка б не відчувала у своєму житті стрес та не знала б про його існування. На сьогодні в школах учні 7 та 8 класу вивчають поняття «стрес».

➤ *Стрес* — це складова людського буття. Людина народжується в стресовій ситуації та живе зі стресом. Він нікуди не зникає, люди або змінюють фактор стресу або змінюють ставлення до стресової ситуації. Будь-яка ситуація видається людиною за стрес. Стрес в наш час стає прозивним, стає таким собі модним словом, який виправдовує поганий настрій. Людина каже: «Чому я? та чому на мою долю це спало?», «Чому я така нещаслива?» або «У мене стрес», тому що поганий настрій, або погода погана та багато інших висловів, які трактують у такий спосіб життєві труднощі. При цьому людина переконує себе, що все складається погано і підсилює тим самим негативний вплив стресу.

Стресогенним є не сама по собі життєва подія (зміна роботи, обмін житла, припинення стосунків та ін.), а пов'язана з цим втрата

будь-якої життєвої позиції — втрата статусу, заробітку або влади, зміна звичних засобів праці, втрата самоповаги та інше.

Кожна подія, що потребує від людини зміни звичного способу життя і додаткових витрат енергії, є потенційно стресовою. Найчастіше, стрес викликають події неприємні, особливо якщо вони непередбачені й перебувають поза зоною нашого контролю. Ми відчуваємо стрес, коли потрапляємо в сумнівні або двозначні ситуації, коли переживаємо міжособистісні конфлікти. Та навіть у налагодженому повсякденному житті ми піддаємося впливу стресу набагато частіше, ніж нам це здається. Ми проспали, спізнилися, застрягли в пробці, наші плани зірвалися, нам не подзвонили, нас підвели... Всі ці дрібні й знайомі кожному побутові дрібниці викликають у нас певну фізіологічну реакцію: збудження, сухість у роті, прискорене серцебиття, тремтіння рук, кидання в піт... Нам стає важко зосередитися на чомусь, що не стосується пережитої події, думки про яку повертаються знову й знову... Іншими словами, ми переживаємо стрес.

Стреси підривають наш імунітет, роблять нас уразливими до інфекцій. До далеко не повного списку патологій, причина яких пов'язана з переживанням стресів, належать депресія, тривожність, інфаркт, інсульт, ослаблення імунної системи і як наслідок вразливість до різноманітних інфекцій, починаючи з банальних застуди та герпесу й закінчуючи такими як деякі форми раку, аутоімунні захворювання, на кшталт ревматоїдного артриту або розсіяного склерозу. Стрес нерідко викликає шкірні реакції (висип, сверблячку, різноманітні дерматити тощо), порушення роботи шлунково-кишкового тракту, безсоння, різні неврологічні хвороби... (рис. 1.1.1).

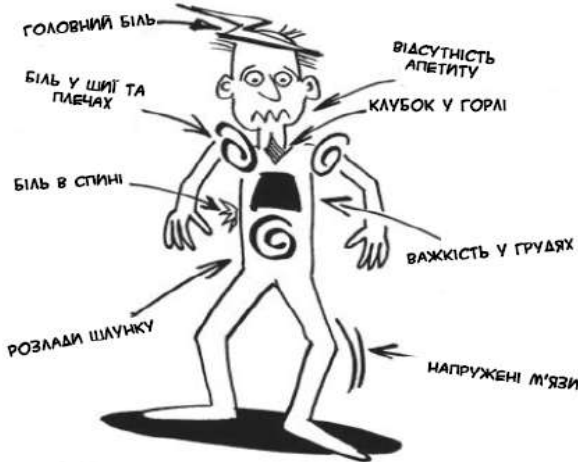
➤ **Стреси бувають гострими й хронічними**, що накопичуються поступово. Навіть одиничний супер гострий стрес, викликаний, прикладом, трагічною подією, може стати причиною серйозної хвороби й навіть смерті. Набагато типовішою, є ситуація, коли людина занедажує в результаті одночасного впливу кількох стресових подій. Наприклад: захист магістерської ось-ось, а тут ще й заплановане весілля розладналося... У результаті — дуже важкий грип. Саме впливом хронічного стресу, зокрема, пояснюється відомий зв'язок між соціальним класом і тривалістю життя: багаті й освічені, в середньому, живуть довше й здоровіше, ніж бідні й малограмотні.

Спочатку, поняття стресу виникло у фізіології для позначення неспецифічної реакції організму («загального адаптаційного синдрому») у відповідь на будь-який несприятливий вплив.



Час від часу кожен переживає стрес. Незначний стрес не є проблемою.

Але дуже високий рівень стресу часто впливає і на тіло. У багатьох людей виникають неприємні відчуття.



Деякі люди помічають у себе інші проблеми зі здоров'ям, такі як висипання на шкірі, інфекції, хвороби чи проблеми з кишечником.

Рис. 1.1.1

В 1932 році психолог Уолтер Кенон вперше описав реакцію організму на стрес, яку назвав «**реакцією боротьби або втечі**», що означає фізіологічна реакція, що виникає у відповідь на небезпечну подію, фізичну травму або загрозу для життя. Він розглядав організм людини як саморегулюючу систему при провідній ролі вегетативної нервової системи. Але його основні наукові роботи присвячені фізіології нервової системи. Відкрив концепцію про симпатоадреналову систему та відкрив роль адреналіну. Був одним із засновників учення про гомеостаз, про який написав у праці «Мудрість тіла» (1939). (The wisdom of the body. New York: WW Norton and Company).

➤ **Реакція на стрес** — це те, як наше тіло звикло поводитися у стресових ситуаціях.

Зазвичай у цей момент ми не можемо повністю усвідомлювати свої дії.

➤ Є три **автоматичні реакції на стрес**: бий, біжи, завмри (рис. 1.1.2).

➤ Загалом **стресова реакція** — це несвідомий захисний механізм, який дає змогу оцінити ситуацію та запускає низку фізіологічних процесів, які відповідають за виживання.

Нервова система та реакція на стрес-це генетична лотерея. Ми не вибираємо ці реакції: вони вмикаються самі по собі в реакції сильного стресу або загрози, і тривають певний час. **Функція цих реакцій- допомогти нам вижити** та дати собі раду в небезпечній ситуації.

✓ **Нема кращих або гірших реакцій на стрес. Ми таки, якими ми є.**

БИЙ	БІЖИ	ЗАВМРИ
<ul style="list-style-type: none"><li>• Активна форма поведінки</li><li>• Атака</li><li>• Агресія</li><li>• Емоційність</li><li>• Імпульсивність</li><li>• <i>Без самоконтролю реакція, як правило позитивний результат не принесе. Важливий контроль потоку та напрямку реакції</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Активна форма поведінки</li><li>• Спасіння за допомогою втечі</li><li>• Хаотичність дій</li><li>• Активна робота мозку</li><li>• <i>Без самоконтролю реакція, як правило позитивний результат не принесе. Важливий контроль потоку та напрямку реакції.</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Пасивна форма поведінки</li><li>• Не можливість приймати рішення та долати труднощі</li><li>• Зупинка всіх реакцій та інстинктів</li><li>• Бажання злитися з оточенням</li><li>• <i>Реакція не контролюється</i></li></ul>

Рис. 1.1.2

➤ У 1972 р. Всесвітня організація охорони здоров'я прийняла таке визначення: **стрес** — це неспецифічна (тобто одна і та сама на різні подразники) реакція організму на будь-яку висунуту до нього вимогу.

➤ **Стрес** — це відповідь на загрозу, реальну чи уявну.

✚ У сучасній науковій літературі термін «стрес» використовується принаймні в трьох значеннях:

❖ *По-перше*, поняття стрес може визначатися як будь-які зовнішні стимули чи події, які викликають у людини напругу або збудження. У теперішній час в цьому значенні частіше вживаються терміни «стресор», «стрес-фактор».

❖ *По-друге*, стрес може належати до суб'єктивної реакції і в цьому значенні він відображає внутрішній психічний стан напруги та збудження; цей стан інтерпретується як емоції, оборонні реакції та процеси подолання, що відбуваються в самій людині. Такі процеси можуть сприяти розвитку і вдосконаленню функціональних систем, а також викликати психічну напругу.

❖ *По-третє*, стрес може бути фізичною реакцією організму на вимогу або шкідливий вплив. Саме в цьому сенсі В. Кеннон і Г. Сельє вживали цей термін. Функцією цих фізичних (фізіологічних) реакцій, є підтримка поведінкових дій і психічних процесів із подолання цього стану.

Поняття стрес давно цікавить вчених. Самі ознаки захворювання від стресу, лікарі відзначали ще починаючи з давнини. Внаслідок нестерпних умов праці та нелюдської експлуатації медики виявляли у робочих поширення подібних хворобливих станів, таких як підвищена стомлюваність, слабкість, дратівливість, нестерпність шуму, розлад сну.

У словниках і енциклопедіях часто наводять визначення, сформульовані Г.Сельє у книжці «Стрес життя»:

**«Стрес — це неспецифічна відповідь організму на будь-яке пред'явлення йому вимоги, що спрямоване на створення адаптації чи пристосування організму до труднощів».**

За визначенням психологічного словника Синявського В.В., *стрес* — це стан максимального психічного напруження, що виникає у людини в процесі діяльності або поведінки під впливом несприятливих, значних за силою і довготривалістю зовнішніх і внутрішніх неспецифічних дій, умов середовища.

За визначенням сучасного глумачного психологічного словника, *стрес* (англ. stress — напруження) — це стан напруженості, сукупність захисних фізіологічних реакцій, що настають в організмі тварин і людини у відповідь на вплив різних несприятливих факторів (стресорів), таких як: холоду, голодування, психічних і фізичних травм, опромінення, крововтрати, інфекції тощо.

Беручи до уваги переклад, то від *англ. Stress — це напруга*. У механіці, безперервного середовища напруження — це фізична величина, яка виражає внутрішні сили, які діють один на одного сусідні частинки безперервного матеріалу, тоді як деформація — це міра деформації матеріалу, яка була описана Законом Роберта Гука (закон пружності, 1660 р.). Якщо людина не може подолати стрес, то у неї виникає напруга, яка призводить до погіршення фізичного і психічного здоров'я людини.

➤ **Стрес** — це спосіб реагування організму на щось несподіване та неприємне. Це стан, при якому людині необхідно діяти швидко та реагувати на загрозові події, приймати рішення в стані емоційного і фізичного збудження.

Стрес досліджувало багато вчених Г. Сельє, Р. Лазарус, та інші.

Ганс Сельє (рис. 1.1.3) досліджував стресові реакції, тобто відповідь на зовнішні стресові фактори. Досліди він проводив на мишах, колов їм різні ін'єкції з різними речовинами, в т.ч. з формальдегідом. Але він прийшов до висновку, що немає значення, що колоти мишам, викид кортикостироїдів відбувається на саму ін'єкцію.

Таким чином він створив теорію, яку назвав *general adaptation syndrome* (загальна адаптаційна реакція).

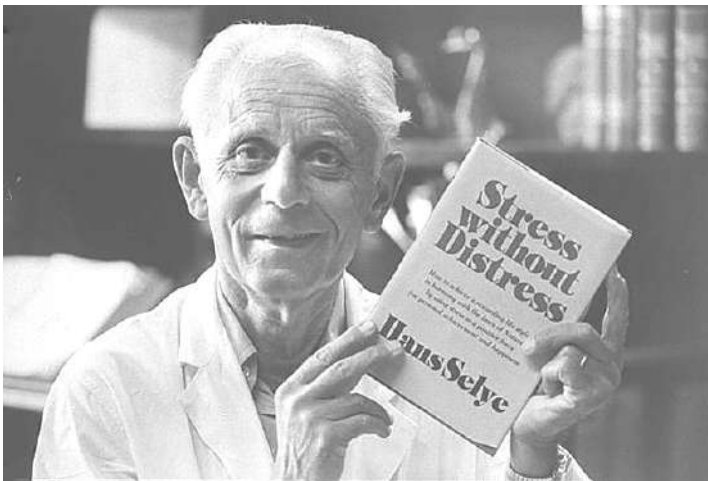


Рис. 1.1.3

У 1936 році Ганс Сельє виявив неспецифічну (тобто не пов'язану з конкретною причиною), універсальну або загальну, реакцію організ-

му на зовнішні впливи (зокрема й патологічні), що потребують змін. Цю реакцію він назвав спочатку «загальним адаптаційним синдромом», а потім перейменував на «стрес». Його формулювання було таким: *«Стрес — це стан неспецифічної напруги у живому організмі, що виявляється у реальних морфологічних змінах у різних органах та особливо в ендокринних залозах, що контролюються гіпофізом»*. Ганс Сельє цей стан назвав як *«загальний адаптаційний синдром»*, де написав про це статтю у науковому журналі «Nature». Після багатьох років дослідження феномена стресу Ганс Сельє сформулював його визначення: *«Стрес — неспецифічна відповідь організму на будь-яку висунуту до нього вимогу»*.

***Феномен неспецифічної реакції організму у відповідь на різноманітні подразнюючі впливи він назвав загальним адаптаційним синдромом.***

*«Стрес — це не те, що нас вбиває, нас вбиває сама реакція на стрес»*, як казав Г. Сельє. Свої ідеї він описав в книзі «Стрес без дистресу», де він стрес описує, як фізіологічний процес, тобто процес, який адаптує організм до зовнішнього середовища, цей процес є неспецифічний. Стрес це реакція, яка триває все життя. Вона починається при народженні та закінчується смертю. Стрес не припиняється, він постійний та фізіологічний.

***✓ Стрес-це фізіологічний процес адаптації.***

Перша монографія Ганса Сельє (Selye 1950) на тему стрес була опублікована в 1950 році в Монреалі та мала коротку назву «Стрес» (рис. 1.1.4.), де він опублікував свої дослідження за останні 30–40-х років. Він опублікував класичну працю на тисячу сторінок *«Фізіологія й патологія стресу»* з присвятою «всім, хто страждає від стресів» (й окремо — дружині «за допомогу в розумінні того, що неможливо й не потрібно виліковуватися від стресу — натомість треба навчитися одержувати від нього задоволення»). Організм має обмежені резерви адаптаційних можливостей щодо попередження та усунення стресу — їхнє виснаження може призвести до захворювання і смерті.

➤ За Г.Сельє, **адаптаційна енергія** — це «спадково визначений обмежений запас життєздатності». Вчений вважає, що «людина неодмінно повинна витратити його, щоб задовольнити вроджену потребу в самовираженні, здійснити те, що вона вважає своїм призначенням, виконати місію, для якої, як їй здається, вона народжена». Після цього, послідувала серія «Річних звітів про стрес», опублікованих протягом наступних 5 років.

BY THE SAME AUTHOR:

"STRESS (The Physiology and Pathology of Exposure to Stress)," 1950.

"ANNUAL REPORT ON STRESS," 1951.

"ANNUAL REPORT ON STRESS," 1952 (in preparation).

"TEXTBOOK OF ENDOCRINOLOGY," 2nd Edition, 1949.

"THE STEROIDS" (4 Volumes), in Encyclopedia of Endocrinology, 1943.

"OVARIAN TUMORS" (2 Volumes), in Encyclopedia of Endocrinology, 1946.

ACTA INC., Medical Publishers, 945 Dorville Blvd., Montreal, Canada.

"TRATTATO DI ENDOCRINOLOGIA," Italian translation of "Textbook of Endocrinology" by Professor Cesare Cavallero, 1952.

CASA EDITRICE ANTONIANA, Milano, Corso S. Gerardo 21/B.

"ENDOCRINOLOGIA," Spanish translation of "Textbook of Endocrinology" by Professor José M<sup>o</sup> Castañeda, 1952.

SALVAT EDITORES, S.A., Barcelona, Mod.6, Barce. Avda. Mencia, Eix de Indus.

"ON THE EXPERIMENTAL MORPHOLOGY OF THE ADRENAL CORTEX" in American Lectures in Endocrinology, 1950. [In collaboration with H. Stone]

CHARLES C. THOMAS, Publisher, Springfield, Illinois, U.S.A.

# The Story

OF THE

## ADAPTATION SYNDROME

(TOLD IN THE FORM OF INFORMAL, ILLUSTRATED LECTURES)

by

### HANS SELYE

M.D., Ph.D. (Prague), D.Sc. (McGill), F.R.S. (Canada)

Professor and Director

of the

Institut de Médecine et de Chirurgie expérimentales

Université de Montréal

ACTA, INC.

MEDICAL PUBLISHERS

MONTREAL, CANADA

Рис. 1.1.4

Г. Сельє запропонував розрізняти «поверхневу» і «глибоку» адапційну енергію. Перша доступна «на першу вимогу» і надолжується за рахунок іншої — «глибокої». Остання мобілізується шляхом адапційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Її виснаження незворотно, як вважає Г.Сельє, і веде до загибелі або до старіння. Припущення про існування двох мобілізаційних рівнів адаптації підтримується багатьма дослідникам. Концепція Г.Сельє про загальний адаптаційний синдром не включає нервову ланку регуляції у відповідь реакції організму на стрес-вплив. Такий підхід був підданий свого часу справедливій критиці. Численними подальшими дослідженнями чітко показано, що механізм неспецифічної резистентності організму не може бути зведений до зміни рівня «адаптивних гормонів» в крові, а має набагато більш складну природу. Нервовій системі в регуляції явищ реактивності та адаптації організму належить провідна і вирішальна роль. Емоційна напруга завжди супроводжує так званий фізичний стрес. К. Лішшак і Е. Ендреці підкреслюють, що рівень секреції адренокортикотропного гормону визначається



афективним компонентом, «емоційним зарядом» активності. Емоційне збудження є єдиним чинником, що стимулює гормональну адаптаційну реакцію. Гомеостатичні реакції у свою чергу визначаються поведінковою реакцією організму, що виражається у підготовці до боротьби або втечі.

Гансом Сельє в Лондоні в «British Medical Journal» була опублікована стаття вже на тему «Стрес та загальний адаптаційний синдром» в цьому ж 1950 році (рис. 1.1.5).

## BRITISH MEDICAL JOURNAL

LONDON SATURDAY JUNE 17 1950

### STRESS AND THE GENERAL ADAPTATION SYNDROME\*

BY

HANS SELYE, M.D., Ph.D., D.Sc., F.R.S.C.

Professor and Director of the Institute of Experimental Medicine and Surgery, Université de Montréal, Montreal, Canada

With the concept of the general adaptation syndrome we have attempted to integrate a number of seemingly quite unrelated observations into a single unified biologic system. I would draw attention briefly to the work of Claude Bernard, who showed how important it is to maintain the constancy of the "milieu intérieur"; Cannon's concept of "homeostasis"; Frank Hartmann's "general tissue hormone" theory of the corticoids; Dustin's observations on the "caryoclastic poisons," the "post-operative disease," the curative action of fever, foreign proteins, and of other "non-specific therapeutic agents"; the "nephrotoxic sera" of Masugi; and to the "Goldblatt clamp" for the production of experimental renal hypertension.

At first sight it would seem that all these observations have little in common and that there is no reason to attempt their integration into a unified system of physiological and pathological events. Yet most of my research work has been devoted to the construction of bridges between these and many additional facts, since they were thought to be interconnected in nature. Through the comprehension of their unity we hoped to learn how to use them better for the understanding of life and the treatment of disease.

The keynote of this unification was the tenet that all living organisms can respond to stress as such, and that in this respect the basic reaction pattern is always the same, irrespective of the agent used to produce stress. We called this response the general adaptation syndrome, and its derangements the diseases of adaptation.

Anything that causes stress endangers life, unless it is met by adequate adaptive responses; conversely, anything that endangers life causes stress and adaptive responses. Adaptability and resistance to stress are fundamental prerequisites for life, and every vital organ and function participates in them. In order to present a well-proportioned outline of the general adaptation syndrome it was necessary, therefore, to peruse every branch of physiology, biochemistry, pathological anatomy, and clinical medicine in search of the "stress factor" in all aspects of normal and abnormal life.

It will take many years, indeed many generations, before the details of the general adaptation syndrome are satis-

\*The first part of the Heberden Oration, given on June 2, 1950. The second part, being principally a commentary on lantern slides, was summarized in the *British Medical Journal* of June 10.

factorily elucidated. In fact, we shall never truly "understand" this phenomenon, since the complete comprehension of life is beyond the limits of the human mind. But there are many degrees of "elucidation." It seems that the fog has now been just sufficiently dispersed to perceive the general adaptation syndrome through that measure of "twilight" which permits us to discern the grandeur of its outlines but fills us with the insatiable desire to see more.

We realize that many lines in our sketch will have to be hesitant, some even incorrect, if we try to put on paper now what we still see only vaguely. But a preliminary map—albeit largely incomplete and partly inaccurate—is needed now by those eager to exploit this field which holds so much promise for all who suffer from stress. I hope that these pioneers in uncharted territories will accept my partial and distorted map in the spirit in which it is offered, to complete and rectify it.

It is in this sense that I should like the reader to consider the following synopsis of what I think I see.

#### Principal Facts and Theories upon which the General Adaptation Syndrome Concept is Based

Apart from the many specific defence reactions (e.g., formation of specific antibodies, adaptation to cold, habituation to morphine, hypertrophy of much-used muscle groups) there is an integrated syndrome of closely interrelated adaptive reactions to non-specific stress itself: this has been termed the "General Adaptation Syndrome" (G.A.S.). It develops in three stages: the "Alarm Reaction" (A.R.), the Stage of Resistance, and the Stage of Exhaustion. Most of the characteristic manifestations of the A.R. (tissue catabolism, hypoglycaemia, gastro-intestinal erosions, discharge of secretory granules from the adrenal cortex, haemoconcentration, etc.) disappear or are actually reversed during the stage of resistance, but reappear in the stage of exhaustion. This suggests that the ability of living organisms to adapt themselves to changes in their surroundings, their adaptability or "adaptation energy," is a finite quantity; its magnitude appears to depend largely upon genetic factors.

In the general adaptation syndrome the manifestations of passive non-specific damage are intricately intermixed with those of active defence. This is an inherent characteristic of the stress which elicits the general adaptation

4667

Рис. 1.1.5

Адаптаційний синдром характеризується зменшенням розмірів залозинної залози (тимуса), селезінки, лімфатичних вузлів, кількості еозинофілів і лімфоцитів, прискоренням процесів катаболізму.

✚ Цей специфічний синдром складається з ряду функціональних та морфологічних змін, що представлені як єдиний процес. Г. Сельє виділив три стадії цього процесу: **тривоги; резистентності (адаптації); виснаження.**

❖ На *першій стадії* організм стикається з деякими подразнюючими чинниками середовища та намагається пристосуватися до них.

❖ На *другій стадії* відбувається адаптація до нових процесів.

❖ Але якщо стресор продовжує діяти довгий час, то відбувається виснаження гормональних ресурсів (*третья стадія*) і зрив систем адаптації, в результаті чого процес набуває патологічного характеру і може завершитись хворобою чи смертю індивіда.

Згідно з класичною концепцією, на всіх стадіях цього процесу (адаптаційного синдрому) провідна роль належить корі наднирників, які посилено синтезують стероїдні гормони — глюкокортикоїди, які і виконують адаптаційну функцію. Ділянка головного мозку — гіпоталамус (міститься в самому центрі) — виконує роль важливих функцій в організмі людини, які мають безпосереднє відношення до стресу. Він є вищим центром вегетативної нервової системи, і:

❖ відповідає за координацію нервової та гуморальної системи організму;

❖ управляє секрецією гормонів передньої долі гіпофізу, аденокортикотропного гормону, який стимулюють наднирники;

❖ формує емоційні реакції людини;

❖ регулює інтенсивність харчування, сну та енергетичного обміну. (рис. 1.1.6)

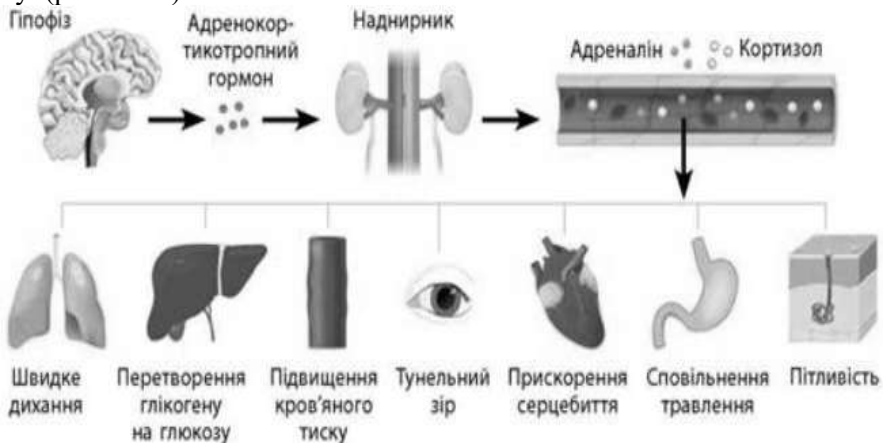


Рис. 1.1.6

При першому емоційному подразненні, що виникає від стику людини зі стресором, найбільшою мірою саме гіпоталамус визначає характер перших нервово-гуморальних реакцій (рис. 1.1.7).

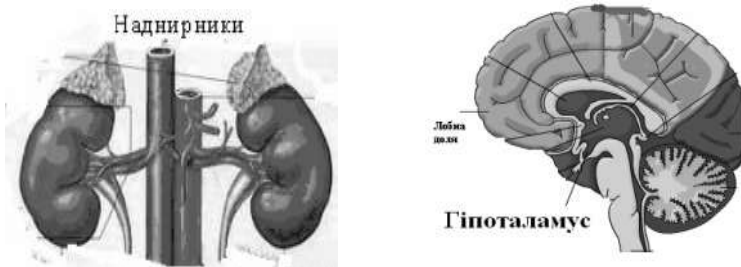


Рис. 1.1.7

Нейрогормони, які виділяє гіпоталамус, активізують діяльність гіпофіза, що виробляє тропні гормони. Вплив цих гормонів стимулює функцію надниркових залоз і виділення ними гормону адреналіну, що впливає на діяльність певного відділу нервової системи (рис. 1.1.8).

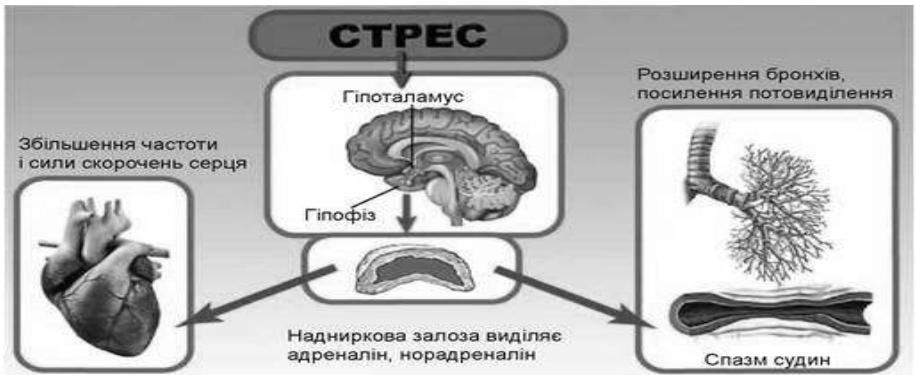


Рис. 1.1.8

Стрес може бути як шкідливим, так і корисним. Характер його впливу на людину залежить від багатьох чинників, серед яких можна вирізнити **три найбільш важливі**:

- ❖ інтенсивність стресу;
- ❖ його тривалість;
- ❖ індивідуальна сприйнятливність конкретної людини до даного стресора.

## ✚ Інтенсивність стресу

Характер працездатності людини певним чином залежить від рівня її емоційної активності. Максимальну продуктивність, людина розвиває при середньому рівні емоційного порушення, у той час, як і надлишок емоцій, і їхня нестача призводять до зниження ефективності праці.

Для кожної роботи потрібен певний рівень стресу: для розумової роботи він менший, а для фізичної більший.

Далеко не завжди існує необхідність мінімізувати рівень стресу, в деяких ситуаціях, навпаки, необхідно посилити його інтенсивність для мобілізації всіх сил організму для досягнення поставленої мети.

## ✚ Тривалість стресу

***Найбільшу небезпеку викликають не сильні і короткі стреси, а тривалі, хоча і не такі сильні.***

➤ **Короткочасний сильний стрес** активізує людину, як би «трясе» її, після чого всі показники організму, як правило, повертаються в норму, а слабкий, але тривалий стрес викликає виснаження захисних сил і в першу чергу її імунної системи. Тривалість стресу важливіша, ніж його сила.

➤ **Чим довше діє стресор на людину, тим сильніше дистресорний розлад.** Щоденні дрібні конфлікти і повсякденні неприємності більш згубно впливають на здоров'я, ніж сильний, але однократний стрес, викликаний більш значущою причиною. Наша генетична програма «Боротьба або Втеча» розрахована на декілька хвилин, максимум — годин інтенсивної діяльності, але навіть при слабкому стресі антистресорних гормонів не вистачить на тижні чи місяці переживань. Не можна доводити стреси до хронічної стадії, — потрібно намагатися розв'язувати проблеми, нехай навіть з максимальним напруженням сил, після чого необхідно забезпечити повноцінний відпочинок і відновити захисні сили організму.

## ❖ Індивідуальна чутливість до стресу

Кожна людина має свій поріг чутливості до стресу — той рівень напруження, при якому ефективність діяльності підвищується (настає *еустрес*), а також критичний поріг виснаження, коли ефективність діяльності знижується (наступає *дистрес*). Визначити «межі переходу» можна за об'єктивними чи суб'єктивними критеріями, для цього використовуються біохімічні, фізіологічні або поведінкові показники, тому досить важко дати просте і вичерпне визначення стресостійкості.

ті, яке охопило б всі аспекти життєдіяльності людини. В кожному організмі є два види адаптаційних резервів: поверхневі і глибокі. При короткочасному (гострому) стресі відбувається мобілізація «поверхневих» резервів, а якщо їх недостатньо, то починається мобілізація більш ширших «глибоких» резервів адаптаційної енергії. Найбільша трудність у визначенні стресостійкості людини виникає при оцінці її реакцій на психологічні фактори.

До внутрішніх чинників з цього переліку належить третій чинник. Визначення еустрес чи дистрес у людині важливе для того, щоб жити і працювати ефективно і не на шкоду своєму здоров'ю.

Слід відзначити, що Г. Сельє не відкидав головну роль найвищих відділів центральної нервової системи у формуванні адаптаційних реакцій організму, однак сам цим питанням не займався і відповідно нервовій системі у його концепції відведене другорядне місце. Хоч сам основоположник вчення про неспецифічний адаптаційний синдром, виділяв дві форми стресу: ***стрес корисний (нормальний) і призводить до адаптації — еустрес***. Він назвав його ю-стрес, що можна читати як еустрес, хоча він назвав його ю-стрес (він англійський мав з французьким акцентом).

Ситуація, яка впливає на людину скоріше позитивно, ніж негативно. При еустресі навіть занепокоєння і емоційне перенапруження супроводжуються усвідомленням того, що перешкоди, які виникли, можна подолати. Таке явище в цілому позитивно впливає на організм, і його присутність в життя необхідно.

✓ **Стрес корисний — еустрес:**

- ❖ викликаний позитивними емоціями;
- ❖ стрес слабкої сили, що мобілізує людину.

Еустрес, викликаний позитивними емоціями. Це поняття має на увазі емоційний стан, при якому людина усвідомлює всі майбутні проблеми чи завдання і знає, як їх вирішити, смакуючи позитивний результат.

Еустрес, що мобілізує людину, є рушійною силою у вирішенні щоденних завдань, їхньому планування і необхідний у повноцінному житті здорового організму. Цей стан називається — **«реакція пробудження»**. Невеликий викид адреналіну потрібен, щоб швидко прокинутися і налаштуватися на повний планів майбутній день, дістатися до роботи і з задоволенням, максимально ефективно попрацювати. По суті, даний вид стресу, зберігає і підтримує в нас життя.



✓ *Еустрес може перетворитися в деструктивний — дистрес, при низькому індивідуальному опорі організму або спровокованій конкретній обставині.*

Стрес може нести в собі як позитивний, так і негативний заряд. Залежно від особистого сприйняття події. Начебто, емоційно-позитивний стрес, повинен породжувати позитивні емоції, але люди зі слабким здоров'ям можуть отримати інфаркт або інсульт, наприклад, від банальної звістки про виграш. Якщо говорити про негативні наслідки стресу, то автоматично вважаємо його емоційно-негативним.

Хвороблива (шкідлива) реакція нас стрес (disease — хвороба), Г. Сельє назвав *дистрес і призводить до різноманітних психосоматичних захворювань та являє собою порушення психологічної рівноваги*. Це явище негативно позначається на стані організму, однак найчастіше під стресом розуміють реакції організму на негативний вплив зовнішнього середовища, що знаходить своє відображення у визначеннях, які дають цьому феномену різні дослідники.



Стресори-сильні зовнішні подразники, порушують внутрішню рівновагу. Організм реагує на будь-який стресор, приємний чи неприємний, неспецифічним фізіологічним збудженням. Ця реакція є захисно-приспосувальною.

✓ *Стресор — фактор, який викликає стан стресу.  
Це впливи, що спричинюють стрес.*

✚ **Виділяють два види стресу: фізіологічний та психологічний/емоційний.**

❖ **Фізіологічний стрес** характеризується опосередкуванням стимулів автоматичними гомеостатичними механізмами, а **психологічний/емоційний** — психічними процесами оцінки можливої загрози та пошуком адекватної відповіді на неї. Такий поділ є досить умовним, оскільки в фізіологічному стресі є психічні елементи і навпаки. **Впливи, що спричинюють стрес, називаються стресорами.** Їх теж можна поділити на фізіологічні та психологічні.

✓ **Фізіологічні стресори** безпосередньо впливають на тканини тіла. До них належать біль, холод, висока температура, надмірні фізичні навантаження та ін.

❖ **Психологічні стресори** — це стимули, які сигналізують про біологічну чи соціальну значущість подій: сигнали загрози, небезпеки, переживання, образи, необхідність розв'язання складних завдань. Це необхідність прийняття рішення, відповідальність за що-небудь, переживання, конфлікт, сигнали небезпеки.

Лазарус і Фолкман (Америка) вважають, що **психологічний стрес** — це значущі для благополуччя особистості відносини з середовищем, які піддають випробуванню наявні в розпорядженні ресурси організму і у ряді випадків можуть їх перевищувати.

Окрім терміну «**психологічний стрес**» в літературі також застосовують термін «**емоційний стрес**» та «**психоемоційний стрес**». Різноманітні дослідники (соціологи, психологи, фізіологи, психіатри) вкладали свої думки в цей термін, що звичайно ж ускладнює створення єдиної концепції психоемоційного стресу. Деякі дослідники відмічають, що виникнення даного терміну підкреслює нерозривний зв'язок стресу з емоціями.

У склад терміну «**емоційний стрес**» входять як первинні емоційні та поведінкові реакції на екстремальний вплив біологічного і соціального середовища, так і фізіологічні механізми, які лежать у їхній основі. Найчастіше під **емоційним стресом розуміють негативні афективні переживання, які супроводжують стрес та ведуть до неблагопо-**

лучних змін в організмі людини. Неочікувані та сильні благополучні зміни можуть викликати в організмі людини типові ознаки стресу. Відповідно під емоційним стресом розуміють широке коло психічних явищ як негативного, так і позитивного характеру.

Основні хронічні поточні захворювання нашого часу виникають на фоні емоційного неблагополуччя, гострого чи хронічного стресу.

Емоційні проблеми є найбільш важливою причиною втрати працездатності відносно з фізичними проблемами.

⚡ **Не дивлячись на близькість понять «психологічного» та «емоційного» стресу є відмінності:**

❖ емоційний стрес властивий не тільки людині, але й тваринам, в той час, як психологічний стрес має місце тільки у людини з її розвинутою психікою;

❖ емоційний стрес супроводжується вираженими емоційними реакціями, а у розвитку психологічного стресу є когнітивна складова (аналіз ситуації, оцінка присутніх ресурсів, побудова прогнозу подальших подій);

❖ термін «емоційний стрес» найчастіше використовується фізіологами, а термін «психологічний стрес» — психологами.

Обидва ці види стресу мають загальну схему розвитку, включають в себе схожі нейрогуморальні механізми адаптивних реакцій в своєму розвитку, і як правило, проходять через три «класичні» стадії — **тривоги, адаптації та виснаження.**

⚡ **Психологічні стресори** поділяються на інформаційні та емоційні.

❖ *Інформаційний стрес* виникає в ситуаціях інформаційних перевантажень, коли людина не виконує завдання, не встигає приймати правильні рішення в належному темпі.

❖ *Емоційний стрес* виявляється в ситуаціях загрози, небезпеки, гніву, образи.

Більшість великих проблем ми переживаємо досить добре, а увагу слід звертати на *менш драматичні стресори*. Денна марнота, буденність, дріб'язкові життєві неприємності (погана погода, неуважний сусід, загублені ключі, щоденні поїздки на роботу у тролейбусі чи трамваї, підвищення цін) викликають хронічний стрес.

Люди частіше здатні протистояти різкому і короткочасному стресу. Справжня проблема постає тоді, коли стрес переростає в нескін-



ченний: нелюбима робота, життя з батьками-тиранами, постійні дріб'язкові конфлікти в сім'ї.

Шкідливість стресу полягає у розумінні стресорів, як очевидних загроз нашим *ресурсам*.

➤ **Ресурси** — це такі речі, особистісні характеристики, умови, джерела енергії, які ми цінимо, бережемо, яких дотримуємося. Коли якась подія загрожує нашому статусу, економічній стабільності, близьким людям, власності, тобто якимось ресурсам, то як наслідок виникає стрес. Стрес може бути наслідком нашої неспроможності набутти нових ресурсів або збільшити наявні.

Однак перебування в стані стресу не може продовжуватися нескінченно довго, так як запаси адаптаційної енергії обмежені. Тому, якщо стресорний чинник продовжує діяти на організм, фізіологічний стрес змінюється на патологічний, іншими словами — людина починає хворіти і може навіть померти. Такі психосоматичні захворювання, як артеріальна гіпертонія, неспецифічний коліт, виразкова хвороба шлунку та ряд інших захворювань, є ускладненнями довготривалих психологічних стресів.

Загальний адаптаційний синдром діє на емоційну нервову сітку тобто на ембічну систему. Вперше з чим людина стискається, у неї виникають емоції, які є рефлекторними (напр. страх, задоволення). Тобто якщо це страх, то формується *alarm* (тривога), виникає реакція бий або біжи і іде викид кортикостироїдів, які надалі цю реакцію формують. На початку в стадії тривоги, людина може відмовлятися від їжі, але на другій стадії у неї зростає апетит, і вона заїдає стрес. Спочатку вона не їсть, бо вона або біжить або б'є, тобто реакція «бий або біжи». Стрес це тривалий процес він не має початку та кінця, але він має коливання, стадії, ***це стадії тривоги, резистентності та виснаження***. Стрес в житті триває у стадії еустресу, але при перевантаженні виникає дистрес.

Для того, щоб подолати стрес, ситуація повинна бути контрольована та керована, в цьому допомагають різного роду поради, психотерапевтичні техніки, щоб емоції стали контрольованими. Самий головний меседж для зняття напруження, це почути те, що ситуація контрольована.

Стрес є найбільшою загрозою психологічному здоров'ю людини, що ланцюгом веде до загрози фізіологічного та фізичного здоров'я. Зниження продуктивності видів діяльності, порушення психічного і соматичного здоров'я людини, суїцидальні стани, депресії — все це

є наслідком стресових станів, яке спричинює появу різних патологічних синдромів, поширення психосоматичних захворювань, неврозів, хвороб органів дихання, серцево-судинної системи, органів травлення. При довготривалому стресовому стані можуть з'являтися негативні наслідки для імунної, серцево-судинної і центральної нервової системи. Ла Грек, Антонія Е. досліджував соціальні-психологічні чинники подолання стресу.

В його дослідженнях **було виділено шість ключових чинників, які можуть пом'якшити вплив стресу:**

- 1) адаптація в дитинстві;
- 2) витривалість особистості;
- 3) очікування стресів;
- 4) компартименталізація стресу;
- 5) соціальна підтримка;
- 6) навколишнє середовище.

Як зазначав Ла Грек, Антонія Е., що факторами які можуть допомогти подолати стрес, можуть бути: готовність до стресу, соціальна підтримка, підтримка рідних та близьких, підтримка оточуючого середовища, адаптація розвинута у дитинстві та життєстійкість. Шляхами подолання стресу є: методи релаксації; відпочинок; фізичні вправи; збалансоване харчування. Лише людина може контролювати та запобігти негативному впливу стресу на організм.

## 1.2

## ОСНОВНІ КОНЦЕПЦІЇ СТРЕСУ

### *СУБ'ЄКТИВНІ ТА ОБ'ЄКТИВНІ ЧИННИКИ СТРЕСУ*

Виникнення і переживання стресу залежить не стільки від об'єктивних, скільки від суб'єктивних чинників, від особливостей самої людини: оцінки нею ситуації, зіставлення своїх сил і особливостей з тим, що вимагається, та ін. Будь-яка несподіванка, що порушує звичний перебіг життя, може стати причиною стресу або стресором, за термінологією Г. Сельє. При цьому не мають значення зміст самої ситуації та ступінь її об'єктивної загрози. Важливим є саме суб'єктивне ставлення до неї. Тому певна ситуація (отримання «двійки») одними може сприйматися як стресова, а в інших вона не викличе жодного стресу.

Матимуть значення внутрішні психологічні особливості людини.

✚ У роботах вчених вказується значення таких умов, що розвивають стрес:

- ❖ іммобілізація;
- ❖ дефіцит часу;
- ❖ порушення біологічних ритмів;
- ❖ змінення умов життя динамічного стереотипу.

Усі ці фактори, так чи інакше, зустрічаються в студентів під час підготовки та здачі іспитів.

Очікування самого іспиту, а потім і оцінки вносить елемент невизначеності, що сприяє розвитку стресових реакцій. Довготривале обмеження рухів, непов'язане із повторенням великої кількості матеріалу, являється формою часткової іммобілізації, а необхідність вкластись в жорсткий ліміт часу, відпущений на підготовку до екзаменаційної відповіді, створює додаткову напругу. До цього необхідно додати порушення режиму сну та неспання, особливо у ніч перед іспитом, і порушення звичних динамічних стереотипів в період сесії. Під час екзаменаційної сесії студентам доводиться стикатись з широким діапазоном синергічно діючих стресогенних факторів, які призводять до розвитку вираженого стресу.

Можна виділити **дві групи** суб'єктивних причин, які викликають стрес.

### **Суб'єктивні причини стресу**

Перша група пов'язана з відносно **постійною складовою особистості** людини, тоді як друга група причин стресу несе **динамічний характер**. В обох випадках стрес може викликатись різноманітними між очікуваними подіями та реальністю, хоча програми поведінки людини можуть бути довготривалими чи короткотривалими, жорсткими чи динамічними (рис. 1.2.1).

✚ До суб'єктивних причин можна віднести:

- ❖ невідповідність очікуваних і реальних подій;
- ❖ стресові напруги, що розвиваються від нав'язування батьківських програм, які ускладнюють життя дитині і роблячи його поведінку неадекватною;
- ❖ стресові ситуації, викликані емоціями, які провокують на спонтанні дії;
- ❖ невідповідність віртуального і реального світів;
- ❖ стресові ситуації, пов'язані з переконаннями особистості і неадекватними установками (на песимізм чи оптимізм, релігійними або політичними);

- ❖ неможливість реалізації власної актуальної потреби (можна віднести фізіологічні потреби, потреби в безпеці, приналежності, повазі, самореалізації);
- ❖ неправильна комунікація (критика, негативні упередження, неправомірні вимоги);
- ❖ неадекватна реалізація умовних сигналів.

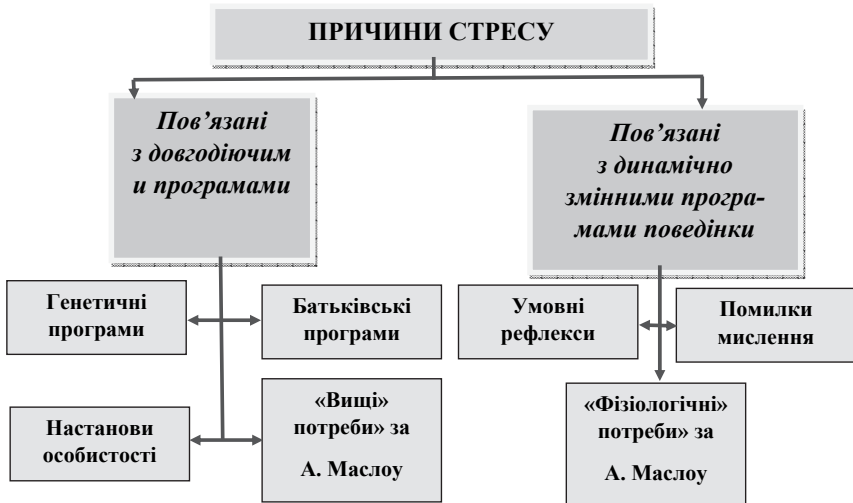


Рис. 1.2.1

➤ **Суб'єктивні причини стресу пов'язані з довгодіючими програмами:**

✓ ***НЕВІДПОВІДНІСТЬ ГЕНЕТИЧНИХ ПРОГРАМ СУЧАСНИМ УМОВАМ***

Наша генетична програма «Боротьба або Втеча» розрахована на декілька хвилин, максимум — годин інтенсивної діяльності, але навіть при слабкому стресі антистресорних гормонів не вистачить на тижні чи місяці переживань.

На думку Г. Сельє, кожна людина має певний запас адаптаційної енергії, і якщо вона її витратила, неминуче настає третя фаза стресу — «фаза виснаження». Тому, не можна доводити стреси до хронічної стадії, — потрібно намагатися розв'язувати проблеми, нехай навіть з максимальним напруженням сил, після чого необхідно забезпечити повноцінний відпочинок і відновити захисні сили організму.

Реакції людей на ті чи інші фактори середовища на 30–40% визначаються генами, отриманими від батьків, і на 60–70% залежать від виховання, життєвого досвіду, тренування, отриманих умінь, вироблених умовних рефлексів. Таким чином, одні люди спочатку більш схильні до стресу, а інші — стійкі до нього.

Природа підготувала людину на життєдіяльність в умовах підвищених фізичних навантажень, періодичного голодування та перепадів температур, в той час, як сучасна людина живе в умовах гіподинамії, переїдання та температурного комфорту.

За своєю природою люди досить стійкі до природних факторів (голоду, болі, фізичних навантажень), але мають підвищену чутливість до соціальних факторів, до яких ще не з'явився вроджений захист.

За рік на землі від соціогенних стресів та викликаних ними психосоматичних захворювань помирають десятки мільйонів людей. Хтось помирає від інсульту, хтось — від загострення виразки, викликаній напруженою роботою, когось вбиває рак, що розвинувся після багатьох місяців переживань та депресії, що затягнулася. У наших пращурів не було антибіотиків та електричних обігрівачів, але їхній організм володів сильними природними механізмами захисту від стресу. Наші сучасники, володіють всією могутністю теперішньої науки, але тисячами помирають від інфарктів, інсультів, онкологічних захворювань.

### **✓ СТРЕС ВІД РЕАЛІЗАЦІЇ НЕГАТИВНИХ БАТЬКІВСЬКИХ ПРОГРАМ**

Частина програм поведінки вкладається в голову дитини її батьками, вчителями та іншими особами, поки її свідомість ще відрізняється підвищеною навіюваністю. Ці програми називають «неусвідомленими настановами», «життєвими принципами» і «батьківським сценарієм», і вони можуть виявляти досить суттєву роль на подальше життя людини. Ці установки можуть бути досить корисними для маленької дитини, але по мірі її дорослішання та зміни умов життя вони починають ускладнювати життя, роблячи поведінку неадекватною та викликати стреси. Цей сценарій засвоюється в дитинстві, коли батьки, переживаючи стреси, конфліктують на очах у дитини, мимоволі залучаючи її у свої проблеми. Дитина вбирає в себе приклади батьків, а потім неусвідомлено копіює їх у своєму дорослому житті. Засвоєний в дитинстві стресовий сценарій «запускається» майже автоматично.

## ✓ **СТРЕС, ВИКЛИКАНИЙ КОГНІТИВНИМ ДИСОНАНСОМ**

По мірі освоєння середовища існування у свідомості кожної людини формується певна «віртуальна» картина оточуючого світу, яка описує та пояснює все, що відбувається з нею самою та іншими людьми, а також з усією природою.

Якщо ж реальність вступає у протиріччя з нашими уявленням про можливе та необхідне, то виникає стрес, причому досить сильний. Вперше це явище описав психолог Леон Фестингер, який ввів термін **когнітивного дисонансу** — протиріччя між двома реальностями — об'єктивною реальністю світу та віртуальною реальністю нашої свідомості, яка описує світ. Якщо певну подію не можливо описати у системі існуючих у людини уявлень про світ, то вона вкрай рідко змінює модель світу. Набагато частіше людина створює додаткові конструкції, які закріплюють модель, або ж ігнорує реальність.

Коли життя починає руйнувати наші міфи, з якими ми звикли жити, психіка вибудовує бар'єри проти реальності, які називаються *формами психологічного захисту*. Досить часто використовуються такі форми, як «негативізм», «раціоналізація», «витіснення», людина забезпечує збереження свідомості від стресу, залишаючи недоторканою картину світу.

❖ **Психологічний захист** проявляється в тенденції людини зберігати звичну думку про себе, зменшувати дисонанс, відштовхуючи чи спотворюючи інформацію, яку розцінює як несприятливу та руйнуючу першопочаткове уявлення про себе та інших.

❖ **Заперечення** полягає в тому, що інформація, яка викликає стрес або ігнорується свідомістю або знецінюється.

❖ **Раціоналізація** — це псевдорозумне пояснення людиною своїх вчинків у випадку, якщо визнання дійсних причин загрожує втраченою самоповагою чи руйнує усталену картину світу. Раціоналізація — це один зі способів уникнути стресу, пов'язаного з переживанням через минулі події, які ми не можемо змінити.

❖ **Витіснення** — найбільш універсальний спосіб позбавлення від внутрішнього конфлікту шляхом витіснення в підсвідомість неприємної інформації або неприйнятного мотиву.

Всі ці феномени показують, що спеціальні механізми захисту від психологічних стресів не здатні усунути справжні причини конфлікту, а лише згладжують його або відтягують момент його розв'язання, що саме по собі не може позбавити людину від стресів.

✓ **Когнітивні чинники** охоплюють рівень сензитивності, вміння аналізувати свій стан і фактори зовнішнього середовища, минулий досвід і прогноз майбутнього. Рівень сензитивності (чутливості, вразливості) людини надзвичайно важливий під час стресу.

Людина сприймає ситуацію як потенційно стресову, якщо логічний аналіз фактів, що є в розпорядженні людини, спонукає її до висновку про виникнення загрози і реагує на неї відповідним чином. Людина з низьким рівнем мислення буде більш спокійною, тому що має меншу здатність до аналізу та синтезу інформації. У цьому аспекті розвинене мислення, з одного боку, провокує стреси, виявляючи потенційну небезпеку там, де її ще немає, але, з іншого боку, допомагає урегулювати стресові ситуації. Часто стрес людини, пов'язаний із аналізом минулих психотравмуючих подій. У цьому випадку когнітивні процеси тісно пов'язані з процесами емоційними. Негативний прогноз майбутнього також може бути джерелом стресу.

### ✓ **СТРЕС, ПОВ'ЯЗАНИЙ З НЕАДЕКВАТНИМИ НАСТАНОВАМИ І ПЕРЕКОНАННЯМИ ОСОБИСТОСТІ**

Одним із досить загальних настанов свідомості є **оптимізм і песимізм**, тобто тенденція бачити в явищах навколишнього світу хороші чи погані моменти.

Користь песимізму полягає в тому, що ця установка примушує людину готуватися до несприятливого перебігу подій, а також дозволяє з більшим спокоєм приймати удари долі, однак на цьому його позитивне значення закінчується. Позитивне мислення (пошук в житті виключно хороших сторін) приносить людині значно більше користі, суттєво зменшуючи загальну кількість стресів у її житті.

Оптимістичний настрій допомагає виходити із найбільш безнадійних ситуацій. Адже якщо людина вірить, що вихід знайдеться, то вона його шукає, а значить, має більше шансів його знайти. Якщо ж людина приймає установку песиміста і визнає ситуацію тупиковою, то закриті двері здаються їй замкненими, і вона навіть не намагається їх відчинити.

❖ **Політичні та релігійні настанови.** Досить часто джерелом стресу є світоглядні настанови особистості — політичні чи релігійні. Ще більш сильними світоглядними настановами володіє релігія. Будь-яка інформація, що суперечить релігійним догмам, носить стресовий характер.

Схильні до гніву, ворожості, цинізму, драгітливості люди більше зазнають впливу стресу, а відкриті, доброзичливі люди, які володіють почуттям гумору, навпаки, більш стійкі до несподіванок долі.

Люди із заниженою самооцінкою, більшою мірою, виявляють ознаки тривожності (і на суб'єктивному, і на об'єктивному рівнях), ніж люди з адекватною самооцінкою.

### ✓ **НЕМОЖЛИВІСТЬ РЕАЛІЗАЦІЇ АКТУАЛЬНОЇ ПОТРЕБИ**

Схемою, що описує організацію людських потреб, є «піраміда» Абрахама Маслоу. Відповідно до цієї схеми, в міру реалізації «нижчих», біологічних потреб, людина намагається задовольнити соціальні, а потім і духовні потреби, причому, згідно з поглядами А. Маслоу, вищою потребою людини є його прагнення до самореалізації своєї унікальної сутності (рис. 1.2.2).



Рис. 1.2.2

✚ Відповідно до «піраміди Маслоу»: **Самореалізація, Повага і престиж, Належність і любов, Безпека і стабільність, Фізіологічні потреби.**

❖ **Фізіологічні.** Стрес, викликаний голодом, спрагою, нестачею сну, неадекватною температурою, розумовою та фізичною втомою, надмірно швидким темпом життя або його різкою зміною.

❖ **Безпеки і стабільності.** Стрес, пов'язаний зі страхами й тривогами: страхом втратити роботи, страхом провалитися на іспиті,



страхом смерті, страхом несприятливих змін в особистому житті, страхом за здоров'я близьких.

❖ **Належності і любові.** Стрес від моральної або фізичної самотності, стрес при втраті близьких людей або їхні хвороби. Стрес нерозділеного кохання.

❖ **Поваги і престижу.** Стрес від краху кар'єри, від неможливості реалізувати свої амбіції, стрес від втрати поваги з боку суспільства.

❖ **Самореалізації.** Стрес від неможливості реалізувати своє покликання, стрес від заняття справою або роботою, яка не подобається. Нерідко, людина відмовляється від улюбленої справи тому, що на цьому наполягають її батьки або під впливом громадської думки, яка завжди відрізняється консерватизмом.

Неможливість реалізації існуючої потреби призводить до фрустрації, причому, численні клінічні спостереження показали, що фрустрація може призводити до різних психосоматичних захворювань артеріальної гіпертензії, виразки шлунку, неспецифічного коліту, бронхіальної астми.

#### ✚ **Фрустрація може проявлятися в таких формах:**

- ❖ агресія і антисоціальна поведінка;
- ❖ замикання в собі і переживання почуття образи на навколишній світ;
- ❖ знецінення потреби за допомогою механізмів психологічного захисту;
- ❖ аналіз можливих причин своїх стресів і корекція своїх дій.

Перший і другий шляхи ведуть до поглиблення стресу, третій і четвертий — зводять стрес до мінімуму.

#### ➤ **Суб'єктивні причини стресу пов'язані з динамічно змінними програмами поведінки:**

#### ✓ **СТРЕС, ПОВ'ЯЗАНИЙ ІЗ НЕПРАВИЛЬНОЮ КОМУНІКАЦІЄЮ**

Одним із важливих джерел комунікативних стресів є конфлікти, тобто взаємодія двох чи більше людей, чії потреби в даній ситуації видаються учасникам взаємодії несумісними.

Якщо людина попадає в соціальні умови, де її становище видається їй безперспективним, то може розвинути реакція тривоги, страху, неврозу.

## **✓ СТРЕС ВІД НЕАДЕКВАТНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ УМОВНИХ РЕФЛЕКСІВ**

Умовні рефлексії, які виробляються в процесі життя та були відкриті І.П.Павловим. Освоюючи середовище проживання, наш мозок вчиться розпізнавати сигнали, що свідчать про настання важливих для організму подій. Так, дзвін посуду перед обідом викликає виділенням шлункового соку, а вигляд дверей в приймальню суворого бо-са заставляє серце битися частіше. Це можуть бути корисні реакції, які допомагають нам заздалегідь готуватися до майбутніх подій (один тільки вигляд стадіону готує організм до участі в змаганні), але іноді умовні рефлексії заважають людям жити.

Револуції, соціальні потрясіння, зради близьких людей — приклади подібних «помилко» подразників.

### **✓ НЕВМІННЯ ПОВОДИТИСЯ З ЧАСОМ (СТРЕС І ЧАС)**

### **✓ НЕАДЕКВАТНІ ЧАСОВІ МЕЖІ, ЯК ПРИЧИНА СТРЕСУ**

Досить часто причиною стресу є надмірно розмиті часові межі психологічного стану. Це буває в тому випадку, якщо людина надто велике емоційне значення надає минулому або майбутньому.

У першому випадку джерелом психічної напруги і негативних емоцій є нав'язливий спогад про психотравмуючі епізоди з минулого. Якщо людина не може свідомо обмежувати межі свого тимчасового існування, то вона буде знову і знову «прокручувати» у свідомості негативний епізод і багаторазово відчувати психологічний стрес.

Другий варіант, пов'язаний з тривогою і вболіванням за майбутні події. У цьому випадку, людина також багаторазово конструює у своєму мозку образ майбутнього (причому небажаного), наповнюючи його деталями і «оживляючи» до такої міри, що все більше і більше починає вірити в той несприятливий прогноз, який і створює в своїй уяві. Такий стрес небезпечний ще й тим, що часто він програмує майбутні невдачі. При цьому побоювання людини фактично підтверджуються, що негативно відбивається на самооцінці і впевненості особистості.

## **✓ СТРЕС ВІД НЕЕФЕКТИВНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЧАСУ І ЙОГО ПОДОЛАННЯ**

✚ Слід вчитися управляти своїм часом, в іншому випадку час буде керувати нами. Людина відчуває стреси саме від неефективного використання часу:

- ❖ відчуття постійного поспіху;

- ❖ брак часу на улюблені справи і спілкування з сім'єю;
- ❖ постійні запізнення;
- ❖ відсутність чіткого плану часу;
- ❖ невміння делегувати повноваження іншим людям;
- ❖ невміння відмовити людям, що віднімають наш час;
- ❖ періодичне виникнення відчуття марної витрати часу.

Наявність хоча б половини з цих ознак вказує на те, що постійний брак часу може призводити до серйозних стресів.

⚡ Людина буде відчувати стрес і занепокоєння з приводу використання часу, якщо вона не володіє навичками ефективного управління часом, який включає в себе чотири етапи:

- ❖ аналіз власного часу;
- ❖ планування розподілу часу;
- ❖ скорочення непродуктивних витрат;
- ❖ укрупнення часу.

Правильне використання часу дозволяє не тільки швидше і якісніше виконати роботу, але й уникнути стресів, пов'язаних з відчуттям непродуктивної витрати часу.

### **Об'єктивні причини стресу**

⚡ До **об'єктивних причин** стресових ситуацій можна віднести:

- ❖ умови життя і роботи (домашні проблеми, важка робота, житлові умови, виробничі фактори, екологія);
- ❖ взаємини з іншими людьми (близькими, колегами по роботі і незнайомими людьми, суворий начальник, погані сусіди, недбайливі підлегли);
- ❖ соціальні фактори середовища — політичні та економічні чинники (високі ціни, умови кредиту, погана влада, податки);
- ❖ надзвичайні ситуації та обставини (серйозні захворювання, кримінал, природні та соціальні надзвичайні обставини, природні і техногенні катастрофи, хвороби і травми).

Термін «об'єктивні причини» досить умовний, так як людина може в тій чи іншій мірі впливати майже на будь-який «об'єктивний» стресор.

До групи **об'єктивних причин** віднесено ті стресори, які існують поза свідомістю людини, що переживає стрес, хоча вони і можуть бути модифіковані свідомістю.

### ✓ **СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ**

Входить прагнення досягти успіху в житті, досягти ідеалу.

✚ До факторів соціально-виробничої природи, що впливає на стійкість індивіда до психоемоційного стресу відносяться:

- ❖ соціальні переміни;
- ❖ підвищена відповідальність за роботу;
- ❖ значне переважання інтелектуальної праці;
- ❖ постійний дефіцит часу;
- ❖ хронічна втома;
- ❖ порушення режиму праці та відпочинку;
- ❖ падіння особистого престижу;
- ❖ відсутність елементів творчості в роботі;
- ❖ тривалі очікування в процесі роботи;
- ❖ часта зміна робочого стереотипу;
- ❖ нічні зміни і брак вільного часу для задоволення особистих потреб;
- ❖ нераціональне і незбалансоване харчування;
- ❖ паління і систематичне вживання алкоголю.

Всі ці фактори підсилюють фруструючий вплив стресорних впливів. Велика частина факторів відноситься до професійних стресів.

### ✓ **БЛИЖНЄ СОЦІАЛЬНЕ ОТОЧЕННЯ**

Чим більше родичів і знайомих у людини, тим вища стійкість до стресу. Це пов'язано не тільки з тим, що друзі реально захищають таку людину від стресорів, але і з тим, що близькі люди як би беруть частину удару на себе. Людина, оточена доброзичливо налаштованими людьми, відчуває їхню підтримку і легше сприймає загрозливі чинники середовища. Навпаки, люди, що живуть самотньо або мають постійні проблеми в сім'ї, сильніше піддатливі стресу і частіше хворіють.

*Соціальні аспекти* лежать в основі і таких теорій стресу, як еволюційна теорія соціального розвитку суспільства, екологічна теорія (роль соціальних явищ у суспільстві), теорія життєвих змін (в сім'ї, на роботі).

Суб'єктивні і об'єктивні причини стресових ситуацій можуть привести до таких реакцій організму, як, порушення психомоторики, яке проявляється в тремтінні рук, тремтіння голосу, зміна ритму дихання, порушення мовних функцій, уповільнення сенсомоторної реакції.

До виникнення стресу, може привести елементарне порушення режиму дня, скорочення сну, робота в нічний час, відмова від корисних звичок, неадекватні способи позбавлення від стресу.

При цьому, часто спостерігаються професійні порушення, тобто збільшується кількість помилок на роботі, що виявляється в низькій продуктивності робочої діяльності, хронічна нестача часу, погіршення точності при виконанні необхідних зусиль. Ці фактори можуть привести до порушення соціально-рольових функцій, що проявляється в зниженні сензитивності, збільшенні конфліктності, прояві анти-соціальної поведінки, порушення сну, нестачі часу, підвищеної стомлюваності, поспіху, проблемам при спілкуванні.

❖ **Особистісний стрес** стосується того, що робить людина і що з нею відбувається, коли вона не виконує або порушує певні накази, розпорядження, ролі (соціальні, сімейні). Він проявляється у зв'язку з такими явищами, як порушення здоров'я, погані звички, нудьга, зневіра, старіння.

#### ❖ **Характер людини і риси особистості**

Схильні до гніву, ворожості, цинізму, дратівливості люди більше піддаються впливу стресу, а відкриті, доброзичливі люди, які володіють почуттям гумору, навпаки, більш стійкі до несподіванок долі.

Люди з вираженим почуттям гумору легше долають стрес і живуть довше.

Більш високий артеріальний тиск спостерігається у суб'єктів зі схильністю до гніву і тривожності, а також у таких, що ведуть щільне, насичене стресами життя.

⚡ **До особистісних особливостей, що обтяжують наслідки психогенних травм, відносять:**

- ❖ нейротизм;
- ❖ підвищену агресивність;
- ❖ хронічну тривожність;
- ❖ схильність до мотиваційних конфліктів і конфліктів інтимно-особистісного характеру.

Особливу «групу ризику» складають люди, що поєднують в собі підвищену **сензитивність, тривожність і імпульсивність**.

1.3

## **СТАДІЇ СТРЕСУ. КЛАСИФІКАЦІЯ ВИДІВ СТРЕСУ**

Стрессова реакція може бути зрозуміла тільки з урахуванням захисних процесів, що породжуються загрозою, — фізіологічні та поведінкові системи реакцій на загрозу пов'язані з внутрішньою психо-

логічною структурою особистості, її роллю в прагненні суб'єкта впоратися з цією загрозою.

✚ **Класична концепція стресу Ганса Сельє передбачає три фази (стадії) розвитку стресу:**

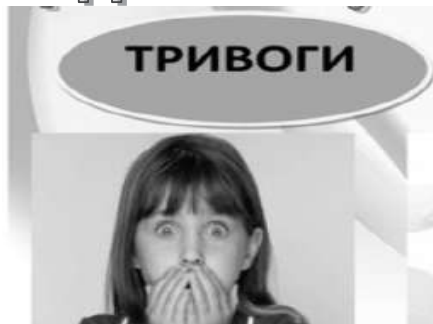
- ❖ стадію тривоги;
- ❖ стадію резистентності;
- ❖ стадію виснаження.

Крива Г. Сельє розглядається як ланцюг подій, проблемна стресова ситуація чи комплекс несприятливих впливів навколишнього середовища, в результаті яких відбувається спочатку фізіологічне реагування (еустрес) — спроба подолати стресову ситуацію за рахунок внутрішніх резервів організму, потім — накопичення ефектів стресу і перехід у фазу хронічного стресу (це вже патологічний стан, що потребує терапевтичних заходів) (рис. 1.3.1.)



Рис. 1.3.1

## СТАДІЯ ТРИВОГИ



✓ **На першій стадії** відбувається мобілізація захисних сил організму. Стадія тривоги в залежності від сили і характеру впливу має різну тривалість і, як правило, призводить до пристосування організ-

му до нових умов існування. Ця фаза виникає з першою появою стресора: порушуються деякі соматичні й вегетативні функції, включаються механізми саморегуляції захисних процесів. Відбуваються біологічні реакції, які обумовлюють боротьбу або втечу. Опір організму спочатку знижується («фаза шоку»), а потім включаються захисні механізми («фаза протишоку»). У більшості людей він виявляється у формі стеничних емоцій і зниження працездатності. Суть цієї стадії у зміні артеріального тиску, скороченні міокарду, зниженні температури тіла та наступній компенсації шоку. Протишок включає механізм компенсації: підвищується температура тіла, зменшується вміст глікогену у печінці, покращується кровозабезпечення мозку та серця.

Чим вищий рівень норми адреналіну у організмі, тим швидше людина проходить стан шоку і переходить до стадії резистентності. Персональна норма адреналіну впливає на поріг чутливості до стресового фактора.

#### ✚ Кількість адреналіну в організмі залежить від:

- ❖ фізичної підготованості;
- ❖ витривалості;
- ❖ віку;
- ❖ систематичного інтелектуального навантаження;
- ❖ здорового харчування;
- ❖ часу для відпочинку (сон, відновлення).

Стрес може зупинитися на першій стадії або на другій залежно від тренуваності парасимпатичної системи (в залежності від того, наскільки тіло добре тренуване, людина вміє відпочивати, турбується про свій організм (харчування, сон, вітаміни/амінокислоти), дихає свіжим повітрям (підвищений рівень кисню).

Стадію шоку треба сприймати як норму, допомогти організму швидше перейти на наступну стадію: треба випити води, вийти на свіже повітря, зробити паузу у переговорах. Дати собі час адаптуватись. *Займає від декількох хвилин до декількох годин.*

# СТАДІЯ ОПОРУ



✓ *Перехід до стадії резистентності (адаптації)* означає, що організм пристосовувався до нового подразника, хоча це пристосування і вимагає підвищення витрат енергії і антистресових гормонів. Мета цієї стадії підвищити опірність організму впливу стресових факторів. В організмі запускається механізм «бий або тікай». Організм намагається опиратися загрозі або справлятися з нею, якщо загроза продовжує діяти і її не можна уникнути. Відбувається збалансована витрата адаптаційних резервів. Даний період супроводжується зниженням працездатності і хворобливим станом людини. Однак висока мотивація, установки та інші психологічні чинники здатні забезпечити в цьому періоді «надмобілізацію» адаптаційних резервів, яка може забезпечити високий рівень працездатності (принаймні, у здорових людей). При перевтомі, наявності хронічних захворювань або в осіб похилого віку «надмобілізація» резервів на цій стадії може тільки загострити приховане захворювання та викликати інші хвороби стресу (судинні, запалення і психічні). Якщо дія стресу продовжується і людина неспроможна адаптуватися, це може виснажити ресурси тіла. Мобілізується воля та бажання подолати стресову ситуацію. На цій стадії можна зауважити, як змінюється колір обличчя (стає червоним або блідне), можуть тремтіти кінцівки, напружуватись м'язи, виникати імпульсивні неконтрольовані рухи тіла, більшість дій відбувається на рівні відпрацьованих рефлексів. На цьому етапі організм кидає всі імунні сили на захист людини від стресового подразника ззовні. Такі клітини як лейкоцити (клітини імунітету або білі клітини крові) надходять до клітин шкіри намагаючись захистити у першу чергу по-



верхню шкіри від проникнення патогенних бактерій. На противагу знижується їхній вміст у селезінці та периферичній крові цим самим послаблюючи їхню імунну систему. Оскільки дія кортикостероїдів (адреналін та норадреналіну) віддалена у часі від 15 хвилин до 8 годин, можна очікувати наслідки у вигляді зміни емоційного стану, тремтіння кінцівок, панічних атак, різкої зміни емоційного стану. Часто цей стан сприймається як легка ейфорія, відчуття розслаблення після максимального напруження. У деяких людей, саме такі відчуття стають мотивом ризикованих вчинків. В період від 15 хвилин до 1 години варто забезпечити собі спокійний стан, не вести авто, не пробувати «щось виправити» або обдумати всі можливі наслідки та прийняти рішення. Як правило, ці рішення будуть слабкими або просто неефективними бо не враховують всі необхідні нюанси.

Не треба планувати одночасно кілька складних переговорів, критично важливих зустрічей протягом дня, оскільки віддалений після стресовий ефект у таких проявах, як слабкість в тілі, тремор кінцівок може досягнути піку в найбільш неочікуваний момент.

На самому початку етапу резистентності, коли в крові багато адреналіну дуже важливо активно діяти, відокремлювати переживання від справ. Дія у критичній ситуації важливіша ніж роздумування. **Тривалість другого періоду в середньому становить 11 днів.**

## СТАДІЯ ВИСНАЖЕННЯ

### ВИСНАЖЕННЯ



✓ **Початок третьої стадії** виснаження відповідає явищам відчаю, безсилля і фрустрації, які охоплюють людину у безнадійній ситуації. Характеризується вразливістю до втоми. Фізичні проблеми

призводять до хвороб і навіть до загибелі організму. Ті самі реакції, які дозволяють опиратися короткочасним стресорам, — підсилення енергії напруження м'язів, недопускання ознак болю, припинення травлення, підвищення тиску крові — за тривалої дії шкідливі. На цій стадії організм відчуває брак ресурсів для боротьби зі стресовим фактором і наступає повторно стадія тривожності (перша стадія стресу). Наступний крок — це надмірне збудження кори головного мозку, що веде до граничного гальмування. Наслідком цього можуть бути пост-травматичні захворювання, депресія, емоційне виснаження або загострення хронічних хвороб. Протягом дня треба чергувати виконання складних і пікових справ з рутинними задачами. Треба вивчити свою «межу» стресу та симптоми які свідчать, що починається стадія виснаження: головні болі, різке роздратування, відчай, втрата орієнтації, запаморочення, гіпертонія/гіпотонія. Допоможе знати елементарні методи самодопомоги (нормалізація артеріального тиску, глибоке дихання, вживання достатньої кількості води). **Тривалість, коливається в широких межах і становить декілька тижнів.**

*Дистрес починається із стадії виснаження.*

На стадії тривоги, головна роль належить глюкокортикоїдам. На стадії опору — кортикостироїдним гормонам та адреналіну. Ці дві стадії є N (тобто нормою) для організму. На стадії виснаження відбувається виснаження наднирників, що є незворотним процесом P (патологія) (рис. 1.3.2.)



Рис. 1.3.2.

## **КЛАСИФІКАЦІЯ ВИДІВ СТРЕСУ**

### **✚ За видами є:**

- ❖ Емоційно-позитивні стреси і емоційно-негативні стреси.
- ❖ Короткочасні (гострі) стреси і довгострокові (хронічні) стреси, нервовий стрес.
- ❖ Фізіологічний (соматичний) стрес і психоемоційний стрес.

### **✚ Стрес фізіологічний:**

- ❖ механічний
- ❖ фізичний
- ❖ хімічний
- ❖ біологічний

### **✚ Стрес психоемоційний:**

- ❖ інформаційний
- ❖ емоційний

## **✓ КОРОТКОЧАСНІ (ГОСТРІ) СТРЕСИ І ДОВГОСТРОКОВІ (ХРОНІЧНІ) СТРЕСИ, НЕРВОВИЙ СТРЕС**

Ці два види стресів викликають різні відображення на здоров'я людини. Більш важкі наслідки для організму, несуть в собі довготривалі або хронічні стреси. Гострий стрес зазвичай настає швидко і несподівано.

### **➤ Симптоматика гострого (короткочасного) стресу**

Всі існуючі симптоми стресу визначити повністю досить складно, оскільки реакції як на гострий, так і на хронічний стрес відмінні за своїми проявами у різних людей. Однак цілком реально виділити симптоми, властиві більшості з нас.

### **✚ Інтелектуальні симптоми стресу:**

- ❖ Виникають проблеми із запам'ятовуванням нової інформації.
- ❖ Відчуття труднощів з концентрацією уваги.
- ❖ Спостерігається забудькуватість, неорганізованість і неадекватність.
- ❖ Відчуття частих нападів тривоги і занепокоєння.
- ❖ Мучать безсоння, тривожні мрії і нічні кошмари.
- ❖ Поганий настрій і відчуття труднощів в ухваленні рішень.

### **✚ Емоційні симптоми стресу :**

- ❖ Відчуття дратівливості, примхливості, нервозності і запальності.
- ❖ Страждання від нападів паніки, відчуття перевантаженості і неможливості розслабитися.

- ❖ Не покидає відчуття самотності, неспокою і ізоляції.
- ❖ Прояви надмірної ворожості до оточуючих людей.
- ❖ Надзвичайно гостра реакція на дрібні неприємності.

#### ⚡ **Фізичні симптоми стресу:**

- ❖ Діарея або запор, метеоризм, часте сечовипускання.
- ❖ Печія, відрижка, нудота і біль в животі.
- ❖ Утруднене дихання, прискорене серцебиття і запаморочення.
- ❖ Зниження лібідо.
- ❖ Часті ГРВІ та алергії.
- ❖ Тремор рук, ніг і губ.
- ❖ Підвищена пітливість.
- ❖ Сухість у роті, відчуття клубка в горлі, ускладнене ковтання.
- ❖ Втома, втрата сил, млявість і слабкість.
- ❖ Сильний дзвін, стукіт і дзижчання у вухах.
- ❖ М'язові спазми, болі в шийі і спині.
- ❖ Заїкання.

#### ⚡ **Поведінкові симптоми стресу:**

- ❖ Надзвичайно сильно і різко підвищується або знижується апетит.
- ❖ Сон набагато більше або менше звичайного.
- ❖ Навмисно дистанціювання від людей.
- ❖ Зловживання курінням, алкоголем або наркотиками.
- ❖ Захоплення азартними іграми, необдумані вчинки.
- ❖ Нехтування своїми обов'язками або надмірно повільне їхнє виконання, зниження продуктивності праці.
- ❖ Надмірна підозрілість, захист в ситуаціях, які не потребують цього.
- ❖ Відзначаються проблеми зі спілкуванням: грубість, запальність...

#### ➤ **Крайнім ступенем є шок.**

**Якщо людина не справляється з ситуацією шоку, постійно повертаючись до неї і згадуючи пережите, як правило, гострий стрес переходить у хронічний.**

*Хронічний стрес, може наступити без стадії гострого стресу, якщо присутні постійно діючі, незначні фактори — напружені відносини з будь-ким, незадоволеність будь-якою ситуацією і інші фактори постійної дії.*

- ***Хронічний стрес не є захворюванням. Хронічний дистрес є одним із найнебезпечніших видів стресу.***

***Основним симптомом даного стану є втома, що носить хронічний характер.*** Симптоми хронічного стресу менш виражені і часто не помічаються людиною, оскільки супроводжують його протягом тривалого часу. Як правило, даний вид стресу, призводить до нервового зриву, депресії і суїциду. Може супроводжуватися різного роду фобіями і страхами.

***Впоратися зі стресом цілком реально. Якщо ж що симптоми стресу з часом не тільки не зникають, а й посилюються, треба звернутись до спеціаліста. Будь-яку проблему можна вирішити, головне не ігнорувати її.***

**Нервовий стрес**, як правило, наслідок впливу на організм надмірного стресу. Може статися у будь-кого, але з більшою ймовірністю у людей, що мають в анамнезі тривожний невроз. В цьому випадку, важливу роль відіграє індивідуальний стан нервової системи.

### **✓ ФІЗІОЛОГІЧНИЙ (СОМАТИЧНИЙ, СЕРЕДОВИЩНИЙ) І ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТРЕС**

Стрес фізіологічний виникає від коливань параметрів зовнішнього середовища — гравітації, вологості, температури, а також від безпосереднього впливу на людину різного роду негативних факторів — холоду, болю, голоду, фізичних перевантажень та інших.

✚ ***Розрізняють як механічний, фізичний, хімічний і біологічний стреси:***

❖ ***Механічний стрес*** — відрізняється пошкодженням цілісності шкіри і різних органів. Це може бути травма, поранення, операція, шоківий стан.

❖ ***Фізичний стрес*** — викликаний станом перегріву, переохолодження, обмороження, опіку, впливом УФЛ або іонізуючої радіації, невагомості або прискорення, голоду, спраги, гіпокінезії, іммобілізації.

❖ ***Хімічний стрес*** — викликаний отруєнням, дією отрутохімікатів і їхніх парів, забрудненням повітря, води або ґрунту, нестачею або надлишком кисню.

❖ ***Біологічний стрес*** — викликаний атакою на організм людини різних вірусів, бактерій, токсинів, грибів і їхніх різновидів.

## ✓ СТРЕС ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ МОЖЕ БУТИ ІНФОРМАЦІЙНИМ І ЕМОЦІЙНИМ

Найчастіше, даний вид стресу, виникає від переживання досить сильних емоцій, таких як образа, обман, небезпека, загроза, інформаційне перевантаження.

❖ *Стрес інформаційний* виникає від надлишку інформації, від відповідальності, пов'язаної з подібного роду діяльністю, з прийняттям швидких і вірних рішень. Подібні стреси, як правило, супроводжують діяльність операторів різних систем управління, диспетчерів та інших працівників подібних професій.

❖ *Стрес емоційний* виникає в ситуації, яка загрожує безпеці людини — в разі тяжкої хвороби, злочини, війни або аварії, а також при загрозі зміни соціального статусу, економічного добробуту або зміни міжособистісних відносин, таких як проблеми в сім'ї, скорочення або звільнення.

*Стресор* → *Стрес* → *Здорове пристосування чи хвороба*

Хворобу можуть спричинити не лише біологічні умови. Між стресором і стресом міститься індивідуальна оцінка події — дехто може сприйняти певну подію як неприємну, дехто як приємну або як нейтральну. Між стресом і його наслідками важливою ланкою є те, як індивід справляється зі стресом. Не кожен у стані стресу поводить себе однаково — одні захворіють, для інших стрес буде навіть приємним викликом.



## КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ ТА ЗАВДАННЯ

1. Які є фази стресу?
2. Хто автор терміну «стрес»?
3. Що таке еустрес?
4. Що таке дистрес?
5. Поняття стресу.
6. Стресорні ситуації.
7. Стрес-реакція, її стадії.
8. Поняття емоційного стресу.
9. Психічний фактор як стрес.



## ТЕМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

*Визначення стресу. Основні концепції стресу, його види та форми виявлення.*

### *Питання для обговорення:*

1. Стрес. Основні концепції стресу.
2. Основні відмінності психологічного і біологічного стресів.
3. Стадії розвитку стресу.
4. Класифікація видів стресу.

### *Завдання:*

1. Створити кейс діагностики проявів стресостійкості особистості.
2. Підготувати презентацію: «Роль емоцій у формуванні різновидів стресу».
3. Ознайомитися з сутністю, об'єктом і предметом психології стресу.
4. Визначте стресову навантаженість за методикою «Визначення стресостійкості та соціальної адаптації» (Д. Холмс, К. Раге).

## РОЗДІЛ 2.



### **Особливості професійного вигорання**

2.1

#### **ЗАГАЛЬНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ПРОФЕСІЙНИХ СТРЕСІВ**

В останні десятиліття відзначається зростаючий інтерес до професійного стресу. Розвиток стресу на робочому місці є важливою проблемою у зв'язку з його впливом на працездатність і в результаті на стан психічного здоров'я. Ряд робочих стресів, таких як рольова невизначеність, конфлікти, недостатній контроль, робоче перевантаження тощо зазвичай пов'язані з психічним напруженням і несприятливими поведінковими наслідками.

Для розвитку професійного стресу важливим фактором є суб'єктивна (особистісна) значущість ситуації, наявність готовності і можливості її подолання, здатність вибору раціональної стратегії поведінки.

Різновидом професійного стресу є інформаційний. Причини його виникнення пов'язані з впливом чинників робочого процесу, а також із впливом організаційних, соціальних, екологічних та технічних особливостей діяльності. В основі інформаційного стресу лежать порушення інформаційно-когнітивних процесів регуляції діяльності, тобто всі життєві події, які супроводжуються психічною напруженістю, можуть бути джерелом інформаційного стресу. Отже, розвиток інформаційного стресу пов'язаний не тільки з особливостями робочого процесу, а з різними подіями в житті людини, з різними сферами її діяльності, спілкування.



Одним із можливих проявів професійного стресу є розвиток синдрому психічної знемоги, виснаження. Даний стан отримав назву «вигорання» (burnout). Він проявляється в емоційному виснаженні, деперсоналізації, різкому зниженні трудових здобутків і конфліктності.

Модель професійного стресу представлена на рис. 2.1.1.



Рис. 2.1.1

❖ **Професійний стрес** — емоційний стан людини, який викликається несподіваною та напруженою ситуацією у трудовому колективі, конфліктними взаємовідносинами, інтелектуальним і емоційним перевантаженням.

Психологи зазначають, що у стресовому стані людина частіше припускається помилок, їй важко здійснювати цілеспрямовану діяльність, перемикання і розподілення уваги, у неї порушується перебіг пізнавальних процесів (сприйняття, пам'яті, уваги, мислення), спостерігається розладнання координації рухів, неадекватність емоційних реакцій, виникає загальне гальмування чи повна дезорганізація діяльності. Крім негативних фізіологічних наслідків для організму людини (підвищення кров'яного тиску, серцевий напад, головний біль, розлади шлунку) стреси можуть у свою чергу вкрай негативно впливати на якість педагогічного процесу.

Виникнення і переживання стресу залежить не стільки від об'єктивних, скільки від психологічних, суб'єктивних чинників, від особливостей самої людини, оцінки нею ситуації, зіставлення своїх сил і можливостей з тим, що вимагається. Будь-яка несподіванка, що

порушує звичний перебіг життя може стати причиною стресу або стресом, за термінологією Г. Сельє. При цьому не має значення об'єктивна це причина. Важливим є саме суб'єктивне ставлення до неї. Тому певна ситуація однією людиною може сприйматися як стресова, а в інших вона не викличе навіть хвилювання. Отже, при переживанні стресу матимуть значення тільки внутрішні психологічні особливості особистості.

✓ **Професійний стрес — багатовимірний феномен, що виражається у психічних і фізичних реакціях на напружені ситуації в трудовій діяльності людини.**

*Професійний стрес виділений в окрему рубрику в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10).*

✚ **До професійного стресу призводять:**

- ❖ перевантаження людини роботою (дома чи в офісі);
- ❖ нечітке обґрунтування її повноважень і посадових обов'язків;
- ❖ неадекватна поведінка колег;
- ❖ тривале добирання на службу;
- ❖ низька оплата праці;
- ❖ одноманітна діяльність;
- ❖ відсутність кар'єрних перспектив.

Професійний стрес виникає й у співробітників, недостатньо завантажених роботою, а також у тих людей, які вважають, що не реалізують повною мірою свій професійний потенціал і здатні на більше.

Причиною сильного нервового перенапруження можуть служити умови праці: *погані освітлення і вентиляція, тісне приміщення* тощо. До факторів, що прямо або побічно сприяють професійним стресам, можна також віднести *відсутність інформації і відсутність часу*. Останні два чинники є фоном, на якому стресом може стати будь-яке додаткове роздратування.

Вчені (Т. Веєр і Ж. Ньюман) визначили робочі та організаційні характеристики, які можуть бути стресорами.

✚ **Вони розділили їх на чотири категорії:**

- ❖ професійні вимоги і характеристики вирішуваних завдань;
- ❖ рольові вимоги чи очікування;
- ❖ організаційні вимоги чи очікування;
- ❖ зовнішні вимоги або умови.

✚ Також до чотирьох зазначених вище категорій виділяють:

- ❖ стрес **можливості** (можливості мати щось бажане);
- ❖ стрес **обмеження** в досягненні;
- ❖ стрес **вимоги досягнення** чогось бажаного, коли можливість цього досягнення *невизначена*.

✚ Стресором можуть бути:

- ❖ **невідповідність** між бажанням і тим, що робота може надати, і між тим, що робота вимагає від людини і можливостями або ресурсами людини відповідати цим вимогам;
- ❖ **організаційні** особливості;
- ❖ **професійні** вимоги та **рольові** характеристики;
- ❖ **індивідуальні** особливості та очікування;
- ❖ **фізичні** параметри навколишнього середовища: стресори групових процесів, стресори на організаційному рівні.

В останні роки все більшу увагу дослідників приваблюють фактори, пов'язані безпосередньо з *робочим процесом*, з тими змінними, які визначають його складність, значущість, невизначеність, відображають небезпеку, шкідливість очікуваної або робочої ситуації, що розвивається.

Аналіз матеріалів про основні причини розвитку професійного стресу дозволить скласти *класифікацію характеристик трудової діяльності*, які можуть розглядатися як вірогідні джерела стресу.

Несприятливий стан, екстремальні значення факторів (компонентів) організації, змісту, засобів та умов діяльності, їхній надмірний вплив на конкретного індивіда, невідповідність його функціональних і професійних можливостей, уявлень і установок долати ці несподівані, інтенсивні, тривалі впливи може стати причиною розвитку професійного стресу.

✚ Причини поділяються на безпосередні та головні.

❖ **Безпосередньою** причиною можна вважати подію, прямим наслідком якої є розвиток психічної напруженості і стресу: наприклад, складність чи небезпека робочого завдання, виникнення проблемної ситуації, пов'язаної із загрозою для здоров'я і життя, відмову системи управління об'єктом, дефіцит часу на усунення помилкової дії, конфлікт з керівництвом. Найчастіше безпосередні причини стресу бувають пов'язані з екстремальним змістом та умовами трудової діяльності.

❖ **Головною** причиною виникнення стресу є індивідуальні (психологічні, фізіологічні, професійні) особливості суб'єкта праці.

✚ Крім того, доцільно виділити велику групу **додаткових** факторів життя та діяльності індивіда, що супроводжують та обумовлюють причини, які призводять до виникнення і посилюють прояви професійного стресу. **До них можна віднести:**

❖ невідповідність ряду організаційних характеристик діяльності уявленням і установкам конкретного індивіда (участь в ухваленні рішення, просування по службі, наявності інформації про результати діяльності);

❖ наявність недоліків в ергономічних (приспособованих) властивостях засобів діяльності.

У цю ж категорію причин потрібно включити: загальні (глобальні) соціальні та організаційні стресори (злочинність, економічні спади, екологічні зміни, політичні та військові кризи, зростання безробіття), та особистісні стресори (сімейні конфлікти, втрата близьких, юридичні й фінансові проблеми, зниження працездатності, вікові та життєві кризи). Перелічені фактори визначають загальну організацію психічного і фізичного стану індивіда, зниження її стійкості до впливу безпосередніх і головних причин стресу, ослаблення можливостей до подолання стресового стану.

Виникнення професійного стресу не зумовлюється однозначно у взаємозв'язку особистості й умов праці, — навіть хороша їхня відповідність не гарантує стійкості до стресу, тому що є безліч інших факторів, що детермінують цей процес, та до того ж і умови роботи й деякі характеристики особистості досить мінливі, що порушує вихідну їхню відповідність.

Психологічний стрес і його шкідливий вплив є дуже індивідуальним процесом і значення тих чи інших робочих обставин на людину суттєво відрізняється навіть у відносно однорідній професійній групі (Р. Лазарус).

✚ А. Елкін відзначає, що **рівень стресу на роботі зростає за рахунок двох факторів:**

- ❖ важкості психологічного пресингу;
- ❖ відсутності свободи прийняття рішень.

До них можна додати рівень морального і матеріального задоволення своєю працею. З урахуванням даних факторів стає зрозумілим,

чому різноробочі і секретарі зайняли перші місця в списку Американського національного інституту охорони праці. Їхня робота не настільки небезпечна, як у шахтарів, і не настільки відповідальна, як в авіадиспетчерів, однак вони позбавлені свободи у прийнятті рішень, отримують маленьку зарплату, а соціальний статус їхніх професій дуже низький.

Існує багато класифікацій професійного стресу, що відрізняються як ступенем деталізації, так і концептуальними підходами.

Фактори, що викликають, виробничий стрес, можна розділити на об'єктивні (які мало залежать від особистості працівника) і суб'єктивні (розвиток яких більше залежить, від самої людини.)

❖ До *першої* групи належать шкідливі характеристики виробничого середовища, важкі умови роботи та надзвичайні (форс-мажорні) обставини. Деякі види діяльності спочатку припускають наявність стресогенних факторів, пов'язаних з особливостями виробництва.

До несприятливих умов роботи, що провокує розвиток виробничого стресу, можна віднести високий темп діяльності (професійний спортсмен), тривалу роботу (шофер дальніх рейсів), «перерваний» темп діяльності (лікар швидкої допомоги), підвищена відповідальність (авіадиспетчер), значні фізичні навантаження (вантажник).

**Додатковими** факторами стресу є різні надзвичайні (форс-мажорні) ситуації, які можуть приймати різноманітний характер залежно від специфіки праці.

❖ *Друга* група (суб'єктивні чинники стресу) включає два основні різновиди: міжособистісні (комунікаційні) і внутрішньо-особистісні стреси.

Перші можуть виникати при спілкуванні з вище стоячими посадовими особами, підлеглими та колегами по роботі (рівно статусними працівниками). Керівник досить часто є джерелом стресу для свого підлеглого, у якого може виникати стійке психологічне напруження з найрізноманітніших причин: через надмірний контроль з боку керівника, через завищені вимоги, недооцінку його праці, відсутність чітких вказівок і інструкцій, грубе або зневажливе ставлення до себе з боку начальника. Підлеглі стають джерелами стресу для своїх начальників через свою пасивність, зайву ініціативність, некомпетентність, злодійство, лінощі.

Особи, які не працюють у даній організації, але контактують з нею, також можуть бути джерелом стресів для співробітників організації. Прикладом може служити стрес продавців, яким доводиться спілку-

ватися з великою кількістю покупців, або стрес бухгалтерів, що здають квартальний чи річний звіт в податковій інспекції. Водночас для податкового інспектора стресорним фактором буде бухгалтер, який у відношенні до нього є прикладом зовнішнього стресора.

Внутрішньо-особистісні стреси, можна розділити на *професійні, стреси особистісного характеру і стреси, пов'язані з поганим соматичним здоров'ям працівників*. Професійні причини стресів обумовлені нестачею знань, умінь і навичок (стрес новачків), а також відчуттям невідповідності між працею і винагородою за неї. Причини стресів особистісного характеру носять неспецифічний характер і зустрічаються у працівників найрізноманітніших професій. Найчастіше це низька самооцінка, невпевненість у собі, страх невдачі, низька мотивація, невпевненість у своєму майбутньому.

Джерелом виробничих стресів може бути і стан здоров'я людини. Так, хронічні захворювання можуть приводити до стресів, тому що вони вимагають підвищених зусиль для їхньої компенсації і знижують ефективність діяльності працівника, що може відбитися на його авторитеті та соціальному статусі. Гострі захворювання також є джерелом переживань як за рахунок соматопсихічних зв'язків, так і «вимикаючи» на час працівника з трудового процесу (а це, фінансові витрати і необхідність заново адаптуватися до виробництва).

Деякі види діяльності можуть призводити і до професійних і до побутових стресів — наприклад, водіння автомобіля. З одного боку, багато професійних водіїв відчувають стреси, пов'язані з їхньою роботою, але подібні стреси відчувають і мільйони людей інших професій, які використовують автомобіль для переміщення на роботу або у своїх справах.

Багато життєвих проблем сягають коріння в минулому. Образи і моральні травми, що виникають в несприятливій сім'ї, невіршені конфлікти з батьками і з дітьми та багато інших проблем можуть переслідувати людину багато років. Сором і почуття провини «прив'язують» людину до її минулого. Пригнічені негативні спогади і емоції, іноді штучно приглушені алкоголем або іншими турботами, є постійним джерелом внутрішньої напруги.

Життя в даний час також наповнене внутрішніми стресором. Криза існування (екзистенційна криза) турбує, як відносно її значущості в житті, так і значущості самого життя, тих чи інших її етапів і проявів. Негативна емоційність також призводить до переживання дистресу. Високий рівень емоційної реактивності буде постійно викликати від-

чуття напруженості, страху, приреченості у разі виникнення незначних життєвих негараздів. Життя може стати нестерпним, коли більша частина очікувань залишається нездійсненою і всі мрії не збуваються. Негаразди і розчарування з часом приводять до «зачерствіння».

Внутрішній неспокій і тривога часто посилюються передчуттями чогось поганого. Тривога, занепокоєння про майбутні невдачі, нещастя (реальні чи уявні) можуть створювати більший стрес, ніж фактична невдача. Страх старості і смерті може затьмарити радість буття, спотворити позитивний сенс життя, змусити в чорних тонах сприймати життя.

Коли людина психічно напружена, а джерело цієї напруги — конфліктуючий образ несприятливої події — стає домінантним у життєдіяльності, не потрібно будь-якого серйозного зовнішнього впливу для відчуття занепокоєння і стресу. Внутрішня напруга може створити всі види проблем від постійних суперечок і сварок до відчайдушних дій. При аналізі життєвого стресу у всіх його проявах необхідно приділяти увагу внутрішньо-особистісним стресорам.

### ⚡Феномен професійного вигорання

✓ Термін «професійне вигорання» вперше використав американський психіатр Х.Дж. Фрейденбергер для позначення психічного стану здорових людей, які постійно перебувають у емоційно перенавантаженої атмосфері у зв'язку з тим, що їхня професійна діяльність вимагає інтенсивного спілкування. Подальші дослідження цього феномена стосувалися професійної діяльності медичного персоналу та працівників соціальної сфери.

Професор Каліфорнійського університету К. Маслач трактує *професійне вигорання як синдром фізичного та емоційного виснаження*, визначає його складові: розвиток негативної самооцінки, пасивне ставлення до роботи, втрата розуміння й співчуття. Психолог зазначає, що *професійне вигорання — це не втрата творчого потенціалу, а емоційне виснаження, що виникає на тлі стресу у процесі міжособистісного спілкування*.

Професійне вигорання як стресова реакція є наслідком тривалих напружень середньої інтенсивності, тому, синтезуючи визначення стресового процесу за Г.Сельє (стадій тривоги, резистентності, виснаження), цей синдром можна вважати третьою стадією зі стійким і неконтрольованим рівнем збудження.

## ✚ Проблема професійного вигорання розглядається у межах трьох основних напрямів:

❖ це явище є виявом синдрому хронічної втоми, стану фізичного, психічного, емоційного виснаження, який є наслідком тривалого перебування в емоційно перевантажених ситуаціях спілкування;

❖ професійне вигорання — це двовимірна модель, що складається з емоційного виснаження та деперсоналізації;

❖ трикомпонентна система, що охоплює емоційне виснаження, деперсоналізацію; редукцію особистісних прагнень.

➤ **Професійне вигорання** — це синдром емоційного, розумового і фізичного виснаження через тривале емоційне навантаження. Його негативними проявами є депресивні стани, почуття втоми, спустошеність, негативна професійна установка, небажання передбачати позитивні результати у власному житті та професії. Як соціально-психологічний феномен, синдром професійного вигорання є стереотипом емоційної, а частіше всієї професійної поведінки. Частково вигорання — це функціональний стереотип, оскільки дозволяє особистості дозувати і економно використовувати енергетичні ресурси, а з іншого — це дисфункціональний наслідок вигорання, який негативно впливає на виконання професійних ролей, професійну діяльність, психічне здоров'я та психологічне благополуччя особистості.

Особливості синдрому професійного вигорання найбільш яскраво виявляються у так званій групі ризику — професії у системі «людина — людина». Фахівці цієї системи повинні постійно виявляти комунікативну компетентність, інтенсивно спілкуватись з іншими, бути відповідальними. Щоденні емоційні навантаження потенційно несуть небезпеку тяжких переживань, пов'язаних із професійною діяльністю.

➤ **Процес розвитку професійного вигорання** — це поступове накопичення негативних емоцій, котрі не мають адекватного виходу, особистість демонструє зростання напруги у спілкуванні з колегами по роботі, друзями та знайомими; поступово емоційна хронічна втома переходить у фізичну; спостерігаються розлади сну і як наслідок — людина не має сили працювати. Поступово хронічна втома викликає стан апатії та депресії, спалахи роздратування, почуття напруги, дискомфорт.

Емоційне виснаження виступає основною складовою професійного вигорання: почуття емоційного спустошення, втоми породжується власною роботою. Емоційне виснаження виявляється як емоційне тло, байдужість або емоційна перенасиченість. Деперсоналізація про-



являється як деформація стосунків з іншими, цинічне ставлення до праці. Редукція особистих досягнень — це хворобливе та нав'язливе усвідомлення фахової некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення відсутності результативності, тенденція до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, обмеження можливих шляхів професійного зростання. Структурними компонентами синдрому професійного вигорання є емоційне виснаження, деперсоналізація та некомпетентність у певній галузі. Професійне вигорання слід розглядати, як процес професійної кризи, пов'язаної з трудовою діяльністю та порушенням міжособистісних стосунків.

✚ **Класифікація Дж. Грінберга, який розглядає емоційне вигорання як процес, який охоплює 5 стадій.**

❖ **Перша стадія емоційного вигорання** — це «медовий місяць»: працівник спочатку отримує задоволення від професії і з ентузіазмом виконує завдання. Проте, що більше стресових ситуацій у професійній діяльності, то менше задоволення він отримує.

❖ **На другій стадії** з'являється втома, апатія, безсоння. За відсутності додаткової мотивації, стимулювання працівник втрачає інтерес до трудової діяльності, зникає зацікавленість працювати продуктивно, виникають порушення трудової дисципліни. Надто висока мотивація призводять до професійного виснаження працівника: надміру використовуються внутрішні ресурси, але це ще не завдає шкоди здоров'ю.

❖ **Хронічні симптоми на третій стадії** виявляються як: надмірна праця, відсутність чергування праці із відпочинком викликає фізичну втому та захворювання, психологічні переживання, роздратованість, загострену озлобленість і безсилля.

❖ **Четверта стадія кризова:** розвиваються хронічні захворювання, внаслідок яких людина частково або повністю втрачає працездатність, підсилюється переживання незадоволення собою, обраною професією та власним життям.

❖ **На п'ятій стадії** емоційного вигорання усі фізичні та психологічні проблеми переходять у гостру форму, а небезпечні захворювання розпочинають загрожувати життю людини.

Проблеми у професійній діяльності призводять до загрози кар'єрному зростанню фахівця.

➤ **Модель професійного вигорання Б. Пармана, Е.А. Хартмана складається із чотирьох стадій, та окреслюють цей феномен**

**як фізичний та психологічний дискомфорт.** Розвиток емоційного вигорання — це індивідуальний процес, який визначається розбіжностями в емоційно мотиваційній сфері, а також умовами перебігу професійної діяльності.



**⊕ Вигорання відбувається поступово.**

- ❖ *I стадія триває 3–5 років,*
- ❖ *II стадія — 5–15 років,*
- ❖ *III стадія від 10 до 20 років, відтак призводить до загострення хронічних захворювань і спричиняє виникнення нових.*

Згідно з аналізом наукових досліджень: основні зусилля психологів спрямовані на вияв чинників, що спричиняють професійне вигорання. Такими чинниками є особливості професійної діяльності, індивідуальні характеристики професіоналів, внутрішні аспекти діяльності. Психологічними дослідженнями виявлено: високий рівень вигорання тісно пов'язаний з пасивними тактиками боротьби зі стресом. Фахівці, що вміють активно протидіяти стресу, демонструють низький рівень професійного вигорання. Внутрішніми (індивідуально-особистісними) чинниками, які визначають емоційне вигорання, є схильність до емоційної ригідності, інтенсивна інтеріоризація (сприйняття і переживання) обставин професійної діяльності, слабка мотивація емоційної віддачі в професійній діяльності, етичні дефекти і дезорієнтація особистості.

**⊕ Емпіричне вивчення симптомів професійного вигорання у фахівців різних соціальних сфер класифікують умовно на:**

- ❖ фізичні,
- ❖ поведінкові
- ❖ психологічні,
- ❖ зовнішні
- ❖ внутрішні.

✓ **До фізичних** входять: втомленість; відчуття виснаження; часті головні болі, зайва вага; безсоння.

✓ **До поведінкових і психологічних:** важкість праці; знищення професійного ентузіазму; відчуття розчарування; невпевненість; відчуття вини та непотрібності; дратівливість; підозрілість; ригідність; нездатність ухвалювати рішення; зловживання алкоголем або наркотичними засобами.

✓ **Зовнішні причини:** соціальна та економічна нестабільність, криза ідейних, правових, духовних, моральних норм, низька соціально-правова захищеність особистості у суспільстві;

✓ **Внутрішні причини** професійного вигорання: негативні суспільні стереотипи; негативний приклад керівників певних структурних підрозділів; низька моральна культура трудового колективу; відсутність перспективи професійного зростання; постійна фізична, емоційна та моральна втома; невідповідність умов праці, кваліфікації спеціаліста та матеріальному еквіваленту — заробітній платі.

Явище «*феномен професійного вигорання*», ще має назви: «*явище психічного вигорання*», «*синдром емоційного вигорання*».

Під цим явищем розуміють «**стан фізичного, емоційного і розумового виснаження, що проявляється в професіях соціальної сфери**».

Це явище (в англійській літературі називається «*burnout*»). Означений феномен являє собою багатокомпонентний синдром, найбільш вираженими складовими якого є емоційна виснаженість, деперсоналізація та редукція професійних досягнень.

Ступінь інтенсивності професійного вигорання залежить від життєвих стратегій, що застосовуються тим чи іншим працівником.

Високий рівень вигорання відзначається при наявності у людей пасивних тактик опору стресу, а особистості, що займають активну життєву позицію у ставленні до стрес-факторів, демонструють низькі показники вигорання. Професійному вигоранню сприяє екстернальний локус контролю індивіда, тобто перенесення відповідальності за своє життя на зовнішні чинники.

### ✚ **Нейтралізація та управління професійним (виробничим) стресом**

Для нейтралізації та управління **професійним (виробничим)** стресом існує своя класифікація методів оптимізації функціональних станів, яка поділяє всі методи антистресорного захисту на **організаційні і психопрофілактичні**.

➤ *Перша група* методів (**організаційні**) спрямована на зменшення ступеня екстремальності факторів виробничого середовища та їхньої більшої відповідності до психофізіологічних особливостей працівника. Такий організаційний підхід найбільш поширений в психології праці, інженерній психології, ергономіці.

### ✚ Його основними напрямками є:

- ❖ раціоналізація процесів праці шляхом складання оптимальних алгоритмів роботи, забезпечення зручних тимчасових лімітів;
- ❖ удосконалення знарядь і засобів праці відповідно до психофізіологічних особливостей людини;
- ❖ розробка оптимальних режимів праці та відпочинку, які б не призводили до передчасного виснаження ресурсів працівника;
- ❖ раціональна організація робочих місць і формування оптимальної робочої пози;
- ❖ створення сприятливого соціально-психологічного клімату в колективі;
- ❖ підвищення моральної та матеріальної зацікавленості в результатах праці.

➤ *Друга група* методів (**психопрофілактичні**) спрямована безпосередньо на психіку працівника і його функціональний стан. Вона включає в себе такі способи, як:

- ❖ вплив кольором і функціональною музикою;
- ❖ вплив на біологічно активні точки;
- ❖ оздоровчі фізичні вправи;
- ❖ переконання і навіювання;
- ❖ самонавіювання і аутотренінг;
- ❖ дихальна гімнастика; медитація.

✚ Також виділяють два напрями в подоланні психологічного стресу: **профілактичний** та **терапевтичний**.

❖ *Профілактичний* — це посилення захисних сил організму, зміна ставлення до психотравмуючих ситуацій, розвиток позитивного мислення.

❖ *Терапевтичний* — спрямований на нейтралізацію стресу, що вже виник і полягає в цілеспрямованому впливі на його тілесні та емоційні прояви. При різкому розвитку стресу необхідно впливати не тільки на тіло (за допомогою м'язової релаксації і дихальних вправ), але й на думки і почуття (методами рефреймінгу і раціональної терапії).

Повне зняття стресорних активацій значно знижує можливості людини максимально реалізувати себе в житті і професійній діяльності, в той час, як зайвий стрес викликає серйозні порушення в організмі. *Оптимальний рівень стресу* — це баланс між двома крайнощами. Для кожної окремої людини існує свій оптимум активації, при якому

її діяльність є досить ефективною і в той же час рівень стресу не досягає дистресу.

✓ **Професійний стрес** — різноманітний феномен, що виражається у психічних і фізичних реакціях на напружені ситуації в трудовій діяльності людини. *Стресором можуть бути:* невідповідність між бажанням і тим, що робота може надати, і між тим, що робота вимагає від людини і можливостями або ресурсами людини відповідати цим вимогам; організаційні особливості; професійні вимоги та рольові характеристики; індивідуальні особливості та очікування; фізичні параметри навколишнього середовища: стресори групових процесів, стресори на організаційному рівні. *Емоційне вигорання* — це стан фізичного, емоційного і розумового виснаження, що проявляється в професіях соціальної сфери.

## 2.2

### ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ

Стресори у професійній діяльності можна поділити в кілька груп, кожна з яких об'єднана спільним фактором.

✚ **Стресори, пов'язані з організацією і змістом професійної діяльності:**

- ❖ надмірне перевантаження, напружена психічна діяльність чи явне недовантаження в обсязі виконуваної роботи;
- ❖ одноманітність або складність виконуваної роботи;
- ❖ підвищена відповідальність;
- ❖ необхідність приймати занадто багато рішень;
- ❖ відсутність або мала участь у процесі прийняття рішень;
- ❖ новизна, реорганізація на роботі;
- ❖ неефективна організація робочого місця;
- ❖ зміна тривалості або умов праці;
- ❖ фізичні фактори (температура, шум, багатолюдність);
- ❖ раптове або систематичне відволікання уваги (несподівані подразники або постійний вплив перешкод і, як наслідок, розвиток передчасного стомлення);
- ❖ стурбованість наслідками помилкових дій, страх зробити помилку тощо.

⚡ **Стресори, пов'язані із професійною кар'єрою:**

- ❖ проблема статусу;
- ❖ зміна службових обов'язків;
- ❖ перехід на іншу роботу;
- ❖ незадоволеність перспективою;
- ❖ недостатність необхідних професійних знань і умінь;
- ❖ перспектива скорочення (звільнення, безробіття) або передчасного виходу на пенсію;
- ❖ фрустрація через досягнення межі своєї кар'єри тощо.

⚡ **Стресори, пов'язані з оплатою праці:**

- ❖ відсутність ясності в оплаті праці;
- ❖ переживання невідповідності між витратами сил на виконувану роботу і її оплатою;
- ❖ нерівна оплата.

⚡ **Стресори, пов'язані із взаємовідносинами на роботі:**

- ❖ неприємності з керівництвом;
- ❖ конфлікти з колегами;
- ❖ ізоляція в робочому колективі;
- ❖ несприятливий клімат у колективі тощо.

⚡ **Стресори, пов'язані з позаорганізаційними джерелами:**

- ❖ проблеми в сім'ї;
- ❖ проблеми зі здоров'ям;
- ❖ фінансові проблеми;
- ❖ проблеми особистих та організаційних цінностей.

На думку П. Вора, автора «вітамінної моделі», існує зв'язок між ознаками оточуючого середовища та психічним здоров'ям працівника. Як недостатність вітамінів у організмі призводить до хвороб, так і недостатність кожного з дев'яти факторів робочого середовища викликає погіршення психічного здоров'я.

⚡ **До таких факторів відноситься:**

- ❖ Можливість особисто контролювати дії та події, можливість приймати рішення.
- ❖ Можливість використовувати існуючі навички та набувати нові.
- ❖ Вимоги, що висуваються до працівника.

- ❖ Можливість робити вибір у професійній ситуації.
- ❖ Прозорість оточення (зворотний зв'язок, який працівник отримує на свої дії; ступінь передбачуваності дій; рольова визначеність).
- ❖ Можливість міжособистісних контактів (соціальна підтримка, допомога у досягненні робочих цілей).
- ❖ Наявність грошей, рівень матеріального стимулювання працівника.
- ❖ Безпека праці та умови праці.
- ❖ Статус працівника у групі (високий статус забезпечує повагу з боку колег, що позитивно впливає на психічне здоров'я).

⚡ Серед найбільш **стресогенних професійних вимог у професійно-людина — людина** можна виділити такі:

- ❖ довготривале та інтенсивне спілкування;
- ❖ недостатня професійна підготовка;
- ❖ емоційні взаємовідносини з клієнтами та підлеглими;
- ❖ професійна відповідальність;
- ❖ неможливість / нездатність допомогти або діяти ефективно;
- ❖ ізоляція від підтримки колег;
- ❖ недостатнє моральне та матеріальне стимулювання.

➤ До факторів, які сприяють професійним стресам, можна також віднести відсутність інформації і відсутність часу.

Останні два чинники є фоном, на якому стресом може стати будь-яке додаткове роздратування.

⚡ Виділяють чотири групи потенційно стресогенних факторів, властивих будь-якої професійної діяльності:

- ❖ комунікативні,
- ❖ інформаційні,
- ❖ емоційгенні,
- ❖ фізіолого-гігієнічні.

➤ Деякі професії характеризуються унікальними стресогенними впливами. **Стресові фактори комунікативної природи** — це група комунікативних чинників, які відносяться до соціально-психологічного аспекту професійної діяльності і визначає місце фахівця в професійній організації. Більшість стресогенних факторів відносяться до комунікативних. Людське спілкування за своєю природою є конфліктогенним.

✦ **Серед комунікативних чинників виділяють:** один з них описує вертикальну, а другий — горизонтальну структуру спілкування.

❖ **Вертикальний фактор** має особливу значущість в жорстко регламентованих професійних структурах (наприклад, силових). Стресогенність пов'язана з рівнем ієрархії, на якому знаходиться фахівець. Чим більше людей знаходиться в прямому підпорядкуванні, тим вище напруженість праці керівника. Інфаркт міокарда називають хворобою керівників. Найменша стресогенність за цим фактором характеризує професії виконавського типу з мінімальним числом або повною відсутністю підлеглих (робочі професії або професії допоміжного персоналу). Найбільшою стрес-толерантністю по відношенню до вертикального фактору, мають особистості з високорозвиненими якостями природженого лідера (вольові, владні, авторитетні, наполегливі, емоційно витримані). Вони здатні до тривалої та успішної керівної роботи, не завдаючи тим самим шкоди своєму здоров'ю.

❖ **Горизонтальний фактор** пов'язаний з неформальним спілкуванням поза системою підпорядкованості. Професіонали, ізольовані під час роботи від суспільства, страждають від соціальної депривації. Це властиво роботі космонавтів, полярників, фахівців морської галузі, геологів, метеорологів, водолазів, підводників і інших фахівців.

Можливо виділення і таких градацій горизонтального комунікативного фактора (у напрямку зниження стресогенності): замкнутість в мікрогруп (до 7 осіб); спілкування, обмежене малою групою (до 25 осіб); спілкування у великій групі (понад 100 осіб). На полюсі мінімальної стресогенності відповідного фактора — професії з вільним (нерегламентованим) спілкуванням в необмежено великих групах людей. Стресові переживання в такому середовищі знаходять розрядку в зв'язку з потенційним різноманіттям форм стихійної психологічної допомоги. Подолати стрес-фактори соціальної обмеженості здатні особи, що володіють широким і гнучким комунікативним потенціалом (толерантні, доброзичливі й емпатичні, тактовні і попереджувальні, самостійні і незалежні). Тривале функціонування в складі замкнутої малої групи не викликає у них напруги, не призводить до залишкової емоційної токсичності.

➤ **Інформаційні чинники стресу** — це група інформаційних факторів, яка пов'язана зі структурою діяльності, її операційним складом. Найважливішими, можна вважати, ступінь алгоритмізації й евристичність. Алгоритмізація відображає послідовність і впорядкованість



професійних операцій. Найбільшу складність представляє види діяльності, в яких способи вирішення професійних завдань невизначені, різноманітні, ситуативні, а алгоритм містять тільки проміжні і кінцеві цілі (робота лікаря, психолога, слідчого, науковця, працівників мистецтва, рятувальників, транспортників). Стресогенний вплив відповідного фактора зменшується, коли з'являється можливість створювати нові алгоритми зі знайомих компонентів або з наявного переліку. В таких умовах може наступати стан монотонії, який зумовлює відмову від діяльності внаслідок зниження загального рівня неспання. Успішна професійна діяльність в умовах алгоритмічної невизначеності вимагає розвитку ініціативності, підприємливості, лабільності, відкритості до змін і швидкої зміни стереотипів, розвитку інтуїцію, здатність до надситуативної активності. Фактором стрес-толерантності для таких професій є здатність до ризику. Наявність зазначених властивостей забезпечує збереження професійного здоров'я. Евристичність діяльності відображає творчу природу, неможливість вирішити професійні завдання відомими (хоча і різноманітними) способами. Максимальна евристичність викликає найбільші труднощі. Необхідність постійної імпровізації зустрічається в професійній сфері не так вже й часто (мистецтво, мода, теоретична наука, креативна педагогіка і психотерапія, дешифрування текстів, реставрація шедеврів, експертна діяльність). Зниження евристичного компонента, можна уявити у вигляді таких градацій: творчість (малювання, гравіювання, різьблення по дереву); включення творчих елементів в структуру діяльності (робота екскурсовода, викладача, медичної сестри). Протилежна позиція цього фактора зводить творчий компонент до мінімуму, повністю виключає його. В таких професіях безумовне, скрупульозне, стереотипне виконання є необхідною ознакою якісної та ефективної роботи. Успішність в евристичних насичених видах діяльності досягається при наявності у працівника творчого потенціалу. Це природна якість може бути розвинена специфічним індивідуально орієнтованим вихованням та навчанням. Творчість передбачає певну стабільність емоційної сфери.

➤ **Стресогенні чинники емоційного характеру** — це група емоційо-генних чинників праці, яка має найбільш очевидні й тісні зв'язки з емоційним стресом. Першим з них, слід назвати, фактор відповідальності, що відображає пряму соціальну значимість діяльності, міру впливу фахівця на долі інших людей, ціну його можливих помилок. На полюсі максимальної складності розташовуються професії, пов'язані

з відповідальністю за життя багатьох людей (робота екіпажів літальних апаратів і пасажирських суден, авіаційних диспетчерів і керівників польотів, машиністів залізничного транспорту, працівників екологічно небезпечних виробництв). З високою відповідальністю пов'язана робота воєначальників і працівників, рятувальників, пожежників, підричників, саперів, водіїв автобусів і великовантажних автомобілів. Зниження інтенсивності фактора відповідальності можна представити у вигляді таких градацій: відповідальність за життя окремих людей, відповідальність за здоров'я людей, відповідальність за соціальний добробут людей. На полюсі мінімальної складності розташовуються професії, які не мають прямого впливу на життя, здоров'я і благополуччя людей. Відповідальна професійна діяльність пред'являє до особистості серйозні вимоги, оскільки відповідальність — одне з найбільш важливих проявів зрілої особистості, повністю позбавленою психопатичних рис. Оцінка цієї якості досягається біографічним методом. Другим з емоціогенних факторів, є небезпека праці для здоров'я і життя самого працівника, ступінь вітальної загрози. З найбільшою небезпекою повсякденно стикаються військовослужбовці, шахтарі, водолази, льотчики, підводники, фахівці морської галузі, верхолази, міліціонери й оперативні працівники силових структур, співробітники спецпідрозділів, пожежники, які мають справу з вибуховими, вогнебезпечними, токсичними і радіоактивними речовинами, професійні спортсмени в деяких видах спорту, кіно-каскадери, артисти. Інтенсивність фактора безпеки убуває за такими градаціями: праця, періодично небезпечна для життя; праця, періодично небезпечна для здоров'я. Професійна успішність в небезпечних видах діяльності забезпечується високою стрес-толерантністю, емоційно-вольовою стійкістю, здатність до виправданого ризику, сміливістю. Через недостатній рівень їхнього розвитку підвищується ризик невротичних (тривожних) розладів і психосоматичних захворювань.

➤ **Фізіолого-гігієнічні фактори стресу** — це група фізіолого-гігієнічних факторів, яка включає стресори, що мають матеріальну, (фізичну, хімічну) природу і безпосередньо впливають на організм людини. Основними з них є фактор середовища проживання на робочому місці і фактор ритмічності трудового процесу. Перший фактор можна назвати фактором населеності, оскільки він характеризує мікросередовище на робочому місці, мікрокліматичні умови, склад повітря, бактеріальна забрудненість, умови освітленості, рівень шумів і вібрацій. Найбільше навантаження на організм роблять штучні сере-

довища, адаптація до яких за допомогою природних механізмів утруднена. Ізоляція від природних умов проживання, посилюється наявністю численних шкідливих факторів. Інтенсивність фактора населеності зменшується в міру наближення умов робочого середовища до природних умов. Ефективно протистояти впливу шкідливих факторів середовища можуть співробітники, що володіють міцним здоров'ям, великим запасом функціональних резервів, треновані і загартовані. Другий фактор відображає ритмічність праці, співвідношення його режиму з біологічними ритмами організму. Найбільша напруга викликає «рваний» режим, вахтовий режим, робота в пізній вечірній і нічний час. Найменша напруга по фактору ритмічності викликають професії з вільним режимом праці і відпочинку. Успішна діяльність в «рваному» режимі вимагає високу самоорганізацію, високорозвинені вольові якості дозволяють уникнути нервових зривів, обумовлених десинхронозом, і інших стресогенних захворювань. Представлена класифікація основних стресогенних чинників професійної діяльності надає можливість багатфакторної експертної оцінки будь-якої існуючої спеціальності.

В науковій літературі використовують два поняття стресу робочого простору — *організаційний і професійний стрес*. Ці поняття перетинаються, але не збігаються повністю. Диференціація понять пов'язана з виокремленням основних чинників стресу: організаційних проблем або специфіки професійної діяльності.

❖ **Професійний стрес** виникає, як реакція на труднощі та спеціальні вимоги з боку професії. Він також, багато в чому пов'язаний із суб'єктивним образом професійного розвитку і самореалізації особистості.

❖ **Організаційний стрес** — «психічне напруження, пов'язане з подоланням недосконалості організаційних умов праці, з високими навантаженнями при виконанні професійних обов'язків на робочому місці у конкретній організаційній структурі..., а також з пошуком нових неординарних рішень при форс-мажорних обставинах». Професійний та організаційний стрес постійно взаємодіють, призводячи до виникнення загального стресу професійної діяльності або стресу робочого простору.

Негативні наслідки взаємодії суб'єкта праці з професійною діяльністю в певних організаційних умовах втілюються у стрес-синдромах, як сукупності відносно стійких проявів стресового реагування в типових професійно-важких або стресогенних ситуаціях. Стресове реагування має свої поведінкові, фізіологічні, когнітивні та емоційні прояви.

Стрес-синдроми можуть призводити до стійких особистісних змін, зокрема до професійного вигорання, професійних деструкцій і деформацій. Професійне вигорання є відповіддю на професійні стреси, яка **складається з трьох компонентів: емоційного виснаження, деперсоналізації і редуції професійних обов'язків.**

Проблема протидії стресу знайшла втілення у понятті «копінг» (від англ. *cope* — успішно впоратися, подолати). У концепціях копінгу, робиться спроба описати процес, який починається з переробки інформації і через стресові емоції призводить до адаптивних реакцій людини. Сутність копінгу полягає в ефективній адаптації людини до вимог ситуації.

#### ✚ Основні завдання копінгу:

- ❖ мінімізація негативного впливу обставин і підвищення можливостей відновлення;
- ❖ терпіння, пристосування і регулювання, перетворення життєвих ситуацій;
- ❖ підтримка позитивного «образу Я», впевненості у собі;
- ❖ підтримка емоційної рівноваги;
- ❖ підтримка, збереження достатньо тісних стосунків з іншими людьми.

Успішність подолання залежить від того, наскільки реалізовані перелічені завдання. Подолання є успішним, якщо воно: усуває фізіологічні і зменшує психологічні прояви напруги; надає можливість відновити достресову активність; захищає людину від психічного виснаження.

Єдиної класифікації стратегій подолання (копінг-стратегій) не існує.

#### ✚ Найбільш розповсюдженим є виділення двох основних модулів психологічного подолання, спрямованого на:

- ❖ вирішення проблеми;
- ❖ змінення власного стану і ставлення до ситуації.

Стреси професійної діяльності, які можуть викликати професійні деформації у вигляді емоційного вигорання, актуалізують у людини механізми подолання та адаптації. Процеси подолання обумовлюються складною взаємодією особистісних і соціальних чинників, типом стресової ситуації та особливостями копінг-стратегії, яку обирає людина. У різних професійних ситуаціях, у різних людей, процес подолання має загальні і специфічні особливості, дослідження яких є актуальним теоретичним та практичним завданням.

## ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАЛЬНОГО СТРЕСУ

Для молоді, що здобуває освіту, процес навчання вимагає великих інтелектуальних і фізичних зусиль, емоційної стійкості, психологічної врівноваженості, досягнення поставлених цілей і подолання стресових ситуацій, особливо в період екзаменаційних сесій.

Студенти у період навчання у ЗВО постійно адаптуються до різних форм проведення освітнього процесу, при цьому включаються фізіологічні, психологічні та соціальні механізми адаптації. При дії на організм слабких подразників та циклічної дії середнього стимулу виникає «реакція тренування», розвивається поступове підвищення резистентності організму до дії стресора. На цьому побудований процес тренування, закалювання та адаптації до навчання. Кінцевою метою цього активного пристосування організму, розширення гомеостатичних меж окремих фізіологічних констант, забезпечення високопродуктивної діяльності, підвищення здатності до навчання. Реакція організму на слабкий та середній стимули не приводить до патологічних змін та енергетичного виснаження організму, як це відбувається при стресі.

Навчальний та екзаменаційний стрес займає одне з провідних місць серед причин, що викликають психічне напруження у студентів особливо першокурсників. Не вдала відповідь або не вдало складений іспит можуть стати психотравмуючими факторами і буди пусковим механізмом реактивної депресії.

Проблема екзаменаційного стресу найбільш виражена у студентів першого курсу, особливо на першій сесії. Таким чином важливу роль відіграє процес адаптації студентів першого курсу до навчання у закладі вищої освіти (ЗВО).

В період екзаменаційної сесії у студентів виникає психічне напруження, яке в деяких випадках призводить до появи невротичних розладів. Навчальний стрес впливає на протікання процесів уваги, мислення, пам'яті та, в цілому, на успішність навчальної діяльності студентів. Труднощі з успішністю в свою чергу викликають дискомфорт, що ще більше посилює загальний стрес.

✓ **Навчальний стрес належить до хронічного стресу в той час, як екзаменаційний можна віднести до гострого стресу.**

Страждають усі сторони інтелектуальної діяльності, але найбільше — пам'ять, увага та мислення.

❖ *Порушення уваги* пов'язано з утворенням стресової домінанти у корі великих півкуль головного мозку, навколо якої формуються усі думки та переживання і концентрація на інших об'єктах загальмована. Виникають труднощі в зосередженні людина відволікається, звужується поле уваги.

❖ *Функція пам'яті* страждає менше. Погіршуються показники оперативної пам'яті, виникають труднощі з відтворенням інформації.

❖ *Порушення мислення* проявляється у порушенні логіки, виникає спутане мислення, виникають труднощі у прийнятті рішення, виникають похибки при розрахунках, знижується творчій потенціал.

Сподівання іспиту і пов'язана з цим психологічна напруга можуть виявлятися у студентів у вигляді різних форм психічної активності: у вигляді страху перед екзаменатором або негативною оцінкою або у вигляді більш дифузної, мало обґрунтованої невизначеної тривоги за результат майбутнього іспиту, обидва ці стани супроводжуються досить вираженими вегетативними проявами. Ці явища можуть переростати в невроз тривожного очікування, особливо у студентів, для яких у преморбідні періоди були характерні риси відчуття тривоги і емоційної лабільності. У студентів спостерігаються не неврози, а гострі невротичні реакції, які мають схожу картину, але протікають у більш обмеженому тимчасовому відрізьку (години — дні — тижні).

#### ✚ **Клінічно на іспиті невротичні реакції можуть виявлятися:**

❖ у труднощах при виконанні звичної функції або форми діяльності (мова, читання, письмо);

❖ з почуття тривожного очікування невдачі, яке набуває більшої інтенсивності і супроводжується повним гальмуванням відповідної форми діяльності або порушенням її.

Це приводить до порушення продуктивності у навчальній діяльності, що посилює загальний стрес та гальмує пошук виходу із стресової ситуації.

✚ Основні види стресорних факторів, які приводять до розвитку навчального та екзаменаційного стресу у студентів першого курсу, **можна поділити на групи:**

- ❖ фактори пов'язані з освітнім процесом;
- ❖ біологічні та фізіологічні фактори;
- ❖ психологічні фактори;
- ❖ соціальні фактори.

### ✚ **Фактори пов'язані з освітнім процесом:**

- ❖ велике навчальне навантаження;
- ❖ необхідність прискореної обробки інформації в умовах дефіциту часу;
- ❖ відсутність підручників або незрозумілі нецікаві підручники;
- ❖ небажання вчитися або усвідомлення неправильного вибору професії;
- ❖ навчання вночі;
- ❖ невпевненість у своїх знаннях;
- ❖ переживання про можливі непорозуміння з викладачем;
- ❖ зниження уваги, пам'яті та мислення;
- ❖ підвищена відволікаємість, погана концентрація уваги.

### ✚ **Біологічні та фізіологічні фактори:**

- ❖ невміння правильно організувати свій режим дня;
- ❖ відсутність раціонального харчування — вживання речовин, які збуджують ЦНС, наприклад, кофеїн та не регулярне приймання їжі;
- ❖ поганий сон;
- ❖ зниження працездатності та швидка втома.

### ✚ **Психологічні фактори:**

- ❖ відчуття безпорадності, неможливості вирішити проблеми;
- ❖ дратливість, гнів, образливість, страх, приступи агресії та афективні стани;
- ❖ поганий настрій, туга, тривога, депресія;
- ❖ втрата впевненості, зниження самооцінки;
- ❖ негативний прогноз виникаючих ситуацій.

### ✚ **Соціальні фактори:**

- ❖ умови життя без батьків (для іногородніх);
- ❖ невміння правильно використовувати обмежені фінансові можливості;
- ❖ проблеми сумісного проживання разом з іншими студентами;
- ❖ конфлікт в академічній групі;
- ❖ тимчасова ізоляція від спілкування із друзями;
- ❖ відсутність контролю за подіями;
- ❖ проблеми в особистому житті;
- ❖ пристрась до паління, вживання алкоголю;
- ❖ порушення соціальних контактів, проблеми у спілкуванні.

✚ **Позитивні фактори**, які сприяють розвитку адаптації студентів до навчального та екзаменаційного стресу:

- ❖ позитивний емоційний фон, (позитивні мотивації, установки та сподівання);
- ❖ досвід розв'язання подібних проблем у минулому;
- ❖ позитивні прогнози на майбутнє;
- ❖ підтримка дій людини соціальним середовищем;
- ❖ наявність достатніх ресурсів для перемоги.

Перед здачею іспиту різко зростають фізіологічні показники — артеріальний тиск та частота серцевих скорочень.

*Екзаменаційний невроз або екзаменаційний стрес* характеризується різними порушеннями вегетативних функцій: зміною електричного опору шкіри, її температури, потовиділення, частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, звуженням або розширенням кровоносних судин, частоти дихання, розладом травної системи, виділенням слини, зміною діаметра зіниці, роботи сфінктерів, змінюється електрична активність мозку, гомеостаз, основний обмін, у дівчат часто спостерігається розлад менструального циклу. Підвищена тривожність у період підготовки та складання іспитів може привести до зниження результатів.

На початку навчального року у випускників визначається помірно-виражена тривожність і напруга в навчальній діяльності. Нерідко педагоги є стимуляторами стресу. Під час здачі іспитів, багато студентів зазнають невдач не тому, що їм бракує знань і умінь, а через стресові стани, що виникають у цей час. Деякі вчені відзначають, що тільки 25% випускників не відчували страху і тривоги.

Почуття безпорадності найчастіше виникає у людини тоді, коли невдачі в її свідомості асоціюються з відсутністю у неї здібностей, необхідних для успішної діяльності в ускладненій ситуації, і у неї пропадає бажання докладати подальших зусиль для досягнення мети. Брак знань може бути основною причиною зниження емоційно-позитивних мотивацій.

При сильно вираженій мотивації досягнення успіхів і впевненості в тому, що багато чого залежить від самого себе, почуття безпорадності виникає рідше і забезпечує позитивний результат діяльності.

Важливим профілактичним засобом екзаменаційного стресу є відразу виставлена оцінка. Незнайомі приміщення, викладачі та тривале очікування посилюють обстановку. В учнів з високим рівнем три-



воги під час іспитів відбувається ослаблення адаптаційно-приспосувальних механізмів, тому вони являють собою потенційно невротичну групу в стані перед хворобою.

Аналіз впливу цих факторів на успішність і фізіологічні характеристики, що відображають рівень емоційної напруженості, призводить до зниження рівня тривожності, а значить і дозволяє уникнути несприятливих змін стану організму при іспитах.

#### ✚ Зменшення тривожності сприяють:

- ❖ попередня підготовка, створення ситуацій, що моделюють екзаменаційний стрес, розучування раціональних форм поведінки в напружених ситуаціях;

- ❖ оптимальна рухова активність, заняття фізичною культурою і спортом. Студенти, які займаються спортом, краще адаптовані до іспитів, відрізняються високою працездатністю і мінімальним числом негативних зрушень у функціях організму, що виявляються після іспиту.

На розвиток екзаменаційного неврозу також впливає емоційно-стресова психологічна атмосфера в сім'ї. Вплив цього фактору на функціональний стан і психіку значно зростає при погіршенні благополуччя і нервовості батьків. Інтенсивність прояву екзаменаційного стресу залежить також від стану здоров'я випускника і його адаптаційних можливостей.

Найбільш вираженими проявами навчальних стресів сучасних українських студентів є поведінкові, найменш вираженими — фізіологічні. Рівень екзаменаційного стресу здобувачів вищої чи середньої освіти є істотно вищим, ніж десятиліття тому. Екзамен виступає найсильнішим фактором, що провокує появу стресів у сучасних студентів у період навчання. Для зняття стресу більшість сучасних студентів найчастіше використовує спілкування з друзями або коханою людиною та сон; близько половини студентів — прогулянки на свіжому повітрі, смачну їжу, підтримку або поради батьків та фізичну активність. Тривожним є факт вживання частиною студентів алкоголю, наркотиків та паління сигарет. Саме ці особи, передусім, потребують психологічної допомоги фахівців щодо ефективних прийомів зняття стресового навантаження.

За останнє десятиліття зросла значущість проблем, пов'язаних з навчальною діяльністю студентів, психологічних та проблем, пов'язаних з функціонуванням. Істотно менш актуальними стали проблеми особистого життя, конфлікти у групі та життя далеко від батьків.

У період підготовки до іспитів, не слід радикально змінювати свій режим дня, тому що різка зміна звичного способу життя погано «вписується» у налагоджені біологічні ритми людини і вимагає тривалого періоду адаптації.

#### ✚ Для підготовки до іспиту бажано:

❖ Залиште для підготовки до іспиту достатньо часу, щоб не виникла ситуація, коли потрібно прочитати весь матеріал курсу за останню хвилину. Цей підхід дозволить значно посилити впевненість у власних силах і знизити передекзаменаційний стрес.

❖ Скласти розклад підготовки до іспиту, щоб стежити за часом. Відвести достатньо часу для відпочинку і розваг, щоб уникнути перевтоми.

❖ Влаштувати короткий відпочинок.

❖ Експериментувати з різними методиками підготовки, щоб заняття стали розвагою, і мотивація буде посилюватися.

❖ Не пити занадто багато кави, чаю і газованих напоїв; кофеїн тільки більше шкодить роботі мозку і зробить його менш сприйнятливим до інформації. Харчуватися частіше і правильним чином; у період підготовки мозку потрібно більше поживних речовин.

❖ Регулярні, але помірні фізичні вправи додадуть енергії, ясного мислення і знизять відчуття стресу.

❖ Не рекомендується посилювати навчальне навантаження за рахунок сну. Нормальний сон не тільки знімає розумове стомлення і забезпечує відновлення витрачених сил організму, а й відіграє найважливішу роль у механізмах пам'яті. Під час сну відбувається переведення інформації, отриманої за день з оперативної в довготривалу пам'ять.

#### ✚ В цей період слід:

❖ Чергувати розумове і фізичне навантаження. Регулярні фізичні вправи покращують здоров'я, а чим краще здоров'я, тим легше боротися зі стресом.

❖ Кожного дня засипати не пізніше 23-ої години. Не посилювати навчальне навантаження за рахунок сну. Скорочення кількості часу, відведеного на сон буде сприяти перевтомі, млявості й апатії, а також знизить ефективність засвоєння навчального матеріалу.

❖ Вчасно і якісно харчуватися. Під час інтенсивної розумової роботи рекомендується чотириразове харчування. Дуже важлива в цей період наявність у їжі свіжих рослинних продуктів: овочів і фруктів.



## КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ ТА ЗАВДАННЯ

1. Які є методи та методики діагностики професійного стресу?
2. Опишіть професійні стреси представників окремих професій.
3. Які є моделі професійного стресу?
4. Від чого залежить навчальний стрес?
5. Чинники екзаменаційного стресу?
6. Шляхи подолання навчального та екзаменаційного стресів?



## ТЕМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

*Причини виникнення психологічного стресу. Фактори, що впливають на розвиток стресу. Фази перебігу стресу.*

### *Питання для обговорення:*

1. Суб'єктивні та об'єктивні чинники стресу.
2. Вплив генетичних, особистісних, соціальних та сімейних факторів на розвиток стресу.
3. Каузальна класифікація стресорів.
4. Сімейне неблагополуччя як стресор.
5. Поняття загального адаптаційного синдрому, рівні адаптації.
6. Стадії розвитку стресових реакцій по Г. Сельє.
7. Динаміка переживання стресу.
8. Резистентність. Стадія виснаження.
9. Особливості навчального стресу

### *Завдання:*

1. Письмово пояснити феномен розвитку хронічного стресу у фахівців організацій.
2. Охарактеризувати особливості впливу хронічного стану на функціональний стан та працездатність людини.
3. Зробити реферативне повідомлення на тему: «Гендерні відмінності стресових реакцій».

## РОЗДІЛ 3.



# Екстремальні ситуації

3.1

## ЕКСТРЕМАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ. ПОНЯТТЯ ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ СИТУАЦІЇ

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

Екстремальна психологія використовує систему методів як психологічної науки в цілому (оскільки це — науково-практичний розділ психології), так і специфічну сукупність методів, які забезпечують процес пізнання її предмету.

✚ Під час характеристики умов професійної діяльності висуваються такі ознаки:

- особливі,
- екстремальні,
- складні,
- важкі,
- ризиконебезпечні,
- емоціогенні,
- стресогенні,

- критичні,
- надзвичайні,
- гіперстресові.

Не існує єдиної термінології для опису аналізованих ситуацій. У психології заведено *розмежовувати особливі і екстремальні умови діяльності*, а також розрізняти поняття *надзвичайної, екстремальної та критичної* ситуації.

Існує декілька підходів щодо розуміння поняття й різновидів безпеки. Психологічна безпека визначається в системі національної безпеки країни, де існує політична, військова, економічна, соціальна, культурна безпека. Психологічна безпека включена в соціальну поряд із медичною, генетичною, споживчою, освітньою.

Існують два головних системотворних види безпеки — фізична та психологічна, а всі інші нанизуються на них, як на стрижень. Можна розділяти суб'єктивні й об'єктивні причини та чинники, що сприяють або перешкоджають збереженню безпеки людини та її фізичного й соціального оточення.

Фізична та психологічна безпека, об'єктивне й суб'єктивне є параметрами, які лежать в основі оцінки екстремальності ситуації та вибору головного напрямку допомоги.

Такі суперечності обумовлені відсутністю загального підходу до ознак і рис, притаманних цим поняттям і явищам.

⚡ Глумачний словник дає таке визначення терміну *«особливий»*:

- ❖ який чимось відрізняється з-поміж інших, не такий, як інші, не схожий на інші; незвичайний, винятковий (характерний лише для певного предмета, явища, певної особи; своєрідний, специфічний; який відзначається більшою, ніж звичайно, мірою свого вияву);

- ❖ який має спеціальне завдання, призначення.

⚡ Таким чином, *особливі умови діяльності* — це умови діяльності, що пред'являють підвищені вимоги до людини, яка здійснює яку-небудь діяльність. **До таких умов належать:**

- ❖ робота в умовах, сполучених з небезпекою для життя;
- ❖ висока вартість (відповідальність) за ті рішення, що приймаються;
- ❖ ускладнення виконуваних функцій;
- ❖ збільшення темпу діяльності;
- ❖ монотонність роботи;

- ❖ сполучення різних по цілях дій в одній діяльності;
- ❖ переробка великих обсягів і потоків інформації;
- ❖ дефіцит часу на виконання необхідних дій;
- ❖ ускладнені фактори середовища.

✓ **Особливі умови діяльності пов'язані із впливом екстремальних факторів або виникненням екстремальних ситуацій.**

Екстремальність є об'єктивно-суб'єктивним явищем.

➤ **Об'єктивно екстремальні умови** — це реальна загроза, небезпека, труднощі. Однак людина, соціальна група мають вибір не тільки між униканням або прийняттям їх як небажаного зла, але можуть добитися успіху, якщо віднесуться до екстремальних умов, як до необхідного елемента своєї професійної життєдіяльності. Тоді вектор діяльності буде спрямований на подолання екстремальності ситуації на основі її пізнання, осмислення, правильної оцінки.

*Під особливими умовами потрібно розуміти* підвищену небезпеку для життя людей, збереження матеріальних і культурних цінностей, громадського порядку, яка викликається умовами соціального, техногенного, природного та біологічного характеру, при яких правоохоронні органи повинні вжити спеціальних заходів для забезпечення правопорядку. Перелік і класифікація екстремальних (особливих) умов не можуть бути вичерпними. Ті самі явища можуть мати різноманітне походження і, у залежності від ситуації, відноситися до тієї або іншої групи в класифікації.

Можна зробити *висновки*:

✓ *під «особливими умовами»* розуміють сукупність, як самих небезпечних явищ, так спеціальних правових режимів діяльності державних органів під час таких явищ. Це особливий правовий режим, створення тимчасових організаційно-штатних структур, притягнення додаткових сил і засобів, а також створення нової системи управління і зв'язку, проведення в ряді випадків спеціальних операцій.

Сучасна психологічна література містить численні описи впливів і ситуацій, які називають *стресорами*.

✓ *Суттю екстремальних ситуацій* є невідповідність між рівнем впливу на психіку людини психотравмуючого чинника та можливостями, які в нього є, щоб адекватно здійснити регуляцію життєдіяльності та психічної активності. Екстремальні ситуації викликають травматичні кризи, що призводять до серйозних негативних наслідків.

*Екстремальна ситуація являє собою певне сполучення, сукупність різноманітних зовнішніх і внутрішніх факторів, де число таких сполучень може бути нескінченним.*

*Екстремальними в побутовому спілкуванні найчастіше називають ситуації, що загрожують здоров'ю і самому життю людини. Більш точно екстремальні ситуації можна визначати як несприятливий, складний стан умов людської життєдіяльності, що набув для окремої особи або групи осіб особливої вагомості; це об'єктивно складні умови діяльності, що сприймаються й оцінюються як напружені чи небезпечні. Це — зовнішня, об'єктивна сторона проблеми. Суб'єктивно екстремальні ситуації набувають форми *екстремальності* — особливого стану людської психіки (екстремум-стану), спричиненого незвичними чи екстраординарними умовами, що породжують підвищену тривожність та особливу емоційну напруженість. Ситуація стає для особи надзвичайно значимою, причому безвідносно до того, містить вона реальну небезпеку чи така небезпека лише уявна: екстремальність є суб'єктивним переживанням реальної дійсності. Одна й та ж ситуація різними людьми буде усвідомлюватися як екстремальна і ординарна; об'єктивно екстремальна ситуація сприйматиметься конкретно особою як штатна і, навпаки, об'єктивно безпечна — як екстремальна.*

**✓ *Екстремальні ситуації можуть бути регламентованими і нерегламентованими, плановими і ситуаційними, «штатними» і «позаштатними».***

**✚ У найбільш загальному вигляді вони поділяються на чотири групи:**

- ❖ спричинені надзвичайними умовами (стихійне лихо, природна чи техногенна катастрофа, війна, масові терористичні акції);
- ❖ життєві, повсякденні (пожежа, напад злочинця, брак часу, необхідність одночасного вирішення декількох однаково важливих завдань), тобто такі, що виникають у житті кожної людини;
- ❖ пов'язані з захопленням потенційно небезпечними видами хо-бі (альпінізм, підводне плавання, швидкісна їзда);
- ❖ службові, професійні — зумовлені виконанням фахових обов'язків.

*Поняття «екстремальний» (від латів. extremum — крайній) вживається для об'єднання понять максимуму і мінімуму. При вживанні поняття «екстремальний» йдеться не про нормальні, звичайні умови діяльності, а про обставини, що істотно відрізняються від них. Екст-*

ремальні умови можуть створюватися не лише максимізацією (перевантаженням, надією), але і мінімізацією (недовантаженням: дефіцитом інформації, спілкування, рухів і т. п.) діючих чинників. Тому ефект впливу на діяльність і стан людини в обох випадках може бути один і той же.

У екстремальних умовах проходить діяльність працівників багатьох професій: льотчиків, космонавтів, пожежників при гасінні пожежі, військовослужбовців при виконанні бойових завдань, працівників правоохоронних органів при проведенні спецоперацій тощо. Ці професії відносяться до екстремальних. Проте, у таких умовах працюють і представники багатьох інших професій: водії, робітники «гарячих» цехів, рибалки, верхолази, диспетчери на різних видах транспорту, фахівці, робота яких пов'язана із струмами високої напруги і вибуховими речовинами, представники багатьох операторських професій. Водночас число таких професій і людей, зайнятих у них, невпинно зростає.

У екстремальних умовах досить часто порушується звичний режим праці і відпочинку людини. У важких екстремальних ситуаціях психічні і інші перевантаження досягають меж, за якими наступає перевтома, нервові виснаження, порушення діяльності, афективні реакції, психогенії (патологічні стани). Екстремальні ситуації небезпечні для життя, здоров'я, благополуччя людей. Екстремальні ситуації подеколи виникають у звичайній виробничій діяльності, наслідком чого є так званий професійний стрес. Таким чином, екстремальні ситуації в нашому житті неминучі, тому психологи багатьох країн останнім часом посилено вивчають особливості поведінки людини і закономірності його діяльності в екстремальних умовах. Це дозволяє зробити практичні висновки, що стосуються підготовки таких фахівців і організації їхньої діяльності.

⚡ Все це призвело до створення нового наукового напрямку, який різними авторами залежно від конкретних обставин називається по-різному:

- ❖ психологія діяльності в екстремальних умовах,
- ❖ психологія праці в особливих умовах,
- ❖ екстремальна психологія,
- ❖ екстремальна психопедагогіка.

Суть особливих і екстремальних умов така, що часто вони існують об'єктивно і їх принципово неможливо змінити, що унеможливорює активний впливу на них і створення для працюючої людини функціонального комфорту.



✚ **Екстремальна ситуація психологічно небезпечна для суб'єкта, оскільки в ній:**

- ❖ відбувається перевантаження психофізіологічних механізмів відображення;
- ❖ виникають прояви психічної діяльності, що не рефлектуються;
- ❖ актуалізуються глибинні рівні психічної організації (вітальні потреби) при їхній фрустрації;
- ❖ знижується рівень автономності особистості та її вольової регуляції;
- ❖ відбувається дезорганізація процесів смислотворення та цілепокладання;
- ❖ формуються «ризиковані» способи задоволення потреб (передусім потреби в безпеці);
- ❖ відбувається дезорганізація процесів відображення;
- ❖ пригнічується ймовірнісне прогнозування.

✚ На виникнення та перебіг того чи іншого стану психіки людини в екстремальній ситуації **впливають такі чинники:**

- ❖ *інтенсивність і особливості дії подразника.*

Відносно невелике психічне напруження до певної межі є позитивним, але коли воно перевищує поріг можливостей особи, настає різке погіршення психічного стану та ефективності діяльності в цілому;

- ❖ *психологічна надійність.*

Інтегральна індивідуальна характеристика, що передбачає наявність сукупності певних психофізіологічних, індивідуально-типологічних та характерологічних властивостей особистості. Зокрема, йдеться про стійкість до перенапруження, небезпеки та невдач у сполученні зі здатністю до виправданого ризику, швидке подолання переживання та розчарування, оптимальний рівень тривожності, стриманість у емоціях, врівноваженість, розсудливість. Розвиненість певних психофізіологічних якостей (швидкість перебігу психічних процесів, сила нервової системи, оптимальне сполучення процесів збудження і гальмування, висока працездатність) та особливостей психічних пізнавальних процесів (спостережливість, розвинена увага) дозволяють здійснювати прискорену переробку інформації та приймати правильне рішення;

- ❖ *психологічна підготовленість.*

Спеціальна тренованість до дій і екстремальних умов, під впливом якої поріг корисності напруження підвищується. Вона залежить від знання співробітником типових форм прояву екстремальних ситуацій

та особливостей перебігу емоційних станів, що при цьому виникають; володіння методами і засобами їхнього подолання та ступеня сформованості професійної пильності — особливої властивості, що виявляється у виправданій настороженості та підвищеній увазі до ризикованих і небезпечних ситуацій. Ця властивість допомагає вчасно виявити ознаки загрози, правильно оцінити ситуацію, що склалася (факти, обставини, дії).

❖ *функціонально-психологічний стан організму.*

Поріг корисної напруженості зменшується під впливом перенесених соматичних захворювань та психічних травм, у тому числі внаслідок невдач по службі, втоми, участі в конфліктних ситуаціях із вираженим психофізіологічним реагуванням тощо.

✚ **У психоаналітичних підходах** наслідки екстремальних ситуацій розглядаються через призму концепції травми. Згідно з цими уявленнями, травма руйнує усю адаптаційну систему особи (у тому числі і «контейнер» несвідомих установок) і як би «перерізає» ті, що склалися у свідомості людини в ході соціалізації опозиції «Я — не Я», «Ми — Вони». У результаті беззахисного контейнера залишається увесь досвід пережитих впродовж життя травм. Вони «оживають» разом з архаїчними захистами і продукують те, що медики називають «психопатологічними симптомами»: тривогу відокремленості (як несвідому пам'ять про перехід з материнського лона у світ, регресивний стан «переляканої дитини», дисоціацію і розщеплення).

✚ **Поведінкові психологи.** «Ціле», з яким вони працюють, — поведінка, на ній вони і фокусують увагу. Наслідки екстремальної ситуації трактуються як «хвороблива поведінка», а основна мета допомоги полягає в «усуненні хворобливої поведінки». Оскільки поведінкові психологи вважають поведінку результатом навчання, то і прагнуть адаптувати людину до його життєвої ситуації, використовуючи для цього «терапевтичне навчання на основі підкріплення».

✚ Представники **екзистенціально-гуманістичного підходу** розглядають наслідки екстремальної ситуації в широкому контексті стосунків людини зі світом. Вони вважають, що в екстремальній ситуації «окрім фізичних, нервових і емоційних травм, загрози піддається наше право на життя, на особисте благополуччя. Виникає відчуття, що світ (включаючи людей) не надає значної підтримки людського життя

в цілому. Руйнується уявлення про існування. Існування в цьому сенсі включає усі значущі структури, які свідчать про те, що ми є цінною і життєздатною частиною матерії життя».

Можна констатувати відсутність єдиного тлумачення детермінації екстремальності та екстремальної поведінки, що зумовлене відмінностями не лише наукової школи, але й потребами практики, яка орієнтує теоретичні підходи та практично спрямовані дослідження на вирішення прагматичних завдань оптимізації професійної діяльності в особливих умовах.

➤ **Особливості екстремальної поведінки та її суб'єкта.**

Екстремальні, кризові, надзвичайні ситуації викликають зміни в когнітивній, емоційній, поведінкових сферах психіки людини.

❖ В *когнітивній сфері* на рівні процесів спостерігаються зміни (порушення відчуттів, уваги, мислення, пам'яті і, як наслідок, сприйняття), а також порушення процесів ухвалення рішення, контролю, регуляції станів.

❖ *Емоційна сфера* характеризується проявами, як: тривога; страх, крайнім вираженням якого є жах; панічний стан; необґрунтована агресія; гнів; відчуття провини; туга, пригніченість, апатія. Внаслідок порушення почуттів безпеки, втрачається довіра до людей і, у цілому, до світу.

Виникають *соматовегетативні зрушення*: порушення сну, апетиту, зниження ваги (чи підвищення), енергетичного тону, спостерігається збліднення або почервоніння шкіри, посилюється потовиділення, з'являється напруга в м'язах, тремор, тремтіння або, навпаки, млявість.

❖ У *конативній (поведінковій) сфері* часто спостерігається дезорганізація поведінки, що полягає або у втраті контролю, цілеспрямованості поведінки, що виражається у безцільній активності, або ж у пасивності (реакції завмирання). Спілкування, взаємин у цілому, то в цих сферах спостерігається агресивна поведінка (не завжди обґрунтоване), конфлікти, пошук винних, відчуження.

**Основні відмінності між поняттями «діяльність в екстремальних умовах» і «екстремальні умови»**

<b>№ пп</b>	<b>Критерій</b>	<b>Екстремальні ситуації</b>	<b>Діяльність в екстремальних умовах</b>
1	<i><b>Несподіваність виникнення</b></i>	Виникають завжди несподівано для людини	Діяльність здійснюється за планом, виникнення екстремальних ситуацій і дія екстремальних чинників очікуване
2	<i><b>Час дії екстремальних чинників</b></i>	Дія екстремальних чинників відносна короткочасна	Дія чинників екстремальних умов відносна довготривала
3	<i><b>Мотиви поведінки і діяльності людини</b></i>	Основним мотивом поведінки є прагнення врятувати життя власне і своїх близьких (інстинкт самозбереження)	Основний мотив поведінки — виконання професійних обов'язків. Мотив самозбереження в основному супутній і у більшості випадків свідомо пригнічується
4	<i><b>Міра усвідомленості поведінки</b></i>	У переважної більшості міра усвідомленості поведінки і його контроль знижені	Поведінка у більшості випадків усвідомлена і контрольована
5	<i><b>Міра активності поведінки</b></i>	Поведінка людини у більшості випадків має реактивний характер	Поведінка людини активна і обумовлена внутрішніми установками
6	<i><b>Міра готовності до дії екстремальних чинників</b></i>	Більшість людей не готова до виникнення екстремальних ситуацій	Підготовка до діяльності здійснюється завчасно

У поведінці людей в екстремальних умовах досить часто спостерігається рухова гіперактивність, що супроводжується жвавою мімікою і пантомімікою, прагненням нав'язливо вступити в розмову з оточенням. У цей період вони відрізняються підвищеною вразливістю. Через два-чотири роки люди відмічають ряд фактів і дрібних деталей, які запам'яталися ними до найдрібніших подробиць і розцінювалися

як особливо приємні, емоційно-яскраво забарвлені. Нерідко відзначається «перестрибуюча» увага. Кожне нове враження, як би викликає те, що перемикає увагу на новий об'єкт.

У екстремальних умовах може виникати стан фрустрації (від латин. *frustration* — обман, розлад). Фрустрацією називається психічний стан наростаючої внутрішньої психічної напруги, психологічна реакція, пов'язана з розчаруванням, невдачею у спробі досягти певної мети.

#### ✚ **Виникає за наявності двох умов:**

- ❖ сильна вмотивованість досягнення мети (задоволення потреби);
- ❖ перешкоди, непереборні (чи суб'єктивно так сприймані) труднощі на шляху до досягнення цієї мети.

Суб'єктивними проявами фрустрації є переживання невдач, розчарування, напруга. Залежно від ситуації переживання можуть бути різні: від провини і пригніченості до роздратування і гніву. Стан фрустрації має багато рис подібності до стресу. Глибина фрустрації залежить від сили (величини) фрустратора, звичних форм реагування на перешкоди, досвіду і умінь подолання життєвих труднощів, від фрустраційної толерантності (стійкості до фрустраторів).

Ситуації, що викликають фрустрацію, класифікуються за характером мотивів і за характером «бар'єрів». «Бар'єри», що постають на шляху руху індивіда до мети, можуть бути фізичними (наприклад, замкнутий простір), біологічними (хвороба, старість), психологічними (наприклад, інтелектуальна неповноцінність, відсталість), соціокультурними (норми, правила, заборони).

#### ✚ **Виділяють такі види фрустраційної поведінки:**

- ❖ рухове збудження, що виражається у безцільних і неврегульованих реакціях;
- ❖ апатія;
- ❖ агресія і деструкція, аутоагресія (відносно самого себе);
- ❖ стереотипія, тобто тенденція до сліпого повторення фіксованої поведінки;
- ❖ регресія, яка розуміється як реалізація поведінки, домінуючої на більш ранніх стадіях психічного та фізичного розвитку, примітивізація поведінки, зниження її конструктивності.

✓ **Екстрена психологічна** допомога надається особам, що перебувають у гострому стресовому стані. Цей стан є переживанням емоційної та розумової дезорганізації. Непридатні у багатьох екстремальних

ситуаціях і звичайні методи психологічного впливу. Усе залежить від цілей психологічного впливу в екстремальних ситуаціях: в одному випадку потрібно підтримати, допомогти; в іншому — слід присікти, наприклад, чутки, паніку; у третьому — провести переговори.

✚ **До напрямів екстреної психологічної допомоги відносяться:**

- екстрена допомога у стані шоку;
- екстрена допомога при істеричній реакції;
- екстрена допомога при агресивній реакції;
- екстрена допомога при неконтрольованому нервовому тремтінні.

✚ **Основними принципами роботи фахівців є:**

• дотримання етичних норм і правил професійної діяльності з урахуванням специфіки екстреної психологічної допомоги (несподіваність і сила несприятливої дії, короткотерміновість надання допомоги);

• екстрена психологічна допомога надається людині, якщо її реакції є нормальною відповіддю на обставини навколишньої реальності; якщо реакції виходять за межі норми, то необхідною є допомога лікаря-психіатра;

• використовувані прийоми й техніки мають бути короткотерміновими, оскільки робота ведеться за принципом «тут і тепер»;

• допомога спрямована на корекцію актуального стану, викликаного конкретною ситуацією, отже, діє заборона на роботу з давніми проблемами людини, що вимагає пролонгованої сесії.

✚ **Головними принципами надання допомоги особі, що перенесла психологічну травму в результаті впливу екстремальних ситуацій являються:**

- ❖ невідкладність;
- ❖ наближеність до місця подій;
- ❖ очікування, що нормальний стан відновиться;
- ❖ єдність і простота психологічної дії.

Невідкладність означає, що допомога потерпілому має бути надана якнайшвидше: чим більше часу пройде з моменту травми, тим вище вірогідність виникнення хронічних розладів, у тому числі і посттравматичного стресового розладу.

✚ **Служба екстреної психологічної допомоги виконує такі базові функції:**

❖ *практичну*: безпосереднє надання швидкої психологічної і (при необхідності) долікарської медичної допомоги населенню;

❖ *координаційну*: забезпечення зв'язків й взаємодія із спеціалізованими психологічними службами.

✚ **Ситуація роботи психолога в екстремальних умовах відрізняється від звичайної терапевтичної ситуації, такими моментами:**

❖ Робота з групами. Часто доводиться працювати з групами жертв, і ці групи не створюються психологом (психотерапевтом) штучно, виходячи з потреб психотерапевтичного процесу, вони були створені самим життям через драматичну ситуацію катастрофи.

❖ Пацієнти часто перебувають у гострому афективному стані. Іноді доводиться працювати, коли жертви знаходяться ще під ефектом травмуючої ситуації, що не зовсім зазвичай для нормальної психотерапевтичної роботи.

❖ Нерідко низький соціальний і освітній статус багатьох жертв. Серед жертв можна зустріти велику кількість людей, які по своєму соціальному і освітньому статусу ніколи в житті не опинилися б у кабінеті психотерапевта.

❖ Різномірність психопатології в жертв. Жертви насильства часто страждають, окрім травматичного стресу, невротами, психозами, розладами характеру і, що особливо важливо для професіоналів, працюючих з жертвами, цілим рядом проблем, викликаних самою катастрофою або іншою травмуючою ситуацією. Наприклад, відсутність коштів для існування, відсутність роботи.

❖ Наявність майже у усіх пацієнтів почуття втрати, бо оскільки часто жертви втрачають близьких людей, друзів, улюблені місця проживання і роботи, що вносить вклад у нозологічну картину травматичного стресу, особливо в депресивну складову цього синдрому.

❖ Відмінність посттравматичної психопатології від невротичної патології. Психопатологічний механізм травматичного стресу принципово відрізняється від патологічних механізмів невроту.

Необхідно виробити стратегії роботи з жертвами, які охопили б і ті випадки, коли має місце «чисто» травматичний стрес, і ті випадки, коли має місце складне переплетення травматичного стресу з іншими патогенними чинниками внутрішнього або зовнішнього походження.

✓ **Мета і завдання екстреної психологічної допомоги** включають профілактику гострих панічних реакцій, психогенних нервово-психічних порушень; підвищення адаптаційних можливостей індивіда; психотерапію виниклих межових нервово-психічних порушень.

Екстрена психологічна допомога повинна ґрунтуватися на принципі інтервенції в поверхневі шари свідомості, тобто на роботі з симптоматикою, а не з синдромами.

✚ Жертви стихійних лих і катастроф **страждають від таких чинників**, викликаних екстремальною ситуацією:

❖ *Несподіваність*. Чим раптовіше подія, тим вона більш руйнівна для жертв.

❖ *Відсутність подібного досвіду*. Лиха і катастрофи рідкісні — люди часто вчать переживати їх у момент стресу.

❖ *Тривалість*. Цей чинник варіює від випадку до випадку. Наприклад, повінь, що поступово розвивалася, може так само повільно і спадати, а землетрус триває декілька секунд і приносить значно більше руйнувань. Проте у жертв деяких тривалих екстремальних ситуацій (наприклад, у випадках викрадення літака) травматичні ефекти можуть множитися з кожним наступним днем.

❖ *Недолік контролю*. Ніхто не у змозі контролювати події під час катастроф; може пройти немало часу, перш ніж людина зможе контролювати події повсякденного життя. Якщо ця втрата контролю зберігається довго, навіть у компетентних і незалежних людей можуть спостерігатися ознаки «вивченої безпорадності».

❖ *Горе і втрата*. Жертви катастроф можуть розлучитися з коханими або втратити когось з близьких; саме найгірше — це перебувати в очікуванні звісток про усі можливі втрати. Жертва може втратити через катастрофи свою соціальну роль і позицію. У разі тривалих травматичних подій людина може позбутися будь-яких надій на відновлення втраченого.

❖ *Постійні зміни*. Руйнування, викликані катастрофою, можуть виявитися невідновними: жертва може опинитися в абсолютно нових і ворожих умовах.

❖ *Експозиція смерті*. Навіть короткі загрозливі життя ситуації можуть змінити особову структуру людини і його «пізнавальну карту». Зіткнення, що повторюються, зі смертю можуть призводити до глибоких змін на регуляторному рівні. При близькому зіткненні зі смертю дуже вірогідна важка екзистенціальна криза.



❖ *Моральна невпевненість.* Жертва катастрофи може виявитися перед лицем необхідності приймати пов'язані з системою цінностей рішення, здатні змінити життя, — наприклад, кого рятувати, наскільки ризикувати, кого звинувачувати.

❖ *Поведінка під час події.* Кожен хотів би виглядати якнайкраще у важкій ситуації, але вдається це небагатьом. Те, що людина робила або не робила під час катастрофи, може переслідувати його дуже довго після того, як інші рани вже затягнулися.

❖ *Масштаб руйнувань.* Після катастрофи хто пережив її, швидше за все, буде уражений тим, що вона натворила з його оточенням і соціальною структурою. Зміни культурних норм примушують людину адаптуватися до них або залишитися чужинцем; в останньому випадку емоційний збиток поєднується з соціальною дезадаптацією.

Одним із ефективним методів надання екстреної психологічної допомоги є психологічний дебрифінг.

➤ **Дебрифінг** — метод роботи з групою психічною травмою. Це форма кризової інтервенції, особливо організована і чітко структурована робота у групах з людьми, що спільно пережили катастрофу або трагічну подію.

Дебрифінг відноситься до заходів екстреної психологічної допомоги. Він проводиться якомога раніше після події, іноді через декілька годин або днів після трагедії. *Оптимальний час для проведення дебрифінгу — не раніше ніж через 48 годин після події.* До цього моменту завершиться період особливих реакцій і учасники подій будуть у змозі повернутися до рефлексії і самоаналізу.

✓ **Мета дебрифінгу** — понизити тяжкість психологічних наслідків після пережитого стресу. Спільна мета групового обговорення — мінімізація психологічних страждань.

✚ Для досягнення цієї мети **вирішуються такі завдання:**

❖ «опрацювання» вражень, реакцій і почуттів;

❖ когнітивна організація переживаного досвіду за допомогою розуміння структури і сенсу подій, що сталися, реакцій на них;

❖ зменшення індивідуальної і групової напруги;

❖ зменшення відчуття унікальності і ненормальності власних реакцій. Це завдання дозволяється за допомогою групового обговорення почуттів;

❖ мобілізація внутрішніх і зовнішніх групових ресурсів, посилення групової підтримки, солідарності, розуміння;

- ❖ підготовка до переживання тих симптомів або реакцій, які можуть виникнути в найближчому майбутньому;
- ❖ визначення засобів подальшої допомоги у разі потреби.

### ⚡ *Етапи психологічного супроводу.*

Психологічний супровід є цілісною системою, що складається з елементів (компонентів). **Такими елементами є:**

- ❖ діагностичний моніторинг (відстежування), за допомогою якого виявляється проблема або стан, що потребує психологічного супроводу, а також «пункт призначення», в який хоче потрапити супроводжуваний;
- ❖ вибір методичного інструментарію для надання підтримки;
- ❖ надання підтримки, допомоги «дістатися до своєї мети»;
- ❖ оцінка результатів, корекція методичних прийомів.

Однією із відповіддю на екстремальну ситуацію є гострий стрес.

3.2

## ГОСТРИЙ СТРЕС, ЯК ВІДПОВІДЬ НА ЕКСТРЕМАЛЬНУ СИТУАЦІЮ

При екстремальній ситуації суттєво порушуються умови життєдіяльності людей, вона несе загрозу життю й здоров'ю. Люди, які опинилися в зоні катастрофи або стихійного лиха, тобто в екстремальних умовах, підлягають впливу різноманітних психотравмуючих факторів, що обумовлені загрозою для життя. Вони відчувають значні емоційні перевантаження, що можуть призводити до розвитку у них різноманітних захворювань. Деякі люди не знають, як діяти в тій чи іншій життєвій ситуації. У результаті, опинившись у незвичному становищі, коли потрібні рішучі дії, люди виявляються зовсім безпомічними.

Екстремальні ситуації розглядаються в контексті переживання людиною гострих стресів (дистресів). Дистрес розглядається, як несприятливий стресовий стан, стан надмірного напруження, яке знижує здатність людського організму до адекватного реагування на загрозові фактори середовища. Стан дистресу зароджується у випадках неефективності або недостатності адаптаційних ресурсів при інтенсивному і тривалому стресовому впливі на людину. Дистрес відноситься до третьої фази стресового реагування (фазі виснаження), яку виділив Г. Сельє.

Саме дистрес блокує джерела саморуху. Посилюючись і доходячи до критичної межі, дистрес може викликати деструктивні особистісні зміни і набути незворотного характеру.

✓ **Гострий стрес** — це негайна реакція організму на ситуацію (наприклад, загроза і переляк), яка виникає безпосередньо у відповідь на травматичну ситуацію. Характеризується нетривалістю. Такий стрес може виникнути, коли людина дізнається про смерть коханої людини або стає свідком смерті.

#### ⚡ **Симптоми гострого стресу можуть бути:**

нудота, головний біль, прискорене серцебиття, біль у грудях, різка агресія.

*Гострий стресовий розлад виникає протягом 1 місяця з моменту травми і продовжується від 2 днів до 4 тижнів, посттравматичний — не менше, ніж через 1 місяць після травми і має тривалість більше 4 тижнів.*

У ситуації гострого стресу підкреслюється не просто дисбаланс між об'єктивними вимогами і потенціалом реагування на них, а й сприйняття людиною тих чи інших стресових факторів. При цьому, загострюючись до критичної межі і викликаючи деструктивні зміни в особистості, стресова ситуація може мати характер критичної, що сприяє нервово-психічним і соматичним розладам і домінуванню установки на життєві складності, як на нездоланні.

У психології виділяють *стресогенну ситуацію*, під якою розуміється ситуація, яка містить невиражені детермінанти стресового реагування, як мобілізації адаптаційних можливостей людини. При суб'єктивної інтерпретації такої ситуації, як напруженою, важкою, вона перетворюється в ситуацію стресову, яка мінлива, динамічна й здатна змінювати свої об'єктивні психологічні характеристики залежно від зустрічної активності людини і від тих стратегій, які він використовує.

У психології виділяють вид стресу, як екзистенціальний стрес, пов'язаний з переживаннями безлічі страхів, джерелом яких є невідомість, що набуває характер стресогенності і вимагає від людини екзистенціальної мужності перетворення невідомого у свідоме.

#### ⚡ **Виділяють кілька форм страху:**

- ❖ реальний страх загрози у стресовій ситуації;
- ❖ екзистенціальний страх (страх існування);
- ❖ невротичний страх.

Часто екзистенціальний стрес пов'язують з переживаннями травматичних подій (страх смерті, втрата здоров'я, ситуації насильства), що призводять до трансформації смислової системи особистості.

Зіштовхнувшись з екстремальною ситуацією, людина відчуває ризик ріст емоційної напруги. Вона боїться, що не справиться з цією ситуацією. У результаті в людини з'являється стан тривоги.

Емоційне порушення росте і починає заважати виконанню тієї діяльності, якою людина зайнята.

✓ **Гострий стресовий розлад** — це короткий період нав'язливих спогадів, що виникають протягом 4 тижнів після того, як людина стала свідком або учасником нищівної травматичної події.

При гострому стресовому розладі, люди проходять через травматичну подію, будучи її безпосередніми (наприклад, серйозна травма або загроза смерті) або опосередкованими (наприклад, свідок подій, що відбуваються з іншими, отримання інформації про події, які сталися з близькими членами сім'ї або друзями) учасниками. Людина страждає повторюваними спогадами про травму, уникає подразників, які нагадують про травму, і стає легко збуджуваною. Симптоми починаються протягом 4 тижнів після травматичної події і тривають щонайменше 3 дні, але, на відміну від посттравматичного стресового розладу, тривають не більше 1 місяця. У людей із цим розладом можуть виникати дисоціативні симптоми.

#### ✚ **Діагностика гострого стресового розладу**

##### ❖ Клінічні критерії

Діагноз ґрунтується на критеріях, рекомендованих у Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів, видання п'яте (DSM-5). Ці критерії включають у себе симптоми вторгнення, поганий настрій, симптоми дисоціації, уникання та збудження.

Щоб відповідати діагностичним критеріям, пацієнти мали прямо або опосередковано зіткнутися із травматичною подією, й у них мають бути присутніми  $\geq 9$  із таких явищ протягом від 3 днів до 1 місяця:

❖ Повторювані, мимовільні та нав'язливі гнітючі спогади про подію.

❖ Повторювані гнітючі сни по подію.

❖ Дисоціативні реакції (наприклад, ретроспекції), при яких пацієнти відчувають, нібито травмуюча подія відбувається знову.

❖ Інтенсивний психологічний або фізіологічний дистрес при нагадуваннях про подію (наприклад, при потраплянні в схоже місце, при звуках, схожих на ті, що людина чула під час події).

❖ Стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, щастя, задоволення, любов).

❖ Змінене відчуття реальності (наприклад, відчуття заціпеніння, сповільнення часу, зміна сприйняття).

❖ Неспроможність запам'ятати важливу частину травматичної події.

❖ Намагання уникати гнітючих спогадів, думок або почуттів, пов'язаних з подією.

❖ Намагання уникати зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, діяльності, предметів, ситуацій), пов'язаних з подією.

❖ Порушення сну.

❖ Дратівливість або спалахи гніву.

❖ Труднощі з концентрацією уваги.

❖ Перебільшена реакція переляку.

Крім того, прояви мають викликати значний дистрес або суттєво погіршувати соціальну або професійну діяльність і не бути пов'язаними з фізіологічним впливом психоактивних речовин або іншими захворюваннями.

#### ✚ Лікування гострого стресового розладу

❖ Догляд за собою.

❖ Психологічна консультація або підтримуюча психотерапія.

❖ Медикаментозне лікування.

Багато людей одужують, щойно виходять із травматичної ситуації, коли їм демонструють розуміння та емпатію, дають можливість «проговорити» подію та реакцію на неї.

Щоб запобігти виникненню цього розладу або мінімізувати його у людей, які потрапили у травматичну подію або стали свідками такої події, деякі експерти рекомендують систематичні психологічні консультації, щоб допомогти скерувати процес одужання.

✚ Догляд за собою під час кризи або травми та після неї має вирішальне значення. Догляд за собою можна розділити на 3 компоненти:

❖ особиста безпека;

❖ фізичне здоров'я;

❖ усвідомленість.

✓ **Особиста безпека** є фундаментальною. Після одноразового травматичного епізоду, люди краще можуть пережити цей досвід, коли знають, що вони та їхні близькі знаходяться у безпеці. Однак може

бути складно досягти повної безпеки під час триваючих криз, таких як побутове насильство, війна або інфекційна пандемія. Під час таких триваючих труднощів варто шукати поради експертів, щоб дізнатися, як забезпечити максимальний рівень безпеки собі та своїм близьким.

✓ Під час травматичних подій та після них може піддаватися ризику **фізичне здоров'я**. Наскільки це можливо, людині, яка наражається на такий ризик, слід намагатися дотримуватися здорового графіку прийому їжі, сну та фізичних вправ.

✓ **Усвідомленість** у контексті догляду за собою спрямована на зменшення стресу, туги, гніву, суму та ізоляції, які зазвичай мають місце у людей, які перенесли травму. Якщо обставини дозволяють людям, які наражаються на ризик, слід дотримуватися звичайного щоденного графіка, наприклад, прокидатися в один час, приймати душ, одягатися, виходити на вулицю та гуляти, готувати корисну їжу й регулярно їсти.

Участь у житті громади може мати величезне значення, навіть якщо під час кризи складно підтримувати міжособисті стосунки.

Корисно займатися хобі, а також видами діяльності, які приносять радість і відволікають увагу: малювати, дивитися фільми, готувати.

Думки про травму або кризу можуть повністю заволодівати людиною, тому варто займати свої думки чимось іншим: читати щось нове або вирішувати головоломку. Неприємні емоції, як правило, можуть включати відчуття «замороження» під час та після травми, тому полегшення може принести пошук діяльності, яка змінює настрій: сміятися, дивитися комедію, малювати кольоровими олівцями.

Під впливом стресу, люди можуть ставати дуже нетерплячими і дратівливими, навіть із дорогими для себе людьми. Спонтанні прояви доброти є безпрограшним рішенням для всіх: можна надіслати комусь приємне повідомлення, пригостити печивом або просто посміхнутись. Це може не тільки стати приємною несподіванкою для адресата, але й зменшити відчуття безнадійності і пасивності, які переживає травмована людина.

Екстрена психологічна допомога надається людям у гострому стресовому стані (або ще називають гострому стресовому розладі (ГСР). Це стан являє собою переживання емоційної та розумової дезорганізації. У потерпілого в надзвичайній ситуації можуть з'являтися реакції, викликані травмою — емоційним шоком такі як: страх, апатія, ступор, рухове збудження, агресія, нервові тремтіння, плач, істерика, паніка.

## ✚ МАРЕННЯ Й ГАЛЮЦИНАЦІЇ

Критична ситуація викликає в людини потужний стрес, приводить до сильної нервової напруги, порушує рівновагу в організмі, негативно позначається на стан здоров'я в цілому — не тільки фізичного, але й психічного.

✓ **Ознаки марення:** неправильні уявлення або умовиводи, у помилковості яких потерпілого неможливо переконати.

✓ **Ознаки галюцинацій:** потерпілий сприймає об'єкти, які в цей момент не впливають на відповідні органи почуттів (чує голос, бачить людей, чуває щось, чого немає насправді).

### ➤ Перша допомога.

До прибуття фахівців, бажано стежити за тим, щоб потерпілий не зашкодив собі й оточуючим. Забрати від нього предмети, що можуть представляти потенційну небезпеку. Перевести потерпілого у відокремлене місце, не залишати його наодинці. Говорити з постраждалим спокійним голосом. Погоджуватися з ним, не намагатися його переконати. У такій ситуації переконати потерпілого неможливо.

## ✚ АПАТІЯ

Апатія може виникнути після тривалої напруженої, але даремної діяльності; або в ситуації, коли людина зазнає серйозної невдачі, перестає бачити сенс своєї діяльності; або коли не вдалося когось врятувати. Навалюється відчуття втоми, таке, що немає бажання ані рухатися, ані говорити: рухи й слова даються на превелику силу. У душі — порожнеча, незмога навіть на прояв почуттів. *У стані апатії людина може перебувати від декількох днів до декількох тижнів.*

✓ **Ознаки:** байдужне відношення до навколишнього, млявість, загальмованість, мова повільна, з великими паузами.

*Якщо людину залишити без підтримки й не допомоги в такому стані, то апатія може перерости в депресію (важкі й болісні емоції, пасивність поведінки, почуття провини, відчуття безпорадності перед життєвими труднощами, безперспективність).*

### ➤ Перша допомога

Поговорити з потерпілим. Задавати йому кілька простих запитань, виходячи з того, знайомий він чи ні. «Як тебе звуть?», «Як ти себе чуваєш?», «Хочеш їсти?». Провести потерпілого до місця відпочинку, допомогти зручно влаштуватися. Взяти потерпілого за руку або покласти свою руку йому на чоло. Дати потерпілому поспати або просто полежати. Якщо немає можливості відпочити (подія на вулиці,

у громадському транспорті), то більше говорити з ним, залучаючи його до будь-якої спільної діяльності.

### ⚡ СТУПОР

Ступор — одна з найдужчих захисних реакцій організму. Відбувається після найсильніших нервових потрясінь, коли людина затратила стільки енергії на виживання, що сил на контакт із навколишнім світом у неї вже немає. *Ступор може тривати від декількох хвилин до декількох годин.* Тому, якщо не надати допомоги, і потерпілий пробуде в такому стані досить довго, це приведе його до фізичного виснаження. Контакт з навколишнім світом відсутній, потерпілий не помічає небезпеки й не починає дій, щоб її уникнути.

✓ **Ознаки:** різке зниження або відсутність довільних рухів і мови, відсутність реакції на зовнішні подразники (шум, світло, дотики), «заціпеніння» у певній позі, стан повної нерухомості.

#### ➤ Перша допомога.

Зігнути потерпілому пальці на обох руках і пригорнути їх до підстави долоні. Більші пальці повинні бути виставлені назовні. Кінчиками великого й вказівного пальців масажувати потерпілому точки, розташовані на чолі, над очима рівно посередині між лінією росту волосся й бровами, чітко над зіницями. Долоню вільної руки покласти на груди потерпілого. Налаштувати свій подих під ритм його подиху. Людина, перебуваючи у ступорі, може чути, бачити. Тому говорити йому на вухо, тихо, повільно й чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні). Необхідно будь-якими засобами домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння.

### ⚡ РУХОВЕ ПОРУШЕННЯ

Іноді потрясіння від критичної ситуації (вибухи, стихійні лиха) настільки сильні, що людина перестає розуміти, що відбувається довкола неї. Вона не в змозі визначити де вороги, а де свої, де небезпека, а де порятунок. Людина втрачає здатність логічно мислити й приймати рішення, стає схожою «на тварину, що бігає в клітці». *«Я побіг, а коли отямився, виявилось, що не знаю, де перебуваю». «Я щось робив, з кимось розмовляв, але нічого не можу згадати».*

✓ **Ознаки:** різкі рухи, часто хаотичні й безглузді дії, ненормально голосна мова або підвищена мовна активність (людина говорить без зупинки, іноді абсолютно безглуздо), часто відсутня реакція на оточуючих (на зауваження, прохання, накази).



*Якщо не надати допомогу такій людині, це приведе до небезпечних наслідків: через знижений контроль за своїми діями людина буде робити необмірковані вчинки, може заподіяти шкоду собі й іншим.*

➤ **Перша допомога.**

Використовувати прийом «захоплення»: перебуваючи позаду, просунути свої руки потерпілому під пахви, пригорнути її до себе й злегка перекинути на себе. Ізолювати потерпілого від оточуючих. Говорити спокійним голосом про почуття, які він відчуває («Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося. Ти хочеш сховатися від того, що відбувається»). Не сперечатися з потерпілим, не задавати питань, у розмові уникати фраз із часткою «не», що ставляться до небажаних дій («не біжи», «не розмахуй руками», «не кричи»). Рухове порушення триває недовго й може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивним поведженням.

⚡ **АГРЕСІЯ**

Агресивне поведження — один із способів, яким організм намагається знизити високу внутрішню напругу. Прояв злості або агресії може відбуватися досить тривалий час і заважати самому потерпілому й навколишнім.

✓ **Ознаки:** роздратування, невдоволення, гнів (з будь-якого, навіть незначного приводу); нанесення оточуючим ударів руками або якими-небудь предметами, словесна образа, лайка; м'язова напруга; підвищення кров'яного тиску.

➤ **Перша допомога**

Звести до мінімуму кількість оточуючих. Дати потерпілому можливість «випустити пару» (наприклад, виговоритися або «побити» подушку). Доручити роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням. Демонструвати доброзичливість, навіть якщо не згодні з потерпілим, не обвинувачувати його, не висловлювати із приводу його дій. Не можна говорити: «Що ж ти за людина!» Необхідно говорити: «Ти жахливо злишся, тобі хочеться все рознести щент. Давай разом спробуємо знайти вихід із цієї ситуації». Намагатися розрядити обстановку смішними коментарями або діями. Агресія може бути погашена страхом покарання.

⚡ **СТРАХ**

✓ **Ознаки:** напруга м'язів (особливо м'язів обличчя); сильне серцебиття; прискорений поверхневий подих; знижений контроль власної поведінки. Панічний страх може спонукати до втечі, викликати

заціпеніння або, навпаки, підвищену активність, агресивну поведінку. При цьому людина не контролює себе, не усвідомлює, що вона робить і що відбувається навколо.

#### ➤ Перша допомога

Покласти руку людини собі на зап'ястя, щоб вона відчула спокійний пульс. Це буде для нього сигналом: «Я зараз поряд, ти не одна». Дихати глибоко й рівно. Спонукає потерпілого дихати в одному ритмі. Якщо потерпілий говорить, слухати його, висловлювати зацікавленість, розуміння, співчуття. Зробити потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла. Страх може бути корисним, коли допомагає уникати небезпеки. Боротися зі страхом потрібно тоді, коли він заважає жити нормальним життям.

### ✚ **НЕРВОВЕ ТРЕМТІННЯ**

Людина, яка щойно пережила напад, надзвичайну подію або стала свідком такої події, учасником конфлікту (бойового зіткнення) може сильно тремтіти. Тремтіння виникає раптово — відразу після інциденту або через якийсь час. Так організм «скидає напругу».

✓ **Ознаки:** неконтрольоване нервово тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Виникає сильне тремтіння всього тіла або окремих частин (людина не може утримати в руках дрібні предмети, запалити сірник). З боку це виглядає так, начебто вона змерзла. Реакція триває досить довгий час (до декількох годин). Потім людина почуває сильну втому й має потребу у відпочинку.

*Якщо цю реакцію зупинити, то напруга залишиться усередині, у тілі, і викличе м'язові болі, а надалі може привести до розвитку серйозних захворювань, таких, як гіпертонія й ін.*

#### ➤ Перша допомога

Потрібно підсилити тремтіння. Взяти потерпілого за плечі й сильно, різко потрясти протягом 10–15 секунд. Продовжувати розмовляти з ним, інакше він може сприйняти дії як напад. Після завершення реакції необхідно дати потерпілому можливість відпочити. Бажано покласти його спати.

✓ **Не можна** обіймати людину або притискати її до себе; укривати чимось теплим; заспокоювати, говорити, щоб вона взяла себе в руки.

### ✚ **ПЛАЧ**

Кожна людина хоч раз у житті плакала. Після того, як дати волю сльозам, на душі стає небагато легше. Подібна реакція обумовлена фізіологічними процесами в організмі. Коли людина плаче, усередині

в неї виділяються речовини, що мають заспокійливу дію. Добре, якщо поруч є хтось, з ким можна розділити горе.

✓ **Ознаки:** людина вже плаче або напоготові розридатися. Тремтять губи. Спостерігається відчуття пригніченості. На відміну від істерики немає порушення у поведінці.

*Не відбувається емоційної розрядки, полегшення, якщо людина стримує сльози. Коли ситуація триває дуже довго, внутрішнє напруження може завдати шкоди фізичному й психічному здоров'ю людини. Про такий стан говорять: «Збожеволів від горя».*

#### ➤ Перша допомога

Не залишати людину наодинці. Встановити з нею фізичний контакт (взяти за руку, покласти свою руку їй на плече або спину, погладити її по голові). Дати відчуття, що Ви поруч. Застосовувати прийоми «активного слухання» (вони допоможуть людині виплеснути своє горе). Періодично вимовляти «так», «ага», киваючи головою, тобто підтверджувати, що слухаєте й співчуваєте. Повторювати за людиною уривки фраз, у яких вона висловлює почуття; говорити про свої почуття й почуття людини. Не намагатися її заспокоїти. Дати людині можливість виплакати й виговоритися, «виплеснути із себе горе, страх, образи». Не задавати питань, не давати порад.

### ✚ ІСТЕРИКА

*Істеричний напад триває кілька годин або кілька днів.*

✓ **Ознаки:** зберігається свідомість, безліч рухів, театральні пози, мова емоційно насичена, швидка, ридання.

#### ➤ Перша допомога

Забезпечити спокійні умови. Відвести глядачів, залишатися з людиною наодинці при відсутності небезпеки. Зненацька зробити дію, що може сильно здивувати (можна дати ляпас, облити водою, з гуркотом упустити предмет, різко крикнути на потерпілого). Говорити з людиною короткими фразами, упевненим тоном («Випий води», «Умийся»). Після істерики настає занепад сил. Укласти людину спати. До прибуття фахівця спостерігайте за її станом. Не потурати її бажанням.

### ✚ РЕАКЦІЯ ГОРЯ

Реакція горя виникає у ситуації якої-небудь втрати (смерть близької людини, тривала розлука, важкі операції, пов'язані з ампутацією). Виділяють кілька фаз горя.

▪ **Фаза горя** — шок і заціпеніння — триває від декількох секунд до декількох тижнів.

✓ **Ознаки:** відчуття нереальності, збільшення емоційної дистанції від навколишніх, оніміння й нечутливість, малорухомість, що переміняється хвилинами метушливої активності, переривчастий подих, особливо на вдиху, втрата апетиту, труднощі із засипанням, поява манери поведінки померлого (загиблого).

➤ **Перша допомога**

- ❖ Не залишати людину наодинці.
- ❖ Говорити про померлого в минулому часі. Частіше доторкати-ся до людини (обіймати, класти руку на плече, брати її руку у свою).
- ❖ Дати їй можливість відпочити. Стежте за тим, щоб вона приймала їжу.
- ❖ Допомогати людині ухвалювати необхідні рішення; залучати до організації похорону.
- ❖ Не говорити «Від такої втрати ніколи не оправитися, тільки час лікує».

▪ **Фаза горя — страждання** — триває 6–7 тижнів.

✓ **Ознаки:** відчуття присутності померлого (загиблого), ідеалізування померлого (загиблого), дратівливість, злість, почуття провини стосовно померлого (загиблого), ослаблення уваги, неможливість на чому-небудь сконцентруватися, порушення пам'яті на поточні події, тривога, бажання усамітнитися, порушення сну, сексуальні порушення, млявість, відчуття порожнього в шлунку, кому в горлі, підвищена чутливість до навколишнього.

➤ **Перша допомога**

- ❖ Дати людині побути наодинці, відпочити. Не намагатися припинити плач, не заважати проявляти злість.
- ❖ Розмову про померлого перевести в область почуттів. Дати пити багато води (до двох літрів у день).
- ❖ Забезпечити людині фізичні навантаження (прогулянки по 45 хвилин).
- ❖ Довести, що страждання буде не завжди, що все можна пережити, що втрата — це не покарання, а частина нашого життя, що у втратах нема рації, мети, плану, не треба їх шукати. Ставитися до людини з увагою, але буди з нею суворим.
- ❖ Пояснити, що поховати близьку людину — це не те ж саме, що забути кохану людину.
- **Фаза горя — прийняття** — зазвичай завершується через рік після втрати.

✓ **Ознаки:** відновлюється сон і апетит, втрата перестає бути головною подією в житті, іноді можуть бути гострі приступи горя, з'являється здатність планувати своє життя з урахуванням втрати.

➤ **Перша допомога**

При хворобливих реакціях горя й «застряванні» на тривалий час у фазі страждання необхідна кваліфікована психологічна допомога.

▪ **Фаза горя — відновлення**

✓ **Ознаки:** горе змінюється сумом, втрата сприймається як щось неминуче.

**Хворобливі реакції горя** — можуть проявлятися не відразу після трагічних подій. При їхній затримці виникають інші реакції: підвищується активність без почуття втрати, з'являються симптоми захворювань померлої людини, розвиваються хвороби «на нервовому ґрунті», спостерігається апатія, знижується самооцінка, виникає почуття власної неповноцінності, з'являються думки про самопокарання (самогубство).

*Якщо вчасно не надати допомогу, стан може призвести до серцевих і інфекційних захворювань (тому, що різко знижується імунітет), нещасним випадкам, алкоголізму, депресії й іншим розладам.* Від близьких людей, що пережили смерть, можна почути: «Не роз'ятрюй рану». Це найчастіше лише прикриття своєї нездатності говорити про те, що відбулося. Такий стан дуже небезпечний для здоров'я.

Деякі люди відчувають лише легкий дистрес або взагалі не демонструють негативних психічних реакцій. Більшість людей з часом успішно відновлюються, особливо якщо зможуть задовольнити свої нагальні потреби й отримають підтримку, наприклад, допомогу оточуючих, першу психологічну допомогу.

У кожної людини є природні ресурси долати труднощі. Необхідно порадити людям використовувати позитивні стратегії подолання й уникати негативних. Це допоможе їм відчути себе сильнішими та повернути почуття контролю над ситуацією.

## ✚ **ВИКОРИСТАННЯ ПОЗИТИВНИХ СПОСОБІВ ПОДОЛАННЯ СТРЕСОВОГО СТАНУ**

- ❖ Відпочивати в достатній мірі.
- ❖ По можливості регулярно їсти й пити.
- ❖ Спілкуватися і проводити час із сім'єю та друзями.
- ❖ Обговорювати проблеми з тими, кому довіряєте.

- ❖ Займатися тим, що допомагає розслабитися (гуляти, співати, молитися, грати з дітьми).
- ❖ Займатися фізичною активністю, яка є під силу.
- ❖ Знайти безпечні способи допомогти іншим в умовах кризи і взяти участь у колективній діяльності.

### ⚠ УНИКАННЯ НЕГАТИВНИХ СПОСОБІВ ПОДОЛАННЯ СТРЕСОВОГО СТАНУ

- ❖ Не вживати алкоголь та інші психоактивні речовини, не палити.
- ❖ Не спати цілими днями.
- ❖ Не працювати весь час без відпочинку і релаксації.
- ❖ Не відокремлюватися від друзів і близьких.
- ❖ Не нехтувати правилами особистої гігієни.
- ❖ Не впадати в гнів і не вчиняти насильства.

Людам з важким або тривалим дистресом може знадобитися більш серйозна підтримка, ніж ППД (перша психологічна допомога), особливо якщо вони не можуть справлятися з повсякденними побутовими обов'язками або представляють небезпеку для себе або оточуючих.

⚠ **Ознаки того, що людина потребує допомоги фахівця** (психолога, психотерапевта, психіатра):

- ❖ Симптоми продовжують проявлятися через тривалий час після психотравмуючої події й при цьому не слабшають.
- ❖ Змінилося ставлення до роботи.
- ❖ Тривають нічні кошмари або безсоння.
- ❖ Важко контролювати свої почуття. Бувають раптові вибухи гніву. Багато чого злити, дратує.
- ❖ Немає людини, з якою можна було б поділитися своїми переживаннями.
- ❖ Відносини в родині сильно погіршилися.
- ❖ Відносини з товаришами по роботі, сусідами, знайомими сильно погіршилися.
- ❖ Оточуючі говорять «Він сильно змінився».
- ❖ Стали частіше відбуватися нещасні випадки.
- ❖ З'явилися шкідливі звички.
- ❖ Тягне більше випивати, курити, приймати «заспокійливі» засоби.
- ❖ З'явилися проблеми зі здоров'ям, яких раніше не було.

## **✚ Прийоми, що зводять уразливість від негативних впливів стресу до мінімуму:**

- ❖ визнати, що досконалість неможлива, але пам'ятати, що в кожному виді досягнень є своя вершина, прагнути до неї і задовольнятися цим;
- ❖ цінувати радість справжньої простоти життєвого укладу;
- ❖ у будь-якій ситуації спочатку подумати, чи варто боротися;
- ❖ постійно зосереджувати увагу на приємному і на діях, що можуть поліпшити становище і психічний стан;
- ❖ намагатися забути про огидне, безнадійне і важке, оскільки довільне відволікання — найкращий спосіб послабити стрес;
- ❖ ніщо не впливає на людину сильніше, ніж невдача;
- ❖ ніщо не підбадьорює сильніше, ніж успіх;
- ❖ після нищівної поразки, боротися з гнітючою думкою про невдачу найкраще за допомогою спогадів про колишні успіхи;
- ❖ навмисне пригадування — дієвий засіб відновлення віри в себе, необхідної для майбутніх перемог;
- ❖ не відкладати неприємної справи, якщо вони необхідні для досягнення мети;
- ❖ не забувайте, що немає готового рецепта успіху для всіх: люди різні, і їхні проблеми теж.

## **✚ ПЕРША ДОПОМОГА В ГОСТРІЙ СТРЕСОВІЙ СИТУАЦІЇ**

- ❖ У гострій стресовій ситуації не слід приймати ніяких рішень, так само як і намагатися їх приймати (виключення складають ситуації, коли мова йде про порятунок самого життя, стихійні лиха, аварії).
- ❖ Прислухатися до порад предків: порохувати до десяти.
- ❖ Зайнятися диханням. Повільно вдихнути повітря носом і на якийсь час затримати подих. Видих здійснювати вкрай поступово через ніс, зосередивши увагу на відчуттях, пов'язаних із подихом.

✚ **Розрізняють такі види екстремальних ситуацій:**

❖ **службові, професійні** — зумовлені виконанням фахових обов'язків працівників правоохоронних органів та службовців ДСНС України;

❖ **життєві, повсякденні** (пожежа, напад злочинця, гострий брак часу, необхідність одночасного вирішення декількох однаково важливих завдань), тобто такі, що виникають у житті кожної людини;

❖ **спричинені надзвичайними умовами** (стихийне лихо, природна чи техногенна катастрофа, війна, масові терористичні акції);

❖ **пов'язані з захопленням потенційно небезпечними видами хобі** (альпінізм, підводне плавання, швидкісна їзда)

➤ **Екстремальна ситуація** — це ситуація, яка виходить за рамки звичайного. Явище, яке пов'язане з несприятливим або загрозованим фактором для життя людини. Екстремальна ситуація являє собою пряму взаємодію людини з обставиною, яка має місце бути протягом короткого періоду часу.

✚ У професійній діяльності можна виділити **такі різновиди екстремальних ситуацій:**

❖ **швидкоплинна** — пов'язана з необхідністю діяти в умовах жорсткого дефіциту часу, у максимально швидкому темпі, при високому рівні організованості та зі значним психологічним навантаженням (участь у ліквідації наслідків катастрофи, рятувальні роботи, затримання злочинця, військова операція);

❖ **довготривала** — психологічно напружена діяльність протягом тривалого часу (напруженість у діяльності операторів хімічних виробництв, атомних станцій, процес розкриття і розслідування злочину);

❖ **викликана «невизначеністю»** — потребує прийняття рішення за наявності альтернативних, суб'єктивно однаково значимих варіантів поведінки (виконання чи невиконання службових обов'язків у складних умовах, повідомити про службову недбалість або протиправну поведінку людини чи залишитися з нею у добрих стосунках, сімейний конфлікт);



❖ *ситуація, що потребує постійної готовності до дій* — перебування в монотонних, мало змінюваних умовах в очікуванні екстремальних змін (чергування, перебування на блокпосту);

❖ *заснована на надходженні ймовірно недостовірної інформації* — потребує екстрених дій за відсутності впевненості в достовірності одержаної інформації (повідомлення про можливу аварію, зникнення людини, про вжиття запобіжних заходів);

❖ *породжена суб'єктивними обставинами*, тобто самим працівником (відволікання чи нестійкість уваги, непрофесійне виконання дій).

⚡ При виконанні працівниками своїх професійних обов'язків, в екстремальних ситуаціях можлива організація діяльності різних рівнів, полярними з яких є: **високий та низький рівень вольової регуляції поведінки**.

❖ **Високий рівень вольової регуляції** (адаптивна поведінка, мобілізація) — виявляється в підсиленні регулюючих функцій психіки, своєчасному прогнозуванні та врахуванні змін обставин, швидкому, чіткому й грамотному застосуванні засобів і прийомів дій, за необхідності — їхньої видозміни. Підвищується ступінь вольової керованості діяльністю та її загальна ефективність.

❖ **Низький рівень вольової регуляції** (неадаптивна поведінка, дезорганізація) — нездатність концентрувати увагу на головному, порушення впорядкованості психічних процесів, непослідовність і неточність виконання дій, ігнорування минулого професійного досвіду, стереотипне повторення певних дій при відсутності такої необхідності, покvapлива і сумбурна поведінка або ж загальмованість, заціпеніння.

⚡ **Екстремальні ситуації є:**

- ❖ регламентовані;
- ❖ нерегламентовані;
- ❖ планові;
- ❖ ситуативні;
- ❖ штатні;
- ❖ позаштатні.

✓ **Позаштатна ситуація** — будь-яка пригода, що містить у собі загрозу для здоров'я людей, призводить до виникнення аварії та ускладнює виконання програми походу. Для її означення використовується аналогічний за змістом термін «*надзвичайна пригода*».

✓ **Аварійна ситуація, аварія** — вихід з ладу, будь-якого механізму, пристрою, спорядження в ході його використання під час пересування на маршруті.

✓ **Нещасний випадок** — пригода, що завдала шкоди людині і трапилася з незалежних від неї причин.

✓ **Катастрофа** — подія природного або техногенного походження, що привела до загибелі людей та завдала збитків у особливо великих масштабах.

Вплив екстремальних ситуацій спричиняє виникнення специфічних емоційних станів, найбільш типовими серед яких є: **стрес, афект, фрустрація**.

⚡ **АФЕКТ** — бурхливий та швидкоплинний стан, що повністю оволодіває особою й характеризується значними змінами свідомості, порушенням вольового контролю за поведінкою.

⚡ **СТРЕС** — нервово-психічне перенапруження, викликане несподіваним чи надсильним подразником; емоційний стан, що спонукає до вирішення екстремальної ситуації за рахунок загальної мобілізації всіх ресурсів організму до пристосування в наявних умовах.

⚡ **ФРУСТРАЦІЯ** — емоційний стан, що виникає внаслідок уявної чи реальної перепони, яка перешкоджає досягненню особистісно значимої мети.

Психічна регуляція поведінки в екстремальних ситуаціях характеризується змінами у вищій нервовій діяльності у бік збудження або загальмованості залежно від індивідуально-типологічних (психофізіологічних) особливостей суб'єкта. Надто сильні подразники (стресори) викликають нейровегетативні зміни, такі як посилене пульсування, підвищення рівня адреналіну та цукру в крові, що призводить до зниження активності психічних функцій і здатності до прийняття рішення. У відповідь на надто складну обстановку організм реагує пасивно-оборонним чином, при цьому виникають помилки у відображенні дійсності; здатність до правильних дій у таких випадках повертається до людини поступово, тоді й настає стадія мобілізації.

✓ **Перша і головна передумова виживання** — це готовність до дій у надзвичайних ситуаціях. Вона потребує відповідних знань, умінь і навичок, а також фізичної та психологічної підготовки.

Психологічна підготовка має бути спрямована на підвищення самооцінки, налаштованість на виживання.

✓ **Друга передумова** — це сила волі. Вона допомагає вижити у найскладніших умовах, коли здається, що надію вже втрачено.

✓ **Третя передумова** — колективізм. Потрапивши у надзвичайну ситуацію, дехто втрачає самовладання і намагається за будь-яку ціну врятуватись, іноді жертвуючи чужим життям. У надзвичайній ситуації завжди спершу рятують дітей, поранених, усіх, хто не може дати собі раду.

Найбільш значущими екстремальними ситуаціями є такі, в яких працівники правоохоронних органів зазнають різної фізичної шкоди аж до спричинення смерті, поранення або отримання глибокої психологічної травми. Загальним для екстремальних ситуацій є небезпека, тобто потенційна загроза, яка може призвести до пошкодження (погіршення) або знищення будь-якого явища або об'єкта.

З точки зору психології, небезпеку можна розглядати як стрес-фактор, який відображає ступінь усвідомлення особою обставин, за яких поведінка правопорушників, дія стихійних природних сил, техногенна аварія чи катастрофа тощо можуть завдавати їм фізичної або психологічної шкоди, привести до нещасного випадку, можливо, й загибелі.

✓ **Суттю екстремальних ситуацій** є невідповідність між рівнем впливу на психіку людини психотравмуючого фактору та тими можливостями, які в неї є, щоб адекватно здійснити регуляцію життєдіяльності та психічної активності. Екстремальні ситуації викликають травматичні кризи, що призводять до серйозних негативних наслідків.

В психологічній літературі вживається також визначення *«критична ситуація»*. Критична ситуація повинна бути визначена, як ситуація неможливості, тобто така, в якій суб'єкт зустрічається з неможливістю реалізації внутрішніх потреб (мотивів, прагнень, цінностей).

✚ Критична ситуація (у фахових межах правоохоронної діяльності) умовно розуміється будь-яке поєднання компонентів зовнішнього середовища, що характеризується наявністю:

- ❖ безпосередньої загрози фізичної або моральної шкоди працівнику;
- ❖ опосередкованих соціальних погроз (соціально-правові санкції, матеріальна шкода, можливі наслідки фахових прогалин);
- ❖ опосередкованої або неопосередкованої загрози власної смерті.

**Складна ситуація** — це ситуація, яка характеризується певною взаємодією зовнішніх і внутрішніх чинників, що сприяють або перешкоджають здатності особистості її подолати.

✚ Основні складові такої ситуації — зовнішні та внутрішні чинники.

✓ **Зовнішній чинник** є об'єктивним, тобто незалежним від людини, який визначається та характеризується такими змінними:

- ❖ обмеженим терміном (часом) подолання (вирішення) ситуації;
- ❖ зовнішніми обставинами, які виявляються занадто складними для їхнього подолання, що характеризуються неможливістю чи небажанням протистояти і боротися з ними;

- ❖ ризиком для здоров'я (життя) людини;
- ❖ небажанням оточення розуміти людину;
- ❖ зміною ситуації, тобто виникненням інших (нових) проблем за наявності попередніх, а також швидкоплинністю обставин і в деяких випадках неможливістю швидкої зміни процесу дії;

- ❖ позитивним збігом обставин, що дозволяють людині подолати ситуацію з найменшими зусиллями;

- ❖ повною відсутністю будь-якої підтримки.

✓ **Внутрішній чинник** розглядається на двох рівнях: психологічному та соціально-психологічному.

- **Психологічний рівень** характеризується такими змінними:

- ❖ усвідомлення (визнання) власного безсилля щось змінити для подолання складної ситуації;

- ❖ усвідомлення ризику для власного здоров'я;

- ❖ невизначеністю ситуації для людини, яка висуває проблему пошуку найкращого рішення;

- ❖ боротьбою мотивів між «хочу і можу» та «бажаю і можливо»;

- ❖ боротьбою із «самим собою» (морально-матеріальне, невпевненість у власних силах і можливостях, нервозність, самоусунення від боротьби);

- ❖ усвідомлення перебування у стресовій ситуації (перша зустріч з проблемою; важко наважитись зробити перший крок; розгубленість при виникненні непередбачених обставин);

- ❖ психічною перевантаженістю, усвідомленням власної тривожності, необхідністю подолання ситуації, а також складністю адаптації;

- ❖ психічними станами (їх динамікою), невпевненістю у собі, психічною неготовністю до подолання ситуації, проявом емоцій, почуттів, усвідомленням проблеми «існування смерті», концентрацією зусиль.

- **Для соціально-психологічного рівня** характерне:

- ❖ приймання та опрацювання великої кількості інформації;

- ❖ нерозуміння вимог оточення;

- ❖ недостатність необхідної інформації для обізнаності в ситуації;

- ❖ певний досвід дій людини в подоланні складних ситуацій;
- ❖ усвідомлення скоєного (вчиненого) та відповідальність за кінцевий результат;
- ❖ певна обмеженість можливостей (інтелектуальних, фізичних, емоційних, функціональних) і засобів (інструментів, приладів, машин тощо);
- ❖ власна спроможність термінового прийняття рішення (у стислі терміни прийняття єдино правильного рішення).

На людей, що знаходяться в екстремальних умовах, поряд з іншими вражаючими факторами діють і психотравмуючі обставини, що можуть проявлятися у зниженні працездатності, порушенні психічної діяльності, а в окремих випадках і в серйозних психічних розладах. Психогенний вплив екстремальних умов виникає в результаті не тільки прямої, а й опосередкованої загрози життю людини («очікування смерті гірше самої смерті»).

Психотравмуючий вплив на психіку людини може бути, як потужним одноразовим, так і інтенсивним багаторазовим, який потребує періоду адаптації до джерел стресу, які діють постійно та характеризуються різним ступенем раптовості, масштабності, може слугувати джерелом як об'єктивно, так і суб'єктивно (із-за нестачі досвідченості, психологічної невідповідності, низької емоціональної стійкості конкретної людини) обумовленого стресу.

Існування людини в екстремальній ситуації підпорядковується законам розвитку стресової реакції, яка розвиваючись у вигляді травматичного стресу, може привести до посттравматичного стресового розладу. Часто стрес ототожнюють з нервовим перевантаженням або сильним емоційним напруженням.

Провокувати стресові реакції можуть ситуації, які пов'язані з виконанням небезпечної роботи (боротьба з пожежами, участь у бойових діях), ситуації, коли діяльність ускладнена (дефіцит часу, вплив відволікаючих факторів). До причин формування стресової реакції можна віднести і нездатність, невміння або неготовність людини діяти (новизна, незвичайність, раптовість ситуації), тобто неузгодженість спонукань до дії і можливість діяти адекватно в обстановці, що склалася.

**На розвиток екстремальних ситуацій та їхні наслідки негативно впливають такі чинники:** несподіваність виникнення небезпеки, невизначеність ситуації та можливих наслідків, відсутність дієвої підтримки (допомоги) з боку оточення та гарантій соціального (у тому числі правового) захисту.

Особливо несприятливими у цьому плані є так звані «нештатні» ситуації, тобто непередбачені нормативно екстремальні ситуації. За таких обставин необхідно зберегти спокій і холоднокровність, швидко оцінити обстановку, не піддатися прагненню діяти за вже існуючими стереотипами. Прийняття рішення діяти неординарно може виявитися єдиним правильним виходом із ситуації, що склалась, і ним слід правильно скористатись. Стереотип діяти так, а не інакше, звичка застосовувати лише певні прийоми нападу та захисту завжди має психологічну межу не повторюваності (це стосується використання зброї, прийомів самооборони, допоміжних засобів), але екстремальна ситуація ніколи не повторюється в одному й тому ж вигляді, що потрібно враховувати, бути до цього готовим.

3.4

### ЕКСТРЕМАЛЬНІ СТАНИ: ПОНЯТТЯ І ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

✓ Поняття «*екстремальний*» (від лат. *extremum* — крайній) — це об'єднання понять як максимуму так і мінімуму. Екстремальні умови можуть створюватися не лише максимізацією, але й мінімізацією діючих факторів.

В екстремальних умовах часто порушується звичний режим роботи та відпочинку. Це висуває підвищені вимоги до стану психічного здоров'я особистості. Сильні емоційні й фізичні навантаження створюють передумови до виникнення у людини психічних, соматичних розладів, а також у деяких випадках — суїцидальної поведінки. У таких екстремальних умовах важливою є стресостійкість особистості, зважаючи на потенційну небезпеку емоційного вигорання.

Екстремальними в побутовому спілкуванні найчастіше називають ситуації, що загрожують здоров'ю і самому життю людини.

✓ **Екстремальні ситуації** — це об'єктивно складні умови діяльності, що сприймаються й оцінюються як напружені чи небезпечні. Суб'єктивно екстремальні ситуації набувають форми *екстремальності* — особливого стану людської психіки, що породжують підвищену тривожність та особливу емоційну напруженість. Одна й та ж ситуація різними людьми буде усвідомлюватися як екстремальна і ординарна; об'єктивно екстремальна ситуація сприйматиметься конкретною особою як штатна і, навпаки, об'єктивно безпечна — як екстремальна.

✚ **Екстремальні ситуації** можуть бути:

- ❖ регламентованими і нерегламентованими;
- ❖ плановими і ситуаційними;
- ❖ «штатними» і «позаштатними».

✚ **Їх можна поділити на чотири групи:**

- ❖ спричинені надзвичайними умовами (стихійне лихо, природна чи техногенна катастрофа, війна, масові терористичні акції);
- ❖ життєві, повсякденні (пожежа, напад злочинця, гострий брак часу, необхідність одночасного вирішення декількох однаково важливих завдань), такі, що виникають у житті кожної людини;
- ❖ пов'язані з захопленням потенційно небезпечними видами хобі (альпінізм, підводне плавання, швидкісна їзда);
- ❖ службові, професійні — зумовлені виконанням фахових обов'язків.

✓ **Екстремальні** — це стани організму, які характеризуються надмірною напругою або виснаженням пристосувальних механізмів. Екстремальні стани можуть розвиватися первинно при дії на організм різноманітних надзвичайних подразників (травми, ендогенних інтоксикацій, різких коливань температури повітря і концентрації кисню) або з'явитися в результаті несприятливого перебігу захворювання (наприклад, недостатності кровообігу, дихальної, ниркової або печінкової недостатності, анемії).

*Екстремальність умов бойових дій* виражається в інтенсивності стрес-фактора, раптовості, небезпеці, тотальному впливі на великі групи людей, а також тривалим і важким плином пост екстремальних психічних розладів. Екстремальні умови діяльності з психологічної точки зору характеризуються наявністю сильного психотравмуючого впливу подій і обставин на психіку військовослужбовця.

✚ **Екстремальні умови** можуть бути:

- ❖ потужні й однократні (застосування зброї, затримка озброєного злочинця, стихійне лихо);
- ❖ інтенсивні та багаторазові, які потребують періоду адаптації до постійно діючих джерел стресу (участь у бойових діях).

В умовах бойових дій може зустрічатися критичний інцидент — ситуація, що викликає надзвичайно сильні емоційні реакції людини. Вони негативно впливають на виконання обов'язків особистістю на

місці подій або пізніше. До числа найзначущіший стресорів відноситься ситуація, пов'язана з підвищеним ризиком для життя.

✓ **Травматичною стресовою подією є явище, яке виходить за рамки звичайного людського досвіду.**

⚡ **Вона є надзвичайно сильною і небезпечною для життя і здоров'я:**

- ❖ серйозна загроза для життя або фізичної цілісності;
- ❖ серйозна загроза чи шкода дітям, дружині чи іншим близьким людям;
- ❖ видовище того, як інша людина отримує серйозну травму чи була убита в результаті нещасного випадку чи акту насильства.

⚡ **Оцінюючи особливості бойового стресу в умовах локальних війн останніх років, можна виділити такі їхні характеристики:**

- ❖ тривалість відриву від Батьківщини,
- ❖ незвична географічна, кліматична й культурна обстановка,
- ❖ особливості взаємин із місцевим населенням,
- ❖ недостатність інформації про реальну військово-політичну обстановку, її динамічність і важкість прогнозування,
- ❖ невизначеність поняття «супротивник»,
- ❖ відсутність чіткого поділу фронту і тилу.

Різниця у впливах екстремальних ситуацій на військовослужбовців та інших людей визначається тим, що для останніх властиво шукати який-небудь притулок і намагатися уникнути небезпеки, військовослужбовець же не має на це права і змушений свідомо знаходитися в цій ситуації та сприяти її вирішенню.

Екстремальні впливи призводять до вузько спрямованого розвитку всіх структур психіки і різкого розвитку екстремального компонента в особистості. Це означає, що гіперрозвиток окремих особистісних властивостей в екстремальних умовах не завжди може бути забезпечений відповідним станом організму. Виникає ситуація невідповідності вимог до організму людини. У підсумку це веде до порушення нормального процесу особистісного функціонування та поведінки.

Унаслідок багаторазово раптово-діючих психотравмуючих чинників, у екстремальних умовах життя виникають групові психогенні розлади, групові психози. Страх, безвихідь, пригніченість та інші емоційні стани при продовженні дії психотравмуючих факторів при-



зводять до виникнення психологічного стресу. Саме страх втрати власного здоров'я і життя близьких паралізує; емоції затьмарюють можливість логічних і рішучих дій, інстинкт самозбереження породжує бурю неконтрольованих дій. Виникає дезадаптація, під якою припускається невідповідність між силою факторів, що впливають на психіку людини, і наявних психічних ресурсів, щоб їм протистояти. У бойових умовах виникають реактивні стани, які належать до невротичних і патохарактерологічних реакцій, а також неврози і реактивні психози. Потрапивши у непередбачувані екстремальні умови, людина стикається з рядом чинників виживання.

✓ *На результат виживання впливають такі фактори:* як біль, спрага, холод, спека, голод, перевтома, стрес.

✓ *Серед факторів, які визначають психологічну складову особистості, є:* страх, перевтома, самотність. Страх як природна реакція на загрозу життю і здоров'ю є одним із чинників виживання в екстремальних умовах. При тривалому виживанні, людина часто втрачає віру у свій порятунок, впадає в депресію, стає пасивною, хоча й виконує необхідну роботу, але без ініціативи. При подальшому розвитку такого депресивного стану можливі прояви істерик і спроб самогубства.

Екстремальні умови впливають також на девіантну (таку, що відхиляється) поведінку військовослужбовців. Поведінка людини на війні залежить від того, наскільки вона критична стосовно себе, наскільки непохитні її цінності, наскільки вона готова відстоювати людську гідність, справедливість, право, законність в умовах, коли норми поведінки спотворюються стресом і колективним сприйняттям.

✓ Поняття «*військова девіація*» є неоднозначним, складним для точного психологічного, етичного і правового аналізу. Проблема психологічних відхилень на війні дуже важлива, оскільки від деяких девіантних вчинків нерідко залежить життя як самих військовослужбовців-девіантів, так і їхніх бойових побратимів, успіх бойових операцій (наприклад, від зради).

✚ *В умовах військової служби виділяють такі типи девіантної поведінки:*

- ❖ вживання алкоголю та наркотиків;
- ❖ порушення статутних норм і правопорядку;
- ❖ суїцидальна поведінка;
- ❖ відхилення у сексуальній поведінці.

Психологічний аналіз девіантної поведінки військовослужбовців дозволяє зробити висновок про те, що це негативне явище постійно присутнє в екстремальній обстановці. Знання видів і форм прояву девіацій, оперативна діагностика, попередження, цілеспрямована профілактика, мінімізація відхилень у поведінці військовослужбовців і їхнє викорінення є важливим завданням сьогодення.

Під впливом екстремальних умов військової діяльності формуються специфічні психологічні ознаки, які характеризують певний тип особистості, котра має досвід адаптації до екстремальних умов. Набуті особистісні риси ускладнюють процес подальшої реадaptaції військовослужбовця (соціально-психологічної адаптації до звичайного життя та виконання своїх професійних обов'язків), які потребують реабілітації та психологічної корекції в напрямі відновлення психічного здоров'я людини.

✓ **Екстремальні стани** — загальні важкі стани організму, що розвиваються під дією екстремальних факторів зовнішнього чи внутрішнього середовища, що характеризуються значними розладами життєдіяльності організму, які можуть призвести до смерті.

У розвитку екстремальних станів можуть лежати різні патофізіологічні механізми. Організм може піддаватися впливу одному або декількох екстремальних факторів (інтенсивна фізична робота в умовах високогір'я і пустель, при космічних польотах, глибоководних роботах). У таких випадках можуть виникнути претермінальні і термінальні стани.

Найбільш важливими і часто зустрічаються екстремальними станами є **колапс, шок і кома**. Ці стани класифікують залежно від етіологічного фактора або патогенетичних механізмів, які лежать у їхній основі.

У процесі розвитку екстремальних станів істотне значення має активація симпатoadреналової і гіпофізарно-наднирникової систем, характерна для стресу. В міру поглиблення тяжкості стану відбувається звуження пристосувальних реакцій, розпад функціональних систем, які забезпечують складні адаптивні поведінкові акти і тонку регуляцію локомоторних і вегетативних функцій. Одним із механізмів переходу організму на екстремальні форми адаптації є прогресуюче відключення центральних нейронів від різноманітної аферентації, що забезпечує формування складних функціональних систем. Зберігається лише мінімум аферентних сигналів, необхідних для здійснення дихання, кровообігу та інших життєво важливих функцій.

Регуляція процесів життєдіяльності в основному переходить на метаболічний рівень. У цій стадії, мають місце виражені порушення всіх фізіологічних функцій. Характерним для патогенезу екстремальних станів є розвиток ланцюгових патологічних реакцій, які підвищують функціональні розлади організму. При шоку порушення діяльності центральної нервової системи приводить до порушень регуляції кровообігу і дихання і розвитку гіпоксії, яка, у свою чергу, поглиблює розлади нервової регуляції і недостатність кровообігу і дихання.

✚ **Шок** — це тяжкий патологічний процес, який супроводжується виснаженням життєво важливих функцій організму і, який приводить його на грань життя і смерті через критичне зменшення капілярного кровообігу в уражених органах. **Шок** — це патологічний процес, який виникає внаслідок гострої недостатності кровопостачання життєво важливих органів із подальшою гіпоксією і порушенням їхніх функцій. Вузловим патогенетичним механізмом шоку вважають критичне зменшення капілярного кровотоку в пошкоджених органах.

#### ✚ *Стадії шоку:*

❖ Еректильна — вона триває кілька хвилин і характеризується збудженням центральної нервової системи, прискоренням кровотоку, посиленням дихання.

❖ Торпідна — настає гальмування ЦНС, падає артеріальний тиск, різко прискорюється пульс — до 200 хв., пригнічується дихання, знижується температура тіла. Розвивається судинна і дихальна недостатність, гіпоксія, вичерпуються енергетичні ресурси.

✓ *Патогенез шоку.* Ключовою ланкою його вважається мікроциркуляторне русло. Зменшується постачання тканин поживними речовинами і киснем, розвиваються гіпоксія й ацидоз, порушуються функції і структура клітин. Мікроциркуляторні зрушення найбільше впливають на діяльність нирок, печінки і легень. Ці органи називають шоковими.

✓ *Морфогенез шоку.* Шок проявляється гемокоагуляцією і геморагічним діатезом. Під мікроскопом знаходять поширений спазм судин, дрібні тромби, геморагії і плазматичне посякання.

Прояви дистрофії, некробіозу, крововиливи, порушення мікроциркуляції спостерігаються у всіх інших органах.

Якщо не надати допомогу вчасно, людина впадає в апатію. Іноді людина відчуває жагу, іноді її нудить.

### ⚡ *Симптоми*

- ❖ сильне збудження;
- ❖ зблідніла шкіра;
- ❖ дихання та пульс прискорені;
- ❖ зіниці розширені;
- ❖ кінцівки холодні;
- ❖ пильний погляд, очі блимають;
- ❖ витрішкуваті очі;
- ❖ паралізоване мовлення;
- ❖ прагнення відокремитися від інших;
- ❖ знаходження в ембріональній позиції, агорофобія;
- ❖ втрата відчуття реальності;
- ❖ відсутність реакції на біль.

⚡ У залежності від причин виникнення виділяють такі **ВИДИ**

#### **ШОКУ:**

- ❖ травматичний;
- ❖ геморагічний;
- ❖ опіковий;
- ❖ турнікетний (розвивається після зняття джгута пізніше четвертої години і більше після накладення);
- ❖ ангідремічний (дегідратаційний);
- ❖ кардіогенний;
- ❖ панкреатичний;
- ❖ септичний;
- ❖ інфекційно-токсичний;
- ❖ анафілактичний.

⚡ Незалежно від причин виникнення, шок проявляється комплексом порушень гемодинаміки, для якого характерні:

- ❖ зменшення артеріального тиску;
- ❖ зменшення об'єму циркулюючої крові;
- ❖ зниження об'ємної швидкості органного кровотоку;
- ❖ порушення реологічних властивостей крові (агрегація формених елементів, підвищення в'язкості крові).

✓ *Травматичний шок* — розвивається під впливом сильної механічної травми кісток, м'язів, внутрішніх органів. Завжди виникає пошкодження нервових закінчень, нервів та нервових сплетень. Виникає сильний і тривалий біль, який сам по собі може спричинити

больовий шок. Травматичний шок ускладнюється гіповолемією (через крововиливи) та ранаєвою токсемією (при забрудненні ран).

Синдром тривалого роздавлювання — це варіант травматичного шоку. Це є комплексна реакція організму на тривале (більш 4 годин) роздавлювання м'яких тканин (переважно кінцівок), яка проявляється в поєднанні емоційно-больового стресу, травматичної токсемії, плазмо- і крововтрати.

В органах виявляються зміни, характерні до шоківих органів. Після заняття компресії, продукти аутолізу м'язової тканини знаходять у кров'яне русло, викликаючи в початковій стадії токсемічний шок, а пізніше — гостру ниркову недостатність, яка виникає через спазм судин від больової реакції і закупорки звивистих каналців міоглобіном (надходить у кров з травмованої тканини).

#### ✚ У клініці його розрізняють дві стадії:

- ❖ збудження (еректильну);
- ❖ гальмування (торпідну).

➤ **Стадія збудження** короткочасна, характеризується порушенням центральної нервової системи внаслідок надходження больових імпульсів з пошкоджених тканин. При цьому розвивається больовий стрес, який проявляється посиленням функцій системи кровообігу, дихання, деяких ендокринних залоз (аденогіпофіза, мозкової і коркової речовини наднирників, нейросекреторних ядер гіпоталамуса) з вивільненням у кров надлишкової кількості кортикотропіну, адреналіну, норадреналіну, вазопресину.

➤ **Стадія гальмування** більш тривала (від декількох годин до доби) і характеризується розвитком у центральній нервовій системі гальмівних процесів. Генералізоване гальмування захоплює і центри життєво важливих функцій (кровообігу, дихання), вони порушуються, внаслідок чого розвивається кисневе голодування. Гіпоксія, у свою чергу, збільшує порушення в серцево-судинному і дихальному центрах. Розлади гемодинаміки і зовнішнього дихання прогресують — «порочне коло» замикається.

Крім нервово-рефлекторних механізмів у виникненні і розвитку травматичного шоку певну роль відіграє також токсемія, обумовлена всмоктуванням у кров продуктів розпаду нежиттєздатних тканин. Останнім часом особливе значення надають так званому ішемічному токсину. Участь токсичних продуктів у патогенезі травматичного шоку доводиться дослідниками з «перехресним кровообігом».

❖ *Опіковий шок* — виникає тоді, коли уражено понад 15% поверхні шкіри. Біль, гіповолемія (зменшення об'єму циркулюючої крові через плазмовтрати через обпечену шкіру) та інтоксикація — три складових у патогенезі цього шоку; через 2–3 тижні до них може приєднатися сепсис. Опіковий шок виникає при великих і глибоких опіках. Водночас уже в першу добу різко збільшується проникність капілярів, особливо в зоні опіку, що веде до значного виходу рідини із судин у тканини. Велика кількість набрякової рідини, головним чином у місці пошкодження, випаровується. Провідними патогенетичними факторами є гіповолемія, больове подразнення, виражене підвищення проникності судин.

❖ *Септичний (інфекційно-токсичний) шок* — зустрічається при важких інфекційних хворобах: септицемія кишковою паличкою, стрепто-стафілококами, переповнення крові мікроорганізмами та їхніми токсинами викликає шоківий стан. Знижується кров'яний тиск, прискорюється пульс, порушується дихання. Септичний (ендотоксичний) шок виникає як ускладнення сепсису. Головним фактором, які ушкоджує, є ендотоксини мікроорганізмів. Найбільш частою причиною сепсису є грамнегативні мікроорганізми, а також стрептококи, стафілококи, пневмококи і багато інших.

❖ *Анафілактичний шок* — це найбільш грізне проявлення негайної алергії. Провідна роль належить зовнішнім антигенам — біологічно активним речовинам (сироватки, вакцини, деякі ліки), які розширюють судини. Анафілактичний шок розвивається внаслідок підвищеної чутливості організму до речовин антигенної природи і нагромадження гістаміну та інших вазоактивних речовин (кініни, серотонін).

При цьому відбувається різке зменшення венозного повернення до серця. Причиною цього є розширення капілярних і емісних судин. Скупчення крові в капілярних судинах і венах приводить до зменшення об'єму циркулюючої крові.

Спостерігається і порушення скоротливої діяльності серця. Симптоадренергічна реакція при цьому не виражена внаслідок порушення судинного тону.

❖ *Гемотрансфузійний шок* — виникає внаслідок переливання крові, несумісної за груповими антигенами або резус-фактором. Шок виникає під час гемотрансфузії або через 1–6 годин.

✓ *Симптоми:* утруднюється дихання, з'являється біль у всьому тілі (особливо у крижах, нирках), знижується артеріальний тиск.

✓ *Механізм шоку* — гострий внутрішньосудинний гемоліз еритроцитів.

❖ *Геморагічний шок* виникає при зовнішніх (ножове, кульове поранення, ерозивні кровотечі шлунка при виразковій хворобі, пухлинах, з легень при туберкульозі) або внутрішніх (гемоторакс, гемоперитонеум) кровотечах в умовах мінімального травмування тканин.

❖ *Ангідремичний шок* виникає внаслідок значної дегідратації при втраті рідини та електролітів. При ексудативних плевритах, кишковій непрохідності, перитоніті рідина із судинного русла переходить у порожнини. При нестримній блювоті і сильної діареї рідина втрачається назовні. Розвивається гіповолемія, яка відіграє роль провідної патогенетичної ланки.

❖ *Кардіогенний шок* спостерігається при зниженні насосної функції серцевого м'яза (інфаркт міокарда, міокардит), при тяжких порушеннях серцевого ритму (пароксизмальна тахікардія), при тампонаді серця (тромбоз порожнин, випіт або кровотеча в навколосерцеву сумку), при масивній емболії легеневої артерії (тромбоемболія легень). Провідним механізмом кардіогенного шоку є зменшення ударного і хвилинного об'єму крові, артеріального тиску і збільшення тиску наповнення серця. Як і при ангідремичному шоку, внаслідок симпатoadренергічної реакції, спостерігається тахікардія, збільшення периферичного опору судин.

⚡ **Непритомність** — це стан глибокого затьмарення свідомості або повної втрати її.

✓ *В основі*, глибоке гальмування кори та інших відділів головного мозку.

✓ *Причина*: тромбоз та емболія судин головного мозку, крововиливи, пухлини, механічна травма, електротравма, отруєння.

✓ *В основі патогенезу*: гіпоксія головного мозку, виражена гіпотензія.

*Ознаки*: відсутність будь-якого контакту з навколишнім середовищем. *Характерні*: повна пасивність, нерухомість. Обличчя байдуже, позбавлене міміки.

Психологи, які працюють з людьми, що опинились в екстремальних обставинах, рекомендують звернути увагу на те, як розрізняються вигляд і поведінка людини, що знаходиться у стані шоку, стресу чи отримала травму. Розглядаються варіанти того, в якому стані перебуває людина, яка потерпіла від трагічних обставин.

Людина, яка потрапила в трагічні обставини, знаходиться у стані шоку, а свідки перебувають у стані стресу чи травми. Іноді особи, які були свідками вбивств та катувань, теж можуть опинитися у стані шоку.

Тому особам, які надають першу допомогу потерпілим необхідно знати ознаки того, що доросла людина, чи дитина пережила, чи переживає трагічні обставини, а також ознаки стану людини на даний момент (**шок, травма чи стрес**).

### ⚡ Первинна допомога людині, яка знаходиться у стані шоку

Рекомендується з самого початку припинити дію джерела травмування на постраждалу особу. Треба як найшвидше ізолювати постраждалу людину від трагічних обставин. Відвести чи віднести її в більш затишне місце.

Необхідно надати постраждалому першу допомогу у разі наявності поранень, опіків, переломів. У разі необхідності, рекомендується надати травмованому постраждалому знеболюючого і заспокійливого, можливо, снодійне. Треба намагатися зігріти постраждалу людину за допомогою грілок. На першому етапі не рекомендується людину, яка знаходиться у стані шоку, перевозити чи переміщати.

Рекомендується покласти людину з симптомами шоку на спину чи попросити людину зробити це (за виключенням наявності в людини серцевої недостатності, початку приступу астми і у випадку, коли людина відмовляється лягти). Далі підніміть ноги людини під кутом 45°. Через кілька хвилин можна опустити ноги і повторити теж саме ще раз. Коли одна нога постраждала, зробіть теж саме з однією ногою.

Стан шоку може породжувати деякі стани людини, наприклад, ступор.

### ⚡ СТУПОР

Ступор є однією з сильних захисних реакцій організму людини на потрясіння, зокрема, на жорстоке насильство. Людина витратила стільки зусиль на те, щоб вижити та захистити дітей, скажімо, коли ховалася у підвалі чи виходила з зони воєнного конфлікту. Вона витратила всю свою енергію на протистояння і захист, що втратила будь-яку здатність реагувати на навколишній світ. Такий стан може тривати всього кілька хвилин, буває, триває кілька годин. Це загрожує повним виснаженням людини. Залишати людину у стані ступору довгий час не рекомендується.



✓ **Зовнішні ознаки ступору:**

❖ різке зниження чи відсутність довільних рухів і мовлення;  
❖ відсутність реакцій на зовнішні подразники (шум, світло, дотики, щипки);

❖ «застигання» у певній позі, заціпеніння, стан повної нерухомості;

❖ можливою є напруженість окремих груп м'язів.

➤ **Треба надати таку допомогу:**

❖ зігнути потерпілій людині пальці на обох руках і притиснути до основи долоні, залишаючи водночас великі пальці виставленими назовні;

❖ кінцівками великого і вказівного пальців масажувати постраждалій точки, які розташовані на лобі над очами рівно посередині між лінією росту волосся та бровами і чітко над зіницями;

❖ людина, яка знаходиться у стані ступору, може чути і бачити. Говорити на вухо треба тихо, повільно і чітко.

✓ **Треба досягти реакції потерпілої людини і вивести її зі стану заціпеніння.**

➤ **Випадки бойового шоку.** «Бойовий шок» — емоційна реакція, що виникає через кілька годин або днів інтенсивних дій персоналу ДСНС України у надзвичайних ситуаціях, викликаних соціальними явищами криміногенного характеру або введенням режиму військового часу.

⚡ **При прогресуванні «бойовий шок» проходить три стадії:**

❖ перша розвивається протягом декількох годин або днів і характеризується почуттям тривоги, депресією і страхом;

❖ на другій (гострій) стадії з'являються невротичні симптоми. Вона триває від декількох днів до декількох тижнів. Прогноз на видужання на другій стадії залишається сприятливим;

❖ третя (хронічна) стадія характеризується проявом хронічної психічної декомпенсації. Уражені в цій стадії працівники видужують повільно і часто не повністю.

У ході безпосереднього проведення аварійно-рятувальних робіт, витривалість персоналу ДСНС України багато в чому визначається характером службової дії. Вирішення «наступальних» завдань асоціюється з силою, волею і перевагою сторони, що їх вживає, викликає бойове збудження, душевний підйом, азарт, придушує страх, вагання, мобілізує волю.

Найбільш складним моментом є вхід у зону надзвичайної ситуації, що проходить в особливому нервовому стані, який можна назвати «шоком». Тобто не повна виключність, втрата чутливості, а *деяке почуття*, схоже на сп'яніння, яке *повністю поглинає всі почуття людини*. Це почуття є швидкоплинним, його не можна ані продовжити, ані відтворити по частинах. У цьому стані працівник діє без чіткого контролю свідомості, незважаючи на те, що момент входу в зону надзвичайної ситуації і вступу у контакт з небезпекою багаторазово продумується у свідомості, що зумовлює його істотне звуження і зосередження на одному-двох об'єктах службової обстановки.

✚ **Кома** — це патологічний стан, який характеризується глибоким пригніченням функцій центральної нервової системи і проявляється втратою свідомості, відсутністю рефлексів на зовнішні подразники і розладами регуляції життєво важливих функцій організму.

✓ *За походженням розрізняють:*

❖ Коми при первинному ураженні і захворюваннях центральної нервової системи (інсульт, черепно-мозкова травма, запалення, епілепсія, пухлини головного мозку і його оболонки).

❖ Коми при ендокринних захворюваннях, які виникають, як при недостатності деяких залоз внутрішньої секреції (діабетична, гіпокортикоїдна, гіпопітуїтарна, гіпотиреоїдна), так і при їхній гіперфункції (тиреотоксична, гіпоглікемічна).

❖ Токсичні коми спостерігаються при ендогенних (уремія, печінкова недостатність, токсикоінфекції, панкреатит) і екзогенних інтоксикаціях (отруєння алкоголем, барбітуратами, фосфорорганічними та іншими сполуками).

❖ Коми, обумовлені порушеннями газообміну при різних видах гіпоксії.

❖ Коми, обумовлені втратою електролітів, води та енергетичних речовин.



## КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ ТА ЗАВДАННЯ

1. Екстремальна ситуація: класифікація різновидів та загальні критерії оцінки.
2. Характеристика різновидів екстремальної поведінки людини у професійній сфері.
3. Екстремальна поведінка як різновид специфічної активності людини.
4. Ситуативні чинники екстремальної поведінки.
5. Загальна характеристика станів психоемоційної напруженості.
6. Типові стресори професійної діяльності.
7. Стресові та постстресові емоційні стани.
8. Особливості та критерії оцінки стресів.
9. Психологічний дебрифінг



## ТЕМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

*Теоретичні аспекти психологічної допомоги в екстремальних ситуаціях. Екстремальна психологія. Поняття екстремальної ситуації.*

### *Питання для обговорення:*

1. Психологічна систематика психогенних розладів особистості в умовах екстремальної ситуації
2. Послідовність дій при наданні психологічної підтримки постраждалим при надзвичайній ситуації
3. Принципи психологічного втручання в екстремальній ситуації

### *Завдання:*

1. Скласти таблицю специфіки впливу на психіку людини стихійних лих, техногенних катастроф та соціальних катастроф. Дати порівняльну характеристику їхній стресогенності для постраждалих і фахівців, які надають допомогу.
2. Навести приклад екстремальної ситуації «мирного часу», обґрунтовуючи причину визначення даної ситуації як екстремальної.
3. Зробити співвідношення понять «Гострий стресовий розлад» і «посттравматичний стресовий розлад».
4. Розробити рекомендації надання психологічної допомоги різним групам осіб, залучених у військові дії.

## РОЗДІЛ 4.



### *Посттравматичний стресовий розлад, як наслідок травмуючої ситуації. Травматичний досвіт*

4.1

#### **ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР)**

Війна в Україні актуалізувала проблему посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Результати міжнародних досліджень у країнах, де відбувалася війна, показують, що поширеність ПТСР серед осіб, які перебували в зоні бойових дій (як військові, так і мирні жителі), зростає вдвічі і сягає 15–20%. Дослідження свідчать теж і про позитивну динаміку: велика частина осіб, що пережили психотравмуючу подію, не матиме жодних проблем із психічним здоров'ям; значна кількість людей із ПТСР одужає спонтанно. У значній частині осіб, які пережили психотравмуючу подію, проблеми у сфері психічного здоров'я виникатимуть не одразу, а можуть з'явитися за якийсь час. Ці проблеми можуть проявитися не лише як ПТСР, а й у формі інших розладів, зокрема: зловживання психоактивними речовинами, депресії, тривожних розладів, порушення контролю злості. Психотравмуючих подій також багато й у мирні часи: насилля в родині, насилля в інституціях (в інтернатних закладах), кримінальні випадки,

ДТП, різноманітні нещасні випадки, скривдження, занедбання у дитинстві, гострі міжособистісні конфлікти, фізичне та сексуальне насильство, важкі хвороби, стихійні та техногенні лиха. ПТСР може тривати роками й десятиліттями після пережитих травм. В ході свого життя людина потрапляє в різні обставини та зазнає впливу багатьох факторів, окремі з яких, з огляду на свою загрозливість, інтенсивність та непередбачуваність є травматичними. До травматичних належать і події, що торкаються не одного чи кількох людей, а охоплюють цілі спільноти, ставлять під загрозу та змінюють життя мешканців селищ, міст, регіонів, країн. До них належать стихійні лиха, терористичні акти, військові дії, в ході яких люди стають свідками смертей, втрачають житло, піддаються тортурам та стикаються з необхідністю переселитися на нові місця і починати життя з початку. Такі події, через раптовість виникнення, масштабність охоплення і наслідків, а також складність адаптації до нових умов мають найбільший ризик для розвитку, загострення та хронізації стресових розладів. Аби відновитись після пережитого стресу та повернутись до продуктивного життя, людина має впоратись з емоційними переживаннями й разом з тим, подолати тривожні схеми світосприйняття, адже пережиті загрози змушують очікувати на подібне й у майбутньому. У більшості випадків підтримка оточення, відсутність безпосередніх загроз та відновлювальні механізми психіки сприяють тому, що особи, які зазнали травми, через певний час зцілюються та не мають жодних симптомів. Близько 30% осіб, які стикнулися з травматичною подією можуть мати симптоми посттравматичного стресового розладу і потребувати особливої уваги та фахової допомоги. ПТСР є одним із найбільш поширених психіатричних розладів — щонайменше 7% осіб (5% чоловіків, 10% жінок) матимуть його протягом життя. З них, близько у 30% осіб його перебіг матиме хронічний характер, з можливою персистенцією симптомів протягом 10 років і більше. Втім ПТСР не єдиний розлад, пов'язаний з психотравмуючими подіями. Також з психотравмою пов'язаний цілий спектр розладів: від простих форм ПТСР до його комплексних форм, а також складних дисоціативних розладів, дисоціативного розладу ідентичності.

Посттравматичний стресовий розлад розвивається після стресової події або ситуації винятково загрозового або катастрофічного характеру, що може викликати сильне відчуття дистресу майже в кожній людині. Однак ПТСР не розвивається внаслідок ситуацій, які у повсякденній мові характеризують словом «стресові», наприклад: розлучення, втрата роботи або невдача на іспиті.

ПТСР — це розлад, який може розвинути у людей усіх вікових категорій.

✓ **Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** — це стан психічного здоров'я, який може виникати у людей, які пережили травматичні події.

ПТСР є нормальною реакцією на ненормальну ситуацію. Після травматичних подій цілком нормально втратити віру чи відсторонитися від інших, мати неприємні спогади або проблеми зі сном. Якщо симптоми тривають більше кількох місяців і заважають повсякденному життю, то це може бути ПТСР.

Близько 50% людей впродовж життя зазнають травми. Характерною рисою травматичної події є її здатність викликати страх, безпорадність або жах. Поширеність посттравматичного стресового розладу в країнах, де відбувалися військові дії, складала від 11% до 50% населення. Чоловіки частіше потрапляють у нещасні випадки, пов'язані з фізичним насильством чи стихійними лихами, стають свідками смерті або травм. Жінки опиняються у травматичних ситуаціях через сексуальне насильство щодо себе чи власних дітей.

✚ **До основних діагностичних критеріїв**, які містяться в найавторитетнішому посібнику з діагностики та статистики психічних розладів «DSM-V» належать:

- ❖ безпосереднє зіткнення (експозиція) зі смертю або загрозою життю;
- ❖ інтрузивні симптоми;
- ❖ стійке уникання травматичних спогадів та нагадувань про подію;
- ❖ негативні зміни у думках та настрої;
- ❖ помітні зміни в реактивності;
- ❖ тривалість порушень понад один місяць;
- ❖ сильний дистрес та порушення важливих сфер життєдіяльності;
- ❖ відсутність зв'язку симптомів із впливом психоактивних речовин чи іншими медичними причинами.

Будь-яке зіткнення з травматичними подіями спричиняє сильний стрес. У ситуації стресу людська нервова система реагує збудженням, у результаті чого вивільняються гормони (зокрема, норадреналін) необхідні для того, щоб людина швидше зорієнтувалась та відреагувала на загрозу.

Найбільше збуджується ділянка мозку, яка називається мигдалеподібним тілом. Вона є і у тварин, і у людей і відіграє дуже важливу

роль у швидких реакціях на небезпеку. Завдяки мигдалеподібному тілу, організм знаходиться в стані підвищеної готовності до базових, необхідних у критичних ситуаціях реакцій — **втечі та нападу**.

В нормі, після припинення дії травмуючих факторів, збудження згасає завдяки дії інших гормонів (зокрема кортизолу) і нервова система та весь людський організм повертається до свого звичайного функціонування.

*У людей, які мають посттравматичний стресовий розлад нервова система не повертається до норми та продовжує перебувати у стані збудження.* Активуючі гормони продовжують вироблятися, впливаючи на виникнення та підтримання таких симптомів, як збудливість, агресивність, тривожність. Будь-які нагадування про травматичну подію викликають зростання збудження та знову повертають людину у ситуацію травми, провокуючи нав'язливі спогади і зростання тривоги. Під час активації мигдалевидного тіла, прифронтальна кора головного мозку, яка відповідає за логічне опрацювання інформації та прийняття зважених рішень — втрачає активність.

Людина втрачає здатність ясно мислити і продовжує реагувати так, ніби небезпека і досі присутня в її житті. Вона може бути агресивною, вибуховою у відповідь на незначні подразники або, перебувати у страху та паніці, будь-що плакати та відчувати тривогу.

При ПТСР порушується функціонування гіпокампу, ділянки мозку, яка відповідає за спогади, їхню автобіографічність — послідовність і зв'язність у цілісну історію життя. Завдяки утворенню нових нервових клітин (нейрогенезу) та зв'язків між ними, усі нові події життя запам'ятовуються та логічно ув'язуються з попереднім досвідом. У результаті надмірного та тривалого збудження нервової системи, діяльність гіпокампу порушується, нейрогенез сповільнюється і людська пам'ять втрачає свою логічну послідовність. Травматична подія ніби випадає з автобіографії і замість того, аби зайняти своє місце в часі — постійно втручається в життя людини нав'язливими спогадами та нічними жахіттями.

✚ Вплив переживання людиною травмуючих подій на її психічне здоров'я має **два аспекти**.

❖ *Перший* — той, який лежить на поверхні — це руйнівний, виражений у вигляді «розладів, пов'язаних із травмою та стресором» (відповідно до DSM-V, серед яких найпоширеніші «гострий стресовий розлад» (ГСР) та «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР)),

а також у вигляді інших розладів: ускладнене або травматичне горе, депресія, генералізований тривожний розлад, панічний розлад, дисоціативні розлади, розлади із соматичними симптомами і конверсійний розлад, короткі психотичні розлади, зловживання психоактивними речовинами. За даними DSM-V, ризик тих, хто має ознаки ПТСР мати коморбідний розлад (депресію та ін.), складає 80%. Ці розлади суттєво впливають на рівень психологічного добробуту людини, на якість її життя, на стосунки із близькими людьми, часто призводячи до соціальної ізоляції особистості та навіть її інвалідазації.

❖ *Другий* аспект впливу травми — «ріст», який проявляється тоді, коли людина змогла «пройти крізь» травму, пережити її. У результаті такого проживання якість життя людини змінюється, але вже в інший бік — з'являються нові усвідомлення, міняються й стають глибшими погляди на світ, на себе, на інших людей. Досягти цього другого аспекту, не пройшовши й не подолавши перший — буває дуже складно, і допомога фахівця, психолога чи психотерапевта, є надзвичайно важливою.

✓ **Депресія як наслідок переживання травми.** Депресія, яка у більшості випадків коморбідна із ПТСР або є самостійним наслідком пережитої травми, значно ускладнює процес травмотерапії, робить його тривалішим і збільшує ймовірність як покинення терапії, так і загалом уникання звернення за сторонньою допомогою.

Відповідно до DSM-5, депресивні розлади характеризуються сумним, спустошеним чи дратівливим настроєм, та супроводжуються соматичними та когнітивними змінами, які суттєво впливають на якість життя людини.

⚠ «Великий депресивний розлад», діагностується у випадку наявності мінімум п'яти із симптомів, присутніх протягом останніх двох тижнів:

- ❖ пригнічений настрій протягом більшої частини дня;
- ❖ значне зниження інтересу чи задоволення від більшості активностей;
- ❖ значна зміна ваги тіла чи апетиту;
- ❖ надмірна сонливість або безсоння;
- ❖ психомоторне збудження або загальмованість;
- ❖ відчуття нестачі енергії;
- ❖ почуття меншовартості або провини;
- ❖ знижена здатність до концентрації уваги;



❖ повторювані думки про власну смерть, суїцидальні наміри чи спроби.

Депресивні розлади змінюють спосіб опрацювання інформації, викривлюючи сприймання дійсності та сприймання можливості подолати цей розлад. Типовими є думки: «Мені нічого не допоможе», «Це буде тривати завжди», «У мене немає ніякої надії вийти із цього стану». Емоційний рівень, який перебуває під впливом думок, і сам у свою чергу, на неї впливає. У результаті виникає один із замкнених депресивних циклів: негативні думки провокують негативні емоції (спустошення, безнадія, сум), які підтримують негативні думки. При депресії змінюється функціонування центральної нервової системи, що проявляється, у зниженні рівня серотоніну, нейромедіатору. Виникає зниження рівня серотоніну призводить до появи депресивного стану, який через зниження життєвої активності та дисфункційну поведінку, сприяє зниженню серотоніну.

При депресивному розладі страждає й мотиваційна сфера особистості, що проявляється як у повсякденному житті людини (зменшується бажання працювати, спілкуватися, порушується здатність до вольової регуляції, виникає відчуття втрати сенсу життя), так і у ставленні до можливості подолати саму депресію (з'являється байдужість до себе й свого здоров'я, зникає надія, втрачається віра у те, що допомога можлива). Депресія призводить до браку мотивації одужання, яка призводить до зменшення активностей, уникання допомоги, що, у свою чергу, призводить до того, що депресія не зникає, і цикл починається знову (рис. 4.1.1).



Рис. 4.1.1

Є багато факторів, які посилюють гостроту переживань та провокують симптоми стресових розладів. Діагноз ПТСР установлює психіатр, а не психолог, людина потребує комплексної терапії.

## 4.2

### СИМПТОМИ ПТСР. ФАЗИ РОЗВИТКУ ПТСР

Далеко не у всіх людей, які пережили психотравмуючу подію, розвинеться ПТСР.

✚ **Ризик розвитку цього розладу залежить від багатьох факторів:**

❖ *Характеристики травми* — вид і «доза» травми: чим більша загроза життю, фізична близькість, непередбачуваність і неконтрольованість травматичного чинника, тим більший ризик. Свою роль відіграє і фактор жорстокості травми, заподіяні людині людиною, частіше призводять до ПТСР, ніж стихійні лиха та техногенні катастрофи. Сексуальне насильство у більшості потерпілих призводить до ПТСР, ніж насильство фізичне. Підвищує ризик розвитку ПТСР також безпосередня вина жертви у нещасному випадку, гибелі близьких людей, а також присутність фактора зради.

❖ *Характеристики потерпілої особи та копіngu з травмою:* особливості суб'єктивного сприйняття травми (заслужена кара), особливості копіngu з травмою (самоізоляція, вживання алкоголю), наявність інших психічних захворювань до моменту травми, особистісна незрілість зі схильністю до самозвинувачень, негативним самосприйняттям, перенесені й не інтегровані травми в дитинстві (недавня травма може відкрити «скриньку Пандори» з минулого). Наявність внутрішніх ресурсів збільшує опірність до травмуючого впливу. У дітей, з огляду на брак «зрілих» ресурсів, до подолання травматичної події ризик розвитку ПТСР після перенесеної психотравмуючої події вищий і великою мірою залежатиме від того, як переживають подію батьки, і наскільки вони можуть допомогти дитині в «інтеграції» даного досвіду. Виявлені певні гени, наявність яких збільшує ризик ПТСР після перенесеної психотравми.

❖ *Характеристики соціального оточення потерпілої особи:* брак соціальної підтримки, самотність, нездорові реакції з боку рідних (відкинення, звинувачення, замовчування факту травми, стигматизація тощо).

❖ *Інші фактори:* наприклад, травма торкнула одну людину, чи цілу спільноту; наявність супутніх життєвих стресів і проблем, спричинених травмою, так і тих, що існували до травматичної події; доступність форм психологічної допомоги, превентивних програм тощо.

✓ *У людини є два види пам'яті: імпліцитна та експліцитна.*

При ПТСР травматична подія записується у вигляді імпліцитної пам'яті й не відбувається її інтеграція в автобіографічну наративну пам'ять. Це може бути спричинено як нейроендокринними реакціями у момент стресової події (висока концентрація глюкокортикостероїдів може блокувати інтегративні процеси у гіпокампі, його об'єм в осіб з хронічним ПТСР є зменшеним), так і захисним «увімкненням» механізму дисоціації. Суть механізму полягає у «роз'єднанні» нейрональних мереж, що відповідають за різні складові свідомості людини: та мережа нейронів, яка береже записані у формі імпліцитної пам'яті спогади про травматичну подію та відповідний, пов'язаний з цією подією емоційний стан, відмежовується з «поля свідомості». Це можна порівняти з утворенням певної ширми перегородки у свідомості, яка відгороджує «звичну зону» від травматичного минулого, від якого хочеться «втекти і сховатися, бо воно надто болюче». Утворення дисоціативного «бар'єру» у системі пам'яті, який часто надалі утримується активним уникненням травматичного матеріалу в надії, що якщо «намагатися не згадувати, то подія забудеться сама собою», веде до того, що процес інтеграції травматичної пам'яті блокується, відповідно до цього походять симптоми ПТСР.

⚡ **Симптоми за механізмом розвитку можна поділити на дві групи.**

❖ *Перша* пов'язана з тим, що травматична пам'ять не інтегрується, залишається у формі імпліцитної, відповідно спогади не «архівуються», а періодично «вискакують» у свідомість людини, спричиняючи виражений дистрес — це так звані позитивні дисоціативні симптоми. Людина, попри небажання, постійно переживає травматичну подію знову і знову у формі інтрузивних спогадів (візуальних, соматосенсорних) — ці спогади носять усі характеристики імпліцитної пам'яті: людина немов «провалюється» в минуле, має таке відчуття, наче знову переживає травматичну подію, відповідно, активуються всі емоції, пов'язані з травмою. Ці спогади можуть також бути присутніми в снах людини буквально та символічно, її можуть переслідувати страхітливі сновидіння. Спогади можуть «виринати» самос-

тійно або викликатися певними «тригерами» — ситуаціями чи стимулами, які нагадують про травматичну подію. Може мати місце виражена поведінка уникнення, мета якої — зменшити контакт із тригерами та спогадами. Відсутність інтеграції травматичної пам'яті супроводжується тим, що мигдалевидне тіло «утримує» симпатичну нервову систему у стані постійної гіперактивації — у людини можуть бути постійне відчуття тривоги, її вегетативні симптоми, порушення сну, підвищена дратівливість, труднощі з концентрацією уваги.

❖ *Друга* група спогадів пов'язана з відсутністю, втратою певних аспектів психічного життя, що зумовлено утворенням дисоціативних «бар'єрів». До цих симптомів може відноситися втрата пам'яті щодо травматичної події чи окремих її деталей, загальне емоційне «оніміння», почуття загального «відчуження».

Намагання уникнути зіткнення зі спогадами про травматичну подію має у своїй основі фобію окремих аспектів власної пам'яті, власного внутрішнього життя. Життєвий простір людини може суттєво обмежуватися — як внутрішній, інтрапсихічний, так і зовнішній, адже багато аспектів зовнішнього світу є тригерами внутрішніх переживань.

✓ *Симптоми ПТСР зазвичай виникають протягом 3-х місяців після травматичної події, але іноді вони можуть з'являтися пізніше.*

Щоб відповідати критеріям посттравматичного стресового розладу, симптоми повинні тривати понад 1 місяць і бути достатньо сильними, щоб заважати повсякденному життю, роботі або стосункам. Симптоми також не повинні бути пов'язані з прийомом ліків, вживанням психоактивних речовин чи іншою хворобою. Кожна людина переживає ПТСР та реагує на травматичні події по-різному. Багато людей після травми відчувають деякі симптоми, які зникають через кілька тижнів. Однак якщо ці симптоми тривають понад місяць і впливають на повсякденне життя, це можуть бути ознаки посттравматичного стресового розладу.

✓ *Симптоми ПТСР можуть змінюватися за інтенсивністю з часом.* Деякі люди з посттравматичним стресовим розладом вміють «керувати» своїми симптомами, тобто мають тривалі періоди затишшя. У когось важкі симптоми ПТСР тривають постійно, а у декого — лише при напруженні або нагадуванні про пережите.

✓ *Симптоми ПТСР відрізняються у різних людей,* але деякі з них мають спільні ознаки.

### ✚ **Симптоми повторного переживання**

Повторне переживання є найбільш типовим симптомом ПТСР. Проявляється воно мимовільним та яскравим переживанням травматичної події:

- ❖ флешбеки — відчуття, ніби травматична подія відбувається зараз. При цьому з'являється надмірна пітливість чи підвищується серцебиття;
- ❖ повторювані спогади або нічні кошмари, що асоціюються з подією чи нагадують про неї;
- ❖ тривожні та нав'язливі думки чи образи;
- ❖ фізичні відчуття, такі як пітливість, тремтіння.

Ці симптоми можуть викликати думки, слова, предмети чи події, які пов'язані зі стресовою ситуацією.

### ✚ **Симптоми уникнення**

Намагання уникнути нагадування про травматичні події є ще одним ключовим симптомом ПТСР:

- ❖ дисоціативна амнезія — нездатність згадати фрагменти травматичної події;
- ❖ відчуття відстороненості або віддалення від раніше близьких людей;
- ❖ уникання розмов і думок про травматичні події;
- ❖ уникання асоціацій: думок, почуттів, речей, людей і місць, пов'язаних з травматичною подією;
- ❖ відчуття, що потрібно весь час бути зайнятим;
- ❖ вживання алкоголю або наркотиків, щоб уникнути спогадів;
- ❖ почуття емоційного заціпеніння або відірваності від своїх почуттів.

Симптоми уникнення можуть змусити людей змінити свій розпорядок дня.

### ✚ **Симптоми настороженості (гіперпильності) та надмірної збудливості**

Відчуття знервованості, перебування завжди насторожі або в пошуку потенційної небезпеки — це один із симптомів ПТСР:

- ❖ надмірна пильність;
- ❖ легка лякливність;
- ❖ труднощі з концентрацією;
- ❖ труднощі зі сном;

- ❖ панічні атаки;
- ❖ дратівливість;
- ❖ безрозсудність.

#### ⚡ **Симптоми настрою та почуттів**

Як людина думає про себе та інших, може змінитися через травму. І це свідчить про наявність ПТСР:

- ❖ негативні переконання та очікування: токсичні думки про себе, інших чи увесь світ;
- ❖ звинувачення себе або інших людей у причинах травматичної події або її наслідках;
- ❖ відчуття, що ви нікому не можете довіряти;
- ❖ негативні емоції: постійне переживання страху, жаху, гніву, провини чи сорому;
- ❖ втрата інтересу до занять, які вам подобалися раніше;
- ❖ нездатність відчувати позитивні емоції, навіть незначні радості.

Зазвичай симптоми ПТСР з'являються протягом 6 місяців після події. Втім бувають випадки, коли симптоми розвиваються і після 6 місяців. Багато людей не звертаються за допомогою, коли у них з'являються перші симптоми.

✓ ***ПТСР неможливо діагностувати в перший місяць після травматичної події.***

#### ⚡ **Симптоми та проблеми, які зазвичай пов'язують із ПТСР:**

- ❖ *Повторне переживання:* флешбеки, нічні жахи, повторювані і болісні, інтрузивні образи або чуттєві враження. У дітей ці симптоми можуть містити реконструкцію пережитого досвіду, постійно повторювану гру або страшні сни без розпізнаваного змісту.

- ❖ *Уникнення:* уникання людей, ситуацій або обставин, що пов'язані з подією або нагадують її.

- ❖ *Перезбудження:* надмірна пильність, перебільшена реакція здригання, порушення сну, дратівливість і труднощі зі зосередженістю.

- ❖ *Емоційне оніміння:* відсутність здатності переживати почуття, почуття відокремленості від інших людей, відмова від дій, які раніше були важливі, амнезія щодо важливих моментів події.

- ❖ *Депресія.*

- ❖ *Зловживання алкоголем або наркотиками.*

- ❖ *Гнів.*

- ❖ *Фізичні симптоми, які повторюються і не мають жодного пояснення.*

Найхарактернішим симптомом ПТСР є **повторне переживання симптомів**. Люди з ПТСР мимоволі знову переживають аспекти травматичної події в дуже яскравий спосіб, що викликає у них дистрес. Нагадування про травматичну подію викликають сильний дистрес і/або фізіологічні реакції.

✓ **Уникання згадок про травму** є ще одним характерним симптомом ПТСР. Це стосується людей, ситуацій та обставин, що нагадують або пов'язані з травматичною подією. Люди з ПТСР часто намагаються виштовхнути зі своєї свідомості спогади про подію, не думати та не обговорювати її деталі, особливо найгірші моменти. Є люди, які забагато роздумують над питаннями, що заважають їм примиритися з подією (наприклад, про те, чому подія відбулася саме з ними, про те, як їй можна було б запобігти або про можливу помсту).

✓ Люди з ПТСР також відчувають симптоми **надмірного збудження**, включаючи гіпернастороженість щодо загрози, лякливність, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги і проблеми зі сном.

✓ Інші особи з ПТСР також скаржаться на симптоми **емоційного оніміння**. До них належать: відсутність здатності відчувати емоції, відчуття відсторонення від інших людей, відмова від видів діяльності, які раніше були важливими, і втрата пам'яті стосовно важливих частин події.

ПТСР є виліковним розладом навіть через багато років після травматичної події. Проте обстеження ПТСР може становити значні труднощі, оскільки багато людей ухиляються розповідати про свої проблеми, хоча скаржаться на дискомфорт.

При обстеженні та ідентифікації ПТСР важливо емпатично ставити конкретні запитання, як про симптоми, так і про досвід травматичної події. ПТСР часто супроводжується низкою коморбідних розладів, таких як депресія.

## ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПТСР: КАТЕГОРІЇ ЛЮДЕЙ. ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ВИНИКНЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ

✓ *Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)* — діагноз, що найчастіше асоціюється з психологічними наслідками тортур. Зв'язок цього діагнозу з тортуррами глибоко вкоренився у свідомості працівників охорони здоров'я, іміграційних судів і обізнаних непрофесіоналів. У результаті склалося помилкове і спрощене уявлення, що ПТСР є головним психологічним наслідком тортур. Визначення ПТСР, що міститься у ДСР-IV, багато в чому ґрунтується на наявності розладів пам'яті, викликаних отриманою травмою, нав'язливих спогадів, нічних кошмарів і нездатності згадати важливі аспекти травми. Людина може виявитися не у змозі точно пригадати конкретні деталі подій, пов'язаних із тортуррами, але бути здатною згадати основні моменти пережитих тортур. Наприклад, жертва може згадати, що її кілька разів гвалтували, але не може вказати точні дати, місце, де це відбувалося, і докладно описати обстановку або гвалтівників. За таких обставин нездатність згадати точні деталі, не викликає недовіри до розповіді жертви, а швидше підтверджує достовірність. Основні моменти цієї розповіді будуть підтвержені під час повторного опитування.

Діагноз ПТСР у МКБ-10 дуже схожий на діагноз у ДСР-IV. Згідно ДСР-IV, ПТСР може бути гострим, хронічним або уповільненим. Симптоми мають спостерігатися протягом більше, ніж одного місяця, і стан занепокоєння має викликати серйозний розлад або порушення функціонування організму. Для того, щоб можна було поставити діагноз посттравматичного стресового розладу, людина має бути учасником травматичної події, пов'язаної з ризиком для її життя або інших осіб, що викликала сильний страх, стан безпорадності або жах. Страждання, пов'язані з цією подією, повинні постійно заново переживатися в одній або в декількох із перерахованих нижче форм: спогади про подію мають бути нав'язливими, заподіювати душевний біль; постійні болісні сни, що стосуються цієї події; поведінка або відчуття, ніби подія відбувається знову, включаючи галюцинації, ретроспекції й ілюзії; сильне психологічне сум'яття при нагадуванні про подію



і повторення фізіологічної реакції, що мала місце під час тортур, у відповідь на стимули, що нагадують чи символізують певні аспекти цієї події.

✚ Той, хто пережив тортури, постійно демонструє уникання подразників, що асоціюються з травматичною подією, або проявляє загальне притуплення реакцій, про що свідчать, принаймні, **три фактори**:

- ❖ прагнення уникати думок, відчуттів або розмов, пов'язаних із травмою;
- ❖ прагнення уникати вчинків, місць або людей, які нагадують про травму;
- ❖ нездатність згадати той чи інший важливий аспект події;
- ❖ зниження інтересу до важливих видів діяльності;
- ❖ відчуженість або віддалення від інших людей;
- ❖ обмеженість афекту
- ❖ обмежене сприйняття перспективи.

Ще однією причиною для постановки діагнозу ПТСР за ДСР-IV, є постійна наявність симптомів підвищеної збудливості, яких не було до травми, про що свідчать щонайменше **два з таких факторів**: проблеми із засинанням або сном, дратівливість або вибухи гніву, труднощі із зосередженням уваги, надмірна підозрілість і надмірна реакція здригання.

Симптоми ПТСР можуть бути хронічними або змінюватися протягом тривалих періодів часу. У певні періоди, у клінічній картині домінують симптоми надмірного збудження і дратівливості. У цей час той, хто пережив катування, зазвичай, повідомляє також про те, що почастішали нав'язливі спогади, нічні кошмари і явища ретроспекції. У жертви можуть бути нечисленні симптоми або вона може бути емоційно скутою і замкнутою. Якщо діагностичні критерії ПТСР не встановлено, це не означає, що тортури не застосовувалися. Відповідно до МКБ-10, у певних випадках ПТСР може протягом багатьох років протікати в хронічній формі та поступово перейти у стійку зміну особистості.

✚ Виділяють 3 основні типи перебігу ПТСР: **гострий, хронічний та відстрочений**.

❖ **Гострий ПТСР** — визначається тривалістю симптомів від 1-го до 3-х місяців.

❖ **Хронічний ПТСР** — коли симптоми розладу зберігаються більше 3-х місяців.

❖ **Відстрочений ПТСР** може виявити себе через 6 місяців. У цей період буде найбільш яскраво виражатися клінічна картина захворювання. До появи характерних симптомів пацієнт відчувається нормально і може навіть не підозрювати, що ПТСР вже розвивається.

На рис. 4.3.1 зображено перехід від травматичної події до ПТСР.




<b>ВІД ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ ДО ПТСР</b>				
Травматична подія	Гостра стресова реакція	Гострий стресовий розлад	Гострий ПТСР	Хронічний ПТСР
	<b>перші хвилини та 3-4 дні</b> після травматичної події	<b>до 4 тижнів</b> після травматичної події	<b>від 1 до 3 місяців</b> після травматичної події	<b>від 1 року</b> після травматичної події
<b>Симптоми</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• нервове тремтіння;</li> <li>• ступор;</li> <li>• гіперзбудження;</li> <li>• істерика;</li> <li>• плач;</li> <li>• роздратування;</li> <li>• уникнення розповідей і спогадів про подію;</li> <li>• розповідь про подію, наче вона ще триває</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• агресія;</li> <li>• апатія, сум, плаксивість;</li> <li>• дисоціація (нечуттєвість щодо свого тіла та емоцій);</li> <li>• повторне переживання – «флешбеки» (відчуття, ніби подія знову відбувається в реальному часі);</li> <li>• нічні жахи;</li> <li>• порушення сну;</li> <li>• втрата або посилення апетиту;</li> <li>• різкі зміни настрою</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• спогади, відчуття та реакції такі самі сильні, як і під час події;</li> <li>• флешбеки, нічні кошмари;</li> <li>• емоційне онімління або уникнення;</li> <li>• загострення хронічних хвороб;</li> <li>• ангедонія (зниження або втрата здатності отримувати задоволення);</li> <li>• деструктивна поведінка – вживання психоактивних речовин</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• симптоми такі самі, як при гострому ПТСР;</li> <li>• амнезія, порушення пам'яті; спогади, що травмують;</li> <li>• суїцидальна поведінка;</li> <li>• асоціальна поведінка;</li> <li>• галюцинації</li> </ul>
<b>Вираження симптомів</b> 	Симптоми <b>можуть згаснути</b> самостійно.  Якщо симптоми не зникають, вони переходять у наступну стадію, стають більш вираженими.	Симптоми <b>можуть згаснути</b> самостійно, <b>але краще звернутися по психологічну допомогу</b> .  Якщо симптоми не зникають, вони переходять у наступну стадію, стають більш вираженими.	Симптоми самостійно не згаснуть, <b>потрібно звернутися по психіатричну допомогу</b> .  Без отримання допомоги симптоми переходять у наступну стадію, стають більш вираженими.	Без отримання належної комплексної терапії якість життя значно погіршується, можуть розвиватися інші розлади психіки.

Рис. 4.3.1

Якщо у випадку пережитої травматичної події або стресової ситуації підтримка від сім'ї чи друзів була відсутньою, наявна затяжна депресія або тривога, ризик розвитку ПТСР у такому разі підвищується.

На тлі останніх подій в Україні значна частка цивільного населення підпадає під фактори ризику ПТСР. Біженці та люди, які шукають прихистку, можуть зазнати травми, яка може призвести до посттравматичного стресового розладу.

✚ Серед військових до факторів ризику посттравматичного стресового стресу належать:

- ❖ тривалість бойового впливу;
- ❖ низький моральний дух;
- ❖ погана соціальна підтримка;
- ❖ нижчий ранг;
- ❖ неодружений статус;
- ❖ низький рівень освіти;
- ❖ історія дитячих негараздів;
- ❖ наявність в анамнезі попередніх психічних розладів підвищує ризик ПТСР.

Певну роль у розвитку посттравматичного стресового розладу також може відігравати генетичний фактор. Наявність у батьків проблем з психічним здоров'ям збільшує шанси на розвиток ПТСР.

Дисоціація є характерною рисою посттравматичного стресового розладу. Події та переживання, які викликають ПТСР, можуть призвести до того, що людина відчуває певний ступінь емоційної відстороненості від реальності. Тому дисоціативна поведінка може допомогти діагностувати ПТСР.

Трапляються випадки, коли дисоціація не пов'язана з початковою травмою, а розвивається згодом, як втеча від повторюваних нав'язливих думок та сильних нападів тривоги. Стає легше «відсторонитися» від реальності свого стану, замість продовжувати наново переживати досвід або справлятися з постійними душевними стражданнями. Дисоціація також може бути точкою, де ПТСР і депресія перетинаються.

✓ **Дисоціація** — це одна з важливих ознак ПТСР. Не існує єдиного визначення для цього терміну.

**Дисоціація** (лат. dissociation — роз'єднання, поділ) характеризується **відчуттям відділення психіки від тіла, психіки від свідомості**. Виявляється це у порушенні певних психічних функцій: свідомості, пам'яті, відчутті власної ідентичності та навколишнього світу.

Дисоціативні прояви можуть викликати у людини почуття нереальності того, що відбувається, похмурість свідомості. У важчих випадках з людиною неможливо встановити контакт, вона перестає реагувати на враження і важко контролює тіло за своєю волею. Можуть виникати напади, подібні до епілепсії. Багато хто навіть може вважати, що страждає від серйозного фізичного захворювання.

✚ Кожна людина відчуває індивідуальну форму цього психічного стану, виділяють **три основні типи дисоціації**:

❖ **Деперсоналізаційно-дереалізаційний розлад.** Людина відключається від власного розумового процесу та фізичних функцій. Їй може здаватися, що вона спостерігає за собою зі сторони та не контролює свої дії чи дії оточення.

❖ **Дисоціативний розлад ідентичності (DID).** У минулому цей розлад називали розладом множинної особистості або роздвоєнням особистості. Людина перемикається між двома чи більше особистостями.

❖ **Дисоціативна амнезія.** Тип дисоціації, при якому людина «стирає» спогади про свою особисту історію та особистість.

Існує й інший часто згадуваний тип — **дисоціативна fuga**. Людина подорожує до нового місця або приймає нову особистість, не знаючи, що вона перейшла з попереднього життя.

Ознаки дисоціативних порушень вказують на те, що фактично вони є симптом ПТСР. При дисоціативному типі ПТСР людина буде відчувати всі ті ж симптоми, що і при звичайному ПТСР: **симптоми повторного переживання, уникнення, гіперзбудливості**.

У цьому люди з дисоціативним ПТСР нічим не відрізняються. Однак вони також постійно відчуватимуть дисоціацію: деперсоналізація/дереалізація.

Дисоціація, як механізм психологічного захисту, допомагає людині впоратися з сильними негативними емоціями, спричиненими впливом події або факторів травматичної ситуації. Одним із багатьох симптомів ПТСР є підвищена пильність (гіперпильність).

Гіперпильність проявляється відчуттям загрози в безпечних ситуаціях, місцях з людьми. Навіть знайоме оточення і люди можуть бути проблемою, оскільки гіперпильність може змусити людей гостро оцінювати деталі, на які раніше не звертали увагу — мова тіла, голос і тон людини, її настрій, вираз обличчя.

✚ **Гіперпильність можна охарактеризувати чотирма загальними ознаками.**

❖ *Переоцінка загрози:* надто пильні люди будуть шукати загрози, які або малоімовірні, або перебільшені.

❖ *Нав'язливе уникнення передбачуваних загроз:* людина завчасно уникає місць, де, на її думку, можуть виникнути загрозливі ситуації (наприклад, громадські зібрання). У крайніх випадках, у людини може розвинутися агорафобія — різновид нав'язливих страхів, що охоплює сукупність фобій різних типів: відчуття страху перед натовпом, боязнь перебувати без супроводу на відкритій місцевості, у громадських місцях, транспорті.

❖ *Підвищений рефлекс страху:* ненормальна реакція, при якій людина здригається від будь-якого раптового шуму, руху або несподіванки, навіть посеред ночі. Перебування в новому оточенні, може ще більше посилити реакцію.

❖ *Фізіологічні симптоми, викликані адреналіном:* люди з гіперпильністю, пов'язаною з ПТСР, часто мають стійку реакцію адреналіну, що проявляється розширенням зіниць, збільшенням частоти серцевих скорочень і підвищенням артеріального тиску.

✚ Деякі інші **поширені прояви гіперпильності:**

❖ Відсутність об'єктивності.

❖ Надмірний аналіз того, що люди бачать або думають про нас.

❖ Не усвідомлення того, що є очевидним для інших.

❖ Стривожений, неспокійний вигляд, людина не може всидіти на місці.

❖ Небажання пробувати щось нове або знайомитися з новими людьми.

❖ Іноді люди з гіперпильністю не можуть розмовляти, тому що відволікаються на якісь деталі/звуки й не можуть зосередитися.

❖ Постійне хвилювання за інших.

❖ Вплив на сон: хтось може дуже боятися заснути, і коли засинає, то найменший шум може повністю розбудити людину, а через сплеск адреналіну може бути дуже важко заснути знову.

❖ Катастрофізація: паніка, пов'язана з гіперпильністю, акцентує людину лише на негативне і вона несвідомо створює ситуацію, яка свідомо призведе до невдачі.

Багато людей з підвищеною пильністю не вважають свої реакції необґрунтованими. Вони можуть відчувати, що їхні дії необхідні для

збереження безпеки після травми. Якщо гіперпильність заважає займатися повсякденною діяльністю, то її необхідно лікувати як частину посттравматичного стресового розладу.

✚ До основних ознак, що визначають наявність *ПТСР у дорослих* відносять:

- ❖ напливи нав'язливих спогадів про небезпечні для життя ситуації, учасником яких була людина;
- ❖ травматичні сновидіння з кошмарами, порушення сну;
- ❖ прагнення уникати емоційних навантажень;
- ❖ невпевненість через страх, і як наслідок — відкладання прийняття рішень, неконтактність з оточенням;
- ❖ надмірна втома, дратівливість, депресивні стани, головні болі, нездатність концентрувати увагу на чомусь тощо.

✚ *Прояви посттравматичного стресового розладу у дітей:*

- ❖ постійні згадування про пережиті події (нав'язливі спогади, про які дитина може не зізнаватися дорослим), водночас уникнення всього, що нагадує їй про пережите;
- ❖ емоційне напруження, вияви агресії або ж навпаки — апатичність, депресивність, емоційна відстороненість;
- ❖ порушення сну, страшні сновидіння, через які дитина прокидається вночі, діти дошкільного та молодшого шкільного віку можуть плакати вночі;
- ❖ підвищення рівня тривожності, очікування повторення подій;
- ❖ порушення пам'яті, уваги, здатності вчитися;
- ❖ постійне відтворення пережитого у грі (для дітей дошкільного та молодшого шкільного віку);
- ❖ саморуйнівна поведінка (зокрема у підлітків: нанесення самошкоджень, алкоголізація, наркотизація).

✚ **Діти та підлітки можуть мати ПТСР, якщо вони пережили тяжку подію:**

- ❖ війна,
- ❖ сексуальне насильство,
- ❖ фізичне чи психологічне насильство, чи інші насильницькі злочини,
- ❖ стихійні лиха (наприклад, повені),
- ❖ стрілянина у школах,
- ❖ автокатастрофи або пожежі.

✚ **Виділяють три групи факторів, поєднання яких призводить до виникнення ПТСР:**

❖ інтенсивність травматичної події, її тривалість, несподіваність та неконтрольованість;

❖ сила захисних механізмів особистості та наявність соціальної підтримки;

❖ особисті фактори ризику: вік на момент травми, наявність травматичних подій та психічних розладів у попередні періоди життя людини.

Діти та підлітки потрапляють у зону ризику розвитку ПТСР.

✓ **Водночас кожна людина, яку зачепили військові дії, має свої переживання та реакції, що є абсолютно нормальними у відповідь на ненормальну ситуацію.**

Лабораторних методів виявлення ПТСР не існує. Методи діагностики ПТСР у дітей ґрунтуються на психофізіологічному обстеженні.

*До 6 років* — опитати батьків на предмет якості сну дитини, її стосунків з іншими дітьми. *Старших за 6 років* — за результатами бесіди та психологічного тестування самої дитини.

*Ключові критерії постановки діагнозу ПТСР:* беззаперечний факт травматичної події та збереження описаної симптоматики більш як місяць.

Якщо після травматичної події у дитини з'явилися нові поведінкові або емоційні проблеми, які тривають понад 2 тижні, це можуть бути прояви ПТСР.

✚ **Слід звернути увагу на такі симптоми:**

❖ з'являються постійні спогади та переживання травматичної події;

❖ підвищене серцебиття та пітливість;

❖ дитина легко лякається;

❖ є емоційне заціпеніння;

❖ дитина дуже сумна або пригнічена;

❖ з'явилися раптові зміни в поведінці, мовленні, використанні слів або сильні емоції.

Серед розладів, пов'язаних зі стресом визначають два різних споріднених стани: *посттравматичний стресовий розлад і комплексний посттравматичний стресовий розлад*. Такі поняття зафіксовані й у Міжнародній класифікації хвороб (МКБ-11).

І ПТСР, і кПТСР є результатом переживання чогось глибоко травматичного. Ці розлади можуть викликати повторні переживання, кошмари та безсоння. Можуть провокувати сильний страх і відчуття небезпеки, навіть якщо вона минула.

✚ **Попри схожість, існують характеристики, які відрізняють комплексний ПТСР від ПТСР.**

❖ Основна відмінність між цими двома розладами полягає в частоті контакту із травмою, яка його спричинила. Якщо ПТСР зазвичай спричиняється однією травматичною подією, кПТСР — множинними, тривалими, повторюваними або безперервними травмами.

❖ Перебіг ПТСР зазвичай є менш важким, ніж кПТСР.

❖ Визначення кПТСР описує більш складні реакції, характерні для людей, які зазнали хронічної травми.

❖ ПТСР та кПТСР мають дуже схожі симптоми, але кПТСР також має 3 додаткові категорії симптомів: труднощі з емоційною регуляцією, порушення почуття власної гідності та міжособистісні проблеми.

Симптоми комплексного посттравматичного стресового розладу можуть бути різними та змінюватися з часом.

✓ **Комплексний синдром ПТСР** передбачає наявність хронічної симптоматики, затяжної депресії, важку регресію, ангедонію й алекситимію, а також схильність до повторної травматизації на фоні втрати ідентифікації та глибинних соціальних порушень у потерпілого.

✚ Можуть бути симптоми протягом тривалого часу, це можуть бути ознаки кПТСР (хоча люди з ПТСР теж можуть відчувати такі ж симптоми):

❖ **Важко контролювати емоції.** Люди зазвичай втрачають контроль над своїми емоціями, що може проявлятися у вигляді вибухового гніву, постійного смутку, депресії та суїцидальних думок.

❖ **Заклопотаність кривдником.** Нерідко зациклюються на кривднику, стосунках з ним або помсті.

❖ **Негативне світосприйняття.** кПТСР може змусити людину сприймати себе в негативному світлі. Вони можуть відчувати себе безпорадними, винними або соромитися себе. У них часто виникає відчуття абсолютної відмінності від інших людей та відсутня надія на те, що колись все зміниться на краще.

❖ **Труднощі у стосунках.** Відносини можуть страждати через труднощі з довірою іншим і негативне ставлення до себе. Людина з кПТСР може уникати стосунків через недовіру.

❖ **Відрив від травми.** Людина може відключитися від себе (деперсоналізація) і навколишнього світу (дереалізація). Деякі люди можуть навіть забути свою травму, але не позбавляє їх цих симптомів.

❖ **Втрата системи значень.** Це може включати втрату своїх основних переконань, цінностей, релігійної віри чи надії на світ та інших людей.



## ПРИНЦИПИ РОБОТИ З ПТСР. ПСИХОКОРЕКЦІЙНЕ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПТСР

Існує два основних підходи до лікування посттравматичного стресового розладу: **психотерапія або медикаментозна терапія.**

Людина, яка переживає посттравматичний стрес, починає ділити своє життя на дві частини — до події і після. У такої людини виникає відчуття, що оточуючі не можуть зрозуміти її почуття і переживання.

✚ *У цей період можна допомогти дорослій людині:*

❖ допомогти постраждалій людині виразити свої почуття, пов'язані з пережитою подією. Якщо людина відмовляється від бесіди, можна запропонувати їй описати те, що сталося у щоденнику чи у вигляді розповіді;

❖ показати постраждалій людині, що, навіть, у зв'язку з найгіршою подією, можна повірити в те, що життя триває і треба зробити висновки, які стануть корисними у майбутньому. Дати людині самій подумати про той досвід, який вона отримала в часи життєвих випробувань;

❖ надати постраждалій людині можливість спілкування з тими людьми, які були свідками, чи учасниками жаклих подій. У разі потреби допомогти їм обмінятися номерами телефонів;

❖ не дозволяти постраждалій людині грати роль жертви, тобто використовувати трагічну подію для отримання вигоди. Приклад відповідного висловлювання: «Я не можу нічого робити. Я ж пережила такі страшні хвилини».

Коли людина стримує сльози емоційної розрядки або полегшення не відбудеться, якщо ситуація затягується внутрішнє напруження може спричинити шкоду фізичному і психічному здоров'ю потерпілої людини.

✓ *Тому в такій ситуації:*

Не залишати потерпілого наодинці. Встановити фізичний контакт з постраждалою людиною — взяти людину за руку, покласти свою руку їй на плече чи спину, погладити по голові. Дати їй відчуття, що ви поряд. Використовувати прийоми «активного слухання». Вони допоможуть постраждалій людині виплеснути своє горе. Рекомендуєть-

ся періодично вимовляти: «ага», «так»; кивати головою, підтверджувати, що ви слухаєте і співчуваєте. Повторювати за постраждалою людиною частини фраз, в яких вона виражає свої почуття, говорити про свої почуття і почуття постраждалої людини. Не намагатися заспокоювати постраждалу людину. Дати їй можливість виплакати і виговоритися, «виплеснути» з себе горе, страх, образи. Не задавати питань, не давайте порад.

### ✚ Психотерапія як спосіб лікування ПТСР

Психотерапія ПТСР зосереджена на травматичному досвіді, а не на минулому житті. Будь-яку психотерапію повинна проводити людина, яка має відповідну підготовку та акредитацію. При ПТСР сеанси зазвичай відбуваються щонайменше раз на тиждень з одним і тим самим терапевтом та часто тривають 8–12 тижнів. Тривалість кожного сеансу 1–1,5 години. Психотерапія дозволить правильно приймати, згадувати події, розповідати про свій досвід та відчувати безпеку.

✚ *Для лікування ПТСР рекомендуються 2 основні психотерапевтичні підходи:*

#### ❖ **Метод десенсибілізації й перероблення за допомогою рухів очей (EMDR)**

Це техніка, яка використовує рухи очей, щоб допомогти мозку обробити травматичні спогади та поступово зменшувати ПТСР. Треба згадати травматичний випадок і те, що він змушує думати та почувати. Під час цього необхідно виконати рухи очима або отримати деяку «білатеральну стимуляцію», наприклад, постукування руками. Це знижує інтенсивність емоцій, які людина відчуває з приводу травматичного спогаду, допомагаючи усунути травму.

#### ❖ **Когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму.**

Це розмовна терапія, яка може допомогти змінити свій спосіб мислення при ПТСР: почуватися краще і поводитись інакше. Цей вид терапії при ПТСР проводиться сам на сам, інколи — може відбуватися в групах.

❖ **Експозиційна терапія:** мета полягає в тому, щоб піддати впливу тригерів, які стимулюють стрес. Це допоможе розпізнавати їх у житті й знаходити способи більш м'яко реагувати.

Існують також інші методи лікування та заходів, які можна використовувати для полегшення симптомів ПТСР або паралельно з ними. Деякі з них мають короткостроковий, а деякі — довгостроковий

ефект. Коли вони пропонуються, як частина ретельно розробленої програми терапії та методів подолання ПТСР, вони можуть принести людям довгоочікуване полегшення.

### ✚ Медикаментозне лікування ПТСР

Якщо різні методи лікування посттравматичного стресового розладу не ефективні, лікар може призначити лікарські засоби, зокрема антидепресанти. Якщо людина страждає від депресії, антидепресанти можуть допомогти в лікуванні. Якщо селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну не допомагають справитися з посттравматичним стресовим розладом, можуть запропонувати альтернативні препарати, але їх слід приймати за порадою спеціаліста з психічного здоров'я.

### ✚ Можлива профілактика ПТСР

Гостра реакція на стресову подію — це нормально. ПТСР може розвинутися у будь-якої людини протягом її життя. Травматичні події можуть змусити відчувати, що життя вийшло з під контролю, важко почуватися в безпеці та довіряти іншим людям, собі та своїм судженням. Наш досвід часто здається несправедливим, необґрунтованим, нелюдським і жорстоким, може змусити поставити під сумнів уявлення щодо світу та інших людей.

✚ Оскільки запобігти травмі не завжди можна, варто знати про певні захисні фактори, які можуть зумовити більш сприятливий перебіг посттравматичного періоду:

- ❖ постійний контакт та підтримка з боку важливих людей у житті;
- ❖ розкриття травм близьким людям;
- ❖ ідентифікація себе як того, хто вижив, а не як жертви;
- ❖ використання позитивних емоцій та сміху;
- ❖ знаходження позитивного сенсу у травмі;
- ❖ допомога іншим у процесі лікування;
- ❖ переконання в тому, що можете керувати своїми почуттями та справлятися із ситуацією.

✓ **Харчова поведінка** може дуже змінюватися через стрес або конкретні травматичні події. Війна — одна із таких. Іноді, ті, хто перебуває у відносній безпеці, «заїдають війну».

Гострий стрес пригнічує апетит. Після надходження сигналу до організму, виділяється адреналін, — покращується кровопостачання,

підвищується артеріальний тиск, частішає серцебиття. Тоді як робота травної системи сповільнюється, адже вона заважає швидким реакціям. Їсти зовсім не хочеться.

Після пережитої небезпеки, організму потрібно відновити сили. У цей час виділяється кортизол, який посилює апетит. Коли стрес минає, рівень кортизолу знижується до нормальних значень.

Але, якщо стрес триває довго, в організмі постійно зберігається підвищений рівень кортизолу. І апетит може залишатися посиленим.

Люди з розладами харчової поведінки, мають вищу схильність захворюваності на посттравматичні стресові розлади

✓ **Щонайменше 52% людей** з діагнозом «розлад харчової поведінки» зазнавали травми свого часу.

✚ Серед розладів харчової поведінки, виділяють **чотири категорії**, хоча можуть зустрічатися і їхні поєднання.

❖ **Нервова анорексія** — коли хтось боїться набрати вагу і їсть занадто мало.

❖ **ARFID**. Люди з цим захворюванням не відчують інтересу до їжі, мають сенсорні проблеми зі смаком, запахом або текстурою, чи занепокоєння щодо поганого самопочуття після їжі.

❖ **Нервова булімія** — переїдання через психологічні фактори, після чого відбувається очищення організму шляхом блювоти. Водночас спостерігається надмірна залежність власної значущості від ваги або тілесних форм.

❖ **Розлад переїдання (BED)** — коли хтось їсть велику кількість їжі за короткий час, відчуваючи, що не може зупинити це через підвищену тривогу.

❖ **OSFED (other specified feeding or eating disorder)** — інші специфічні розлади харчування або харчової поведінки)

#### ✚ **Статистика про ПТСР та харчову поведінку**

❖ Чоловіки з нервовою булімією мають на 66% вищий ризик посттравматичного стресового стресу, ніж решта.

❖ Приблизно від 37 до 40% людей з нервовою булімією відчувають супутнє ПТСР.

❖ Приблизно 26% жінок з розладом переїдання мають інші критерії ПТСР.

❖ Приблизно 23% людей з нервовою анорексією мають інші критерії ПТСР.

❖ 11,8% жінок з іншими типами розладів харчової поведінки, також мають інші симптоми ПТСТР.

❖ Серед пацієнтів, які проходили лікування розладів харчової поведінки у стаціонарі, до 52% мали інші симптоми ПТСТР.

Травма може створити негативний образ власного тіла або само-сприйняття. Люди звинувачують себе та свою зовнішність у тому, що з ними сталося. Якщо це так, то людина з ПТСТР може використовувати їжу, як спосіб зміни свого тіла, захисний механізм або для зменшення ненависті до себе.

Анорексія може бути способом висловити свою злість і способом відволіктися від болючих емоцій. Це, бажання сховатися, приховати себе від оточення і зникнути.

У людей спостерігаються розлади харчування, як спосіб впоратися з хворобливими переживаннями. ПТСТР, і розлади харчової поведінки мають високі показники **дисоціації** — **відчуття відірваності від себе**. Люди, які страждають на обидва розлади, намагаються використовувати свої харчові звички, як засіб відключити травматичні спогади та емоції або заглушити їх.

ПТСТР і розлади харчової поведінки часто виникають одночасно, однак може бути й по-іншому. Деякі люди можуть боротися з ПТСТР, використовуючи розлади харчової поведінки як навички подолання, спроби отримати відчуття контролю або спроби відключитися від тіла або покарати його. І навпаки, людина з розладом харчової поведінки може бути більш вразливою до травм. Деякі люди з розладом харчової поведінки настільки серйозні, що вимагають стаціонарної госпіталізації та годування через зонд для стабілізації стану. Такі серйозні ускладнення зі здоров'ям можуть спричинити гострішу реакцію на травму.

Пошук психологічних причин розладів харчової поведінки є життєво важливим для ефективного лікування та підтримки.

⚡ *Програма допомоги може включати такі методи лікування:*

❖ Комплексне обстеження, надання інформації та узгодження плану допомоги.

❖ Індивідуальну когнітивно-поведінкову терапію.

❖ Психологічний супровід або, за потреби, сімейну психотерапію.

❖ Медикаментозну терапію.

⚡ **Самопідтримка при ПТСТР**

❖ **Дотримуватись свого розпорядку дня.** Організація максимально нормального життя може дати відчуття заземлення.

❖ **Поговорити з кимось, кому довіряєте.** Може також допомогти розмова з кимось, хто пережив подібну ситуацію.

❖ **Спробувати вправи на розслаблення.** Це може бути медитація чи інші вправи для розслаблення.

❖ **Повернутися на роботу.** Це може дати відчуття рутини, забезпечить зайнятість.

❖ **Регулярно їсти та займатися спортом.** Навіть якщо не хочеться — намагатися харчуватися за розкладом, а спорт допоможе відчувати себе більш втомленим, коли настане час спати.

❖ **Проводити час з іншими.** Це дасть відчуття підтримки.

❖ **Очікувати покращення.** Зосереджуватися на думці про те, що врешті-решт стане краще, буде корисним для вашого одужання.

❖ **Повернутися туди, де сталася травматична подія, лише коли відчуваєте, що можна це зробити.**

❖ **Займайтеся рутинною.** Щоденні ритуали: душ, робота, обід за розкладом, прибирання — усе це може допомогти в подоланні проявів ПТСР.

❖ **Просити про допомогу.** Якщо потрібні деякі зміни, які допоможуть досягти успіху на роботі, треба запитати про них. Якщо виникли проблеми з концентрацією, можна попросити пройти тести в тихішій кімнаті або попросити переїхати в тихішу кімнату в офісі.

❖ **Отримання підтримки.** Якщо є друзі та члени сім'ї, які можуть підтримати, дати їм знати, що саме потрібно — прогулянка, зустріч на каву чи просто телефонний дзвінок. Також можна спробувати знайти групу підтримки (особисто чи онлайн), щоб зв'язатися з іншими, хто стикався з подібними проблемами.

❖ **Уникнення наркотиків, алкоголю та куріння.** Вживання психоактивних речовин може бути небезпечним і в довгостроковій перспективі ускладнить ваше відновлення.

❖ **Не треба бути занадто суворим до себе.** ПТСР може викликати почуття провини, сорому та гніву.

✚ **Підходять також такі методи для подолання ПТСР:**

❖ **Йога**

Регулярні заняття йогою знижують фізіологічне збудження у людей з ПТСР, допомагаючи мінімізувати ризик виникнення нав'язливих спогадів та інших фізичних симптомів ПТСР.

❖ **Медитація**

Ряд кроків, спрямованих на підвищення усвідомленості, зосередженості та спокою, що робить її цінним психотерапевтичним мето-

дом. Вона може дати людям можливість краще контролювати свій розум та емоції, викликані ПТСР.

#### ❖ *Техніка хевенінгу*

Психосенсорна терапія використовується для усунення глибоко укоріненої тривоги та сильних, інстинктивних негативних реакцій — вона поміщає емоційні реакції у безпечний простір — притулок. Може дозволити розірвати цикл негативних емоційних реакцій, пов'язаних з ПТСР.

#### ❖ *Музична терапія*

Терапія музикою, може стимулювати виділення позитивних гормонів, таких як окситоцин, протидіяти гормонам, пов'язаним з підвищеним стресом, і забезпечувати сенсорні зміни, які можуть змушувати нас інстинктивно послаблювати м'язову напругу. Це важливо для людей із ПТСР.

#### ❖ *Бойові мистецтва*

Бойові мистецтва дозволяють зрозуміти й розвинути хороші відносини з силою, допомагають висловити емоції, допомагають практикувати турботу про себе, допомагають встановлювати й підтримувати кордони, допомагають розслабитися.

#### ❖ *Кінна терапія (іпотерапія)*

Терапевтична верхова їзда може призвести до значного статистичного зниження симптомів ПТСР, таких як безсоння, спогади чи панічні атаки вже через три тижні.

#### ❖ *Акупунктура*

Голковколювання ефективно для лікування ПТСР. Вона може впливати на ділянки мозку, що знижують чутливість до стресу, та сприяти розслабленню, а також боротися з іншими проблемами, такими як хворі суглоби, болі в м'язах, нестача енергії та порушений сон.

#### ❖ *Біг*

Вважається, що зменшення симптомів ПТСР у результаті бігу пов'язане з підвищенням рівня білка мозку під назвою «мозковий нейротрофічний фактор». Цей білок зазвичай знижений у людей з ПТСР і відіграє певну роль в усуненні страху, допомагаючи мозку встановити контекст і, отже, почуття безпеки.

#### ❖ *Арттерапія*

Художня творчість здатна змінити нейронні шляхи в мозку, що може допомогти змінити те, як ми думаємо та відчуваємо.

### ❖ *Гідротерапія*

Вода має цілющі властивості — вона не тільки допомагає очищати й загоювати фізичні рани, а й може надавати величезний позитивний вплив на психічне здоров'я.

### ❖ *Письменництво та ведення щоденників*

Ведення щоденника — це безпечне місце для випадкових думок, почуттів і переживань, які в іншому випадку захирашували б ваш розум. Запис слів на папері стає способом очищення і може послабити емоційні реакції, пов'язані з ПТСР.

### ❖ *Садівництво*

Садівництво може бути неймовірно корисним для людей із ПТСР. Воно поєднує у собі фізичну активність, соціальну взаємодію та вплив природи та сонячного світла. Сонячне світло знижує кров'яний тиск, а також підвищує рівень вітаміну D влітку, а вирощені фрукти та овочі позитивно впливають на раціон.

### ❖ *Гіпноterapia*

За допомогою гіпнозу (глибоко розслабленого стану) можна відновити й розвинути нові, позитивні шляхи в мозку, що сприяють довготривалій і здоровій психічній поведінці.

Гіперпильність може цілком захопити життя людей, які страждають на посттравматичний стресовий розлад.

✚ *Можуть допомогти відчувати себе трохи спокійніше такі прийоми:*

❖ *Прозора шторка для душі.* Для деякого звичайна шторка для душі, у поєднанні з перебуванням у невеликому закритому просторі душової kabіни, може приховувати «невідоме». Якщо людина відчуває щось подібне, треба спробувати змінити шторку для душі на прозору.

❖ *Освітлення.* Темрява здатна викликати страх навіть у людей без ПТСР. Якщо людина відчуває дискомфорт через темряву, треба подумати про встановлення датчика руху біля вхідних дверей, встановити нічник у спальні та коридорі поряд.

❖ *Сигналізація.* Якщо гіперпильність заважає заснути через страх появи сторонніх людей у квартирі, допоможе охоронна система зі спеціальним режимом для нічного періоду.

❖ *Переміщення меблів відповідно до потреб.* Розмістити диван так, щоб можна бачити двері або вікна під час перегляду телевізора.

❖ *Слухати музику.* Для деякого прослуховування музики означає, що вони не чують, що відбувається навколо. Для інших відтво-



рення тихої музики в навушниках під час руху може відвертати увагу на будь-які раптові звуки.

✚ **Для корекції ПТСР у дітей використовують когнітивно-поведінкову терапію:**

- ❖ Навчання батьків особливостям спілкування з дитиною. Вони мають донести до дитини її важливість для них, дати віру в себе.

- ❖ Навчання дітей методикам релаксації.

- ❖ Тренування навичок керування своїми емоціями.

- ❖ Виявлення та робота з думками, які перешкоджають адаптації, наприклад — самозвинуваченням.

- ❖ Оповідання про травматичну подію з постійним зниженням напруги емоційного переживання у процесі.

- ❖ Експозиція — регулярне м'яке нагадування дитині про травматичну подію з одночасним роз'ясненням, як керувати власними реакціями.

- ❖ Проведення сімейних занять.

- ❖ Створення стійкого відчуття безпеки для дитини.

Діти з ПТСР мають вищий ризик суїциду. Тому для лікування ПТСР у дітей, які мають схильності до саморуйнування, може бути розглянутим питання тимчасового стаціонарного психіатричного лікування.

У дітей молодшого віку слід впроваджувати ігровий компонент перероблення травми. Необхідно уникати трансформації гри в реконструкцію.

✚ **Терапія відбувається згідно з певними стадіями.**

- ❖ *На першій стадії* проводиться психоедукація, метою якої є нормалізація, пояснення симптомів ПТСР (нормальна реакція на ненормальну подію), навчання пацієнтів базовим технікам самопомоги при появі інтрузивних спогадів, тривоги тощо. Велика роль на першій стадії відводиться вирішенню «поточних» проблем та досягненню базової соціальної стабілізації. Важливим може бути залучення рідних (для дітей це обов'язково). Коли доросла особа чи дитина далі перебувають у травматичному середовищі, важливо забезпечити захист від подальшої травматизації. В окремих випадках це вимагає радикальних соціальних дій, наприклад вилучення дитини з неблагополучної сім'ї та перехід у прийомну. На першій фазі може встановлюватися терапевтичний альянс з терапевтом, проводиться праця на

досягнення певної «внутрішньої» стабілізації, розвитку навичок емоційної регуляції, «накопичення ресурсу». При комплексних формах ПТСР ця фаза може бути дуже тривалою, при простих — 1–2 сесії. При складних дисоціативних розладах, пов'язаних з комплексною травмацією у дитинстві, на цій фазі може проводитися тривала праця із внутрішніми «частками» (скривджена дитина, караюча частка, самопошкоджуюча і т. д.) — робота над стабілізацією внутрішньої системи.

❖ *На другій фазі* відбувається конфронтація з травматичним матеріалом — у систематичний спосіб з використанням відповідних технік кожного з підходів відбувається контрольоване «згадування» та відповідна «процесуалізація», інтеграція спогадів та пов'язаних з ними емоцій, переконань. При EMDR ця процесуалізація травми відбувається за допомогою одночасного згадування та слідкування пацієнта поглядом за рухом руки терапевта вправо-вліво або ж іншою формою білатеральної стимуляції (почерговими дотиками до лівої/правої долоні, аудіостимуляцією тощо). Гіпотезується, що такий подвійний фокус уваги — на травматичному матеріалі та на стимулах, що почергово активують ліву/праву півкулю, орієнтують увагу людини на тому, що відбувається «тут і тепер» — залучає механізм прискореної процесуалізації інформації та сприяє інтеграції травматичних спогадів у експліцитну, нарративну пам'ять. Попри те, що існують різні гіпотези щодо того, який основний діючий компонент методики EMDR, у багатьох дослідженнях чітко встановлено високу ефективність цього підходу і те, що його діючий компонент відмінний від ефекту лише однієї експозиції, яка застосовується в окремих техніках КПТ, зокрема так званої пролонгованої експозиції. Щодо ТФ-КПТ, то на етапі конфронтації з травматичним матеріалом відбувається схожий процес згадування та процесуалізації травми. Арсенал технік КПТ доволі широкий — це і контрольована експозиція (тривале згадування травматичної події), нарративні та когнітивні техніки (написання історії травми та опрацювання як спогадів, так і супутніх переконань та думок щодо цієї події та ін.), техніки рескрипції (відкорегованого «перезапису» в уяві) травматичної події тощо. Опрацювання травматичного матеріалу може бути досить швидким у разі простих форм ПТСР і дуже тривалим — при комплексній травмазації, історії множинних травматичних подій. При цьому може чергуватися конфронтація з травмою і завдання першої фази (стабілізації, «накопичення ресурсу»).

❖ Коли травматичний матеріал опрацьований («рани загоєні й більше не болять»), постають завдання *третьої фази*, яка пов'язана

з «оплакуванням втрат та поверненням до життя у нових його реаліях». Терапевт супроводжує пацієнта у пропрацюванні спричинених травмою втрат та до формування нових (чи повернення до старих) життєвих цілей, орієнтирів, перегляд власної ідентичності. Коли ПТСР носить хронічний характер, то часто спосіб життя пацієнтів змінюється і їм необхідно виробити новий, більш адаптивний, а це вимагає супутнього розвитку нових навичок, прийняття важливих життєвих змін тощо. Терапевт супроводжує пацієнта у цих завданнях, поступово готуючись до завершення терапії.

### ✚ Втручання після трьох або більше місяців після травми

❖ Необхідно запропонувати дітям і молодим людям курс травмофокусованої КПТ, яка адаптована до їхнього віку, обставин і рівня розвитку (також такий курс потрібно запропонувати тим, хто зазнав сексуального насильства).

❖ Для хронічного ПТСР у дітей та молодих людей, що є наслідком однієї події, слід розглянути можливість 8–12 сесій травмофокусованого психологічного лікування. Коли обговорюється травма, як правило, потрібні триваліші терапевтичні сесії (90 хвилин).

❖ Психологічна допомога має бути регулярною і безперервною (зазвичай, щонайменше один тиждень), її повинна надавати одна особа.

❖ Не слід брати за правило призначати медикаментозне лікування для дітей і молодих осіб з ПТСР.

❖ Для лікування дітей та молодих осіб рекомендовано залучати сім'ї, коли це доречно, але слід пам'ятати, що лікування, яке включає лише залучення батьків, не матиме вагомої користі для симптомів ПТСР.

❖ Необхідно інформувати батьків (коли доречно — дітей і молодих осіб), що, окрім як для травмофокусованого психологічного втручання, немає вагомих доказів ефективності лікування іншими формами, такими як: ігрова терапія, арт-терапія і сімейна терапія.

Увага до проявів дисоціації або відстороненості, як до важливого предиктора ПТСР. У ситуаціях екстремальної загрози, інтенсивні емоційні переживання можуть призвести до дисоціації і порушення повноцінної інтеграції травматичної інформації в пам'ять.

### ✚ Психологічні заходи, як запобігання ПТСР включають базові підходи:

❖ Інтервенції психологічного дебрифінгу — уважне слухання опису суб'єктивних переживань під час травматичних подій, включно з описом критичного стресу і кризового керування стресом;

- ❖ Психологічна невідкладна допомога;
- ❖ Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія;
- ❖ Покращення навичок керування стресом;
- ❖ Психоосвіта;
- ❖ Фізичні вправи, рух, йога, керована уява.

✓ **Мета цих видів психологічної допомоги** — запобігання розвитку ПТСР і хроніфікації симптомів травматичної реакції після потрапляння у травматичну ситуацію.

✓ **Мета заходів психологічного дебріфінгу** — навчання потерпілих щодо нормальних реакцій на травму і сприяння їм у зменшенні сорому і страху поділитися своїми переживаннями та емоційними реакціями на події.

Дебріфінг проводять у вигляді однієї сесії безпосередньо після травматичної події з усіма, хто перебував під впливом такої ситуації. Найбільш типова форма психологічного дебріфінгу була розроблена для осіб, які були під впливом травматичних подій в силу їхніх професій — пожежники, працівники невідкладної медичної допомоги. 3–4 годинна сесія, яка проводиться мультидисциплінарною командою фахівців.

➤ **Мета** — сприяння нормалізації реакції на стрес і сприяння бажанню розповідати про свої переживання і реакції.

Мультидисциплінарна команда навчає потерпілих навичках подолання стресу і пропонує додаткові види допомоги тим, хто цього може потребувати.

Процедура дебріфінгу гнучка і не жорстко структурована. Вона безпосередньо проводиться з потерпілими з метою запобігання розвитку ПТСР. Дебріфінг став частиною мультикомпонентної програми кризової інтервенції з метою зменшення вираженості порушень, пов'язаних з травматичним стресом.

Кризова підтримка з метою сприяння зниженню первинного посттравматичного стресу і підтримка в формуванні навичок адаптації до перебування в умовах стресу.

⚡ **Мета цих профілактичних заходів:**

- ❖ Контакт;
- ❖ Безпека;
- ❖ Стабілізація;
- ❖ Збір та надання інформації;
- ❖ Практична допомога;
- ❖ Відновлення зв'язків і соціальна підтримка;

❖ Інформація з способів опанування стресу;

❖ Зв'язок з фахівцями.

*Переваги* — можливість мобільного і швидкого надання допомоги потерпілим від травми в місцях їхнього перебування.

*Мета* — подолання розгубленості та безпорадності.

Принципи надання кризової стресової допомоги можна застосовувати відразу після травматичної події навіть у польових умовах, у госпітальних центрах травми, кризових центрах зонах бойових дій. Більшість форм кризової травматичної допомоги короткі в часі і включають щотижневі сесії тривалістю 60–90 хвилин. Формат або груповий, або індивідуальний.

Фармакотерапія застосовується для запобігання розвитку хроніфікації реакції на травму і ПТСР.

Перевагою такого підходу є можливість безпосереднього ефективного впливу не тільки на емоційні, а й больові симптоми.

Особливості проведення діагностики та лікування пацієнтів з ПТСР наведені в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затверджений наказом МОЗ від 23.02.2016 № 121.

МОЗ також рекомендує посібник ВООЗ, який охоплює першу психологічну допомогу, яка передбачає гуманну, підтримуючу та практичну допомогу людям, які потерпають від серйозних кризових подій.

4.5

## ПСИХІЧНА ТРАВМА ТА ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД

✓ Стрес стає травматичним, коли результатом впливу стресора є порушення у психічній сфері за аналогією до фізичних порушень. Як стресор виступають **травматичні події** — екстремальні кризові ситуації, що володіють потужним негативним наслідком, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких.

✓ Події, які можуть спричинити **психологічне травмування** — це події, які людина сприймає як загрозу своєму, життю близьких або свідком яких стає. Воєнні події, кримінальні дії різного ґатунку (зґвалтування, катування, пограбування), стихійні лиха (зокрема, хвороби, раптові втрати близьких) та ДТП. Людина або переживає ці події або

стає їхнім свідком. Не лише ті люди, які безпосередньо перебувають у вирі подій війни, страждають. Коли ми чуємо та читаємо, то також стаємо свідками та можемо травмуватися.

Саме поняття «травма» походить від грецького *trauma* — рана, ушкодження. За визначенням, це ушкодження в організмі людини та тварини в результаті дії факторів зовнішнього середовища.

✓ **Психічна травма** — це особливий вид травми, пов'язаний з важкими переживаннями, що може привести до депресій, неврозів та інших хворобливих реакцій.

Такі події докорінно порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого є різноманітними. Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи в них у майбутньому посттравматичного стресового розладу (PTSD, ПТСР).

Травматичні події часто мають місце й у дитинстві: до 18 років щонайменше у 30% осіб буде хоча б одна така подія. Більшість травм, яких зазнають діти — це не техногенні чи природні катастрофи, а домашнє, шкільне насильство. Більшість фактів скривдження дітей є прихованими — залежні від своїх кривдників, залякані ними, діти не можуть розповісти свої історії. Особливу категорію ризику становлять діти, котрі виховуються у неблагополучних сім'ях та діти-вихованці інтернатних закладів.

Із тих осіб, котрі пережили психотравмуючу подію, у значної частини «душевна рана», завдана психотравмою, не зможе загоїтися сама по собі з плином часу. З психотравмою пов'язаний цілий спектр розладів: від простих форм ПТСР до його комплексних форм, а також складних дисоціативних розладів, зокрема дисоціативного розладу ідентичності.

Існує безліч факторів, від яких залежить виникнення відстрочених реакцій на стресову, травматичну ситуацію. Ці фактори, пов'язані з самою ситуацією, а також з індивідуальними психічними і фізіологічними характеристиками людини, яка пережила її.

✓ **Психічна травма** — наслідок травматичного стресогенного впливу; вона передбачає крайню (екстремальну) ступінь стресогенності фактора, що руйнує систему індивідуальних особистісних захистів, що приводить до глибинних порушень (від психологічних до біологічних) цілісної системи функціонування практично будь-якої людини.

### **✚ Розбіжності між дослідженнями в галузі стресу і травматичного стресу носять чисто методологічний характер:**

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

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

❖ Дослідники в галузі травматичного стресу схильні до вимірів перемінних, що мають концептуальний характер результату (виміри розвитку розладу), у той час, як дослідники в галузі стресу віддають перевагу мати справу з континуальними перемінними.

### **✚ Щоб спричинити травму подія має бути:**

- ❖ раптовою;
- ❖ сильною та інтенсивною — руйнівна сила;
- ❖ здаватися безвихідною — безпорадність, безсилля;
- ❖ тривалою — спричиняє відчай.

Якщо людина не відчуває безпорадності та безсилля (переважно стосується людей, які мали досвід подібних подій, опрацювали їх і знають, що робити), то найбільш імовірно, що в неї не розвиватиметься посттравматичний стан або вона швидко з нього вийде.

Через надмірну стимуляцію всіх органів чуття травматичні події настільки наповнені стресом, що їхній вплив перевантажує наші звичні стратегії подолання стресу. Хтось майже не переживав травматичний досвід за життя, хтось переживав багато. Відповідно до цього людина буде почуватися в наступних стресових подіях.

Від перенавантаження можуть виникати страх, гостре відчуття безпорадності та втрати контролю.

**✚ Визначення психотравми, за міжнародною класифікацією,** це експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження або сексуального насильства в один чи більше таких способів:

- ❖ безпосереднє переживання травматичної події;
- ❖ спостереження за подіями, які трапилися з іншими (люди, на очах яких це стається, або фахівці, які приїжджають на місце злочину);

❖ знання того, що травматична подія трапилася з членом сім'ї чи близьким другом у випадках смерті чи загрози життю (ідеться про раптовість);

❖ переживання багаторазової чи надмірної експозиції до нестерпних деталей травматичної події.

### ✚ Типи травм:

❖ **Тип 1. Мототравма** — наслідки несподіваної одноразової події.

❖ **Тип 2. Наслідки багаторазових травм**, особливо якщо йдеться про персональні травми. Як-от насилля в сім'ї, багаторазове сексуальне насильство. тоді наслідки важчі й опрацьовуються довше.

До того ж травми можна ділити на спричинені людиною та природні катастрофи. Ми важче переживаємо повторювані травми, спричинені людиною. Природні катастрофи психіці легше опрацьовувати, бо ми можемо собі це якось пояснити.

### ✚ Основні риси травмуючої ситуації:

❖ вона є новою реальністю для людини і принципово відрізняється від повсякденних умов;

❖ висуває перед людиною проблему екзистенціальної дилеми життя і смерті та впливає на картину світу особистості і переживання фундаментальної невразливості;

❖ характеризується подвійністю, оскільки, несе загрозу, небезпеку, руйнування для особистості та апелює до стійкості, мужності, має можливості для конструктивних змін;

❖ руйнує цілісність життєвого світу людини, поділяючи її на життя до ситуації, що сталася, часовий відрізок, пов'язаний з безпосереднім впливом екстремальних факторів, та життя після;

❖ під її впливом особистість людини трансформується, можлива фрагментація самоідентичності;

❖ під час неї утруднюються реалізація прогнозу подальших подій та розуміння подій, що відбуваються;

❖ обмежує здійснення самореалізації особистості та ускладнює можливості в задоволенні потреб;

❖ обмежує можливості активного впливу на неї людини, але при цьому відкриває нові способи активності;

❖ детермінує роботу з пошуку сенсу того, що відбувається;

❖ супроводжується появою тріадичної структури «розлад — адаптація — розвиток».



### ✚ Травми розрізняють:

- ❖ За видом травмуючого фактора (людина, природа);
- ❖ За терміном дії травмуючого фактора (гострі, хронічні);
- ❖ За обставинами, за яких травма виникає (катастрофа, сім'я, спорт, воєнні дії тощо).

### ✚ При аналізі чинника психічної травми виділяються такі його характеристики:

- ❖ інтенсивність
- ❖ сенс
- ❖ значимість і актуальність
- ❖ патогенність
- ❖ гострота появи (раптовість)
- ❖ тривалість
- ❖ повторюваність
- ❖ зв'язок з преморбідним особистісними особливостями

### ✚ Основні положення теорії травми З. Фрейда:

- ❖ психічні травми відіграють важливу роль в етіології неврозів;
- ❖ переживання набуває травматичного характеру внаслідок кількісного фактора;
  - ❖ при певній психологічній конституції травмою стає те, що при іншій не викликало б подібних наслідків;
  - ❖ усі психічні травми виникають у ранньому дитинстві;
  - ❖ психічними травмами є або переживання власного тіла, або чуттєві сприймання та враження;
    - ❖ наслідки травми бувають подвійного виду — позитивні та негативні; позитивні наслідки травми пов'язані із зусиллям згадати забуте переживання, зробити його реальним, знову пережити його повторення (фіксація на травмі та нав'язливе її повторення);
    - ❖ негативні наслідки травми пов'язані із захисними реакціями у формі уникнення та фобій;
    - ❖ невроз — це спроба зцілення від травми, прагнення примирити одну частину «Я», що відкололася під впливом травми з іншими частинами.

### ✚ За частотою провідного травматичного фактора травми класифікуються у порядку спадання:

- ❖ спостереження насильства або нещасного випадку;
- ❖ нещасні випадки та аварії;

- ❖ пожежі та стихійні лиха;
- ❖ загроза застосування зброї;
- ❖ фізичне насильство;
- ❖ сексуальні домагання;
- ❖ згвалтування;
- ❖ погане поводження з дитиною в дитинстві;
- ❖ участь у бойових діях;
- ❖ зневага людини у дитинстві.

⚠ Психічна травма проявляється у порушеннях системи відносин між людьми, ускладнює особисте життя, руйнує значущі міжособистісні зв'язки, проявляється в асоціалній та девіантній поведінці. Неадекватні форми переживання психічної травми обумовлюють глибокі порушення у життєдіяльності та розвитку людини **на трьох рівнях**:

- ❖ деструкуралізація відносин особистості зі світом та оточенням, втрата довіри до життя та людей;
- ❖ емоційні, когнітивні, особистісні та поведінкові розлади;
- ❖ психосоматичні захворювання.

Конструктивні способи подолання психічних травм здатні актуалізувати внутрішні ресурси людини та започаткувати особистісний ідуховний розвиток.

✓ *Інформація про травматичну подію зберігається в пам'яті.*

⚠ Є два типи пам'яті:

❖ *Імпліцитна (прихована пам'ять)*. Це перша система пам'яті, яка самостійно функціонує від народження до двох років. Вона — емоційна, сенсорна, автоматична, несвідома, ненаративна (не можна описати словами), не має часових орієнтирів (спогад, наче «тут і тепер»), немає відчуття, що це було давно), не контролюється кортиком (людським мозком), «гаряча» комірка спогадів — регулюється мигдалеподібним тілом, запускається асоціативними стимулами (наприклад, молоко асоціюється із задоволенням, запах диму — небезпека), швидка когнітивно неопрацьована реакція на події.

❖ *Експліцитна пам'ять* — система пам'яті, яка формується після дворічного віку і стає повністю сформованою десь у 8 років. Вона розташована в зоні гіпокампа, організована, як бібліотека: інформація знаходиться через «зачіпки», доступна для свідомості, біографічна, контролюється кортиком, наративна, пов'язана зі зоною Брока. Це те, що ми можемо розповісти, викликати через асоціації.

### ✚ Інформація про травматичну подію:

- ❖ зберігається в імпліцитній системі пам'яті;
- ❖ може бути викликана за допомогою асоціативних стимулів, де завгодно та коли завгодно — флешбеки;
- ❖ не контролюється кортиком і не модифікується — тобто може зберігатися багато років, поки її не «викличуть» і не опрацюють;
- ❖ може постійно «плавати» у травматичній мережі.
- ✓ **Колективна травма** це — травма великої кількості людей. Крім безпосередніх учасників, вона зачіпає людей, прямо не причетних до події, іноді охоплюючи все суспільство. Травма необмежена в просторі, розтягнена в часі, жертвами є соціальні групи загалом.

### ✚ Психологічні наслідки колективної травматизації після того, як травматичні події завершилися:

- ❖ **Соціальна фрустрація.** Якщо подивитися на нашу історію, то після Голодомору, Другої світової війни люди були дуже пасивні, не ініціативні, активність не віталася та була небезпечною.
- ❖ Збільшується рівень психологічних проблем: **депресії, соматичні захворювання.**
- ❖ **Групоцентризм** — схильність ідеалізувати свою соціальну групу та бачити образ ворога в представниках інших груп.
- ❖ **Помста, тероризм, етнічні війни**, що можуть стати причиною нових колективних травм.

### ✚ Шляхи подолання колективної травми:

- ❖ Створення героїчного епосу: фільми, вистави, пісні, «плачі». У 2015–2016 роках журналісти робили дослідження, чим цікавляться люди, як реагують на травматичні події. Найпопулярнішою книжкою була «На західному фронті без змін» Еріха Марії Ремарка. Людям цікаво, як інші переживали війну, як давали собі раду. Серед українських епічних творів, що оспівують героїчні події — «Слово о полку Ігоревім», «Плач Ярославни».
  - ❖ «Пісні-плачі» надають катарсис і емоційне зцілення.
  - ❖ Театр.
  - ❖ Гумор: анекдоти, карикатури.
- Відзначення роковин, днів пам'яті, оплакування, поминання. Це важливо на національному рівні, так само як ми влаштовуємо роковини в родині.
- ❖ Створення пам'ятників.

- ❖ Написання музичних творів на тему колективної травми.
- ❖ Канонізація історичних постатей.
- ❖ Політичні та громадські заходи, покликані встановити справедливість.

Суть таких заходів у тому, щоби показати тим, хто постраждав, і світові, що є справедливість і винні будуть покарані.

Травму не завжди вдається опрацювати. Якщо вона довго не піддається описаним ритуалам, то за деякий час її сила все-таки слабшає. Адже людина не може постійно гостро переживати травматичні події, відбуватиметься поступове полегшення страждань.

✓ **Трансгенераційна травматизація** — коли травма неопрацьована й передається наступним поколінням. Під час трансгенераційної травми діти чи онуки тих, хто, наприклад, пережив Голодомор, поводять себе як травмики, хоча ніколи не бачили й не знали тих подій. Поки це не буде проговорено та осмислено, передаватиметься далі. І наступні покоління можуть навіть не знати, чому вони так роблять і так живуть.

Такий різновид травматизації вперше виявили в дітей людей, які пережили Голокост. Виявилось, що по допомогу в психіатричні клініки найбільше зверталися діти й онуки людей, які пережили Голокост. Відтоді це явище почали досліджувати — травми поколінь були зафіксовані навіть у нащадків рабів корінних американців.

Загальноприйнятої класифікації психічних травм у науці поки не існує, однак існують різні варіанти. Насамперед **виділяють дитячі травми**, які здійснюють сильний патогізований вплив на психіку та розвиток дитини у зв'язку з її неможливістю відповідно зреагувати на травмуючі події.

#### ✚ Види дитячих травм:

❖ **Травма «покинутості»** виникає у дитячому віці при відсутності або недостатньому фізичному контакті дитини з матір'ю. Дитина до початку самостійного ходіння не відділяє своє тіло від тіла матері, та за відсутності матері переживає сильну тривогу й страх. Люди, які мають травму «покинутості», схильні до різних залежностей, симбіотичних стосунків, інфантильності та страхів втрати коханого об'єкта.

❖ **Травма «відкидання»** виникає з «холодною» або «мертвою» матір'ю (термінологія психоаналітичних теорій), емоційно не залученою у життя дитини з таких причини: післяпологової депресії, стресу, небажанням мати дитину, проблем у сім'ї, відсутністю партнера тощо. Люди, які мають таку травму, живуть з почуттям власної непотрібно-

сті й незатребуваності, вони не можуть самореалізуватися, виражати свої почуття та перебувати у близьких емоційних відносинах, уникають емоційних проявів.

❖ **Травма «позбавлення»** виникає при нехтуванні потребами дитини (мама не підходить до малюка, коли він плаче, не заспокоює його страхи, не забезпечує необхідні догляд, підтримку й увагу). Люди, які мають подібну травму, живуть з відчуттям нестачі уваги оточуючих, постійно прагнуть її завоювати, схильні до маніпуляцій, не відчують задоволення у житті.

❖ **Травма «зради»** виникає при розчаруванні дитини своїми батьками, яких вона обожає (прикладом може бути побачена дитиною сцена сексуального акту між батьками). Різновидом цієї травми є «травма повалення з трону» (термін А. Адлера), яка виникає у дитини при народженні молодших дітей, яким приділяється більше батьківської уваги. Люди, які пережили цю травму, втрачають почуття довіри до людей, відчужуються та замикаються в собі або різноманітними способами намагаються догодити оточуючим, щоб символічно «повернути» любов батьків.

❖ **Травма сексуальної спокуси** виникає при використанні дорослими дитини або підлітка для задоволення своїх сексуальних потягів та призводить до сексуальних і емоційних проблем.

❖ **Травма «насильства»** виникає при систематичному жорсткому поводженні з дитиною з боку дорослих, нанесення їй тілесних ушкоджень. Травма «насильства» призводить до виникнення психопатії або формування психопатичного асоціального характеру.

❖ **Травми «приниження» або нарцисичні травми** — це удари по самолюбству дитини, приниження, зневага, зниження самооцінки, що призводять до порушень «Я-концепції» та виникнення комплексів неповноцінності. Психічні травми приниження, насильства, відкидання, зради відбуваються також і у дорослому житті, але, як правило, за «повторним» дитячим сценарієм.

Доросла людина відтворює дитячі травми, потрапляючи у травматичні ситуації з тими емоційними реакціями, патернами поведінки та переживаннями, що й у дитинстві.

⚡ 3. Фрейд свого часу наполягав на лікуванні «неврозу долі» від дитячих травм. **До психічних травм також належать:**

❖ втрати близьких людей (фізичні — смерть, психологічні — розлучення);

- ❖ травма «розбитого серця» (зрада, нерозділене кохання);
- ❖ згвалтування, сексуальні спокушання;
- ❖ пережиті нещасні випадки та катастрофи.

Найбільше психічних травм відбувається у сфері міжособистісних стосунків, особливо близьких та інтимних. Психоаналітики припускають, що близькі стосунки амбівалентні за своєю природою, є аналогом дитячо-батьківських стосунків, у яких відтворюються давні конфлікти та травми.

У зв'язку з цим лікування психічних травм, пов'язаних з міжособистісними стосунками, необхідно проводити обов'язково з опрацюванням дитячих травм.

Людина, яка пережила травматичні події й опрацювала ці переживання, особистісно зростає. З'являються більша впевненість у собі, міцніші стосунки, переосмислення духовних переконань, більша цінність життя, переосмислюються пріоритети тощо.

Поведінка людей свідчить про хороший психологічний рівень людей: вони мають силу, переконання, віру.

4.6

## ДИНАМІКА ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОЇ СИТУАЦІЇ

✚ **Динаміка переживання травматичної ситуації включає чотири етапи.**

❖ **Перший етап — фаза заперечення, або шоку**

У цій фазі, що настає відразу після дії травмуючого фактора, людина не може прийняти те, що сталося на емоційному рівні. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації. Короткотривалий.

❖ **Другий етап — фаза агресії та провини.**

Поступово починаючи переживати те, що трапилося, людина намагається звинувачувати в події тих, хто прямо або дотичне був причетний до події. Потім людина повертає агресію на саму себе і відчуває інтенсивне почуття провини «Якби я вчинив інакше, цього б не сталося».

❖ **Третій етап — фаза депресії.**

Після того, як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає депресія. Вона супроводжується почуттями безпорадності, покинутості, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, що створилася, втрачає відчуття мети. Життя стає

безглуздим: «Що б я не робив, нічого не зміниш»; «Ніхто мене не розуміє». На цій стадії дуже важлива ненав'язлива підтримка близьких, але людина, яка переживає травму, не завжди її отримує, оскільки оточуючі несвідомо бояться «заразитися» її станом. Крім цього, людина в депресивному настрої неухильно втрачає інтерес до спілкування («Ніхто мене не розуміє»), співрозмовник починає втомлювати його, спілкування переривається, почуття самотності посилюється.

#### ❖ Четвертий етап — фаза зцілення.

Для неї характерно повне (свідоме і емоційне) прийняття свого минулого і набуття нового сенсу життя: «Те, що сталося, дійсно було, я не можу цього змінити; я можу змінитися сам і продовжувати життя, незважаючи на травму». Людина виявляється здатною витягти з подій корисний життєвий досвід.

Ця послідовність є конструктивним розвитком ситуації. Якщо потерпілий не проходить фази проживання травматичної ситуації, етапи занадто затягуються, не мають логічного завершення, з'являються певні симптомокомплекси, впоратися з якими самотійно він вже не може.

✚ Виділяють 2 основні стратегії поведінки людей, які пережили екстремальну ситуацію:

#### ❖ *Витіснення, уникнення спогадів і емоцій*, пов'язаних з нею.

Уникнення може приймати різні форми — відхід від нагадувань про подію, зловживання наркотиками або алкоголем, щоб приглушити усвідомлення сильного внутрішнього дискомфорту.

❖ *Неусвідомлене прагнення до повторного переживання травматичних подій (компульсивна поведінка)*. Спостерігається при всіх видах травматизації.

Багато постраждалих, особливо діти, які перенесли травму, схильні звинувачувати в тому, що трапилося самих себе. Взяття часткової відповідальності на себе в цьому випадку дозволяє компенсувати почуття безпорадності і уразливості.

#### ✚ Фази травматичної кризи в суспільстві

❖ *Героїчна фаза (до тижня)*. Люди, що пережили травматичні події, проявляють високий рівень активності, оптимізм, альтруїзм, залучені в осмислення катастрофи, виходу з хаосу та емоційної травми.

❖ *Фаза медового місяця (до місяця)*. Підйом спадає, але оптимізм далі присутній, нереалістичне очікування відновлення («За 2 місяці ми змінимо країну!»).

❖ **Фаза розчарування.** Є багато агресії та незадоволення через повільне відновлення, виникають конфлікти.

❖ **Фаза повернення та стабілізації.** Люди, які пережили катастрофу, починають рухатися вперед і повертаються до процесів відбудови середовища. Залежно від того, яка була подія, стільки часу займає її відновлення.

⚡ **Можливий перебіг травматичного досвіду такий:**

- ❖ гостра стресова реакція (перші 3 дні)
- ❖ гострий стресовий розлад (до 4 тижнів)
- ❖ посттравматичний стресовий розлад (після 4 тижнів).

**Психотерапевти можуть говорити про підозру, що в людини є ПТСР, але діагноз встановлює психіатр.**

⚡ **Депресивні стани**

Одним із синдромів, що становлять основу посттравматичного стресового розладу, є депресія.

Люди часто вживають слово «депресія», маючи на увазі смуток, поганий настрій, стан туги та печалі. Поганий настрій і смуток час від часу зустрічаються у кожної людини і можуть бути пов'язані з цілком зрозумілими причинами — втомою, переосмисленням неприємних вражень.

Такий стан буває корисним для людини. Саме в цьому стані людина вирішує важливі для себе проблеми або створює чудові твори мистецтва. Проте ці стани не є станом депресії.

Про депресію можна говорити, коли протягом тривалого часу (не менше кількох тижнів) спостерігається стійке зниження настрою, людина перестає відчувати задоволення від того, що раніше приносило їй радість, підвищується стомлюваність.

⚡ **Спостерігається не менше двох з нижче перерахованих симптомів:**

- ❖ зниження здатності до зосередження, виникнення проблем з концентрацією уваги;
- ❖ зниження самооцінки, невпевненість у собі;
- ❖ ідеї провини та приниження;
- ❖ похмурість і песимістичне бачення майбутнього;
- ❖ ідеї та дії, спрямовані на самоушкодження або самогубство;



- ❖ порушення сну;
- ❖ порушення апетиту;
- ❖ зниження сексуального потягу.

Депресія часто супроводжується втратою інтересів, плаксивістю, почуттям безнадії. Багато людей залишаються в такому стані настільки довго, що звикають до нього, входячи в стан хронічної депресії.

### **Серйозна депресія може привести до спроб самогубства.**

До саморуйнівної поведінки, поряд з суїцидальною, відносять зловживання алкоголем, наркотиками, сильнодіючими медикаментозними засобами, а також паління, навмисне робоче перевантаження, завзяте небажання лікуватися, небезпечну їзду на автотранспортних засобах (особливо керування автомобілем і мотоциклом у нетверезому стані), захоплення екстремальними видами спорту.

Будь-яка психотравматична подія супроводжується втратою (колишнього способу життя, майна) та реакцією горя (загибель друзів, рідних і близьких). З втратою близьких стикається кожна людина.

Для людини, яка переживає горе характерні періодично виникаючі напади фізичного дискомфорту (спазми в горлі, удушження, прискорене дихання, зниження м'язового тонуусу тощо) та суб'єктивного страждання (душевний біль). У цій ситуації людина може бути поглинена думками про померлого або про свою власну смерть. Можливі легкі зміни свідомості — відчуття нереальності, відгородженості від оточуючих.

Процес подолання горя проходить стадії, що є універсальними для всіх людей. ***Стадія гострого горя (близько 3–4 місяців)***

- ❖ *Фаза шоку.*
- ❖ *Фаза реакцій:*
  - фаза заперечення (пошуку);
  - фаза агресії (провини);
  - фаза депресії (страждання та дезорганізації).

### **⊕ *Стадія відновлення (близько 1 року)***

- ❖ фаза «залишкових поштовхів» і реорганізації;
- ❖ фаза завершення.

**⊕ *Тягар переживань під час горювання може посилюватися деякими факторами:***

- ❖ «провиною, тому що вижив»;
- ❖ додатковою гострою психотравмою, пов'язаною з неможливістю впізнання (тіло сильно пошкоджене або не знайдене) — незавер-

шеність відносин з померлим, неможливість віддати «останній борг» померлому;

❖ неможливість попроситися з помираючим в останні хвилини його життя, на похоронах (фізична віддаленість, неприйняття ситуації, внутрішнє небажання розлучатися з людиною).

✓ **При затяжних реакціях горя можлива поява психосоматичних реакцій.**

У медицині та психології вивчається феномен взаємовпливу душі (psyche — лат.) і тіла (soma — лат). Стародавній грецьким вислів свідчить: «У здоровому тілі — здоровий дух». Зворотний сенс цього твердження полягає в тому, що якщо душа поранена, то в тілі це знаходить своє відображення. Існує багато гіпотез і пояснень психосоматичних зв'язків, що підтверджуються дослідженнями.

У психоаналізі при вивченні соматичних хвороб робився акцент на дослідженні психологічного сенсу хвороби.

⚡ **Лікар-психотерапевт Франц Александер виділив групу із семи «психосоматичних» захворювань:**

- ❖ виразкову хворобу дванадцятипалої кишки,
- ❖ виразковий коліт,
- ❖ есенційну гіпертонію,
- ❖ ревматоїдний артрит,
- ❖ гіпертиреоз,
- ❖ нейродерміт
- ❖ бронхіальну астму.

⚡ **Також психосоматичні захворювання розбиті на нозологічні підгрупи:**

- ❖ нервово-психічні,
- ❖ серцево-судинні,
- ❖ шлунково-кишкові,
- ❖ хвороби печінки, нирок, хребта, органів дихання.

Були виділені особливості реагування людей у різних життєвих ситуаціях і співвіднесені з наявними у них психосоматичними захворюваннями.

⚡ **Вважається, що:**

❖ «**виразковому**» типу людей властиво «самоїдство», тобто придушення в собі потреб, які не узгоджуються з соціальними вимо-

гами. Такі люди відкидають потреби в залежності, підтримці, співчутті, не впевнені в собі, прямі, категоричні.

❖ **Гіпертонія** зустрічається у людей, яким властиве виражене прагнення до успіху, схвалення, досягнення, підвищена відповідальність. Така мотивація до досягнення часто супроводжується агресивністю (найчастіше цю агресивність подавляють, так як її не вигідно виражати відкрито, важливо схвалення інших людей).

❖ **Бронхіальна астма** зустрічається у людей з депресивним фоном настрою, емоційно чутливих, сенситивних, залежних. Їхня самооцінка занижена або нестійка. До виявлення численних алергічних компонентів астми це захворювання вважалося «нервовим».

Ці захворювання, а також багато інших (онкологічні захворювання, туберкульоз), у виникненні та динаміці яких виявляється роль психологічного фактора, відносять до психосоматичних розладів.

⚡ **Психосоматичні реакції можуть бути спричинені складними (кризовими) ситуаціями в житті людини.**

❖ **Стрес (інтенсивний, тривалої дії)**

Аналіз історій хвороби 82 ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС свідчить про велику кількість випадків астено-невротичних порушень, вегетосудинної дистонії, гіпертонічної хвороби, шлунково-кишкових захворювань, що відповідає загальноприйнятому реєстру психосоматичних розладів.

❖ **Фрустрація (неможливість задоволення потреби)**

Одним із психологічних аспектів психосоматичних розладів є одержання людиною «вторинної вигоди».

Це може бути «втеча у хворобу», коли людині вигідніше бути хворим. У нашій культурі до хворого прийнято ставиться з повагою і турботою, він звільняється від виконання обов'язків, за ним доглядають і йому приділяють увагу. Якщо людина свідомо не вдається до таких способів отримання уваги, то несвідомо, через хворобу, вона може шукати тепла і ласки.

Дитина однаково любить обох батьків, які відносяться один до одного вороже, не може знайти іншого виходу з дискомфортної ситуації, крім як «захворіти», цим «згуртувати батьків» і переключити на себе їхню увагу та активність.

❖ **Конфлікт інтересів з неконструктивною стратегією виходу**

У медичній психології розглядають феномен ворожості та пов'язану з цим соматичну захворюваність. Виявлено пряму кореляцію во-

рожості та смертності у випадках важких форм захворювань. У цих випадках більший відсоток тих, хто залишився в живих, складають люди, «картина світу» яких не ворожа.

❖ **Власне кризовий період**, пов'язаний з тим, що людина не може розв'язати проблему, не може відійти від неї, як це буває в ситуації важкої хвороби або смерті близької людини.

Психологічні аспекти кризового періоду чітко простежуються в ситуації онкологічного захворювання.

Ситуація небезпечною для життя захворювання схожа з «інформаційним» стресом. Травматична не стільки сама ситуація захворювання, скільки суб'єктивні уявлення про те, що може статися в майбутньому (погіршення стану, смертельний результат). Людину може зруйнувати сама звістка про діагноз.

Людам властива «ілюзія безсмертя». Коли приходить хвороба, виникає гостре відчуття непрожитого життя. Важка хвороба порушує життєві плани і задуми (людина збиралась захистити дисертацію, поїхати відпочити, придбати нову машину), людина злиться на саму себе за те, що захворіла. Рак сприймається як «зрада» тіла.

Важке соматичне захворювання супроводжується фізичними стражданнями і ускладнює звичну життєдіяльність людини. Внаслідок цього різко змінюється якість життя.

Хворобу можна розцінювати як кризову ситуацію. В одних випадках хвороба може бути серйозним потрясінням, але зберігається шанс повернутися до попереднього способу життя. В інших випадках хвороба може стати кризовою ситуацією, яка перекреслює всі життєві задуми: «виходу немає». Коли обставини життя змінити неможливо (запущені стадії захворювання), залишається змінювати себе, робитися іншим, змінювати життєвий сенс.

⚡ **Динаміка емоційних реакцій онкологічного хворого описана психотерапевтом Е. Кюблером-Росс, який багато років пропрацював у цій галузі:**

❖ **Шок від звістки про хворобу**, який супроводжується неможливістю рухатися, або хаотичністю рухів.

❖ **Заперечення нового, нестерпного знання про себе** служить охоронною функцією для психіки, блокує підключення особистісного ресурсу.

❖ **Агресія** — відчуття несправедливості: «Чому саме я?». Людина шукає і намагається знайти причини хвороби. Звинувачує інших. В основі цієї реакції лежить страх.

❖ *Депресія* — людина не вірить в лікування, не бачить в ньому сенсу, висловлює суїцидальні думки.

❖ *Прийняття або «спроба змови з долею»* — це прийняття реальності хвороби, співпраця з оточуючими, психологічне відчуття полегшення, рівноваги. Виникають нові смисли, приходять відчуття звільнення. У деяких випадках відбувається збагачення, гармонізація особистості в процесі хвороби.

Відомі випадки, коли люди, дізнавшись про невиліковне захворювання, вирішували дожити власне життя так, як вони мріяли, але в силу обставин не могли собі цього дозволити. Відчувши радість життя, люди позбувалися від симптомів захворювання і видужували.

Подолання кризового стану включає переживання, що дозволяє людині розумно понизити очікування від життя та адаптуватися до нової життєвої ситуації. Це стає можливим, якщо людина проявляє пошукову активність з підключенням вольової саморегуляції. Особливо важкий пошук виходу з ситуації, в якій важко прогнозувати, чи приведуть витрачені зусилля до якого-небудь результату.

Є періоди в житті людини і в історії людства, які супроводжуються кризовими ситуаціями, катастрофами, великою кількістю сильних або довготривалих емоцій. Однак у ці моменти число психосоматичних захворювань зменшується за рахунок активності, що об'єднує всіх людей.

Після періоду активності настає період спаду, під час якого і може виникнути ефект капітуляції, відмови від пошуку. В цей момент хвороба виходить на перший план.

Дослідники, які вивчали частоту психічних порушень при землетрусах, зробили висновок, що після припинення стихійного лиха або катастроф у значній частини постраждалих відзначається значні порушення здоров'я.

✓ *«Феномен Мартіна Ідена»* (героя книги Джека Лондона), який помирає на вершині успіху, досягнувши того, чого хотів і до чого довго прагнув. Поки людина перебуває в пошуку, вона не хворіє. Зупинка означає хворобу і смерть.

➤ *Поки людина активна, позитивно емоційно налаштована — хвороби відступають.*

Це положення вказує на основний принцип профілактики психосоматичних захворювань.

Якщо стресовий вплив був помірним і нетривалим, то підвищена тривожність та інші симптоми стресу поступово проходять протягом

декількох годин, днів або тижнів. Якщо ж стресовий вплив був сильним або травматичні події відбувалися багато разів, хвороблива реакція може зберігатися роками.

Травматичний характер події залежить від того змісту, який вона має для особистості. Важливу роль відіграє суб'єктивна значимість події, яка формується через ставлення особистості до загрозової ситуації, світосприйняття, релігійні почуття, моральні цінності, частково прийняття на себе відповідальності за те, що трапилося.

Трагічна подія може нанести важку травму одному і майже не торкнутися психіки іншого. Навіть зазнавши схожі переживання, люди по-різному реагують на ситуацію після її завершення. Коли людина справляється з психологічною травмою і набуває зі свого переживання важливого досвіду, вона стає більш зрілою особистістю. Незалежно від свого віку вона буде психологічно дорослішою того, хто ніколи не стикався з людською трагедією, — буде більше розуміти життя і краще відчувати інших людей.

Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають усі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної і соціальної взаємодії), призводять до стійких особистісних змін не лише у людей, що пережили стрес, але й у членів їхніх сімей.

З людиною щось трапилося, вона пережила якусь подію — це вплинуло на неї.

❖ **Захисні механізми.** Якщо вони спрацьовують і психіка обороняється — це добре. Небезпека може бути, коли захисні механізми, як дисоціація, деперсоналізація, людина використовувала так часто, що це стало частиною особистості. Так може трапитися, якщо в людини було травматичне дитинство з насиллям. А коли в дорослому віці людина переживає травматичну подію, то заходить у такі стани — і з них важче вийти.

❖ **Розум, когнітивна сила.** Це не означає, що якщо в людини низький IQ, то вона не впорається. Це просто один із чинників, який може допомогти. Якщо в людини є здатність до аналізу та встановлення причинно-наслідкових зв'язків, це дає змогу структурувати досвід, інформацію та сприяє подоланню наслідків.

❖ **Вік і зрілість.** Людина, яка має алкоголічну залежність, на вигляд може мати 50 років, у паспорті — 30, починаємо говорити з людиною, а її психологічний рівень розвитку зупинився десь у підлітково-вому віці. І це — ризик. В ідеалі вік людини має відповідати її

паспортному віку. Це свідчить про зрілість. Тоді людина краще справляється з травматичними ситуаціями. До того ж молодий і старший вік — також чинники ризику. До 18 років психіка може бути ще слабка, а після 65 — уже слабка. Але, кожне правило має винятки.

❖ **Попередній досвід.** Якщо людина — каскадер, робота якою — перекидатися на автомобілях, — це її досвід. Тому, коли вона потрапить в аварію за кермом, то переживатиме це менш стресово, ніж людина, яка вперше сіла за кермо — і відразу потрапила в аварію.

❖ **Механізми подолання і взірці поведінки.** У кризовій ситуації важливо, аби хоча б одна людина показувала, що знає, що робити. А якщо вона справді знає, що робити, — це взагалі чудово. Тоді інші люди дивляться на неї й не впадають у паніку, а гуртуються та починають якось виходити зі ситуації.

❖ **Сила «Я»** — це про наші характерологічні особливості. Є люди, яким море до колін, а є такі, що поріжуть палець — і вже плачуть. Також є різні типи нервової системи — у когось стійка, у когось — більш чутлива.

Жертви сексуального насильства, що звинувачують у трагедії себе, мають кращий прогноз відновлення, ніж ті, хто не бере на себе відповідальності.

⚡ **Більш конструктивні стратегії боротьби з пережитою травмою такі:**

❖ *Спроба позбавити від нещастя інших.*

Серед американських поліцейських досить багато людей, які в дитинстві постраждали від насильства.

❖ *Пошук захисника.*

Найчастіше це жінки, з якими погано поводитися в дитинстві. Вони схильні до дуже сильної прихильності і залежності від своїх чоловіків (не можуть ні на день з ними розлучитися, не можуть заснути одні).

❖ *Кооперація.*

Вступ в громадську організацію, об'єднання з людьми, що пережили схожу ситуацію (товариство ветеранів, товариство ошуканих вкладників, жертв насильства в сім'ї, видужуючих наркоманів).

⚡ **Механізми формування психічних травм**

**Найбільш поширеними і важливими механізмами психологічного захисту від травматизації є:**

❖ *Витіснення* — недопущення в сферу свідомості або усунення з неї болісних і суперечливих почуттів та спогадів, неприйнятних ба-

жань і думок. Це найбільш примітивний, малоефективний спосіб захисту, але він приєднується до дії всіх інших захисних механізмів. Витісняється, забувається зазвичай те, що знижує відчуття власної цінності як особистості. Частіше він проявляється в особистостей з незрілим «Я», істеричними рисами характеру, у дітей. Близьким до описаного способу захисту є механізм перцептивного захисту.

❖ Наступний механізм — *це придушення* (свідоме уникнення тривожної інформації, відволікання уваги від усвідомлюваних афектогенних імпульсів і конфліктів).

❖ *Блокування* — затримка, гальмування, (тимчасове), емоцій, думок або дій, які викликають тривогу. Заперечення невизнання, заперечення ситуацій, конфліктів, ігнорування болючою реальності, фактів. Представлену сукупність захисних механізмів об'єднує відсутність переробки змісту того, що піддається витіснення, придушення, блокування чи заперечення.

Друга група захисних механізмів пов'язана з перетворенням (спотворенням) значення змісту думок, почуттів, поведінки. Механізм раціоналізації проявляється у псевдопоясненні індивідом власних неприйнятних бажань, переконань і вчинків, інтерпретації по своєму різних своїх особистісних рис (агресивності як активності, байдужості як незалежності).

При захисному механізмі за типом інтелектуалізації вступає контроль над емоціями й імпульсами за допомогою переважання роздумів, міркування з їхнього приводу замість безпосереднього переживання. Характерною ознакою є «об'єктивне» ставлення до ситуації, надмірно когнітивний спосіб подання та спроб вирішення, конфліктних тем, без відчуття пов'язаних з нею афектів. Близьким способом захисту є механізм ізоляції, що складається в інтелектуально-емоційної дисоціації, відділенні емоції від конкретного психічного змісту, в результаті чого подання або емоція витісняються, або емоція пов'язується з іншим, менш значущим поданням, і тим самим досягається зниження емоційної напруги.

⚡ *Ці дії можуть допомогти підтримати людину, яка пережила травму:*

❖ *Розмови* — виділіть час, щоб дозволити людині поговорити про свій досвід.

❖ *Вислуховування* — дозвольте їй говорити, намагайтеся не переривати потік і не ділитися власним досвідом.



❖ *Загальні запитання* — якщо ви ставите запитання, постарайтеся зробити їх загальними та неосудними. Наприклад, можете запитати «Чи розмовляли ви з кимось ще про це?» або «Чи можу я допомогти вам знайти додаткову підтримку?».

#### ✚ *Треба намагатися уникати:*

❖ Говорити, що ви знаєте, що відчуває людина — навіть якщо ви пережили щось подібне, часто люди переживають ситуації зовсім по-різному. Порівняння можуть бути некорисними.

❖ Говорити людині, що їй пощастило залишитись живою — люди, які пережили травматичні події, часто не відчувають себе щасливими. Часто вони можуть відчувати себе винними за те, що вони живі, якщо інші померли.

❖ Мінімізувати пережитий досвід — уникайте припущень, що могло бути гірше, навіть якщо ви намагаєтеся покращити самопочуття людини. Це може змусити людей відчувати, що їхній травматичний досвід невинуватий.

❖ Несення некорисних пропозицій — уникайте пропозицій, навіть якщо ви виявили, що вони працювали для вас у минулому. Люди дуже різні, і часто вони, можливо, вже спробували те, що ви пропонуєте.

## 4.7

## СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА

✓ *Термін «суїцид»* (від латинського «sui» — сам, «caedere» — вбивати), був введений ще у 1635 році британським лікарем та філософом Томасом Брайоном, але майже до 18 сторіччя цей термін не використовували.

✓ *Суїцид* (від англ. suicide) — самогубство, що чинить людина в стані афекту, фрустрації, під впливом психічних аномалій.

✓ *Суїцид* — усвідомлений акт відходу з життя під впливом психотравмуючих ситуацій, за якого власне життя, як найвища цінність, втрачає сенс для даного індивіда в силу особистісних психічних деформацій, соціально-економічних і морально дестабілізуючих факторів.

З часів античності, деякі люди позбавляли себе життя. Відношення людей до скоєння самогубства було дуже різним, від засудження (у християнській релігії) до глибокої поваги (серед японців).

✓ Термін *суїцид або самогубство* позначає акт навмисного позбавлення себе життя, та розглядаються багатьма авторами, як синоніми.

Суїцид є другою після нещасних випадків причиною смерті у молодих людей у віці від 15 до 20 років; думки про самогубство виникають у кожного п'ятого підлітка.

Аналітичним вивченням проблеми суїциду займалися такі відомі вчені, як А. Адлер, Е. Дюркгейм, Е. Кюблер-Росс, К. Меннінгер, К. Юнг, Дж. Хіллмен, Г. Саллівен, Н. Фейбероу, З. Фройд, К. Хорні. Сучасна вітчизняна психологія визначається цілим спектром досліджень феномену самогубства: психологічний зміст суїцидальності, мотивація суїцидальної поведінки, біохімічні, соціальні, соціально-психологічні, патопсихологічні, філософсько-світоглядні чинники самогубства, психічні стани, переживання особи, які впливають на формування її суїцидальності. Депресія, як стан і комплекс емоцій найбільш глибоко досліджена в рамках психодинамічного (З. Фрейд, Р. Азенберг, А. Шатцберг, П. Кіельгольд); когнітивного (А. Бек, М. Селігмен, П. Левінсон, Р. Клінгер, Т. Пижинські, Дж. Грінберг, А. Еліс) і соціально-когнітивного (А. Бандура, Дж. Адамс, М. Адамс) підходах в психології. В дослідженнях виокремлюється взаємозв'язок депресивних станів і суїцидальної поведінки.

Проблема суїциду у наукових дослідженнях розглядалася багатьма вченими. *«Батько суїцидології»*, професор соціології Е. Дюркгейм пояснював суїцид виключно соціальними причинами. Австрійський психоаналітик В. Штекель, одним із перших обґрунтував теорію про прагнення до власної смерті як відображення бажання смерті когось іншого, тобто ворожості, зверненої на себе, австрійський психоаналітик З. Фрейд визначає самогубство, як наслідок переваги підсвідомого потягу до смерті; американський психіатр К. Менінгер виділяє три основні складові суїцидальної поведінки: бажання вбити, бажання бути вбитим, бажання вмерти та описує різні форми саморуйнівної поведінки: «хронічне самогубство», «часткове самогубство», «органічне самогубство».

⚡ ***Найбільш поширеними мотивами, які спонукають людину до самогубства, є:***

- ❖ низьке оцінювання своїх сил у складних ситуаціях, за несприятливих обставин;
- ❖ загострене сприйняття жорсткості висунутих вимог, оцінки їх як несправедливих;
- ❖ невміння підтримувати доброзичливі контакти з товаришами по службі;
- ❖ боязнь покарання за проступки і злочини, самопокарання за скоєне;

❖ демонстративна дія, як протест проти існуючих порядків, свого положення;

❖ панічний настрій, викликаний наявністю симптомів невиліковного захворювання або недовірливістю;

❖ прагнення змінити ситуацію у вигідному для себе напрямі, викликати до себе жалість і співчуття;

❖ бажання отримати захист або підтримку з боку громадської думки тощо.

✓ **Суїцидальна поведінка** — поведінка, що включає до себе думки про суїцид, планування самогубства, суїцидальні спроби та сам суїцид.

✓ **Суїцидальна поведінка** — будь-які внутрішні та зовнішні прояви психічних актів, що направлені на позбавлення себе життя.

⚡ **Під терміном «суїцидальна поведінка» розуміють:**

❖ завершені самогубства;

❖ суїцидальні спроби;

❖ приготування до спроби піти з життя;

❖ суїцидальні думки;

❖ нанесення собі ушкоджень без бажання піти з життя;

❖ нанесення собі ненавмисних ушкоджень;

❖ поведінку, що призводить до нанесення собі шкоди без усвідомлення існування суїцидальних намірів.

✓ **Суїцидальна спроба** — будь-який прояв суїцидальної поведінки, що можуть мати або не мати летального результату.

Одним із провідних факторів схильності до суїцидальної поведінки є афективні порушення, пов'язані із переважанням депресивних станів.

✓ **Депресія** — це придушений стан, душевне пригнічення. Ці стани узагальнено визначають як синдром, який характеризується зниженим настроєм (гіпонімією), гальмуванням інтелектуальної і моторної діяльності, зниження життєво важливих (вітальних) потягів, песимістичними оцінками себе і свого становища, соматоневрологічними порушеннями. Депресіям притаманні такі властивості, як, негативна оцінка власної особистості, зовнішнього світу і майбутнього.

Депресія як стан і комплекс емоцій найбільш глибоко досліджена в рамках психодинамічного, когнітивного і соціально-когнітивного підходах в психології і психотерапії.

❖ **У психодинамічному напрямку** (А. Адлер, Р. Азенберг, Д. Віннікотт, М. Кляйн, Е. Фромм, А. Шатцберг, К.-Г. Юнг, З. Фрейд

та інші) депресія розглядається як співвідношення з втратою важливого об'єкта чи втратою людини інтересу до зовнішнього світу і посиленням вимог стосовно самого себе. У психодинамічній концепції розвитку депресії передбачають взаємодію між психосоціальними сенсорами і певними преморбідними якостями суб'єкта.

‡ **До таких якостей відносять:**

- ригідність мислення,
- інтропунітивний стиль реакції на ситуацію фрустрації,
- нездатність насолоджуватися життям у всіх його повсякденних проявах.

❖ **Когнітивна модель** депресії базується на положенні про те, що провідні симптоми депресії, такі як печаль, слабкість або повна втрата мотивації, суїцидальні намагання, знаходяться в залежності від порушення пізнавальних процесів. В концепції когнітивної тріади А. Бека і теорії А. Елліса, зазначається, що *депресія* — це внутрішній діалог, який набуває форми «команд», які програмують нинішнє та майбутнє. Присутність команд як засобу контролю та регуляції виключає гнучке реагування на ситуацію. Виділяється комплекс когнітивних порушень, який є класичним:

- негативне сприйняття оточуючого світу і життєвих подій;
- негативне уявлення про себе;
- негативна оцінка майбутнього, так звана когнітивна депресивна тріада.

❖ **Соціально-когнітивна модель** депресії. В цьому напрямку виділяють, теорію когнітивної мотивації А.Бандури, основна ідея зводиться до того, що детермінантами поведінки можуть бути інтерес самопізнання, усвідомлене самовизначення і компетентність, очікування самоуспішності, самоефективності. Соціально-когнітивна модель Дж. Адамс і М. Адамс, в якій акцент зроблений на ідеї про те, що антисоціальна поведінка повинна привести до відторгнення однолітками і далі до депресії.

‡ **Виділяють 4 суїцидальні періоди:**

❖ **I період — досуїцидальний період.** Характеризується появою відчуттів самотності, туги, аналізом нереалізованих мрій, втрата інтересу до життя, формування ангедонії (зворотній стан, коли втрачається здатність отримувати задоволення від життя, втрата мотивації, відсутність почуття насолоди від звичайних активностей).

❖ **II період** — пресуїцидальний. Відбувається зміна змісту психічного життя, формуються *антивітальні переживання* та *суїцидальна ідеяція*, що включає: пасивні суїцидальні думки (уявлення смерті, але без власної участі — «а що, якщо мене зіб'є машина», «що буде, якщо я помру уві сні?»); суїцидальні задумки (обмірковує шляхи та методи самогубства, планує, як лишити себе життя); суїцидальні наміри (активний процес здійснення запланованого, тобто приєднання до замислів вольового компонента).

⚡ **За тривалістю пресуїцидів їх класифікують на гострий та хронічний.**

○ **Гострий пресуїцид** триває декілька хвилин — суїцидальні задумки та наміри виникають одразу, без пасивних суїцидальних думок та антивітальних переживань.

○ **Хронічний пресуїцид** може тривати місяцями та включає до себе всі вищезазначені симптоми. Якщо пресуїцидальний період довготривалий, то зростає вірогідність впливу антисуїцидальних факторів, що може запобігти суїциду.

⚡ Пресуїциди розподіляють на *афективно-напружений* та *афективно-редукований* типи.

○ *Для афективно — напруженого типу* характерна поведінка із виразною емоціональністю, ідеаторно-моторна розгальмованість, виразна ажитація.

○ *Афективно — редукований тип* пресуїциду зустрічається у пацієнтів з астенічними та гіпотимними рисами та характеризується більшою тривалістю, низькою інтенсивністю емоцій. Така модель поведінки визначається як «холодні самогубства негативного балансу».

❖ **III період** — реалізація суїцидальних задумів. За даними ВОЗ існує безліч способів самогубства. Виділяють дві фази: *зворотню* (коли людина самостійно або під впливом інших людей припиняє спробу самогубства) та *незворотню*.

❖ **IV період** — постсуїцидальний. У перші дні після спроби самогубства відбувається переоцінка цінностей та формування відношення до того, що сталося із людиною. Важливими є емоційні переживання, що стосуються реакції на спробу самогубства та пов'язаних із цим наслідків.

⚡ **Виділяють:**

○ найближчий постсуїцид (перший тиждень після самогубства),

- ранній (від тижня до місяця після суїциду)
- пізній постсуїцид (наступні 4–5 місяців). У цей період дуже важливо не пропустити появу депресивної симптоматики або можливої трансформації психічного стану, під дією соматоневрологічних наслідків, що пов'язані зі скоєним суїцидом (наприклад розвиток астенічного синдрому або змінення динаміки вже існуючого психічного розладу).

#### ✚ **Причини, що є найбільш поширеними серед суїцидентів:**

❖ **Заклик до допомоги** — найбільш розповсюджена модель поведінки суїцидентів, коли вони прагнуть знайти допомогу, отримати співчуття з боку оточуючих. Ще на початкових етапах людина говорить про аутоагресивну поведінку, навіть коли ще не пов'язує аутоагресію із собою. Головною задачею у даному випадку є правильно та адекватно оцінити ступінь виразності цього наміру, вміти доступно пояснити пацієнту, що саме із ним відбувається. Саме при такій моделі поведінки пацієнт прагне до того, щоб йому допомогли та підтримали.

❖ **Відмова від життя** — до цього варіанту відносяться ситуації, коли у самогубстві бачать єдиний вихід у вирішенні своїх проблем. Яскравим прикладом є дезадаптаційна поведінка людини, що дізналася про свою смертельну хворобу, або раптово стала інвалідом та прагне позбавити себе життя, щоб не бути тягарем для себе та оточуючих. Така поведінка є різновидом *альтруїстичного самогубства*, де суїцидент хоче власною смертю принести користь іншим людям, щоб їм можливо стало «легше».

❖ **Протест** — самогубства, що скоєні у межах заклику протесту, характеризуються імпульсивністю та прагненням змінити якусь конкретну подію на більш правильну. Пацієнт демонструє свою незгоду та відчуття несправедливості з обставинами, що склалися.

❖ **Помста** — різновид особистісного сенсу суїциду є активним та найагресивнішим. Поведінка демонструє бажання «покарати» оточуючих, що завдали їй шкоди, показати свою правоту та виразити ступінь образи.

❖ **Самопокарання** — самогубство, до якого призводить глибоке відчуття власної провини й почуття пригнічення.

Провідною думкою цієї моделі поведінки є: «я ніколи не пробачу собі цього». У рамках самопокарання розглядаються суїциди, що трапляються після скоєння вбивства іншої людини.

⚡ **Категорії людей, які максимально схильні до формування суїцидальної поведінки:**

- ❖ шукачі смерті — люди, що навмисно лишають себе життя, без можливості виживання;
  - ❖ ініціатори смерті — люди, що наближують до себе смерть — наприклад, люди з онкологічною патологією;
  - ❖ гравці зі смертю — люди, що випробовують себе у екстремальних ситуаціях, життя виступає нібито ставкою перед смертю;
  - ❖ люди, що схвалюють смерть — висловлюють своє позитивне відношення до самогубства, але активно цього не прагнуть, прикладом;
  - ❖ є літні люди або емоційно нестабільні підлітки.
- ✓ **Ризик суїцидальної поведінки серед людей із невротичними та пов'язаними зі стресом розладом у три рази більший, аніж в популяції.**

✓  
⚡ **Серед розладів, що призводять до скоєння самогубств та безпосередньо пов'язаних зі стресом, найбільш розповсюдженими є:**

- ❖ посттравматичний стресовий розлад,
- ❖ генералізований тривожний розлад,
- ❖ панічний розлад.

Рідше за всіх суїциди зустрічаються у пацієнтів із соціальними фобіями.

⚡ **Є ряд факторів, що підвищують суїцидальну активність у пацієнтів із стресовими розладами:**

- ❖ коморбідність тривожних розладів із депресивними проявами,
  - ❖ алкогольна залежність (частіше всього серед пацієнтів із ПТСР),
  - ❖ наявність та виразність психотравмуючої події,
  - ❖ стан компенсаторних та захисних механізмів психіки людини.
- ✓ При **гострій реакції на стрес** клінічна картина є дуже поліморфною (тривога, гнів, депресія, ступор, гіперактивність) та короткочасною. У пацієнтів превалюють відчуття зміни плину часу; здається, що певна життєва ситуація є безвихідною та найбільш страшним для них є переживання втрати на рівні сенсу цінностей. У результаті такою взаємної індукції можливе виникнення аутодеструктивної та аутоагресивної поведінки. Подібний стан є гострим та його прояви із часом зменшуються (протягом однієї доби), дуже важливим є не тільки медикаментозне лікування психопатологічної симптоматики, але

й правильне проведення кризової психотерапії, з обов'язковим проведенням профілактики суїциду.

✓ **Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** виникає через 3–6 місяців, після психотравмуючої поведінки, що призводить до виникнення стійкого дистресу у психіці людини.

⚡ **Виділяють фактори, що потенціюють суїцидальний ризик серед пацієнтів із ПТСР:**

❖ фактори, що відомі із анамнезу (суїцидальні дії у минулому, у родині, наявність психотравм у анамнезі, наявність хронічної соматичної патології);

❖ клінічні фактори (коморбідність тривожної та депресивної симптоматики, негативне світосприйняття, наявність панічних розладів);

❖ фактори, що пов'язані із особистістю (акцентуації, незрілість особистості, низька самооцінка, завищені вимоги до себе, відчуття власної провини);

❖ психологічні фактори (середовище, що оточує пацієнта; відсутність підтримки з боку близьких; розпад ідеалів та цінностей людини);

❖ психосоціальні фактори (матеріальне становище, наявність релігійних або моральних установ, соціальна ізоляція);

❖ етнокультуральні фактори (уявлення, щодо життя та смерті);

❖ супутні фактори (період біологічних криз, наявність залежності від психоактивних речовин).

▪ *На першому місці з проблем, характерних для підлітків та молоді з суїцидальною поведінкою, перебувають стосунки з батьками. Приблизно в 70% випадків ці проблеми безпосередньо пов'язані з суїцидом,*

▪ *на другому місці* — труднощі, пов'язані зі школою,

▪ *на третьому* — проблеми взаємин з друзями, в основному протилежної статі.

Дитина завдяки суїциду намагається викликати певні дії з боку іншої особи або осіб чи спонукати зміни у ставленні до неї оточуючих людей.

Для них є необхідним комплексне та негайне лікування.

⚡ **У структуру лікування входять:**

❖ індивідуальна психотерапія (корекція уявлень, щодо психотравмуючої ситуації);

❖ ознайомлення зі структурою та складових стресового розладу,

❖ групова психотерапія (група підтримки),



- ❖ сімейна психотерапія,
- ❖ соціальна корекція (для того, щоб ліквідувати переживання та реакції проти суспільного протесту).

⚡ **Виділяють два варіанти справжньої суїцидальної поведінки:**

❖ *Швидке формування суїцидальних намірів*, рішучість та чіткість у виконанні суїцидальних дій. Такі пацієнти не вимовляють ніяких суїцидальних думок та їхня зовнішня поведінка ніяк не видає їхніх намірів через наявність чіткого інтровертованого способу опрацювання психотравмуючої ситуації. Цей варіант поведінки може бути при усіх різновидах розладів особистості.

❖ *Поступове формування суїцидальної поведінки*. Хворий інформує про свої наміри близьких людей, через екстравертований варіант опрацювання внутрішнього конфлікту. Такий різновид реакції більш характерний для пацієнтів з істеричними, обсесивно-компульсивними, тривожними та залежними розладами особистості.

⚡ **В залежності від динаміки перебігу розладу особистості корелює ступінь суїцидального ризику та впливає:**

❖ вікові кризи (підлітковий період або клімактеричний період у жінок);

❖ періоди декомпенсації психічних розладів;

❖ розвиток розладу особистості.

❖ При формах суїцидальної поведінки у вигляді *«протесту»*, суб'єкт намагається негативно вплинути на ворожу та агресивну до нього об'єктивну складову конфліктної ситуації. Вербально це може виражатися у фразах на зразок *«ніхто мене не розуміє»*, *«усі проти мене»*, *«справедливості немає»*, *«більш нема сил боротися»*.

❖ *«Помста»* є конкретною формою протесту у вигляді ушкодження ворожому оточенню. Така форма поведінки може виникнути у особистості з високою самооцінкою при активній чи агресивній позиції з механізмом трансформації гетероагресії у аутоагресію.

❖ При суїцидальній поведінці типу *«заклику»* позиція особистості є менш активною і має метою зміну ситуації завдяки активації допомоги зовні. Вербальні показники такої поведінки: *«я нікому не потрібен»*, *«за що ви мене так мучите?»*. Мотивація — *«коли ж ви звернете на мене увагу?!»*, *«я благаю вашої допомоги!»*.

❖ Суїциди *«ухилення»* виникають при загрозі особистісному або біологічному існуванню, якому протидіє висока самоцінність. Людина

не може витримати таку загрозу та обирає самоусунення: «далі буде ще гірше», «діватися нема куди», «мені не витримати цієї ганьби».

❖ **«Самопокарання»** відбувається при внутрішньому конфлікті двох ролей: «Я — суддя» та «Я — підсудний». Самогубство може бути як з точки зору «судді» (знищення ворогу у собі), так і з боку «підсудного» (покутування провини), як то «ніколи не пробачу собі».

❖ При самогубствах **«відмови»** ціль та мотив суїциду наближуються, бо мотивом є відмова від існування, а ціллю — позбавлення себе життя. Вербально це може висловлюватися як *«ніколи не повернути минулого», «все втрачено», «це — кінець»*.

Проблема самогубства тісно пов'язана з проблемами у родині неповнолітнього, бо саме тут створюються установки та цінності особистості, моделюються її засоби адаптації до середовища та її особистісні позиції у ситуації конфлікту. Сутність «несприятливого» впливу сімейних відносин на формування особистості дитини полягає в незадоволенні життєво важливих соціальних потреб.

⚡ До сфери впливу родини належить до половини суїцидальних мотивів, які зареєстровані статистикою. **Провідними з них є:**

- ❖ розлучення батьків,
- ❖ психологічне неприйняття дитини батьком та мамою,
- ❖ виховання в умовах бездоглядності,
- ❖ ізоляція в сім'ї,
- ❖ «моральний гнів» батьків,
- ❖ емоційна відчуженість членів родини,
- ❖ міжособистісні конфлікти подружжя,
- ❖ цілодобове утримання дитини у дитячому будинку, школи — інтернаті, на відстані від помешкання батьків,
- ❖ втрата батька або матері, близьких родичів.

Основний метод оцінки суїцидального потенціалу є традиційний **клініко-психопатологічний метод та психологічний аналіз.**

⚡ **Багатоосьова діагностика дозволяє проаналізувати:**

- ❖ клінічні характеристики;
- ❖ етнокультуральні характеристики;
- ❖ соціально-економічні характеристики;
- ❖ світогляд;
- ❖ характерологічні особливості.

✚ **Знання цих факторів допомагає екстремальним психологам оцінити ступінь ризику суїцидальної поведінки.**

❖ **Стать** — чоловіча (рівень суїцидів у чоловіків у три — чотири рази вище, ніж у жінок, у той час як у жінок приблизно в три рази вище рівень суїцидальних спроб).

❖ **Вік** — вікова група від 45 до 65 років (групи високого ризику):

- підлітки й молоді люди обох статей — від 12 до 24 років,
- чоловіки — 20–30 років,
- обидві статі — старші 50 років,
- старші 60 років.

❖ **Суїцидальні спроби:** максимальна кількість для вікового діапазону — 25–29 років.

❖ **Сімейний стан** — ті, хто ніколи не були в шлюбі, розлучені, вдовці та вдови, бездітні й такі, що проживають на самоті.

❖ **Освіта й професійний статус** — безробітні, а також особи з вищою освітою і високим професійним статусом.

Рівень парасуїцидів (аутоагресивних дій, що не призвели до смертельного результату) вищий серед осіб із середньою освітою і невисоким соціальним статусом.

✚ **Медичні фактори:**

❖ **Психічна патологія** — депресія, особливо затяжний депресивний епізод у минулому; алкогольна залежність; залежність від психоактивних речовин; шизофренія; розлад особистості.

❖ **Соматична патологія** — важке хронічне прогресуюче захворювання; онкологічні захворювання та захворювання органів кровотворення; серцево-судинні хвороби; захворювання органів дихання (астма, туберкульоз); уроджені й придбані каліцтва; втрата фізіологічних функцій (зору, слуху, здатності рухатися, втрата статевої функції, безплідність); ВІЛ-інфекція; стани після важких операцій; стани після трансплантації донорських органів і тканин.

✚ **Біографічні фактори:**

❖ Гомосексуальна орієнтація.

❖ Суїцидальні думки, наміри, спроби в минулому.

❖ Суїцидальна поведінка родичів, близьких, друзів, інших значимих осіб (релігійні лідери, кумири поп-культури).

✚ **Зовнішні обставини:**

❖ наскільки суїцидент був ізольований під час спроби скоєння самогубства;

- ❖ наскільки ймовірним було втручання в суїцидальну поведінку з боку інших людей;
- ❖ чи вживав суїцидент попереджувачі заходи проти можливого розкриття суїцидальних намірів іншими людьми;
- ❖ чи писав прощальний лист або записку;
- ❖ чи шукав допомоги під час спроби або після;
- ❖ чи робив фінальні дії (які, за його власним припущенням, повинні були привести до смерті).

#### ⚡ **Внутрішні установки:**

- ❖ чи вірив суїцидент у те, що дійсно вб'є себе;
- ❖ чи говорив він, що хоче вмерти;
- ❖ наскільки навмисною була спроба;
- ❖ які почуття випробовував, виявивши, що спроба не вдалася (його врятували) — радості, жалю, гніву.

✓ **Індикатори суїцидального ризику** — це особливості сформованої ситуації, настрою, когнітивної діяльності й висловлень людини, які також збільшують ступінь ризику суїцидальної поведінки.

#### ⚡ **Ситуаційні індикатори суїцидального ризику:**

- ❖ смерть коханої людини, особливо чоловіка або дружини;
- ❖ розлучення;
- ❖ втрата роботи;
- ❖ вихід на пенсію;
- ❖ змушена соціальна ізоляція, особливо від сім'ї або друзів (еміграція, змушене переселення, тюремне ув'язнення, у підлітків — переїзд на нове місце проживання);
- ❖ сексуальне насильство;
- ❖ небажана вагітність (у підлітків);
- ❖ «втрата обличчя» — у підлітків (ганьба, приниження).

#### ⚡ **Поведінкові індикатори суїцидального ризику:**

- ❖ зловживання психоактивними речовинами, алкоголем;
- ❖ ескейп-реакції (втеча з дому);
- ❖ самоізоляція від інших людей і життя;
- ❖ різке зниження повсякденної активності;
- ❖ зміна звичок, недотримання правил особистої гігієни, догляду за зовнішністю;
- ❖ перевага тем, пов'язаних зі смертю й самогубством над іншими темами у розмовах або при читанні;
- ❖ часте прослуховування жалобної або сумної музики;

❖ «приведення справ у порядок (оформлення заповіту, урегулювання конфліктів, написання листів до родичів і друзів, роздача особистих речей).

#### ⚡ **Комунікативні сигнали суїцидального ризику:**

*Прямі або непрямі повідомлення про суїцидальні наміри:* «Хочу вмерти» — пряме повідомлення, «Незабаром все це закінчиться» — непряме. Жарти, іронічні висловлення про бажання вмерти, про безглуздість життя також відносяться до непрямих повідомлень.

#### ⚡ **Когнітивні індикатори суїцидального ризику:**

❖ Установки до суїцидальної поведінки.

❖ **«Негативна тріада»**, характерна для депресивних станів: негативні оцінки своєї особистості, навколишнього світу та майбутнього.

Власна особистість сприймається як незначна, що не має права жити; світ розцінюється як місце втрат і розчарувань; майбутнє уявляється як безперспективне, безнадійне.

❖ **«Тунельне бачення»** — нездатність побачити інші прийнятні шляхи вирішення проблеми, крім суїциду.

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

❖ Імпульсивність. Імпульсивність як характерологічна риса відіграє важливу роль у суїцидальній поведінці, особливо в умовах надзвичайної ситуації. Імпульсивна людина може протягом декількох хвилин перейти від думки про самогубство до суїцидальних дій.

Коли кризовий психолог має справу з постраждалим, у якого діагностується подібний стан, важливо пам'ятати, що відсутність суїцидального плану в цей час ще нічого не говорить про ступінь суїцидального ризику.

Постраждалий з будь-якими ознаками суїцидальної активності повинен перебувати під постійним спостереженням, це спостереження повинно бути ненастирливим і тактовним.

❖ Істотне значення має доступність засобів суїциду (доступ до зброї; фармакологічні препарати завжди під рукою або їх ще потрібно придбати).

Ступінь летальності засобів суїциду не має визначального значення в оцінці ступеня ризику суїцидальної поведінки. Якщо суїцидент скористався неефективними засобами, спроба все-таки зроблена, при цьому ймовірність суїцидальної поведінки в майбутньому зростає.

#### ✚ **Емоційні індикатори суїцидального ризику:**

- ❖ амбівалентність стосовно життя;
- ❖ депресивний настрій, байдужність до своєї долі, пригніченість, безнадійність, беспорядність, розпач;

- ❖ переживання горя.

✓ **Розпізнавання суїцидальної небезпеки, розмова із суїцидентом про його наміри — це перша допомога!**

Одна з важливих відмінностей суїцидонебезпечного стану — відчуття себе «поза» суспільством (оскільки тема самогубства практично знаходиться під забороною — табу).

Найважливішим принципом першої психологічної допомоги при суїцидальній небезпеці — **задавати питання про самогубство, не уникати цієї теми**. Важливо проявляти зацікавленість, але не оцінювати, не засуджувати й не намагатися переконати співрозмовника.

#### ✚ **Узагальнений перелік необхідних інтервенцій:**

- ❖ Встановлення емпатичного контакту, відносин довіри.

- ❖ Визначення ступеня ризику суїцидальної поведінки та імовірності смертельного результату. Велике значення має минулий досвід суїцидальної поведінки і з'ясування, що тоді втримало людину від суїциду. Часто людина шукає допомоги, говорячи про те, що хоче померти.

- ❖ Пошук спільного рішення щодо подальших дій. У процесі оцінки суїцидального ризику або після цього, треба довідатися, в чому складається зміст самогубства для постраждалого. Якої проблеми або цілого клубка проблем він хоче позбутися. Це питання допомагає визначити тактику подальшої інтервенції.

#### ✚ **Під час вивчення технологій консультування таких пацієнтів, необхідно знати мету консультації:**

- ❖ визначення суїцидального потенціалу та ступеню його виразності;

- ❖ визначення індивідуальних факторів, що потенціюють чи лімітують скоєння самогубства;

- ❖ прийняття рішення про направлення на консультацію до психіатра або госпіталізацію хворого;

❖ визначення фармакологічної та психотерапевтичної стратегії ведення даного пацієнта.

⚡ **Особливості проведення діагностичного інтерв'ю з суїцидентами.**

Необхідно визначити наявність (або відсутність) антивітальних переживань. Це можна зробити, дізнавшись точку зору пацієнта за власне життя та задоволеність від нього.

⚡ **Якщо у відповіді на ці питання людина:**

❖ говорить, що його життя нічого не варте — необхідно спитати чи виникали у такої людини думки про самогубство. Якщо відповідь позитивна, то необхідно встановити ступінь суїцидального ризику;

❖ відповідає, що таких думок в нього немає — необхідно запитати, як саме він вирішив, що не зміг би здійснити самогубство та які в нього плани на подальше життя;

❖ треба бути особливо обережним з тими, хто ухиляється від відповіді.

✓ **Схема збору суїцидологічного анамнезу.**

⚡ **Основні запитання.**

1. Якщо раніше була суїцидальна спроба, то її характеристика (спосіб і вірогідність надання допомоги).

2. Імпульсивність і тривалість суїцидальних думок, у контексті особистісних факторів.

3. Наявність поточних втрат, смертей, суїцидів у соціальному оточенні пацієнта.

4. Поява намірів, що вказують на існування суїцидального плану.

5. Визначення факторів завершення справ, підготовки заповіту.

6. Ступінь ізольованості від соціального оточення.

7. Наявність суїцидів у сімейному анамнезі.

8. Інформація, щодо попередніх госпіталізацій у психіатричний стаціонар.

9. Наявність симптомів деперсоналізації і дереалізації.

10. Наявність синдромів органічного ураження головного мозку.

11. Наявність хронічного соматичного захворювання, особливо з больовим синдромом.

12. Наявність залежності від психоактивних речовин.

Якщо під час бесіди було виявлено три або більше факторів, це свідчить про помірний або високий ризик суїциду у даного пацієнта.

⚡ **Засновник транзактного аналізу Ерік БERN рекомендував додавати ще такі запитання:**

1. скільки років Ви збираєтеся прожити?;
2. чому саме стільки років?;
3. скільки років Вашим батькам?;
4. хто буде біля Вас, коли ви будете вмирати?;
5. які можуть бути Ваші останні слова?;
6. які були останні слова Ваших батьків (якщо вони померли)?;
7. що Ви залишите після себе?;
8. що буде написано на пам'ятнику після вашої смерті?;
9. що ви б написали на цьому пам'ятнику?;
10. що буде сюрпризом, приємним або неприємним, для Ваших близьких після вашої смерті?

Більш поглибленого психологічного аналізу потребують особи, чії родичі завершили життя самогубством, тому, що вірогідність повторення суїцидального сценарію в них зростає.

⚡ **Опитування для визначення ризику суїциду Б. Любан-Плоца (2000)**

Ризик суїциду тим вище, чим більше відповідей «так» на питання 1–11, та «ні» на питання 12–16.

1. Чи доводилося Вам останнім часом думати про самогубство?
2. Якщо так, то чи часто?
3. Чи виникали такі думки мимоволі?
4. Чи є у Вас конкретне уявлення про те, як би ви віддали перевагу позбавити себе життя?
5. Починали Ви підготовку до цього?
6. Чи говорили Ви вже кому-небудь про свої суїцидальні наміри?
7. Чи намагалися Ви вже коли-небудь позбавити себе життя?
8. Чи був у Вашій родині або в колі друзів і знайомих випадок самогубства?
9. Чи вважаєте Ви свою ситуацію безнадійною?
10. Чи важко Вам відволіктися від своїх проблем?
11. Чи зменшилася останнім часом Ваше спілкування з рідними, друзями, знайомими?
12. Зберігається чи є у Вас інтерес до того, що відбувається у Вашій професії і оточенні? Чи залишився ще інтерес до Ваших захоплень?



13. Чи є у Вас хтось, з ким би Ви могли відкрито і довірливо говорити про свої проблеми?

14. Живете Ви зі своєю сім'єю або знайомими?

15. Чи зберігаються у Вас сильні емоційні зв'язки з родиною і/або професійними обов'язками?

16. Чи відчуваєте Ви свою стійку належність до якоїсь релігійної чи іншої світоглядної спільноти?

**✚ Відповідно до концепції Н. Пезешкіана, існує чотири види «втечі» від реальності: «втеча в тіло», «втеча в роботу», «втеча в контакти або самотність» і «втеча у фантазії». Він розробив опитування для хворих, здійснивши суїцидальну спробу.**

1. «Я цього більше не витримаю». «Життя — це ілюзія». «Все — гра уяви, химера, уявний світ». «Смерть — це ворота життя». Чи можете Ви пригадати висловлювання, що близькі до цієї проблематики. Яке Ваше відношення до цього?

2. Який засіб ви використовували, щоб піти з життя?

3. Ваше відчуття самотності ґрунтується переважно на вашій професійній діяльності?

4. У Вашій професійній діяльності Ви розчаровані, відчуваєте себе відкинутим?

5. Чи була Ваша спроба самогубства викликом навколишньому світу? З якою метою?

6. Ви розповідали кому небудь про ваші спроби самогубства? Їх реакція?

7. Які розчарування передували вашій спробі самогубства? Чи було за цим бажання любові, близькості, захищеності?

8. Чи долають вас думки про безнадійності життя?

9. Чи знаєте Ви причини, що змушують людей інших культурних традицій свідомо позбавляти себе життя (харакірі в Японії)?

10. Чи хотіли б Ви покінчити із нестерпною для вас ситуацією (якою?) життям взагалі?

11. Чи Ви замислювались про глобальні проблеми майбутнього всього людства?

12. Що для вас є сенсом життя?

13. Які плани Ви маєте у професійній, суспільній діяльності, партнерських, сімейних відносинах?

**Профілактика суїцидальної поведінки** — це система заходів, спрямованих на запобігання різних проявів суїцидальної поведінки,

в тому числі і суїцидальних дій, а також попередження повторних суїцидальних актів.

### ✚ **Класифікація видів профілактики суїцидальної поведінки:**

#### ❖ **За змістом:**

- спеціалізовані психіатричні (суїцидологічні): медикаментозні та психотерапевтичні методи впливу, спрямовані на лікування психічних і поведінкових розладів, потенційований суїцидогенез, і на профілактику формування та попередження суїцидальної активності;

- психологічні — психокорекційні програми, спрямовані на формування антисуїцидальних копінг-стратегій поведінки, зміна особистісних установок, самооцінки, рівня домагань, на формування «анти-суїцидальних бар'єрів»;

- загальномедичні — лікувальні заходи, спрямовані на усунення соматоневрологічних наслідків суїцидальної спроби і на профілактику інвалідності;

- соціальні — зміна соціально-економічного статусу потенційних і реальних суїцидентів;

- інформаційно-освітні — інформування всіх груп населення про необхідність і способи зміцнення психічного здоров'я, освітні програми з діагностики суїцидонебезпечних станів та невідкладні заходи щодо його запобігання.

#### ❖ **За послідовністю:**

- первинна профілактика — попередження суїцидальних дій серед усіх категорій населення;

- вторинна профілактика — запобігання рецидиву суїцидальної поведінки;

- третинна профілактика — запобігання інвалідизуючих наслідків суїциду і повторення суїцидальних спроб, запобігання рецидиву аутоагресивної поведінки серед близького оточення.

Найбільш значущими превентивними заходами у профілактиці суїцидів є формування здорового способу життя серед усіх населення, звернення уваги на розвиток особистості. Важливим є створення інформаційних та освітніх програм, що будуть спрямованими на навчання продуктивних поведінкових стратегій в кризових ситуаціях. На державному рівні повинно здійснюватися обмеження доступу до речовин і засобів самогубства. З боку лікарів, необхідно проводити серед пацієнтів ретельну ідентифікацію груп підвищеного ризику.

❖ **Програми з первинної профілактики** повинні бути диференційованими і враховувати вікову, гендерну, професійну, релігійну,

етнокультурну та іншу специфіку групи осіб, з якими проводяться превентивні втручання.

❖ **Вторинна профілактика.** Проводиться з людьми, які вже скоїли суїцидальну спробу, з метою запобігання рецидиву суїцидальної поведінки. Терапевтична тактика по відношенню до пацієнта визначається, перш за все, його соматичним і психологічним станом.

З метою вторинної профілактики використовується міжособистісно-орієнтована психотерапія, спрямована на попередження рецидиву кризи у осіб з хронічним суїцидальним ризиком.

✓ **Кризова психотерапія** — це невідкладна, ургентна психотерапевтична допомога пацієнтам, які перебувають у кризовому стані і потребують корекції суїцидальних проявів.

❖ **Мета кризової терапії:**

- усунення симптомів;
- відновлення докризового рівня функціонування людини;
- усвідомлення тих подій, які призвели до стану дисбалансу;
- виявлення внутрішніх ресурсів пацієнта, членів його сім'ї та значущих близьких, для подолання кризи;
- усвідомлення зв'язку між суїцидогенним конфліктом і попередніми йому переживаннями і проблемами;
- освоєння нових моделей поведінки і адаптивних реакцій і стратегій.

⚡ **Основні задачі кризової терапії.**

❖ **Кризова підтримка, що включає:**

- встановлення терапевтичного контакту;
- розкриття суїцидонебезпечних переживань;
- мобілізацію психологічних механізмів захисту;
- заключення терапевтичного договору.

❖ **Кризове втручання, що включає:**

- розгляд невикористаних способів вирішення кризової проблеми;
- виявлення неадаптивних установок, що блокують оптимальні способи розв'язання кризи;
- корекцію неадаптивних установок;
- активізацію терапевтичної установки.

❖ **Розширення адаптивних можливостей:**

- тренінг невикористаних способів адаптації;
- вироблення навичок самоконтролю та самокорекції відносно неадаптивних установок.

### ❖ *Третинна профілактика*

Третинна профілактика суїцидальної поведінки здійснюється з пацієнтами, що вже скоїли суїцид, і з їхніми родичами. Вона представлена комплексом реабілітаційних програм з напрямком на запобігання інвалідизуючих наслідків суїциду та повторення суїцидальних спроб.

### ❖ *Клінічна картина постсуїцидальних енцефалопатій.*

#### *Психічний статус характеризується:*

- загальною адинамією (рідше гіперактивність);
- торпідністю мислення;
- розладами пам'яті (в легкому випадку — короткочасної, в більш тяжких — довгочасної, часто з амнезією факту суїцидальної спроби);
- розладами інтелектуальних функцій (різного рівня);
- порушенням критики до свого стану та ситуації;
- неадекватністю поведінки;
- апатією;
- благодушністю (до ейфорії).

⚡ **Шкала для оцінки суїцидального мислення Бека (The Beck Scale for Suicide Ideation (A. T. Beck & R. A. Steer, 1991)** призначена для заповнення самим пацієнтом і не вимагає проведення інтерв'ю клініцистом. Факторний аналіз параметрів шкали у осіб, госпіталізованих до психіатричного стаціонару, дозволив виявити три різновиди оцінюваної суїцидальності: «бажання померти» (5 пунктів), «підготовка до суїциду» (7 пунктів), «актуальне суїцидальне бажання» (4 пункти).

⚡ Для експрес-оцінки ризику суїциду використовується **шкала SAD PERSONS Scale (W.M. Patterson, H.H. Dohn, J.Bird, et al. 1983)**. Назва шкали — це акронім з 10 ознак.

⚡ **Тест-опитувальник депресії (Beck Depression Inventory)** був запропонований Аароном Т. Беком в 1961 році на основі клінічних спостережень, дозволяє виявити перелік симптомів депресії. Кожен пункт опитувальника складається з 4–5 тверджень, відповідних специфічним проявам / симптомів депресії. Ці твердження ранжовані за збільшення питомої ваги симптому в загальній ступені тяжкості депресії.

✓ *Коли у психолога обмаль часу на допомогу, слід дотримуватись таких правил:*

❖ обов'язково знайти родичів людини, яка демонструє суїцидальну поведінку та заборонити їм залишати потенційного суїцидента на самоті;

❖ якщо є змога, передати потенційного суїцидента представникам місцевих соціальних служб, а саме — місцевим психологам, які б у подальшому проводили психотерапевтичні та корекційні заходи з цією людиною.

Підготовка до надання екстреної психологічної допомоги постраждалому в наслідок надзвичайної ситуації, який характеризується суїцидальними намірами, повинна складатись з виявлення змісту мотиву, який спонукає його до самогубства — чи це втрата смислу життя через втрату близької людини, чи виникнення почуття провини через несправедливу загибель родича, чи це імпульсивна реакція на психотравмуючу подію, тощо.

Найголовніше, при наданні екстреної психологічної допомоги потенційному суїцидентові — вивести його з негативного стану, який став реакцією на травматичну подію, викликану надзвичайною ситуацією. Слід провести всі необхідні заходи з метою купірування гострих психічних проявів у постраждалого та для виключення будь-якої можливості розвитку у нього постстресових та депресивних розладів у майбутньому й переході їх у патологічний стан.

## 4.8

## РЕАКЦІЯ ГОРЯ

Слова «горе» і «втрата» часто використовуються як синоніми.

✓ **Втрата** — це людський досвід, пов'язаний зі смертю близької людини.

✓ **Горе** — почуття і їхні прояви. Причиною виникнення реакції втрати може бути не тільки смерть близької людини, а й видалення частини тіла, розрив родинних зв'язків (розлучення), звільнення з роботи, відхід з рідного дому, з колективу.

✓ **Горе** — універсальне людське переживання, реакція на втрату значущого об'єкта, частини ідентичності або очікуваного майбутнього; це переживання включає душевний біль, смуток, гнів, безпорадність, почуття провини і розпач.

✓ **Реакція горя** — це природний процес загоєння душевної рани, що була спричинена смертю близької людини. Це відбувається на когнітивному, емоційному, поведінковому рівнях. В результаті горювання відбувається поступове відновлення цілісності психічного життя людини, її уявлень, переконань, стереотипів поведінки, міжособистісних відносин, поступово слабшає емоційна прив'язаність до померлого.

✓ **Страждання (горе)** — негативні емоції, що відображають стан, який виникає як реакція на втрату чи неможливість задовольнити актуальні життєві потреби. Джерелом страждання можуть бути біль, холод, голод, шум, розчарування, невдача. Страждання може виникати при згадуванні або передбаченні умов, за яких воно виникло або мало виникнути.

Одне з перших теоретичних напрацювань про горе було зроблене Чарльзом Дарвіном у його книзі «Вираження емоцій у людей і тварин» (Darwin, 1872).

Пізніше Зигмунд Фрейд опублікував свою статтю «Скорбота і меланхолія» (S., 1917/2001), якою суттєво сформував професійне втручання майже на півстоліття. Для Фрейда «робота з горем» включала процес розриву зв'язків живої особи з померлою. Пізніші теоретики означили горе як протікання в певному напрямку передбачуваних етапів, фаз і завдань (Bowlby, 1980; Kubler-Ross, 1969; Parkes, 1983).

Позбутися страждань можна лише переживаючи страждання. Страждання, або **«робота горя»** (Е. Ліндеман), — це природний процес, необхідний для того, щоб оплакати смерть близької людини і пережити втрату, стати незалежним від втрати, пристосуватися до реалій життя і побудувати нові стосунки з людьми й зі світом.

Є низка теоретичних моделей, що описують процес горя: теорії Еріка Ліндемана, Елізабет Кюблер-Рос, Ваміка Волкана, Джона Боулбі, Коліна Паркеса, Джорджа Поллока. Класифікації відрізняються одна від одної відповідно до теоретичних орієнтацій дослідників. Д. Боулбі (Bowlby, 1961), автор теорії прив'язаності, виділив три фази процесу горювання, але пізніше і він, і К. Паркес (Parkes, 1972) виділяли вже чотири фази.

Д. Боулбі і К. Паркес описали першу фазу як **«заціпеніння»** (від декількох годин до тижня).

Після заціпеніння настає **фаза туги** за втраченою людиною і прагнення повернути втрату, яка може тривати кілька місяців або років.

Третьою фазою є **дезорганізація**, за якою йде четверта фаза — **реорганізація**.

✚ Д. Поллок (Pollock, 1961) говорить про відмінність між гострою та хронічною стадіями горювання.

❖ **Гостру стадію** він розділяє на три підфази: *реакція шоку, афективні реакції і реакція на розлуку*.

❖ **Хронічна стадія**, за Д. Поллоком, подібна до фази класичної роботи горя, описаної Зигмундом Фрейдом (Freud, 1917).

В. Волкан (*Volkan, 1981*) опирається на модель Д. Поллока, але не використовує терміни «гостра» і «хронічна» стадії. Щоб уникнути семантичних труднощів, він розділяє весь процес скорботи на **початкову стадію і роботу горя**. Він виділяє процес адаптації, наступний за **процесом горювання**, подібно до Д. Поллока і Г. Рохліна (*Rochlin, 1965*).

✓ **«Робота горя»** — процес переживання людьми великої втрати. Під час «роботи горя» людина звільняється від прив'язаності до померлого, адаптується до світу, в якому більше немає померлого, і будує нові стосунки. Ліндемман створив фундамент для наступних теорій горювання, виділивши особливості **гострого** та **нормального горя**. Важливим внеском Еріка Ліндеммана є й те, що він описував не лише емоції і почуття, а й фізичні відчуття, пов'язані з реакцією на втрату.

П'ять ознак, що Е. Ліндемман називає визначальними для переживання горя, тобто такими, які зустрічаються в людей, що переживають горе, та свідчать про його наявність, не допускаючи інших трактувань.

#### ⚡ **Ознаки, визначальні для переживання горя**

❖ **Соматичний дистрес.** Напади дискомфорту, що продовжуються до години; соматичні скарги (відчуття стискання в горлі, переривчасте дихання, зітхання, відчуття порожнечі в шлунку, порушення апетиту, зміна смаку їжі), слабкість і надзвичайний фізичний чи емоційний біль.

❖ **Захопленість образом померлого.** Людина в скорботі переживає відчуття нереальності, емоційної відокремленості від інших, вона захоплена образом померлого.

❖ **Почуття провини** стосовно померлого чи щодо обставин його смерті. Людина вважає смерть близького, результатом своєї недбалості чи недостатньої уважності, шукає доказів власної причетності до його смерті.

❖ **Реакції неприязні.** Стосунки з іншими людьми порушуються, втрачають теплоту через те, що скорботна людина бажає залишитися наодинці, вона дратівлива й сердита. Це призводить до формалізованого спілкування.

❖ **Нездатність функціонувати на попередньому рівні.** Людина у скорботі намагається щось робити, але все робить без інтересу, автоматично. Її дивує той факт, що велика частка традиційної діяльності була пов'язана з померлим (зустрічі, розмови). Все це тепер втрачено. Ця втрата є причиною сильної залежності від будь-кого, хто стимулюватиме активність людини, яка переживає втрату.

❖ Е. Ліндеман пропонує шосту ознаку, яка доповнює цілісну картину. Це характеристика людей, які перебувають на межі патологічних реакцій, а саме: **поява рис померлого в поведінці особи, що залишилася**. Це можуть бути симптоми останньої хвороби померлого чи поведінка, яка спостерігалася в час трагедії. Може змінюватися коло інтересів у напрямку колишніх інтересів померлої людини. Ця ознака досить постійна у людей, хворобливо поглинутих образом померлого.

✚ У 1969 році Е. Кюблер-Рос у своїй книжці «Про смерть і вмрання» описала **п'ять стадій горя: заперечення; гнів; торг; депресія; прийняття**.

❖ **Заперечення:** «Я не можу в це повірити», «Цього не може бути!», «Не зі мною!». Як правило, це лише тимчасова захисна реакція людини, спосіб відгородитися від сумної реальності — як усвідомлений, так і неусвідомлений. Основні ознаки заперечення: небажання обговорювати проблему, замкнутість, спроби вдавати, що «все в порядку», невіра в те, що трагедія насправді відбулася. Зазвичай, людина, перебуваючи на цій стадії горя, так намагається витіснити свої емоції, але рано чи пізно стримувані почуття прориваються і починається наступний етап.

❖ **Гнів:** «Чому я? Це несправедливо!», «Ні! Я не можу цього прийняти!». Гнів, а часом навіть лють, спричиняє обурення, відчай через несправедливу і жорстоку долю. Виявляється гнів по-різному: людина може злитися й на себе, і на окремих людей, і просто на ситуацію. Важливо не осуджувати людину, яка переживає цей етап, не провокувати сварки. Варто пам'ятати, що причина злості людини полягає в горі і що це тільки тимчасова стадія.

❖ **Торг.** Період торгу — це період надії, людина тішить себе думками, що трагічну подію можна змінити або запобігти їй шляхом укладення контрактів із Богом, з життям. Людина думає: «Якщо я пообіцяю це робити (чи не роботи), то Ти, Господи, не допустиш цих змін у моєму житті». Іноді торги набувають вигляду забобонів: людина може переконувати себе, що якщо вона побачить три падаючі зірки за одну ніч, то всі її проблеми зникнуть.

❖ **Депресія:** «Я така нещасна, мене нічого не цікавить»; «Все жахливо... Для чого робити спроби?». Коли людина, яка переживає скорботу, розуміє, що торги не дають результатів, що трагічні зміни реальні, вона впадає у стан пригніченості, депресії, у неї зникає життєва сила.



❖ **Прийняття:** «Все буде добре»; «Я не можу змінити цього, але я можу бути з цим». Коли людина розуміє, що трагічні події скасувати неможливо, померлий не повернеться, вона підходить до стадії прийняття. Це не щасливий стан, а швидше покірне прийняття змін, і відчуття, що вона повинна з цим змиритися. Вперше на цьому етапі люди починають оцінювати перспективи. Хоч і важко, але потрібно рухатися вперед.

Хоча Е. Кюблер-Рос і не включила надію у свій список п'яти стадій, однак вважала, що надія — це важлива нитка, яка пов'язує всі стадії горювання. Надія дає віру в можливі хороші зміни, в те, що у всього є особливий сенс.

У своїй праці «Життя після втрати. Психологія горювання» американський психоаналітик доктор Вамік Волкан разом із журналісткою Елізабет Зінтл показують, що переживання горя обумовлюється нашими минулими історіями втрат і є індивідуальним для кожної людини.

✓ Зосереджуючись на найтрагічнішій із втрат — смерті, дослідники розглядають її серед інших втрат: розлука подружжя, втрата мрії, ідеалу, дружби, батьківщини, навіть колишнього себе. Привносячи унікальне розуміння у психодинаміку переживання горя, В. Волкан і Е. Зінтл визначають нормальне або «неускладнене» горе і простежують розвиток **патологічного горя**.

Узагальнення відомих теоретичних моделей процесу горювання та результати власних спостережень і спостережень деяких дослідників дозволяють відокремити **критичні періоди процесу горювання**.

❖ **Перші 48 годин.** Шок від перенесеної втрати і відмова повірити в те, що сталося, може проявлятися в перші години. Емоційно це іноді виражається страхом втратити когось із членів сім'ї та друзів (можливий також сильний страх втрати самого себе — і в фізичному, і в психічному сенсі).

❖ **Перший тиждень.** Необхідність організації похоронного обряду та інші клопоти заповнюють увесь час, почуття втрати часто переносять автоматично, що іноді супроводжується відчуттям «занепаду», емоційним та фізичним виснаженням.

❖ **Від 2 до 5 тижнів.** Домінує відчуття, що тебе залишили сім'я і друзі, які повернулися до своїх буденних справ після похорону.

❖ **Від 6 до 12 тижнів.** На цій стадії шоківий стан змінюється усвідомленням реальності втрати. Спектр пережитих у цей час емоцій досить широкий; людина відчуває втрату і погано контролює себе.

❖ **Від 3 до 4 місяців.** Починається чергуванням «хороших та поганих днів». Людина стає дратівливою та нетерплячою щодо фрустра-

ції. Здебільшого з'являється гнів, почуття емоційної регресії, внаслідок зниження імунітету зростають соматичні скарги, особливо інфекційного і простудного характеру.

❖ **6 місяців.** Починається депресія. Слабшає тягар пережитого, але гнітючі емоції залишаються. Дні народження, свята особливо важко переносяться і можуть викликати депресію.

❖ **12 місяців.** Перша річниця з дня смерті може бути травмівною або переломною, залежно від наслідків пережитих за рік страждань.

❖ **Від 12 до 24 місяців.** Це час «розсмоктування». Людина, що пережила втрату, повільно повертається до колишнього життя. Саме в цей період зникають зі словникового запасу слова «важка втрата» та «горе»; життя бере своє.

⊕ **Фази горювання:** заціпеніння (шок); туга (заперечення втрати, агресія); фаза хаосу й відчаю, під час якої людина не може функціонувати на звичному рівні; реорганізація життя.

На відміну від нормального переживання горя і скорботи після важкої втрати **патологічне горе** характеризується надмірною інтенсивністю переживань і довгою тривалістю.

*До ускладненого (патологічного) горя призводять:* втрата раптова або несподівана; втрата, що викликає подвійні почуття, насамперед гнів і самозвинувачення; втрата людини, з якою були пов'язані сильні залежні стосунки, що спричинили відчай і тугу; декілька втрат упродовж короткого відтинку часу; відсутність системної підтримки особистості чи життєзабезпечення.

⊕ Інші чинники, на які необхідно звернути увагу і які свідчать про те, що людина перебуває в стані **важкої втрати**:

❖ говорить про померлого, ніби це сталося вчора;  
❖ відмовляється віддати чи викинути особисті речі померлого;  
❖ виявляє фізичні симптоми, подібні до тих, що були у померлої людини;

❖ перебуває в депресії, пов'язаній із гострим почуттям провини і низькою самооцінкою;

❖ з'являються риси характеру померлого;

❖ надмірно реагує сильним горюванням на чийсь втрату;

❖ радикально щось змінює відразу після смерті близької людини.

## ✚ **Форми ускладненого горя**

❖ **Хронічне горе.** Переживання горя носить постійний характер. Найменше нагадування про втрату викликає інтенсивні переживання навіть через тривалий час після втрати.

❖ **Конфліктне горе (перебільшене).** Одна чи декілька ознак горя спотворюються або занадто посилюються, насамперед почуття провини і гніву. Виникають подвійні почуття. З'являється хибна ейфорія, що переходить у зтяжну депресію з ідеями самозвинувачення.

❖ **Масковане горе.** Прояви горя незначні або їх зовсім немає. Натомість з'являються соматичні скарги, ознаки хвороби, яка була у померлого. Немає усвідомлення зв'язку із втратою.

❖ **Несподіване горе.** Раптовість майже унеможливує прийняття й інтеграцію втрати. Переважають інтенсивні почуття тривоги, самозвинувачення, депресія, що ускладнює повсякденне життя. Характерними є думки про самогубство.

❖ **Відкладене горе.** Переживання відкладають на потім. Відразу після втрати спостерігаються емоційні прояви, але потім «робота горя» припиняється. У подальшому нова втрата чи нагадування про попередню втрату запускають механізм переживання. Людина може неодноразово говорити про втрату, однак не бажає нічого змінювати або діє прямо протилежно.

❖ **Відсутність горя.** Немає ніяких зовнішніх проявів горя, начебто втрати й не було. Людина повністю заперечує втрату або перебуває в стані шоку.

У певних випадках перебіг горя, зокрема й ускладненого, може посилюватися посттравматичним стресовим розладом, в умовах надзвичайного стихійного лиха, воєнних дій чи їхніх наслідків. Загалом можна відокремити типові симптоми природного переживання горя і патологічні симптоми.

✓ **Типові симптоми горя (прояви):** порушення сну; анорексія чи втрата ваги; дратівливість; проблеми з концентрацією уваги; втрата інтересу до новин, роботи, друзів, церкви тощо; пригніченість; апатія і відчуження; намагання усамітнитись; плач; самозвинувачення; суїцидальні думки; соматичні симптоми; втома.

У середині 90-х Маргарет Штребе та Генк Шат розробили модель горя, яка називається моделлю подвійного процесу (*Schut, 1999*).

Теорія описувала два різні типи стресових факторів і два різні способи поведінки: **процес орієнтації на втрату і процес орієнтації на відновлення.** Коли ви сумуєте, то будете перемикатися або «колива-

тися» між цими режимами. Ось чому це модель подвійного процесу, адже людині потрібно переходити між двома різними станами.

#### ✚ *Процес, орієнтований на втрату.*

Речі, які змушують думати про близьких та їхню смерть, називають стресорами, орієнтованими на втрату. *Це думки, почуття, вчинки та події, які змушують зосередитися на:* реальній втраті; історія про життя до втрати; жалощах за всіма планами та сподіваннями на майбутнє, які не здійсняться. Також: роздуми про сум за близькою людиною; перегляд старих фотографій; виклик певних спогадів; відвідування могили. Стресори, орієнтовані на втрати, можуть викликати багато сильних емоцій, наприклад, смуток, самотність і гнів.

#### ✚ *Процес, орієнтований на відновлення*

Стресори, орієнтовані на відновлення, дозволяють продовжувати повсякденне життя, на деякий час відволікають від горя. Ці думки та дії дозволять трохи відпочити від зосередженості на своєму болю навіть на кілька хвилин. В інших ситуаціях, намагання людини у скорботі керувати життям новим способом, без померлого, може: викликати відчуття самотності та відчаю; виявити труднощі в повсякденних життєвих ситуаціях. Прикладом стресора, орієнтованого на відновлення, є робота або прибирання будинку. Деякі люди для подолання горя беруть собі важке робоче завдання або займаються повсякденними справами, щоб зосередитися на чомусь, окрім болю. Інші приклади включають: перегляд смішного телешоу, поїздку з друзями, заняття спортом. Можуть виникнути труднощі з вирішенням практичних задач, як-от заміна шин, приготування їжі, прання білизни або допомога дітям із математичними завданнями зі школи.

Штребе та Шат наголошують, що для більшості людей придушення або ігнорування емоцій впродовж коротких або тривалих періодів є нормальним способом подолання горя. Наш розум трохи полегшує біль і дає деякий час для виконання важливих та практичних завдань.

Процес, орієнтований на відновлення, — це важлива частина життя після смерті близької людини; це поведінка, яка намагається відновити порядок і нормальне існування.

#### ✚ *Коливання*

Здатність змінювати фокус і переходити між орієнтацією на втрату й орієнтацією на відновлення є важливою у цій моделі. Штребе та Шат назвали цю частину процесу «коливанням», тобто це спосіб людини у скорботі перемикається між двома способами існування втра-

тою та відновленням. Для тих, хто у горі, важливо прийняти це коливання, оскільки вони можуть заходити і виходити зі стану журби, приймати реальність втрати крок за кроком. Багато людей у скорботі неусвідомлено коливаються між двома кондиціями. Наприклад, вранці дивилися телевизор чи слухали новини по радіо і на деякий час відволіклися — це орієнтація на відновлення. Потім побачили картину, що нашттовхнула на особливий спогад про близьку людину, який змусив плакати — це орієнтація на втрати.

Існує думка, що модель подвійного процесу більш корисна для чоловіків, адже попередні теорії скорботи зосереджувалися на стереотипно жіночому способі переживання горя, а саме на безпосередньому вираженні емоцій та їхньому пропрацюванні. Чоловіки частіше та охочіше використовують методи, що більше спрямовані на відновлення, які допомогли б їм впоратися. Коливання все ще дуже важливе, але представники різних статей можуть представляти різні способи входження в цей процес; ця модель визнає і моменти горювання, і періоди відсутності скорботи як здоровий, нормальний спосіб переживання втрати.

Вчені знайшли подібність між депресивним розладом і горем, що переживають люди, які втратили близьку людину: порушення апетиту, сну, втрата інтересу, зниження соціальної активності. Коли вмирає найдорожча людина, то той, хто переживає скорботу, повертається до оральної стадії розвитку і починає ідентифікувати себе з померлим. Людина спрямовує свій смуток і гнів «всередину». Для більшості людей цей процес протікає тимчасово. Але є і ті, кому не вдається самотійно справитися зі своїм станом. Вони відчують спустошеність, зменшують кількість комунікації до мінімуму і їхній стан втрати посилюється. Настає період депресії.

### **✚ 3. Фрейд вважав, що до депресивних розладів схильні два типи людей:**

- ❖ люди, чії потреби в оральній стадії дитинства не були задоволені повністю;
- ❖ люди, чії потреби в оральній стадії дитинства задовольнялися понадміру.

Думки людини, яка переживає горе, все більше концентруються навколо біди, що сталася. Чим більше людина думає про те, що трапилося, тим більше у неї виникає запитань. Втрата сталася, але людина ще не готова змиритися з нею. Вона намагається зрозуміти те, що трапилося, відшукати причини.

С. Saindon висловлює думку про те, що, задаючи питання, чому їй потрібно було померти, той, хто переживає горе, не очікує відповіді, але відчуває потребу запитувати знову.

У людині виникає образа і гнів на адресу тих, хто прямо або побічно сприяв смерті близького або не запобіг їй. При цьому обвинувачення і гнів можуть бути спрямовані на долю, на Бога, на людей: лікарів, родичів, друзів, колег померлого, на суспільство в цілому, на вбивць (або людей, безпосередньо винних у загибелі близького). Злість, звинувачення і закиди можуть адресуватися людям, не тільки не винним у трагедії, але навіть тим, хто намагався допомогти нині покійному.

Комплекс негативних переживань, що зустрічаються на цій стадії, включаючи обурення, озлобленість, роздратування, образу, заздрість і бажання помститися, може ускладнювати спілкування особи, яка переживає горе, з іншими людьми: з рідними і знайомими, з офіційними особами та владою.

Людина, яка переживає горе, неадекватно розуміє ситуацію: переоцінює свої можливості в плані запобігання втраті і перебільшує ступінь власної причетності до настання смерті дорогої людини.

✚ *A.D. Wolfelt додав три форми почуття провини.*

❖ **Провина того, хто вижив** — почуття, що слід було померти замість дорогої людини.

❖ **Провина полегшення** — це вина, пов'язана з почуттям полегшення від того, що близька людина померла.

Полегшення є природним і очікуваним, особливо якщо ця близька людина страждала перед смертю.

❖ **Провина радості** — це вина з приводу почуття щастя, з'являється заново після того, як кохана людина померла.

✓ **Радість** — це природне і здорове переживання в житті. Це знак того, що ми живемо повним життям, і повинні намагатися його повернути.

Серед перерахованих трьох різновидів провини перші дві виникають зазвичай невдовзі після смерті близької людини, як остання — на пізніх етапах переживання втрати.

D. Myers відзначає різновид провини, що з'являється по закінченні якогось часу після втрати. Він пов'язаний з тим, що в свідомості людини, яка переживає горе, спогади і образ померлого поступово стають менш ясними.

Яким би не було важким і тривалим горе, людина приходиться до емоційного прийняття втрати, що супроводжується ослабленням або

перетворенням душевного зв'язку з померлим. Відновлюється зв'язок часів: якщо до того людина, яка горювала, жила здебільшого в минулому і не бажала (не була готовою) прийняти зміни, що відбулися в її житті, то тепер до неї поступово повертається здатність повноцінно жити в цій реальності і з надією дивитися в майбутнє.

✓ ***Багато з тих, хто пережив горю, стають менш матеріалістичними і більше зосереджуються на житті і духовності.***

### ***Горю вчить покорі й мудрості.***

Фіксація на горі — це не єдиний варіант, коли переживання втрати стає нездоровим, «патологічним» (З. Фрейд) або «болючим» (Е. Ліндеманн), «ускладненим» (О. М. Моховиков), «дисфункціональним» (Р. Моуді) горем.

### **✚ Патологічне горю**

На думку З. Фрейда, «скорбота стає патологічною, коли «робота скорботи» невдала або не завершена».

Патологічне горю може поставати в дуже різних іпостасях.

### **✚ 3. Фрейд виділяє чотири типи:**

❖ «Блокування» емоцій, щоб уникнути інтенсифікації процесу скорботи.

❖ Трансформація скорботи в ідентифікацію з померлою людиною. Відбувається відмова від будь-якої діяльності, здатної відвернути увагу від думок про померлого.

❖ Розтягування процесу скорботи в часі із загостреннями, наприклад, в дні роковин смерті.

❖ Надмірно гостре почуття провини, що супроводжується потребою карати себе. Іноді таке покарання реалізується за допомогою самогубства.

Горю, що залишилось не опрацьованим, загнане всередину і таке, що прийняло приховану хронічну форму, може мати серйозні негативні наслідки. У людини, яка зазнала втрати, іноді відсутні виражені депресивні симптоми або будь-які інші тривожні ознаки. Проте, після певного часу переживання втрати, що зачалося, все-таки дає про себе знати, часом у руйнівній формі.

### **✚ Нормальні реакції в процесі горю**

Ψ Емоції:

❖ Смуток;

- ❖ Гнів;
- ❖ Провина;
- ❖ Тривога;
- ❖ Самотність;
- ❖ Втома;
- ❖ Безпорадність;
- ❖ Шок;
- ❖ Відчуження;
- ❖ Пригнічення.

### **Ψ Фізичні відчуття**

- ❖ Порожнеча в шлунку;
- ❖ Стиснення в грудях;
- ❖ Ком в горлі;
- ❖ Підвищена чутливість до шуму;
- ❖ Відчуття задишки;
- ❖ М'язова слабкість, астенія;
- ❖ Недолік енергії;
- ❖ Сухість у роті.

### **Ψ Когніції**

- ❖ Зневіра і відмова;
- ❖ Спантичність;
- ❖ Хвилювання;
- ❖ Відчуття присутності;
- ❖ Ілюзії.

### **Ψ Поведінка:**

- ❖ Порушення сну;
- ❖ Порушення апетиту;
- ❖ Відволікаюча поведінка;
- ❖ Соціальна ізоляція;
- ❖ Уникнення спогадів про померлу людину;
- ❖ Пошуки і кликання на ім'я втраченої близької людини;
- ❖ Психомоторне збудження;
- ❖ Плач;
- ❖ Відвідування місць або перенесення предметів, які нагадують померлого;
- ❖ Зберігання речей, що належали померлому.



✚ **Чотири найважливіші завдання в процесі скорботи, які необхідно виконати, щоб відновити баланс і завершити процес скорботи:**

Ψ **Прийняти реальність втрати**

Застрагання на цьому завданні може бути пов'язано з невірою у втрату через певний тип заперечення (Дорпат, 1973 цит. за Worden, 1991).

❖ **Факти втрат:** Заперечення фактів втрати може бути різним за ступенем від невеликого спотворення до повномасштабного маячіння. Дивним прикладом заперечення через маячіння є рідкісні випадки, коли людина тримає тіло померлого вдома протягом кількох днів, перш ніж сповістити когось про смерть. Ці люди здебільшого страждають від психотичних епізодів, ексцентричності або ізоляції (Gardiner & Pritchard cit. by Wolden, 1991). Найчастіше людина піддається «муміфікуванню» (Gorer cit. by Wolden, 1991), тобто зберігає матеріальні цінності померлого і зберігає їх такими, як вони були, коли померлий «повернеться».

❖ **Значення втрати:** Інший спосіб для людей захистити себе від реальності — заперечувати сенс втрати, дозволяючи втраті здаватися менш значною, ніж вона була насправді. Поширеними прикладами є такі заяви, як «він не був хорошим батьком» або «ми були не такі близькі», а також викидання речей, які нагадують померлого, діючи протилежно муміфікації, з метою мінімізації втрати. Вибіркове забуття — це ще один спосіб заперечення реальності втрати, наприклад, забуття хороших часів або обличчя померлого.

❖ **Неповоротність втрати:** Деякі люди перешкоджають виконанню цього завдання, заперечуючи, що смерть необоротна. Однією зі стратегій, що використовуються для заперечення остаточності смерті, є спіритуалізм. Надія воз'єднатися з померлим є нормальним почуттям, особливо в перші дні та тижні після втрати. Однак хронічна надія на таку зустріч виходить за межі норми.

Для того, щоб прийняти втрату, потрібен час, оскільки це передбачає не тільки інтелектуальне, але й емоційне прийняття, причому останнє вимагає більше часу. Віра і недовіра чергуються, поки людина залишається на цьому завданні. Незважаючи на те, що вони неминуче потребують часу, традиційні ритуали, такі як похорон, допомагають багатьом рухатися вперед, визнаючи втрату.

## **Ψ Працювати через біль втрати**

Людина у скорботі повинна пережити біль, викликаний втратою, і якщо дозволити потерпілому уникнути або придушити цей біль, це продовжить процес скорботи (Parkes cit., Worden, 1991). Запереченням є відсутність проживання. Люди можуть бойкотувати це кількома способами, найпоширенішим є «вимкнути» почуття та заперечувати наявний біль.

Іншими способами є намагання обмежувати думки про загиблого, ідеалізація померлого, уникнення речей, які нагадують померлого, вживання алкоголю чи наркотиків. Деякі люди не розуміють необхідності відчувати біль від страждань і спробувати географічне зцілення, тобто вони подорожують з місця на місце, намагаючись знайти полегшення від своїх емоцій, замість того, щоб дозволити собі відчути біль і знаючи, що одного разу він пройде. За словами Боулбі (цитуються за Worden, 1991), рано чи пізно більшість людей, які уникають свідомого дистресу, зазвичай впадають у певну форму депресії.

## **Ψ Пристосування до середовища, де померлий відсутній**

Пристосування до нового середовища має різне значення для різних людей, залежно від стосунків з померлим і різних ролей, які вони відігравали. Для багатьох вдів, час, який потрібен, щоб усвідомити, як це жити без свого чоловіка, становить приблизно три місяці після втрати. У будь-якому процесі скорботи рідко можна знати, що саме було втрачено. У випадку вдови, втрата чоловіка може означати втрату сексуального партнера, компаньйона, бухгалтера, садівника, залежно від ролей, які зазвичай виконував її чоловік (Parkes cit., Worden, 1991). Чоловік, який втратив дружину, яка мала одну з кількох ролей піклуватися про своїх дітей, починає вирішувати питання, пов'язані з дітьми, що приносить йому величезне задоволення і розуміє, що цього б не сталося, якби його жінка не померла. Для людей, які визначають свою ідентичність через стосунки та турботу про інших, процес скорботи означає не тільки втрату близької людини, а й відчуття втрати себе (Zaiger cit. by Worden, 1991). Інша сфера пристосування стосується відчуття людиною світу, оскільки втрата може поставити під загрозу різні переконання та поставити під сумнів фундаментальні цінності.

***Є три сфери пристосування, які необхідно створити після втрати когось із близьких:***

- ❖ зовнішнє коригування (щоденне функціонування у світі),
- ❖ внутрішнє коригування (почуття себе),

❖ коригування переконань (цінностей, переконання, міркування про світ).

Застрягання в цьому завданні означає, що немає пристосування до втрати. Вони не розвивають навички, необхідні для боротьби з втратою, або вони ізолюються від світу і не стикаються з вимогами, які їх оточують.

### Ψ **Зміна емоційної диспозиції померлого, і продовження життя**

Людина ніколи не втрачає спогади про значущі стосунки. За словами Волкана (цит. за Уорден, 1991), процес скорботи закінчується, коли в померлого більше не виникає потреби відновлювати репрезентацію померлого з надмірною емоційною інтенсивністю в повсякденному житті. У разі смерті партнера, готовність вступити в нові стосунки залежить від пошуку відповідного місця для померлого партнера в психологічному житті людини, що пережила втрату, місця, яке є важливим, але залишає простір для інших (Schuchler and Zisook cit. by Worden, 1991). Людина чіпляється за зв'язок, який вона має з минулим, замість того, щоб рухатися вперед і створювати нові зв'язки. Деякі люди відчувають втрату настільки болісно, що укладають з собою договір ніколи більше не любити. Іноді люди застрягають в цьому етапі і усвідомлюють це набагато пізніше, виявляють, що їхнє життя застоюється після втрати. На думку Уолша і МакГолдрика (1998), надмірна ідеалізація померлої людини, відчуття нелояльності або катастрофічний страх нової втрати можуть блокувати формування нових прихильностей і зобов'язань. Проте цього завдання можна досягти, і людина усвідомлює, що може повернутися до кохання, не перестаючи любити втрачену людину.

#### ✓ **Критерії DSM-V щодо ускладненого горя**

✚ Ускладнене горе класифікується в DSM-V як розлад, пов'язаний з травмою, з такими критеріями:

❖ Особа пережила смерть когось, з ким у неї були близькі стосунки.

❖ Після смерті, принаймні, один із таких симптомів спостерігається на клінічному рівні і триває щонайменше 12 місяців після втрати у дорослих та 6 місяців у дітей:

➤ Постійна туга за померлим. У дітей раннього віку це може виражатися в грі, включаючи поведінку, яка відображає відокремлення від фігур прихильності;

➤ Сильний душевний біль у відповідь на смерть;

- Переживання про померлого;
- Стурбованість обставинами смерті. У дітей ця стурбованість може бути виражена в грі, а може бути виражена через занепокоєння, що інші близькі їм люди можуть померти.

- ❖ Після смерті принаймні шість симптомів спостерігаються на клінічному рівні і тривають щонайменше 12 місяців після втрати (6 місяців для дітей):

- Виражені труднощі з прийняттям смерті. У дитини це залежить від здатності дитини сприймати смерть;

- Відчуття недовіри або притуплення афекту з приводу втрати;

- Труднощі з позитивними спогадами про померлого;

- Гнів, пов'язаний із втратою;

- Вина по відношенню до померлого або смерті померлого;

- Надмірне уникнення спогадів про втрату, наприклад уникнення людей, місць або ситуацій, пов'язаних із померлим, у дітей може включати уникнення думок і почуттів щодо померлого;

- Бажання померти, щоб бути з померлим;

- Труднощі з довірою після смерті;

- Почуття самотності або відриву від стосунків з іншими після смерті;

- Відчуття безглуздості життя або відчуття порожнечі після смерті, або переконання, що без померлого не можна функціонувати;

- Розгубленість щодо своєї ролі в житті або зниження почуття ідентичності, наприклад відчуття, що частина себе померла разом із померлим;

- Труднощі або небажання реалізовувати інтереси після втрати або будувати плани на майбутнє, наприклад, дружбу, діяльність.

- ❖ Порушення викликає клінічно значущий дистрес або порушення в соціальних, професійних або інших важливих сферах функціонування.

- ❖ Реакція скорботи непропорційна або не відповідає культурним, релігійним або віковим нормам.

✚ **«Горювання саме по собі вже є ліками». Вільям Коупер.**

Люди справляються з втратою багатьма способами.

- ❖ **Здоровий спосіб життя**

Достатньо спати, вживати корисну і збалансовану їжу, уникати алкоголю та медикаментів без рецепта для покращення свого стану.

### ❖ *Фізичні вправи*

Фізичне навантаження може допомогти справлятися і буде підтримувати здоров'я. Виконання фізичних вправ. Виконання вправ разом з іншими може бути більш помічним.

### ❖ *Підтримка від родини і друзів*

Людям потрібна підтримка від інших під час переживання втрати. Не зволікати приймати чи навіть просити допомоги або підтримки. Більшість людей будуть раді допомогти, якщо вони знають, що потрібно. Деяким людям під час горювання потрібно розповісти історію своєї втрати знов і знов доти, доки вони не звикнуть до неї. Це не щось погане чи незвичне. Проте іноді родина або друзі втрачають терпіння або відчувають себе некомфортно під час цього. Вони можуть не розуміти, що все, що від них вимагається — просто слухати.

### ❖ *Групи підтримки з переживання горя*

Групи підтримки з переживання горя існують у багатьох громадах, а також онлайн. Деякі групи є відкритими. Інші можуть мати обмеження стосовно вступу, наприклад, для молодих вдів та вдівців. Можна дізнатись про відповідні групи у місцевості, зв'язавшись з працівниками хоспісу, капеланами чи соціальними працівниками у місцевих лікарнях. Для роботи у підході інтегративної медицини, можна знайти групу, яка залучає техніки майндфулнес, базованої на зменшенні стресу (Mindfulness Based Stress Reduction — MSBR), які базуються на східній філософії і використовує медитацію для заспокоєння розуму і тіла.

### ❖ *Ритуали*

Ритуал — це дія, яка виконується, щоб згадати і вшанувати людину, яка померла. Часто такі дії існують в рамках окремих культурних традицій. Поминки, похорон або меморіальна служба є прикладами таких ритуалів. Також можна провести багато неформальних ритуалів, які вшанують померлого і допоможуть вам. Деякі ідеї таких ритуалів: запалити свічку у дати, визначні для померлого, пошити пам'ятну клаптикову ковдру (для цього можна використати старий одяг померлого), посадити сад пам'яті, об'єднатися за пам'ятною вечерєю, щоб вшанувати життя померлого.

### ❖ *Ведення нотаток чи щоденника*

Вести щоденник власного переживання горя може допомогти виразити почуття та поділитися важливістю втрати. Якщо є щось, що людина хотіла, але не встигла сказати людині перед її смертю — можна записати це до щоденника. Після цього можна залишити листа

собі або спалити його чи знищити — вчинити так, як вбачається найкращим.

#### ❖ *Прощення*

Неочікувана смерть може залишити з відчуттям «незавершених справ» з померлим. Якщо людина відчуває себе в минулому «скривдженим» через померлого, може бути помічним сфокусуватись на процесі прощення.

#### ❖ *Природа*

Час, проведений на природі може мати заспокійливий та цілющий ефект.

#### ❖ *Книги*

Багато книг написано про те, як прожити горе, автори деяких з них розповідають про власний досвід.

#### ❖ *Масаж*

Якщо людина відчуває напруження чи біль у м'язах від «утримання горя», треба звернутись до масажиста.

#### ❖ *Цілющий дотик*

Цілющий дотик — техніка у підході інтегративної медицини, що є відгалуженням енергетичної медицини. Практики цього підходу розміщують руки біля або легенько торкаються тіла, щоб очистити, наповнити енергією та збалансувати енергетичні поля. Ціллю цієї техніки є відновити баланс і гармонію, щоб тіло мало змогу зцілити себе самостійно.

## 4.9

## ПСИХОСОМАТИЧНІ РЕАКЦІЇ НА СТРЕС

Вплив стресу на організм має цілісний характер одразу на більшість, якщо не на всі його фізіологічні системи.

Стресовим можна назвати вплив, який, діючи на людину, «виводить її із рівноваги», призводить до тимчасових або постійних чи постійних змін у поведінці людини, до психогенного нервово-психічного або психосоматичного захворювання.

У сучасних класифікаціях психічних захворювань (DSM-IV, МКХ-10) немає єдиної рубрики психосоматичних розладів. Це пов'язано з тим, що клінічні прояви, визначені поняттям «психосоматичні розлади», відрізняються значним поліморфізмом.

Нове розуміння психосоматичних розладів відображено в 10-му перегляді Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) (1994). Цією

класифікацією передбачається можливість розвитку або загострення хронічних соматичних захворювань під впливом психологічних і соціальних факторів. Основне захворювання отримує додатковий код F54. Необхідно, щоб психологічні обставини були достовірно пов'язані з початком або загостренням захворювання, а супутні їм органічні порушення чітко зафіксовані.

#### ✓ **Класифікація К. Яспера**

Запропонований Ясперсом опис психосоматичних синдромів послужив основою для більшості наступних класифікацій. Він розмежовує типові фізіологічні прояви емоцій і функціональні розлади («неврози») органів, а останні в свою чергу відрізняють від істеричних порушень.

✚ При вивченні проблеми психосоматичних захворювань **ВООЗ пропонує користуватись такими їх критеріями:**

❖ наявність конституційної схильності (генетичного дефекту структури або метаболізму);

❖ попереднє ослаблення органу-мішені в результаті перенесених раніше травм, інфекцій;

❖ збіг за часом активної діяльності органу-мішені з періодом максимально емоційної напруги;

❖ символічна роль органу-мішені в системі значущого особистісного конфлікту.

#### ✓ **Класифікація психосоматичних розладів в психоаналізі**

В походженні, і в протіканні практично всіх захворювань беруть участь психогенні компоненти. Емоційні переживання впливають на морфологічні структури через гормональну та імунну системи, а також через вегетативну нервову систему. Соматичні зміни впливають на психічний стан. Якщо захворювання, що має соматичну, тобто фізичну, органічну або фізіологічну природу, вдруге викликає патологічні психічні реакції, його можна назвати «*соматопсихічним*» розладом. Якщо ж спочатку психічні причини вдруге ведуть до фізичних порушень, то такі захворювання називають «*психосоматичними*».

#### ✚ **Психосоматичні захворювання можна розділити на:**

❖ Соматоморфні порушення;

❖ Психосоматичні захворювання органів і психофізіологічні порушення;

❖ Порушення поведінки з соматичними наслідками.

✓ **Соматоморфні порушення** — це психогенні функціональні порушення органів, при яких не спостерігається морфологічних або структурних порушень цих органів. *Наприклад, тахікардія при кардіоневрозі може приносити нестерпні страждання і найсильніший страх, особливо, коли «серце готове вирватися з грудей», хоча помітних змін в роботі серця не відбувається.* Якщо подібний стан триває протягом тривалого часу, то можуть з'явитися вторинні морфологічні зміни в органах.

Наприклад, при психогенному зниженні активності певної групи м'язів потім може відбутися їхня атрофія.

✓ Про **психосоматичні захворювання органів і психофізіологічні порушення** в організмі можна говорити, коли з'являються органічні зміни у хворому органі. Психічний фактор визначає лише частину причин, що призвели до подібних захворювань. Серед інших факторів, важливе значення мають генетичні, соматичні та соціальні причини. У цьому зв'язку можна говорити про мультифакторні етіології захворювання.

✓ **Порушення поведінки** можуть викликати соматичні захворювання, при яких на пізніх стадіях можуть відбуватися органічні зміни.

Психотерапія поведінкових порушень будується за принципом аналізу та опрацювання психічних причин, що викликали порушення поведінки.

#### ✚ **Три аспекти психосоматики в позитивній психотерапії**

Говорячи про психосоматику, можна розглядати її в рамках позитивної психотерапії з трьох позицій:

- ❖ у вузькому,
- ❖ широкому,
- ❖ всеосяжному сенсі.

#### ✓ **Психосоматика у вузькому сенсі**

Це специфічний науковий і лікувальний напрямок, який встановлює взаємозв'язки між душевними переживаннями і реакціями організму.

#### ❖ **Функціональні розлади**

#### ❖ **Органічні порушення**

#### ✓ **Психосоматика в широкому сенсі**

Для цілого ряду захворювань не виявлена точна, науково обґрунтована причина, тому імовірно їх називають «ендогенними», «ідіопатичними», «криптогенними», тобто з невідомою причиною. Достатньо часто це звучить так: «Етіологія невідома». Передбачається істот-



на участь психіки в прояві таких хвороб, в основі яких лежать вегетативні розлади типу функціональних порушень серцевого ритму, функціональних розладів кровообігу і симптомокомплексу «вегетативної дистонії». Суттєвий вплив психічного фактора визнається при класичних психосоматичних захворюваннях, до яких відносять **сім хвороб**:

- («Holy seven») виразка дванадцятипалої кишки,
- виразковий коліт,
- есенціальна гіпертонія,
- ревматичний артрит,
- гіпертиреоз,
- нейродерміт,
- бронхіальна астма.

Психосоматика підходить до цієї проблеми зі своєї точки зору: як впливає душевно-соматичне захворювання на хворого і його життя і які реакції навколишнього світу воно може провокувати? Психосоматика в широкому сенсі має справу зі структурою обставин, в якій розвиваються психосоматичні розлади і в яку вони тісно вплітаються. Авіценна за своїм способом лікування був типовим представником цього аспекту психосоматики.

До психосоматики в широкому сенсі відносяться питання стосунків лікаря і обслуговуючого персоналу до хворого, соціально-економічні фактори або бачення людини, яке є фоновою концепцією в тому, як людина ставиться до свого тіла (Я), до інших людей (Ти і Ми) і до незнайомого і непізнаного (Пра-Ми).

✚ **Можуть бути виділені чотири групи психосоматичних симптомів:**

- ❖ Психосоматичні симптоми, як прояв конфліктного переживання.
- ❖ Психосоматичні симптоми, як індикатори конфліктного або недостатнього переживання.
- ❖ Психосоматичні симптоми, як супутні прояви передпсихотичних і психотичних розладів.
- ❖ Психосоматичні симптоми при соматичних захворюваннях.

✚ **Психосоматика у всеосяжному сенсі**

Психосоматика у всеосяжному сенсі орієнтується на соціокультурну сферу, яка з певних позицій відображає чотири області переробки конфліктів. До них відноситься:

- ❖ сфери індивіда,
- ❖ науки,
- ❖ культури,
- ❖ політики,
- ❖ економіки,
- ❖ релігії,
- ❖ світогляду.

Ці сфери включаються в життєдіяльність людини. За своїм змістом вони формуються неоднаково, залежно від культурних умов, рівня розвитку і конкретної ситуації. Вони не постійні і переглядаються і розширюються при кожній зустрічі з новою людиною, з іншою культурою. Це транскультурний вимір даної моделі.

- ❖ *Сфера індивіда*
- ❖ *Сфера науки*
- ❖ *Соціокультурна сфера*
- ❖ *Релігійно-світоглядна сфера*

#### ⊕ Сучасні уявлення психосоматичних захворювань і розладів.

✓ **Психосоматичні реакції** вважають Любан-Плоц Б., Малкіна-Пих І.Г. появляються в напружених життєвих ситуаціях, *наприклад: серцебиття закоханого, головокружіння після пережитого нещасного випадку, втрата апетиту під час суму, жар від сорому*. Такі симптоми зникають, якщо змінюється ситуація, що їх викликала. Психосоматичні реакції можуть з'являтися у всіх людей. Їх передумовою не являються серйозні аномалії душевного розвитку.

⊕ Іншу якість мають **психосоматичні порушення**, які можна розділити на такі великі групи:

- ❖ конверсійні симптоми;
- ❖ функціональні синдроми;
- ❖ психосоматози.

✓ **Конверсійні симптоми.** Невротичний конфлікт одержує вторинну соматичну відповідь і переробку. Симптом має символічний характер, демонстрація симптомів може розумітися як спроба вирішення конфлікту. Конверсійні прояви зачіпають довільну моторику і органи чуття. *Прикладами є істеричні паралічі і парестезія, психогенна сліпота і глухота, блювота, больові феномени.*

**Конверсійний симптом** — проєкція психічної реальності на тілесну сферу.

**Соматична відповідь** — спроба вирішення конфлікту.

Симптом має символічний характер. Є тільки уявлення, виражене в тілесній сфері. Це самонавіюваний розлад.

✓ **Функціональні синдроми.** У цій групі знаходиться переважна частина «проблемних пацієнтів», які приходять на прийом із різнобарвною картиною невизначених скарг, які можуть стосуватися серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, рухового апарату, органів дихання або сечостатевої системи.

✓ **Психосоматози** — психосоматичні хвороби в більш вузькому сенсі. В основі їхній — первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановлюваними змінами і патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу. Захворювання, пов'язані з органічними змінами, називають істинними психосоматичними хворобами або психосоматозами.

#### ✚ **Розвиток психосоматичного захворювання:**

❖ **Ситуаційний (первинно психогенний) варіант** — на першому плані серед етіологічних факторів знаходиться довготривалий вплив психологічно несприятливих життєвих умов, що вже розвинені, можливості захисного резерву (особистісного та біологічного) не захищають від формування органічної патології з боку різних соматичних систем.

❖ **Особистісний варіант** — головною умовою формування патології є психологічно деформована особа, яка обумовлює зтяжний, гіпертрофований та перекручений тип психологічного реагування, становлення хронічної емоційної напруги.

Сполучення психогенного фактору, особистісних особливостей із певними якостями соматичних систем (конституція, спадковість, вік, стать, характер захворювань, що передували і певна дефектність регуляторних та виконавчих механізмів організму) роблять реальним становлення тієї чи іншої хворобливої структури.

✚ Крім різних короточасних **психосоматичних реакцій**, які з'являються у напружених життєвих ситуаціях (серцебиття у закоханого або втрата апетиту при журбі), **виділяють ще чотири великі групи розладів.**

❖ **Конверсійні розлади** — символічне висловлення невротичного конфлікту (істеричний параліч, сліпота, глухота, блювота, больові відчуття). Всі вони — первинні психічні феномени без участі тканин організму.

❖ *Функціональні психосоматичні синдроми (органні неврози)* виникають при неврозах, такі неврози називають неврозами органів або вегетоневрозами. Тут окремі симптоми не мають специфічного символічного значення, а є неспецифічним наслідком тілесного супроводження емоцій або психічного стану, який може бути з ними порівняний. Вони представляють собою набір симптомів, які торкаються різних органів та систем: серцево-судинну, шлунково-кишковую, дихальну, сечостатеву та рухову.

- З розладів серцево-судинної системи типовими є **«неврози серця», гіперкінетичний серцевий синдром, синдром вегетативно-судинної (нейроциркуляторної) дистонії.**

- До психовегетативних симптомів відносять порушення циклу сну — не спання (у вигляді *гіперсомнічного* синдрому — тривала сплячки після сильного емоційного перенавантаження та *агріпнічного* синдрому — стійке безсоння та вегетативні прояви) і порушення терморегуляції (*субфебрилітет*).

- Типовими функціональними синдромами порушень дихальної системи є ***гіпервентиляційний синдром, «невротичний дихальний синдром», «дихання подихами».***

- Розлади, які стосуються шлунково-кишкового тракту, розділяються на функціональні симптоми та порушення харчової поведінки. До перших відноситься: ***аерофагія, метеоризм, закріпи та діарея; до других — анорексія та булімія.***

- До функціональних розладів сечостатевої системи відносять ***функціональні сексуальні розлади: психогенна імпотенція, аноргазмія, вагінізм, передчасна еякуляція.***

❖ *Органічні психосоматичні хвороби (психосоматози)* — в їхній основі лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язане з патологічними змінами в організмі, які морфологічно встановлюються. Етіопатогенез психосоматичних розладів, особливо на ранніх стадіях захворювання, пов'язаний з психологічно значущими для особистості подразниками із навколишнього середовища. Паралельно виникають функціональні зсуви з боку внутрішніх органів, які на більш віддалених стадіях хвороби, призводять до їхньої деструкцій, до органічних змін, і захворювання набуває всі риси типово соматичного, фізичного страждання.

Головними параметрами особистості, яка схильна до формування *есенціальної гіпертензії* вважають інтерперсональну напругу між агресивними імпульсами та відчуттям незалежності. *Alexander* вважав,

що поява гіпертонії обумовлено бажанням відкрито висловлювати ворожість при одномоментній потребі в пасивній і адаптованій поведінці. В умовах стресу така людина схильна стримувати власну драгтивність та пригнічувати бажання відповісти тому хто ображає. На думку В. С. Ротенберга, пригнічування негативних емоцій у людини у період стресу, яке супроводжується природним підвищенням артеріального тиску, здатна погіршити загальний стан людини і сприяти розвитку інсульту.

Інший внутрішньо-особистісний конфлікт притаманний для людей зі схильністю до захворювання *виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та шлунку*. У людини, у зв'язку з особливостями виховання у ранньому дитинстві формується своєрідний характер, який призводить до того, що індивід зазнає у дорослому стані постійну потребу у захисті, підтримці та безпеці. При цьому він одночасно має повагу до сили, самостійності, незалежності, до яких він має прагнення. В результаті трапляється зіткнення двох взаємовиключних потреб, що призводять до не вирішального конфлікту та виразкової хвороби.

При *bronхіальній астмі* відмічаються протиріччя між «бажанням ніжності» та «страхом перед ніжністю». Такий конфлікт описується як конфлікт «володіти — віддавати». У людей, які страждають на бронхіальну астму, частіше переважають істеричні та іпохондричні риси характеру, але вони нездатні «випустити свій гнів зовні», що провокує напади задухи.

Особистість хворого із «цукровим діабетом» обов'язково включає почуття хронічної незадоволеності. Але не існує визначеного діабетичного типу особистості.

До *нейродермітів* психосоматичного генезу відносять екзему і псоріаз. Пацієнти часто характеризуються пасивністю, їм важко дається самоствердження.

При *виразковому коліті*, виникнення захворювань після переживань «втрати об'єкта» та «катастроф переживань». У хворих відмічається занижена самооцінка, підвищена чутливість до власних невдач та спрямованість до залежності. Захворювання розглядають як еквівалент журби.

Для хворих із *«ревматоїдним артритом»* специфічними вважаються *«застигла та перебільшена позиція»* хворого, демонстрація високого рівня самоконтролю. Характерна схильність до самопожертви та перебільшена готовність допомогти оточуючим. При цьому відмічається «агресивне забарвлення допомоги».

Психологічні типи особистості, які схильні до *ішемічної хвороби*, є найбільш розробленими.

Виділяють **коронарний тип особистості А**, який схильний до інфаркту міокарда, включає у себе такі якості, як: високий рівень домагань, велика схильність до досягнення мети, прагнення до конкурентної боротьби, така людина постійно має дефіцит часу для виконання своїх багаточисельних планів, він намагається виконати усе краще та швидше ніж інші, систематично перемагає почуття стомленості. Ця людина ніколи не дозволяє собі розслабитися, постійно напружена, його день розписаний по хвиликах. Ішемія може виникнути у випадку появи неконтрольованої ситуації людиною, втрати контролю і самоволодіння. Коли людина потрапляє у таку ситуацію, вона починає енергійно робити зусилля для встановлення контролю над ситуацією, тому що безсилля принижає її у власних очах. Якщо ця активність на призводить до миттєвого успіху і людина розуміє що її діяльність не має ефекту, вона дає реакцію капітуляції та починає хворіти.

Протилежністю типу А є **тип В**, у якого стенокардія та інфаркт зустрічаються вдвічі рідше.

Усі особистісні та характерологічні особливості пацієнтів з психосоматичними захворюваннями не треба абсолютизувати. Вони відображують загальні тенденції.



## КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ ТА ЗАВДАННЯ

### 1. Частота ПТСР становить:

- а) 10% дорослого населення, однаково у чоловіків та жінок;
- б) 0,7% чоловіків і 1,2% жінок;
- в) 3% чоловіків і 5% жінок;
- г) 5% чоловіків і 10% жінок.

### 2. Посттравматичний стресовий розлад розвивається у:

- а) всіх людей, що пережили психічну травму;
- б) щонайменше 50% осіб, що пережили психічну травму;
- в) щонайменше 30% осіб, що пережили психічну травму;
- г) щонайменше 7% людей, що пережили психічну травму.

### 3. Які з нижче наведених методів мають найвищі наукові докази ефективності лікування ПТСР:

- а) метод прогресивної м'язової релаксації;
- б) метод процесуалізації травми з допомогою руху очей;

- в) метод сенсомоторної терапії травми;
- г) метод гіпнотерапії.

#### **4. Медикаментозна терапія при ПТСР:**

- а) може бути корисною щодо зменшення окремих симптомів розладів;
- б) протипоказана з огляду на те, що блокує процес процесуалізації травми;
- в) є втручанням першого вибору;
- г) не має доказів ефективності.

#### **5. Метод EMDR порівняно із травмофокусованою терапією є:**

- а) менш ефективним;
- б) так само ефективним;
- в) менш дослідженим;
- г) цілком ідентичний по механізму дії.



### **ТЕМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ**

*Посттравматичний стресовий розлад. Психологічна допомога людині у стані горя. Панічні розлади, як наслідок впливу екстремальної ситуації.*

#### **Питання для обговорення:**

1. Діагностичні критерії ПТСР
2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): поняття, причини розвитку, фактори і групи його ризику.
3. Первинні симптоми ПТСР. Форми ПТСР.
4. Діагностичні критерії та напрями реабілітації ПТСР.
5. Стан горя. Ознаки горя
6. Симптоми панічних розладів

#### **Завдання:**

1. У вигляді програми опишіть напрями реабілітації ПТСР.
2. Які етапи психологічної допомоги вибудовуються відповідно до етапів переживання горя.
3. Опишіть триступінчата модель допомоги при роботі з гострою реакцією.
4. Панічна атака та симптоми панічних розладів, як з ними боротись. Опишіть

## РОЗДІЛ 5.



# Методи діагностики стресових станів

## 5.1

## ОЦІНКА СТРЕСОВИХ СТАНІВ

Існують об'єктивні і суб'єктивні (які залежать від нас самих) методи оцінки стресу.

### ⚡ Об'єктивні методи оцінки рівня стресу

#### ❖ *Оцінка стану серцево-судинної і дихальної систем організму*

Серед фізіологічних методів дослідження застосовуються:

- реєстрація частоти серцевих скорочень (ЧСС);
- визначення показників артеріального тиску (АТ);
- електрокардіографія (ЕКГ);
- визначення параметрів функціонування дихальної системи

(частота і глибина дихання, газовий склад видихнутого повітря)

✓ **Найбільш простим і оперативним методом оцінки функціонального стану людини при стресі є вимірювання частоти її серцевих скорочень (пульсу).**

➤ **Психологічний стрес**, пов'язаний з тривожним очікуванням важливої для суб'єкта події, призводить до зростання артеріального тиску.

Судинні зміни залежать від характеру емоцій, що супроводжують стрес. Найбільш характерною реакцією для стеничних негативних реакцій (гніву, злості, образи) є підвищення діастолічного тиску, а для астенічних (депресії, гніву) — зниження.

⚡ **Характер емоцій, що виникають при стресі залежить від багатьох чинників:**

- ❖ від особистісних особливостей людини,



- ❖ типу її ВНД,
- ❖ наявності чи відсутності потрібної інформації,
- ❖ стосунків з оточуючими людьми.

«Додавання» чи «віднімання» цих факторів приводить до збільшення чи зменшення показників артеріального тиску.

#### ❖ **Аналіз активності вегетативної нервової системи**

✓ Для оцінки стану вегетативної нервової системи використовують визначення **вегетативного індексу Кердо**, який обчислюється за формулою:

$$\text{ВІК} = (1 - \text{АДТ/ЧСС}) \times 100,$$

де ВІК — вегетативний індекс Кердо; АДТ — артеріальний діастолічний тиск; ЧСС — частота серцевих скорочень.

Стан екзаменаційного стресу, призводить до збільшення ВІК при стресі. Існують різні кількісні показники «норми» ВІК для жінок і чоловіків.

*Приклад.* Середній показник ВІК в нормі у мужчин знаходиться в межах  $-2,3 \pm 1,8$  бали, а у жінок  $+7,5 \pm 1,3$  бали. В умовах екзаменаційного стресу у мужчин (перед екзаменами) ВІК в середньому = 10,0 балів, а у жінок 21,4 балів.

✓ Метод вивчення **варіабельності серцевого ритму**, як інструмент дослідження механізмів і шляхів реалізації емоційного стресу. Цей метод дає можливість реєструвати не тільки показники роботи серця як окремого органу, але й стан систем регуляції вегетативного гомеостазу в цілому.

Для оцінки стану **симпатичної** системи під час екзаменаційного стресу використовують показники **амплітуди моди кардіоінтервалів (АМо)** та індексу напруження регуляторних систем (ІН). При стресі величина індексу напруження зростає з 72,6 до 161,6 ум.од., а у окремих осіб — до 500 од. і більше.

#### ❖ **Симптоми перепроживання**

У постраждалих людей можуть бути повторювані та небажані згадування про подію, наче вона відбувається тут і зараз, що супроводжуються інтенсивним страхом або жахом. Такі згадування можуть з'являтися у формі нав'язливих спогадів, страшних снів або, у тяжких випадках, — флешбеків.

Згадування можуть бути у формі образів, звуків (звуків пострілів) або запахів (запаху нападника).

• Нав'язливі спогади небажані, чіткі та викликають сильний страх або жах.

• **Флешбек** — це епізод, коли на якусь мить людина вірить у те, що вона повернулася в час події, проживає її знову та діє відповідним чином.

Люди, які мають флешбеки, на кільки секунд або хвилин втрачають зв'язок із реальністю.

• У дорослих, **страшні сни** мають бути пов'язані з подією або якимись її аспектами.

• У дітей симптоми перепроживання можуть проявлятися шляхом страшних снів без чіткого змісту, нічних страхів або відтворення травматичного змісту в повторюваній грі або малюнках.

#### ❖ **Симптоми уникнення**

Включають навмисне уникнення **ситуацій, діяльності, думок або спогадів**, які нагадують людині про травматичну подію. Може бути небажання говорити про травматичну подію з медичним працівником.

Люди використовують такі стратегії для того, аби уникнути переживання симптомів, які викликають у них стрес. Такі стратегії уникнення призводять до підвищення частоти симптомів перепроживання.

#### ❖ **Симптоми, пов'язані з відчуттям посиленої загрози**

Постраждали можуть мати хибне відчуття, що вони все ще перебувають під серйозною загрозою. Ці переживання посиленої поточної загрози можуть спричинитися до підвищення пильності в особі та зробити її схильною до надмірної реакції здригання.

• **Підвищена пильність:** надмірне занепокоєння та пильність щодо небезпеки (знаходячись у місцях загального користування, особа значно пильніша, ніж інші, без необхідності обирає «безпечніші» місця для сидіння).

• **Надмірна реакція здригання:** здригається при найменших подразниках, реагує *надмірним* страхом на неочікувані раптові рухи або гучний шум. Такі реакції вважаються надмірними, якщо особа реагує значно сильніше, ніж інші, і їй потрібно значно більше часу для того, аби заспокоїтися.

#### ❖ **Характеристики, пов'язані із ПТСР**

Для всіх вікових груп характеристики, пов'язані з ПТСР, включають тривожність, депресію, злість, безсоння, заціпеніння, а також медично непояснювані скарги.

Діти з ПТСР демонструють регресивну поведінку, як нічний енурез, чіпляння та спалахи гніву. У підлітків із ПТСР рисою є ризикована поведінка. Зловживання алкоголем і наркотиками є розповсюдженою проблемою і для дорослих, і для підлітків.

Оцінка	Рішення	Ведення
<p><b>1. Чи розвинулися в особи симптоми гострого стресу після впливу потенційно травматичної події, яка сталася НЕЦОДАВНО (упродовж приблизно одного місяця)?</b></p> <p><b>• З'ясуйте, скільки часу минуло після потенційно травматичної події</b> (напр, після надзвичайно загрозової або страшної події, такої, як фізичне або сексуальне насильство, серйозна аварія).</p> <p><b>• Якщо подія сталася менше, ніж місяць тому, проведіть оцінку симптомів гострого стресу, які з'явилися після події.</b> Поміж них можуть бути:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- безсоння</li> <li>- Симптоми переживання. → <b>РБС 2</b></li> <li>- Симптоми уникнення. → <b>РБС 2</b></li> <li>- Симптоми, пов'язані із відчуттям пошкоджені загрози. → <b>РБС 2</b></li> <li>- Будь-які тривожні емоції або думки</li> <li>- Зміни в поведінці, які турбують особу або її близьких (напр, агресивність, соціальна воляція/ відчуження та (у підлітків) ризикована поведінка.</li> <li>- Регресивна поведінка, у тому числі нічний енурез (у дітей)</li> <li>- Медично не пояснені фізичні скарги, у тому числі гіпервентильція та дисоціативні розлади рухової активності та відчуття (напр, параліч, неспроможність говорити чи бачити).<sup>1</sup></li> </ul>	<p><b>ТАК</b> Якщо особа відповідає усім цим критеріям:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пережила потенційно травматичну подію приблизно місяць тому</li> <li>2. має симптоми гострого стресу, які з'явилися після цієї події</li> <li>3. має труднощі з повсякденним функціонуванням або звернулася по допомогу через ці симптоми</li> </ol> <p>Тоді ця особа, скоріше за все, має <b>значущі симптоми гострого стресу.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Запропонуйте першу психологічну допомогу. → <b>РБС 3.1</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Слухайте. <b>НЕ</b> примушуйте особу говорити.</li> <li>◦ Проведіть оцінку її потреб і побажань.</li> <li>◦ Допоможіть особі вирішити її найважливіші базові фізичні потреби (напр, знайти приют, де вона може переночувати).</li> <li>◦ Допоможіть особі отримати необхідні послуги та точну інформацію, зв'язавшись з родиною та службами соціальної допомоги.</li> <li>◦ Наскільки це можливо, допоможіть захистити особу від подальшої шкоди.</li> </ul> </li> <li>• Проведіть оцінку та, наскільки це можливо, вирішіть проблеми, пов'язані з поточними стресогенними чинниками, в тому числі - насильством, яке триває. → <b>РБС 3.2</b></li> <li>• Розгляньте можливість навчити особу основам управління стресом. → <b>РБС 3.3</b></li> <li>• Допоможіть особі визначити, які існують позитивні методи: копіюй й моделі соціальної підтримки, та розвинути їх. → <b>РБС 3.4</b></li> <li>• <b>НЕ</b> призначайте безроздільні або антидепресанти для ведення гострого стресу.</li> <li>• Розгляньте додаткові стратегії ведення таких станів: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Безсоння як симптом гострого стресу. → <b>РБС 3.5.1</b></li> <li>◦ Нічного енурезу як симптому гострого стресу. → <b>РБС 3.5.2</b></li> <li>◦ Значущих медично не пояснених соматичних скарг: <ul style="list-style-type: none"> <li>• загальні рекомендації див. mhGAP-IG 1.0, стор. 81</li> <li>• рекомендації щодо гіпервентильції як симптому гострого стресу → <b>РБС 3.5.3</b></li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<p><b>2. Чи є в цієї особи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)?</b></p> <p><b>• З'ясуйте, скільки часу минуло після потенційно травматичної події</b> (напр, після надзвичайно загрозової або страшної події, такої як фізичне або сексуальне насильство, серйозна аварія).</p> <p><b>• Якщо подія сталася принаймні місяць тому, проведіть оцінку симптомів травматичного стресу<sup>1</sup> (див. РБС 2: повний опис цих термінів і симптомів, у тому числі в дітей):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Симптоми переживання</b></li> </ul> <p><i>Це такі повторювані та небажані згадування про подію, навіє вона відбувається тут і зараз (напр., у снах, які являють фізичні або психічні спогади, що супроводжуються інтенсивним страхом або жахом).</i></p>	<p><b>ТАК</b> Якщо особа відповідає усім цим критеріям:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пережила потенційно травматичну подію приблизно місяць тому</li> <li>2. має принаймні один симптом переживання</li> <li>3. має труднощі з повсякденним функціонуванням</li> </ol> <p>Тоді в цієї особи, скоріше за все, є <b>посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• рекомендації щодо сенсомоторної дисоціації як симптому гострого стресу. → <b>РБС 3.5.4.</b></li> <li>• Запропонуйте psychoeducation. Поясніть, що: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Люди часто переживають гострий стрес унаслідок впливу надзвичайно сильних стресогенних чинників.</li> <li>◦ У більшості людей симптоми гострого стресу послаблюються з часом.</li> </ul> </li> <li>• <b>Попройте особу повернутися для проведення повторного огляду, якщо симптоми посиляться або якщо в неї не буде ніякого покращення стану упродовж одного місяця після події.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Під час повторного огляду проведіть оцінку на ПТСР (див. нижче), а також на ДП, ПР, АЛК, НРК і СМІ («Зведена таблиця» mhGAP-IG 1.0).</li> </ul> </li> </ul> <p>• Проведіть оцінку та, наскільки це можливо, вирішіть проблеми, пов'язані з поточними стресогенними чинниками, в тому числі - насильством, яке триває. → <b>РБС 3.2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Запропонуйте psychoeducation. → <b>РБС 3.6</b></li> <li>• Якщо є можливість звернутися до підготовлених терапевтів, які працюють під наглядом, розгляньте можливість направити особу на: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ індивідуальну або групову травматифорсовану когнітивно-поведінкову терапію (КПТ-Т) → <b>ППВ</b> або</li> <li>◦ десенсибілізацію та переробку травми за допомогою руку очей (ДПРО) → <b>ППВ</b></li> </ul> </li> <li>• Розгляньте можливість навчання особи управлінню стресом (напр, дихальні вправи, прогресована м'язова релаксація). → <b>РБС 3.3</b></li> </ul>

Оцінка	Рішення	Ведення
<p><b>– Символи уникнення</b> Вони вказують у себе намісці уникнення думок, сподів, бажаності або ситуації, які нагадують людині про втрату.</p> <p><b>– Символи, пов'язані з відчуттям посиленої загрози</b> Вони вказують у себе підвищену пильність (надмірну настороженість щодо потенційних загроз) або надмірну реакцію здравлення (напр., людина реагує здравленням або підтримує від порезу) на найменші подразники.</p> <p><b>Оцініть труднощі з виконанням звичайної роботи, навчанням, виконанням домашніх або соціальних справ.</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Допоможіть особі визначитися існуючі позитивні методи coping у моделі соціальної підтримки, дайте розвинути їх. → <b>РБС 3.4</b></li> <li>• Для дорослих розгляньте можливість застосування антидепресантів у разі якщо немає можливості направити особу на КПТ-І, ДПРО або на навчання з управління стресом, або якщо вони виявилися неефективними. → <b>ДПЗ 3 (Детальний інформаційний протокол прозначення антидепресантів див. у: → mCAP-IG 1.0 стор. 14-15)</b></li> <li>• <b>НЕ</b> призначаєте антидепресанти для ведення ПТСР думи і притом.</li> <li>• Запропонуйте регулярне спостереження, напр, раз на 2–4 тижні:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Таке спостереження може проводитися під час особистої зустрічі в закладі охорони здоров'я, по телефону або за допомогою спільного медичного працівника</li> <li>◦ Під час проведення повторного огляду оцініть, чи покращується стан людини.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>3. Чи тужить особа після втрати близької людини?</b></p>	<p><b>ТАК</b> Особа тужить.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>НЕ</b> призначаєте бензодазепіни для ведення симптомів горя.</li> <li>• Слушайте примусово особу говорити.</li> <li>• Проведіть оцінку її потреб і побажань.</li> <li>• Обговоріть культурно прийнятні моделі тули/присвоєння та підтримайте особу в дотриманні їх.</li> <li>• За потреби надайте особі соціальну підтримку або мобілізуйте її.</li> <li>• Із думки та підтримайте втратити своїх батьків або інших опікують обговоріть свою потребу в захисті та безперервному підтримувальному догляді тому числі й соціально-емоційній підтримці.</li> <li>• <b>ПРОКОНСУЛЬТУЙТЕСЯ ЗІ СПЕЦІАЛІСТОМ</b>, якщо особа звертається з проханням щодо інтенсифікації лікування.</li> </ul>

Оцінка	Рішення	Ведення
<p><b>4. Чи є в цієї особи пролонгована реакція горя?</b><sup>4</sup> Оцініть наявність таких симптомів (напр, сильна та сильна туга за померлою людиною; заглибленість у померлу людину або обставини її смерті; відчуття пріроти щодо втрати, труднощі зі прийняттям втрати; труднощі з виконанням якоїсь роботи або встановленням дружніх стосунків; відчуття того, що життя не має сенсу) та пов'язаного з ними емоційного болю.</p> <p>• Оцініть труднощі з виконанням звичайної роботи, навчанням, виконанням домашніх або соціальних справ.</p> <p>• Спитайте, коли особа пережила втрату.</p>	<p><b>ТАК</b> Якщо особа відповідає усім цим критеріям: 1. У неї є сильна та сильна туга за померлою людиною або заглибленість у неї (завичай посиджується з іншими симптомами горя, такими, як злість, труднощі зі прийняттям втрати) та пов'язаний з ними емоційний біль. 2. Вона має труднощі із повсякденним функціонуванням. 3. Вона постійно тужить принаймні шість місяців та впродовж періоду, значно довшого, аніж це прийнято в культурі цієї особи. Тоді в цієї особи може бути <b>пролонгована реакція горя</b>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Дотримуйтеся порад, наведених вище</b> (застосовні до ВСІХ людей, які переживають горе).</li> <li>• <b>ПРОКОНСУЛЬТУЙТЕСЯ ЗІ СПЕЦІАЛІСТОМ</b> з метою подальшої оцінки та ведення.</li> </ul>
<p><b>5. Чи є в цієї особи супутнє захворювання?</b></p> <p>• (Повторно) перевірте, чи немає в цієї особи психічного, неврологічного захворювання або захворювання, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин (у тому числі ризику суїциду/самоушкодження) ( → <b>Зведена таблиця</b>).</p> <p><i>Зверніть увагу на те, що це захворювання могло існувати до події, яка сталася.</i></p>	<p><b>ТАК</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Якщо в цієї особи є супутнє психічне, неврологічне захворювання або захворювання, пов'язане зі вживанням психоактивних речовин, (у тому числі ризику суїциду/самоушкодження), то в такому разі ведіть і розклад, безпосередньо пов'язаний зі стресом, і супутнє захворювання.</li> <li>• Якщо ПТСР є супутнім захворюванням до депресії, помірно чи тяжкої, розгляньте можливість лікування обох захворювань → <b>ДПЗ 3</b></li> <li>• Якщо депресія, помірно чи тяжка, розвинулася після втрати, яка сталася нещодавно (напр., упродовж останніх двох місяців), не застосовуйте ведення антидепресантами або психотерапію як терапію першого ряду. → <b>ДПЗ</b></li> </ul>

Загальними психологічними передумовами вразливості до стресів, дезадаптивності особистості є індивідуальні особливості нервової системи і темпераменту (слабкий тип нервової системи, висока тривожність, емоційна лабільність, низький пізнавальний потенціал, підвищена вразливість), недостатню соціально-психологічну адаптивність.

## 5.2

## СИМПТОМИ СТРЕСУ

⚡ ***Є кілька ознак стресу, які характерні для більшості людей:***

- ❖ Почуття роздратованості, пригніченості без особливих причин.
  - ❖ Нездатність зосередитися на роботі.
  - ❖ Проблеми з пам'яттю, зниження швидкості розумового процесу, часті помилки.
  - ❖ Часті головні болі, різі в шлунку, які не мають органічних причин.
  - ❖ Депресія, фізична слабкість, небажання що-небудь робити, постійна втома.
  - ❖ Зниження апетиту або постійне відчуття голоду.
  - ❖ Втрата почуття гумору.
  - ❖ Зловживання шкідливими звичками.
  - ❖ Підвищена збудливість і образливість.
  - ❖ Постійно виникають бажання поплакати, сльозливість, що переходить в ридання, тугу, песимізм, жалість до себе.
  - ❖ Відсутність інтересу до оточуючих, до рідних і близьких.
  - ❖ Неможливість розслабитися відкинути вбік свої справи і проблеми.
  - ❖ З'являються нервові тики, нав'язливі звички: людина покусє губи, гризе нігті. З'являється метушливість, недовіра до всіх і кожного.
- Ці симптоми можуть проявлятися по одному після того, як організм зреагував на зовнішній подразник, їхня поява може призвести до нервового зриву.

⚡ ***Типи стресового стану***

- ❖ *Стрес хімічного типу* — з'являється після впливу хімічних і токсичних речовин.
- ❖ *Стрес психічний* — провокують емоції різного типу.

❖ *Біологічно тип* — стресовий стан проявляється після перенесених травм або поранень.

❖ *Еустрес* — корисний вид потрясіння, який створює якесь пробудження в організмі людини.

❖ *Дистрес* — критичний стан, який проявляється при перенапруженні, або зрив.

### ✚ *Причини стресу*

Чоловіки і жінки в рівній мірі схильні до стресу, тут важливу роль відіграють особливості того чи іншого організму. Фактори, які провокують стресовий стан, є індивідуальними. Можуть бути моменти, які зачіпають або виводять людину з рівноваги.

❖ *Причини зовнішнього типу*: постійне занепокоєння з приводу того, що відбувається, підвищена емоційна вразливість, надмірна сентиментальність.

❖ *Внутрішні причини* представлені життєвими установками, переконаннями і цінностями.

❖ *Спадковий фактор*. Наявність серйозних захворювань: психічні розлади, діабет, недуги аутоімунного типу, дисфункція щитоподібної залози. Певні порушення в роботі головного мозку. Різка зміна навколишнього середовища, місця роботи, місця проживання. Нестабільна особисте життя. Порушення режиму сну — хронічний недосип

### ✚ *СИМПТОМИ СТРЕСУ*

❖ Стрес може спричинити тимчасове явище як *«телогенова алопеція»*.

Стан, при якому волосяні фолікули переходять у стан спокою, ніби в сплячку і перестають створювати нове волосся. Коли стресовий період завершується, ріст волосся відновлюється. Хронічний стрес може впливати на волосяний пігмент, через що люди сивішають.

❖ *Підвищена чутливість до болю*. Стрес провокує фізичну напругу, що призводить до головних болів, болях в шиї та спині. Стрес гальмує вироблення гормону, який допомагає людям впоратись з болем. *Приклад*: пацієнт-трансгендер, страждав від сильних болів у спині й позбавився них лише після того, як відкрив свою ідентичність родині.

### ❖ *Зниження фертильності*

Стрес може знижувати фертильність як у чоловіків, так і у жінок. У жінок стрес спричинює збій у менструальному циклі та проблеми з овуляцією. А у чоловіків — впливає на кількість та якість сперми.

### ❖ *Напади жару*

Це нормально для людини трохи пітніти коли вона нервує. Але хронічний стрес може підвищувати пітливість людей. У жінок в період менопаузи це може погіршити їхні напади жару (приливи).

### ❖ *Ком в горлі*

Скарга на те, що ніби щось заважає в горлі. М'язи нижньої частини горла скорочуються під час тривоги й це може спровокувати труднощі з ковтанням.

### ❖ *Загострення нюху та печія в очах*

Частина мозку, яка відповідає за нюх, й та, що відповідає за емоції, — тісно пов'язані. Підвищення гормону стресу робить людей більш чуткими до запахів.

### ❖ *Здуття живота та підвищене сечовивиділення*

Стрес впливає на склад мікробів у організмі. Може призводити до здуття живота. Кишківник має власну нервову систему, яка називається ентерична нервова система. Під час стресу кишківник стискається, і може викликати діарею, закрепи та здуття. У стані хронічного стресу, може почастишати сечовиділення, тому, що стрес пришвидшує всі процеси організму.

### ❖ *Проблеми зі шкірою*

Під час хронічного стресу гормон кортизол може стоншувати стінки кишківника, через що бактерії можуть потрапляти в кровотік, та провокувати проблеми зі шкірою.

### ❖ *Частіше хворіємо*

Імунна система погано реагує на стрес. Гормон стресу може знижувати рівень лімфоцитів, білих кров'яних тілець, які допомагають боротися з інфекціями.

✓ **Стрес** — не обов'язково ворог. Він, як і відчуття болю, попереджає про небезпеку. Він може мотивувати. *Наприклад*, підготуватись до тесту, чи змінити роботу. Шкодить саме тривалий стрес. Саме він призводить до депресії та інших проблем зі здоров'ям.

### ✚ *Основні симптоми стресу:*

- занепокоєння;
- безсоння;
- недовіра до себе й оточуючих людей;
- погана концентрація уваги;
- складність в розумінні звичайних речей;
- перепади настрою;

- плаксивість;
- неврівноваженість;
- зниження інтелектуальних можливостей;
- загальмованість;
- проблеми з пам'яттю;
- заїкання;
- метушливість;
- підвищена нервозність;
- напади паніки;
- нервовий тик;
- безпричинні та часті напади дратівливості;
- відсутність апетиту;
- агресивність тощо.

Також може спостерігатися підвищений інтерес до алкоголю, наркотиків, паління, комп'ютерних ігор і інших речей, які раніше людину особливо не цікавили.

#### ✚ *Стрес і вагітність*

Виникнення стресу під час вагітності, є частим явищем. Розпізнати стрес під час вагітності нескладно. У вагітної жінки присутні класичні ознаки неврастенії (невротичний розлад), тобто, виснаженням нервової системи:

1. підвищена стомлюваність, втома;
2. погана концентрація уваги;
3. алергічні реакції на шкірі;
4. порушення функції сну;
5. загальна слабкість на тлі запаморочення з прискореним серцебиттям;
6. почуття тривоги та занепокоєння.

Якщо подібний стан починає супроводжувати жінку кожен день, їй слід звернутися до терапевта або психолога. Подібний стан негативно позначається не тільки на її здоров'ї, але і впливає на перебіг вагітності, а також може призвести до післяпологової депресії.

#### ✚ *Стрес у дітей*

Джерелом стресу у дітей може бути авторитарне виховання, розлучення батьків, сварки в родині. Причиною емоційної напруги стає негативний вплив школи. Якщо дитина не може впоратися з проблемою, у неї з'являються: агресія, занепокоєння і низька самооцінка.



### ✚ **Вплив стресу на організм людини**

Наслідки стресу викликають велику кількість хронічних і гострих захворювань. З них найбільша група — порушення роботи серцево-судинної системи. Поглиблюються симптоми ревматоїдного артриту, діабету 1 типу, сухості слизових оболонок (рота і носа, кон'юнктиви, геніталій) і виразкового коліту. Стрес може збільшити ризик раку грудей.

Багато інших захворювань виникають через ослаблення імунної системи після стресових ситуацій.

### ✚ **Діагностика стресу**

Щоб діагностувати стрес, лікар спочатку спирається на наявність певних симптомів і з'ясовує причину їхнього виникнення. Після проведення особистої бесіди, проводиться спеціалізований тест на стрес, який включає в себе вимір ключових нейромедіаторів, частоту серцевих скорочень і показники ментального стресового навантаження.

✚ **Діагностика стресу базується на перевірених часом методах:**

- ❖ електрокардіографія;
- ❖ дослідження реакцій головного мозку;
- ❖ з'ясування біоелектричного потенціалу м'язової системи;
- ❖ шкірно-гальванічна реакція.

Методи боротьби зі стресом в основному полягають в знятті емоційної напруги та зміні психологічного настрою.

Лікування стресу можна почати з фізичних вправ і занять на свіжому повітрі.

*Відмінний спосіб — переоцінити свої пріоритети та жити за принципом «прийняти неминуче».*

### ✚ **У лікуванні стресу виділяють такі методи:**

- ❖ розслаблення;
- ❖ масаж;
- ❖ ванни з ароматичними солями;
- ❖ піші або велосипедні прогулянки.

При наявності посттравматичного стресового розладу, необхідна допомога кваліфікованого психолога або психотерапевта.

✚ **При необхідності пацієнту призначається медикаментозна терапія:**

- ❖ седативні препарати;

- ❖ заспокійливі трав'яні чаї;
- ❖ вітамінні комплекси з магнієм.

Паралельно необхідно лікувати й ускладнення, викликані стресом.

Нормалізація самопочуття пацієнта говорить про успішність обраного лікування. Після зникнення симптомів хронічного стресу рекомендуються відвідування лікаря або підтримуюча терапія протягом декількох місяців.

#### ✚ *Профілактика стресу*

- ❖ дотримання постійної активності;
- ❖ харчування, в якому є необхідна організму кількість вітамінів і мікроелементів;
- ❖ влаштування на роботу, яка приносить радість;
- ❖ дотримання режиму сну;
- ❖ повна відмова від шкідливих звичок;
- ❖ треба припинити замикатися в собі.

#### ✚ *Альтернативні способи боротьби з тривогою і роздратуванням:*

- ❖ призначити собі «особистий час»;
  - ❖ займатись дихальною гімнастикою;
  - ❖ зробити кілька фізичних вправ;
  - ❖ управляти своїм часом;
  - ❖ не брати на себе проблеми інших людей;
  - ❖ уникати зловживання кавою і алкоголем;
  - ❖ оточувати себе людьми, які змушують відчувати себе краще.
- У більшості випадків, від стресу не залишиться і сліду.

## 5.3

### МЕТОДИКИ ОЦІНКИ ТА САМООЦІНКИ СТРЕСОВИХ СТАНІВ

Людина у своєму русі стикається із стресовими ситуаціями. Стрес виникає в умовах ризику, дефіциту часу, при необхідності швидко і самостійно приймати важливі рішення, миттєво реагувати на загрози і несподіванки. Стрес є напругою захисних сил, мобілізацією внутрішніх ресурсів, енергетичним забезпеченням можливостей для вирішення нових завдань.

Він стає небезпечним, коли супроводжується сильним напруженням, хвилюванням, тривогою, страхом. У людини, що переживає

стрес, починає прискорено битися серце, їй стає важко дихати, думати, пригадувати важливу інформацію, робити вибір. Тривала стресова ситуація негативно позначається на стосунках людини зі своїми близькими, провокує втрату працездатності, хронічне безсоння і головний біль, а інколи і серйозні психосоматичні захворювання.

#### ✚ **Оцінка психомоторних реакцій організму людини при стресі**

➤ **Основні методи оцінки психомоторних реакцій, що використовуються при вивченні психологічного стресу:**

❖ визначення ступеня напруження окремих м'язових груп за допомогою міограми (запису електричних розрядів м'язових волокон);

❖ визначення ступеня надто сильного напруження м'язів і плавності рухів за показником тремору (мимовільного здригання);

❖ визначення швидкості простої і складної сенсомоторної реакції.

З поведінкових порушень при стресі повний кількісний облік можливий щодо ступеня напруження м'язів, який визначають за вираженням тремору (мимовільного скорочення (здригання) м'язів при їх сильному напруженні).

Інтенсивність надто сильного напруження і мимовільного здригання м'язів тремору визначають за допомогою пристрою «тремометра», що являє собою ряд отворів, в які досліджуваний вводить спеціальний шуп, що з'єднаний з лічильником кількості дотиків. Чим вищий контроль над м'язами зі сторони рухової кори, тим менша кількість дотиків, і навпаки — при підвищенні рівня стресу спостерігається тремтіння рук і збільшення кількості мимовільних дотиків краю отвору.

Порушення поведінкових функцій у студентів під час сесії рівень тремору може бути одним із надійних показників вираження психологічного стресу.

Іншим методом дослідження психомоторних реакцій людини є оцінка *сенсомоторної реакції* — часу від подачі стимулу (*наприклад*, загоряння сигнальної лампочки певного кольору) до реакції досліджуваного (натискання на кнопку відповідного кольору).

При стресі у людей з зрівноваженим типом вищої нервової діяльності швидкість сенсомоторної реакції зростає, а в осіб з переважанням процесів збудження над гальмуванням в умовах стресу показники сенсомоторної реакції погіршуються.

**Перехід стресу в дистрес чи еустрес залежить не тільки від характеристик самого стресора, але й від особливостей типу ВНД людей, що переживають стрес.**

*Існують об'єктивні та суб'єктивні методи оцінки рівня стресу.*

✚ **До об'єктивних** відносять оцінку стану серцево-судинної і дихальної систем організму, аналіз активності вегетативної нервової системи, оцінку психомоторних реакцій організму людини при стресі та інші методи оцінки психофізіологічного статусу при стресі.

Оцінюючи стан серцево-судинної і дихальної систем організму застосовують **такі фізіологічні методи**:

- ❖ реєстрацію частоти серцевих скорочень (ЧСС);
- ❖ визначення показників артеріального тиску (АТ);
- ❖ електрокардіографія (ЕКГ);
- ❖ визначення параметрів функціонування дихальної системи (частота і глибина дихання, газовий склад видихуваного повітря).

✚ **Інші об'єктивні методи оцінки фізіологічного статусу при стресі**

Рівень стресу можна оцінити за **функціонуванням його системи терморегуляції за величиною шкірно-гальванічної реакції** (або опором шкіри). При актуалізації старого стресу (при спогадах про психотравмуючу ситуацію) відбувається різке збільшення частоти і амплітуди шкірно-гальванічної реакції. Ці характеристики і характеристики дихання використовують у поліграфах.

➤ **Комплексні методи дослідження стресу.** Відповідна реакція організму на вплив стресора є комплексною і системною, охоплюючи всі ієрархічні рівні організму. Особливий інтерес проявляє взаємодія різних систем: нервової, гуморальної, серцево-судинної, м'язової.

➤ **Для оцінки функціонального стану людини при стресі** є вимір його частоти серцевих скорочень (пульсу).

➤ **Для вивчення активності вегетативної нервової системи** використовують визначення вегетативного індексу Кердо.

➤ **Методи оцінки психомоторних реакцій**, застосовуються при вивченні психологічного стресу: визначення ступеня напруги окремих м'язових груп за допомогою міограми (запис електричних розрядів м'язових волокон); визначення ступеня надлишкової напруги м'язів і плавності рухів за показником тремору (мимовільного тремтіння); визначення швидкості простої або складної сенсомоторної реакції.

➤ **Кількісний вимір** можливий у відношенні ступеня напруги м'язів, що визначають за вираженістю тремору.

➤ **Інтенсивність надлишкової напруги і мимовільного тремтіння м'язів тремору** визначають за допомогою приладу «тремометра»,

що представляє собою ряд отворів, у які досліджуваний вводить спеціальний щуп, з'єднаний з лічильником числа торкань. Чим вищий контроль над м'язами з боку рухової кори, тим менше число торкань, і навпаки — при підвищенні рівня стресу відзначається тремтіння рук і збільшення числа мимовільних торкань краю отвору.

✚ **Суб'єктивні методи оцінки рівня стресу**, включають психологічне тестування та інтроспекцію. Існує багато варіантів тестів, що виявляють тривожність, кожний з яких по-різному відбиває компоненти тривожного стану при стресі. У кожної людини є індивідуальна ієрархічна структура страхів особистості, що визначає, на які впливи в першу чергу в людини розвивається психологічний стрес. Опитувальник ОАС, виявляє систему актуальних страхів особистості.

**Найбільш розповсюдженими методиками, такі як:**

- ❖ вивчення тривожності Спілбергера–Ханіна,
- ❖ «Самооцінки тривоги Цунге»,
- ❖ опитувальник на вивчення актуальних страхів особистості — ОАС,

- ❖ тест на дослідження емоційних станів (САН).

**Тести, які спрямовані на прямий вимір рівня стресу:**

- ❖ «Тест на дослідження стресостійкості»,
- ❖ «Бостонський тест на стресостійкість»,
- ❖ «Тест самооцінки стресостійкості С. Коухена і Г. Вілліансона»,
- ❖ «Методика на вивчення вегетативних проявів стресу»,
- ❖ «Дослідження комплексної оцінки стресу».

Основне завдання методів прогнозування стресостійкості, як реакцій людини на стрес, полягає у врахуванні індивідуальних психологічних і психофізіологічних особливостей досліджуваного й екстраполяції отриманих даних на аналогічні ситуації в майбутньому. *До цих методів відносяться:*

- ❖ використання ідентичних стресорів;
- ❖ використання дозованих тестових стресів у лабораторних умовах (вплив сильних зорових, звукових і тактильних подразників);
- ❖ уявне моделювання стресорних ситуацій (за допомогою методу нейролінгвістичного програмування);
- ❖ прогнози на основі психологічних тестів і опитувальників;
- ❖ математичні моделі (прості, множинної регресії);
- ❖ створення за допомогою різних пристроїв або в центрах психологічної підготовки модельної стресорної ситуації, що за своїми параметрами була б досить близька до ситуації реальної.

Способом оцінки прогнозу стійкості до стресу є уявне моделювання емоційно значимих ситуацій — актуалізація стресу шляхом простих спогадів або з використанням методик нейролінгвістичного програмування (НЛП).

При використанні методик нейролінгвістичного програмування (НЛП), досліджуваному пропонується згадати ситуацію, коли він відчував максимальне хвилювання. Застосування спеціальних методів НЛП — «якорів», що за своєю суттю є кінестетичними умовними подразниками, а також залучення всіх основних сенсорних каналів дозволяють викликати в людини подібну з реальною картину вегетативних реакцій і по ній судити про характер реагування тієї або іншої людини на стрес. Недоліком такого методу прогнозування є необхідність тривалої індивідуальної роботи з досліджуваним і вміння використовувати дані способи експериментатором, що створює обмеження для масового використання даного методу.

#### ✚ У психології виділяють два типи тривожності:

- ❖ *особистісну* (тривожність як стійка риса особистості);
- ❖ *ситуативну* (тривожність як реакція індивіда на загрозову ситуацію).

Для вимірювання індивідуальних відмінностей в тривожності Дж. Тейлор розробив спеціальний тест для визначення рівня особистісної тривожності. Для виявлення рівня особистісної і ситуативної тривожності Спілбергер створив два опитувальники. Показники особистісної і ситуативної тривожності корелюють між собою.

✚ **Методика Спілбергера** не достатньо об'єктивно відображає «глибинну» тривогу, так як досліджувані не завжди бажать демонструвати свої проблеми і свою тривожність перед експериментатором. Інколи дуже низька тривожність, яку показує тест, є результатом витіснення особистістю своєї високої тривоги з метою показати себе «в кращому світлі». **Тим не менш, на даний час саме опитувальник Спілбергера найчастіше використовується для оцінки вираження тривоги під час психологічного стресу.** Рівень ситуативної тривожності до 30 балів вказує на низьку тривожність, показник від 31 до 45 балів — на середню, а рівень ситуативної тривожності 46 балів і більше вважається високим. Виділяють четверту групу осіб, що мають надто високу ситуативну тривожність з показниками вище 70 балів.

У таких осіб проявляється симптоматика, близька до психопатологічних форм реагування (гострих невротичних реакцій).

У кожної людини існує індивідуальна ієрархізована структура страхів особистості, яка визначає, на які подразники у людини розвивається психологічний стрес. Для визначення цієї структури є опитувальник, що виявляє систему актуальних страхів особистості — **ОАС**.

Для експрес-діагностики рівня стресу використовують кольоровий **тест Люшера**.

У психологічній практиці часто використовується деякий набір засобів (пакет інструментів спеціаліста).

### ✚ **Інтроекція (самомоніторинг внутрішнього стану при стресі)**

Використання бланкових методик ускладнене або ж не дозволяє здійснити повний аналіз причин стресу. В таких ситуаціях більш інформативними є методи інтроекції, що дозволяють провести структурний аналіз причин стресу і його перебігу.

➤ **При перших ознаках стресу корисно задати декілька стандартних запитань.**

❖ Чи переповнюють мене негативні емоції?

❖ Про що я зараз думаю (про те, як вирішити проблему, чи про те, як все жахливо складається)?

❖ В якому стані мої м'язи? Чи немає в них зайвого напруження?

❖ Як я дихаю?

При аналізі стресу важливо не тільки оперативно реагувати на проблему в цілому, але й уміти провести ретельний аналіз ситуації, виділяючи:

✚ **Передумови — це події чи ситуації, які спричиняють стресові реакції.**

➤ **Щоб виявити передумови стресу, слід відповісти на такі запитання:**

❖ Що передувало розвитку стресу?

❖ Коли це відбулось?

❖ Що я робив

❖ Хто був поряд?

❖ Які почуття і думки були у мене до початку розвитку стресу?

✚ **Поведінка** — безпосередня реакція на стрес (включає в себе думки, почуття і дії).

➤ Щоб зрозуміти, як саме проходить у вас стрес, варто розібратися в таких запитаннях.

- ❖ Які почуття і емоційні переживання були при стресі?
- ❖ Які фізіологічні відчуття я переживав при стресі?
- ❖ Про що я тоді думав, які думки заповнили голову?
- ❖ Які дії я здійснював, а які навпаки, переставав робити ?

✚ **Наслідки** — те, що слідує за вашою безпосередньою реакцією (в тому числі оцінка того, наскільки адекватною була ця реакція).

➤ Для цього слід відповісти на такі запитання.

- ❖ Що відбулось після того, як гострий стрес минув?
- ❖ Як я оцінив ситуацію потім?
- ❖ Як довго я переживав наслідки стресу?
- ❖ Чи звинувачував я в усьому себе, інших людей чи обставини?

✚ **Самоспостереження** — ключ до пізнання своїх стресорів і їх-не подолання. Якщо людина соромливо чи налякано ухиляється від вивчення своїх слабкостей і проблем, то тим самим вона піддається волі об'єктивної випадковості чи інших людей. Якщо ж вона знаходить мужність для щирого натхненного дослідження своїх проблем, то тим самим робить перший крок до їхнього радикального вирішення. *Приклад*: аналогія із зайвим вживанням їжі деякими людьми. За даними американських лікарів, люди, які регулярно записували всі моменти прийому їжі впродовж дня, за місяць втрачають в середньому два кілограми ваги, навіть не докладаючи цілеспрямованих зусиль для зміни свого харчування. Так само і людина, яка фіксує особливості протікання своїх стресів, уже якоюсь мірою починає їх контролювати, а тим самим, і зменшувати їхній негативний вплив на своє життя.

✓ Для оцінки рівня стресу можна використовувати:

методику Холмса-Раге, тест самовідчуття (Вісман, Рікс), тест здоров'я (Голдберг), тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк), методика експрес-діагностики неврозу (К. Хека і Х. Хеса), оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (тест Спілбергера-Ханіна), діагностика стану здоров'я за почерком (Польський інститут національного здоров'я), методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Расела і М. Фергюсон, диференціальна шкала емоцій (К. Ізард).



✚ Для оцінки **стресу та стресостійкості** можуть бути використані такі методи оцінювання:

- ❖ Оцінка психічного стану та рівня стресу.
- ❖ Методика «Шкала психологічного стресу PSM-25».
- ❖ Опитувальник «Актуальний стан» (АС).
- ❖ Методика визначення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації при стресі «Прогноз».
- ❖ Тест самооцінки стресостійкості (С. Коухена і Г. Вілліансона).
- ❖ Перцептивна оцінка типу стресостійкості.

### ✚ Психодіагностика стресових розладів

❖ **Шкала диференціальних емоцій** (Differential Emotions Scale-DES, К. Ізард, 1972)

✓ *Опис методики.* Диференціальна шкала емоцій — методика самозвіту, створена для оцінки виразу індивідом фундаментальних емоцій або їхніх комплексів. Це набір емоційних термінів, згрупованих на основі факторного аналізу у дев'ять факторів, які К. Ізард інтерпретував **як основні емоції: цікавість, радість, здивування, гнів, горе, відраза, зневага, страх, сором, вина.**

Методика базується на теорії диференціальних емоцій К. Ізарда, згідно з якою окремі емоції є мотиваційними процесами, які по-різному переживаються особистістю. Мотиваційна система людини складається із дев'яти фундаментальних емоцій, кожна з яких має унікальні мотиваційні та феноменологічні властивості; фундаментальні емоції призводять до різних внутрішніх переживань, які по-різному виражаються у різних людей; усі емоції взаємодіють між собою, активуючи, посилюючи або послаблюючи одна одну; емоційні процеси взаємодіють із спонуканими та гомеостатичними, перцептивними, когнітивними і моторними процесами, так чи інакше впливаючи на них.

На думку К. Ізарда тривожність — це завжди складна емоція, яка складається із декількох базових емоцій, разом з тим страх зазвичай є провідною і необхідною складовою тривожності, інші ж базові емоції визначають різні види тривожності, зокрема соціальну тривожність (С. Izard, S. Fine, D. Schultz, A. Mostow, B. Ackerman, E. Youngstrom, 2001).

Навіюваність та здібності до емпатії пов'язані не лише з характером активності людини, але із її самопочуттям, яке бажано виразити саме в поняттях почуттів і емоцій. Методика К. Ізарда передбачає активність досліджуваних, їхню відвертість задля того, аби результати обстеження були достовірними.

В Україні переважно використовується перша редакція шкали, тоді як у західних країнах — четверта (DES-IV, 1993), суттєвою відмінністю якої є діагностика 12 базових емоцій: інтерес, радість, здивування, сум, гнів, відраза, презирство, вороже ставлення до себе, страх, сором, сором'язливість і почуття провини. Методика складається із 49 пунктів (попередні редакції Шкали містили 30 пунктів).

❖ **Опитувальник симптомів ПТСР PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)**

✓ *Опис методики.* Опитувальник симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5) — спрямований на моніторинг симптомів протягом та після лікування, виявлення осіб із ПТСР, попередню постановку діагнозу «ПТСР» (F.W. Weathers, B.T. Litz, T.M. Keane, P.A. Palmieri, B.P. Marx, P.P. Schnurr, 2013).

Опитувальник складається із 20-пунктів, які досліджуваний оцінює за 5-бальною шкалою, де 0 — ніколи, 4 — дуже часто. Для заповнення опитувальника потрібно 5–10 хвилин. Після того, як людина відповість на всі запитання, фахівець підраховує загальну суму балів. Визначається як загальний показник ПТСР, так і вираженість симптомів за кожним із кластерів (за DSM-5). PCL для DSM-IV має три версії PCL-M (військовий), PCL-C (цивільний), PCL-S (специфічний), які дещо відрізняються в інструкціях та формулюваннях окремих тверджень. PCL-5 найбільш схожий на PCL-S (специфічний), натомість військової та цивільної версії PCL-5 немає.

❖ **Перелік життєвих подій Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)**

✓ *Опис методики.* Самозвіт, спрямований на визначення потенційно травматичних подій у житті респондента (F.W. Weathers, D.D. Blake, P.P. Schnurr, D.G. Kaloupek, B.P. Marx, T.M. Keane, 2013).

Існують три форми анкети: стандартний самозвіт, для визначення подій, що відбулися; розширений самозвіт — для визначення найгіршої травматичної події, якщо їх у респондента було декілька; інтерв'ю — для оцінки Критерію А DSM-V.

Використовується, як для оцінки загальної кількості потенційно травматичних подій у житті людини, так і для кращого визначення проблем респондента, окреслених у методиці CAPS.

Анкета містить 16 категорій потенційно психотравматичних подій і пунктів, де респондент може самостійно описати найбільш значущу психотравматичну подію у своєму житті.

### ✚ **Потенційно психотравматичними подіями вважаються:**

природне лихо, пожежа/вибух, нещасний випадок на роботі чи вдома, отруєння токсичними речовинами, збройний напад, згвалтування/примус до сексу, бойовий досвід, позбавлення волі, хвороба, травма, сильний біль, раптова насильницька чи випадкова смерть близької людини, матеріальна та фізична шкода, заподіяна іншими людьми.

Окремо підсумовуються події, які сталися з респондентом, події, свідком яких він був і події, які сталися з його близькими та друзями.

### ❖ **Опитувальник посттравматичних когніцій (Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI)**

✓ *Опис методики.* Опитувальник, створений Е.В. Фоа, А. Ehlers, D.M. Clark, D.F.Tolin, S.M.Orsillo у 1999 р. для оцінки трьох видів посттравматичних когніцій:

- негативних думок про себе;
- негативних думок про оточуючий світ,
- самоїдства (самозвинувачення).

Теоретичним підґрунтям опитувальника є визначальна роль негативних дисфункціональних когніцій в етіології і перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Е.В. Фоа з колегами (1998 р.) визначили, що думки про небезпечність світу та власну некомпетентність призводять до розвитку ПТСР у жінок, які стали жертвами сексуального насильства. А. Ehlers, D.M. Clark (2000 р.) довели, що негативне ставлення людини до травматичної події зумовлює виникнення у неї симптомів ПТСР. Такі негативні оцінки (про власну особистість і небезпечний світ) призводять до постійного відчуття загрози, яке формує ПТСР симптоматику і посилює тривогу.

Стан безпорадності у момент травми може призводити до «психічної поразки» (*mental defeat*), стану, в якому людина втрачає здатність підтримувати уявлення про себе як про людську істоту, яка наділена вольовими якостями. Почуття безпорадності лежить в основі критерію А ПТСР (DSM-5) і асоціюється із сильним страхом, нездатністю впливати на оточення, управляти ситуацією, контролювати те, що відбувається під час травмуючої події.

Методика успішно застосовується у діагностиці жертв насильства, у комплексному вивченні симптомів емоційного вигорання (у лікарів швидкої допомоги, реаніматологів, пожежних). Окрім дорослого варіанту опитувальника, існує й його дитяча версія.

### ❖ **Міссісіпська шкала для бойового ПТСР (за DSM-III)**

✓ *Опис методики.* Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale) — опитувальник-самозвіт, спочатку розроблений у 1987 р. Keane, Т. М. зі співавторами для діагностики ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій. У 1995 р. розроблений і опублікований цивільний варіант шкали, валідизований на вибірці цивільних осіб зі встановленим діагнозом ПТСР.

Міссісіпська шкала створена на основі ММРІ для діагностики ПТСР. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР згідно DSM-III: 11 питань першої шкали описують симптоми групи вторгнення, 11 симптомів другої шкали — симптоми групи уникнення, 8 питань третьої шкали — симптоми збудливості. П'ять інших питань описують симптоми, пов'язані із почуттям провини і суїцидальних нахилів.

Опитувальник складається з 35 питань, відповіді на які даються за 5-бальною шкалою Лайккерта (від 1 до 5). Незважаючи на групування питань у чотири субшкали, вираховується лише один підсумковий коефіцієнт, вираженість симптомів ПТСР коливається від 35 до 175 балів. Частина питань має перевернуті значення, що дозволяє знизити встановлену випробуваного або заповнення бланка в довільному порядку.

Методика використовується у діяльності психологів спецслужб, силових відомств, в роботі з особами, схильними до екстремальних психологічних навантажень (рятувальникам).

### ❖ **Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R)**

✓ *Опис методики.* Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R) — клінічна тестова методика, спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості. Методика опублікована в 1979 році М. Горовицем зі співавторами (М. Horowitz, N. Wilner, W. Alvarez, 1979). Це була перша тестова методика присвячена ПТСР, що базувалася одночасно на теоретичних дослідженнях і клінічній апробації, причому це було зроблено ще до прийняття ПТСР в якості окремої діагностичної одиниці в DSM-III.

Незважаючи на популярність шкали і численні емпіричні підтвердження її надійності та валідності, Д. Вейс з колегами (D.S. Weiss, C. R. Marmar, T. Metzler) у 1995 році прийшли до висновку, що IES може бути корисною, якщо вона діагностуватиме не лише симптоми ПТСР, як вторгнення і уникнення, а й симптоми гіперзбудження, які

увійшли у діагностичний критерій DSM-IV і є складовою частиною психологічної реакції на травматичні події.

Шкала складається з 22 пунктів, які розподіляються на три шкали: «вторгнення», «уникнення» і «збудливість». Кожен пункт оцінюється як «ніколи» (0 балів), «рідко» (1 бал), «іноді» (3 бали) або «часто» (5 балів).

❖ **Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т.Холмса і Р.Раге (Social Readjustment Rating Scale, SRRS)**

✓ *Опис методики.* Психометрична шкала самооцінки актуального рівня стресу, розроблена у 1967 р. психіатрами Т.Холмсом і Р. Раге. Призначена для простого, скринінгового визначення рівня актуального стресу і ймовірності розвитку межових нервово-психічних розладів. Шкала складається з переліку травмуючих подій, ранжованих за балами, що визначають ступінь їхньої стресогенності.

Досліджуваному пропонується прочитати список ситуацій, зазначивши ті, які мали місце у нього протягом останнього року, і підсумувати бали, що відповідають цим пунктам.

❖ **Методика «Діагностика копінг-поведінки в стресових ситуаціях» (С. Норман, Д.Ендлер, Д.Джеймс, М.Паркер в адаптації Т. Крюкової)**

✓ *Опис методики.* Опитувальник Копінг-поведінка у стресових ситуаціях (Coping Inventory for Stressful Situations, CISS), розроблений канадськими вченими С.Норманом, Д.Ендлер, Д.Джеймсом, М.Паркером у 1990 р. Методика дозволяє визначити такі копінг-стратегії особистості: проблемно-орієнтована стратегія; емоційно-орієнтована стратегія; стратегії уникнення; відволікання; соціальне відволікання (пошук соціальної підтримки). У 2014 р. вченими Оксфордського університету доведено можливість використання даної методики у контексті визначення напрямків психокорекції пацієнтів із черепно-мозковими травмами (I.M.H.Brands, S.Köhler, S.Z.Stapert, D.T.Wade, C.M. Van Heugten).

❖ **Чотирьохвимірний опитувальник симптомів (4DSQ) — The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ)**

Чотирьохвимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації 4DSQ, створений у 1994 році, автор — Berend Terluin, доктор медицини та філософії з Нідерландів.

**Мета цього опитувальника** — допомогти спеціалістам диференціювати синдроми, пов'язані зі стресом (нервовий зрив, вигорання) та психічні розлади (депресія, тривожні розлади). 4DSQ складається з 50 пунктів, які оцінюють стан пацієнта за останні 7 днів.

При обробці опитувальника кількість балів підсумовується у відповідності з окремими шкалами. Шкала дистресу містить 16 пунктів (загальна сума балів від 0 до 32); шкала депресії — 6 пунктів (загальна сума балів від 0 до 12); шкала тривожності — 12 пунктів (загальна сума балів від 0 до 24); шкала соматоформних порушень — 16 пунктів (загальна сума балів від 0 до 32). Людина має заповнювати варіант опитувальника, де не вказана кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді і не вказані підшкали опитувальника.

5.4

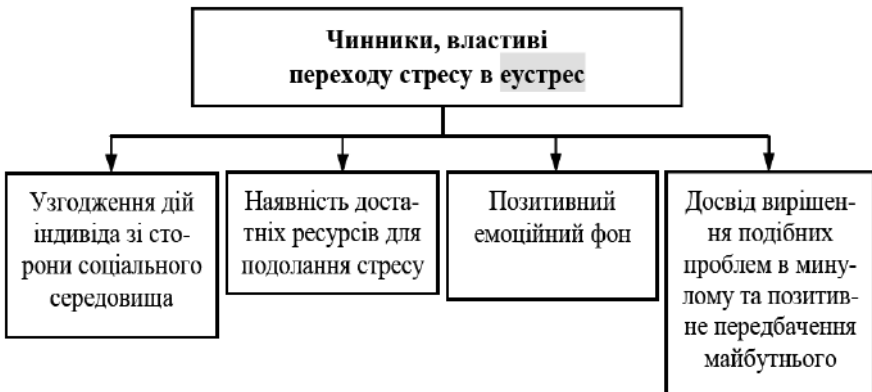
## ВПЛИВ СТРЕСУ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

### ✚ Позитивний вплив стресу на людину

Концепція корисного стресу була вперше сформульована ендокринологом Гансом Сельє в 1974 році. Саме він виявив, що не кожен стрес шкідливий, деякі його прояви мобілізують і оздоровлюють організм.

*«Все індивідуально і залежить від сприйняття. Реакція на стрес може бути як негативною, так і позитивною, — писав Ганс Сельє. — Стрес, спричинений невдачами, образами, хворобами, руйнує, але, наприклад, стрес від захоплюючої креативної роботи має сприятливий вплив».*

✓ **Еустрес**, пов'язаний з позитивними емоційними реакціями. Для позначення «хорошого стресу» Сельє ввів термін «**еустрес**». Для того щоб стрес прийняв характер еустрес, необхідна наявність певних умов.



➤ **Причини позитивного сприйняття стресової ситуації:**

- ❖ фізична можливість впоратися з утвореним негативом;
- ❖ усвідомлення сформованої ситуації та наявність підтримки оточуючих;
- ❖ отримання сплеску яскравих позитивних емоцій;
- ❖ виникнення стресової ситуації, яка провокує збільшення рівня адреналіну.

Для того щоб прийти до стану еустресу та при цьому впоратися з негативом необхідно розслабитися, залишитися наодинці з собою, заспокоїтися й обміркувати цю ситуацію та «відпустити» її.

➤ **Якщо виникають труднощі, приєднуються методи:**

- ❖ Контроль негативних думок: не думати про погане, а зосередитись на тому, що вдалося досягти.
- ❖ Не робити проблему глобальною: для будь-якої невдачі завжди є рішення.
- ❖ Допомогати досягати еустресу, відмінно допомагає спорт або дихальні практики. Так людина відволікається та починає володіти ситуацією.

Еустрес показує, що не потрібно зосереджуватися на самому розладі або на тому, що все йде не так, треба навчитися цінувати те, що маємо та бути вдячними за це, а не концентруватися на тому, чого немає.

✚ **Негативний вплив стресу**

Для позначення «поганого стресу» Сельє запропонував застосувати для його позначення старе, яке йде коренями в XIII століття, англійське слово «**дистрес**», що означає *біль або страждання, які вражають тіло чи душу; стан небезпеки або розпачливої нужди*. Пізніше Сельє помітив, що сильні стреси прискорюють процеси старіння, й запропонував розглядати стрес, **як міру зношеності організму**.

✓ *Дистрес*, пов'язаний з негативними емоційними реакціями.

Термін «стрес» найчастіше вживається в значенні «дистресу», або «поганого стресу», як: «сильне фізичне, ментальне або емоційне напруження», «реакції, які бувають у людини, коли вона відчуває, що вимоги до неї перевищують її індивідуальні й соціальні ресурси».

Дистрес згубно проявляється і у соціальних зв'язках особистості з іншими людьми. Під час переживання глибокого стресу можуть погіршитися відносини з близькими людьми і колегами на роботі аж до повного розриву стосунків, причому основна проблема залишається невирішеною, а у людей виникають важкі переживання провини, безпорадності і безвихідності.



*Чим довше діє стресор на людину, тим сильніше дистресорний розлад.*

Щоб зрозуміти, де проходять межі між корисною і шкідливою напругою, між еустресом і дистресом, людині доводиться експериментувати з емоційними та фізичними навантаженнями, але тільки таким шляхом можна встановити пороги стресочутливості і стресостійкості того чи іншого індивіда.

✓ **Тіло людини може реагувати на стрес емоційними, ментальними та фізичними реакціями.** Такий стан із часом призводить до негативних наслідків.

➤ **Порушення циклу сну**

Перший з головних ефектів стресу на організм — це порушення циклу сну. Це може негативно позначитися на якості сну і привести до безсоння. Сон є життєво важливою частиною для забезпечення доброго здоров'я, а безсоння може сильно вплинути на психічне і фізичне здоров'я. З дня в день, це може змусити людину страждати від хронічних захворювань, а також викликати негативний вплив на якість життя. Стрес є причиною, що викликає гіперзбудження, яке порушує баланс між неспанням і сном.

➤ **Погіршення травлення**

Одним із найпоширеніших негативних наслідків стресу для організму є порушення травлення. Гормональна лихоманка, прискорене дихання і серцебиття — це основні фактори, які послаблюють травну систему і викликають хронічне запалення в шлунково-кишковому тракті.



Їжа транспортується травною системою. Залежно від особливостей організму наслідками бувають діарея, закрепи, нудота, блювота і болі в животі.

Кишківник має сотні мільйонів нейронів, які можуть функціонувати досить незалежно і постійно спілкуються з мозком, що пояснює здатність відчувати «метеликів» у шлунку. Стрес може вплинути на зв'язок між мозком і кишківником, і викликати біль, здуття живота та інший дискомфорт у кишківнику.

Кишківник населений мільйонами бактерій, які впливають на його здоров'я та здоров'я мозку, що може впливати на когнітивні процеси та емоції. Стрес пов'язаний зі змінами в кишкових бактеріях, які можуть впливати на настрій. Кишкові нерви і бактерії сильно впливають на мозок і навпаки.

Стрес у дитинстві може вплинути на розвиток нервової системи, ці зміни можуть збільшити ризик виникнення захворювань кишківника.

#### ❖ Стравохід

Під час стресу, люди можуть їсти набагато більше або менше, ніж зазвичай. Часто збільшують вживання алкоголю або тютюну, що може призвести до печії або кислотного рефлюксу. Стрес може ускладнити ковтання їжі або збільшити кількість повітря, що ковтається, що спричинює газоутворення та здуття живота.

#### ❖ Шлунок

Стрес може спричинити біль, здуття живота, нудоту та інший дискомфорт у шлунку. Блювота може виникнути, якщо стрес досить сильний. Стрес може викликати непотрібне підвищення або зниження апетиту. Нездорове харчування, може погіршити настрій.

Стрес не збільшує вироблення кислоти в шлунку і не викликає виразки шлунка. Але під час стресу виразки можуть турбувати більше.

#### ➤ Ослаблення імунітету

Хронічний стрес має сильний зв'язок з поганим імунітетом. Коли людина страждає від стресу, рівень кортизолу в організмі збільшується, що вносить зміни в реакцію імунної системи. Він володіє здатністю пригнічувати вироблення «хороших» простагландинів, які відіграють важливу роль у підтримці імунної функції. Стрес негативно позначається на імунітеті, тим самим піддаючи організм підвищеному ризику інфекцій, застуди і грипу. Це може збільшити вірогідність виникнення інших захворювань, як діабет і хвороби серця.

Підвищений рівень кортизолу може вплинути на процеси росту, травлення, репродуктивної системи. Щоб зменшити частоту стресу

краще практикувати деякі пози йоги, медитацію, масаж, ароматерапію. Все це матиме позитивний вплив на імунну систему.

Гормони стресу роблять імунну систему вразливішою до вірусних захворювань, а це може збільшувати час, необхідний організму для відновлення після хвороби або травми.

#### ➤ **Вплив на тканини головного мозку**

Стрес може негативно впливати на мозок. Будь-який тип стресу, може зробити людину нездатною застосовувати когнітивні методи, які, контролюють тривогу і страх. Стрес має здатність впливати на області мозку, що регулюють самоконтроль і емоції. Це викликає проблеми, пов'язані з навчанням і здатністю до концентрації. Хронічний стрес може бути пов'язаний з регіональним зменшенням об'єму мозкової тканини.

#### ➤ **Стимулювання процесу старіння шкіри**

Людина може страждати від передчасного старіння. Стрес, діє як стимулятор прискореного клітинного і шкірного старіння. Це, викликає симптоми передчасного старіння, як гусячі лапки, зморшки, нерівномірний тон шкіри, змінена пігментація і в'ялість шкіри. День у день стрес призводить до руйнування колагену, стимулює вироблення протизапальних медіаторів і пошкоджує ДНК.

#### ➤ **Погіршення роботи серця**

Біль в серці — це ще один негативний вплив стресу на організм. Переживання надмірного стресу протягом тривалого періоду є поганим для серця людини.

Цей стан може створити появу високого кров'яного тиску, нерегулярного серцебиття або серцевих захворювань. Під час стресу, тіло виділяє гормони, які пошкоджують серцеві м'язи. В результаті вони збільшують частоту серцевих скорочень та блокують кровоносні судини, тим самим викликаючи високий кров'яний тиск. При частому і тривалому підвищенні артеріального тиску, підвищується ймовірність серцевого нападу або інсульту.

Стрес стає фактором запалення в кровоносній системі, в коронарних артеріях. Це наражає на високий ризик серцевого нападу.

Стрес здатен суттєво та негативно впливати на організм, знижуючи здатність до раціонального мислення, опору, може викликати нові чи загострювати хронічні захворювання.

Стрес впливає на емоції, настрої та поведінку. Він може серйозно впливати і на людський організм.

При стресі у людини може прискорюватись дихання, а це може завдавати певні труднощі, якщо особа має такі проблеми, як астма чи емфізема. Серце у стані стресу працює швидше. Судини стискаються і спрямовують більше кисню у м'язи задля забезпечення сили для термінової реакції. Це сприяє підвищенню кров'яного тиску. Постійна гіпертонія посилює ризик інсульту й серцевого нападу.

#### ❖ **Центральна нервова й ендокринна системи**

Під впливом хронічного стресу ЦНС стає вразливою, що може призвести до змін у поведінці, стати причиною переїдання, недоїдання, зловживання алкоголем, наркотиками або до соціальної абстиненції.

Коли хтось сприймає ситуацію як складну, загрозливу або неконтрольовану, мозок ініціює каскад реакцій, що залучають вісь гіпоталамус-гіпофіз-наднирники (ГГН), яка є основним рушієм реакції на ендокринний стрес. Це, призводить до збільшення вироблення стероїдних гормонів, які називаються глюкокортикоїдами, до їхнього складу входить кортизол, який називають «гормоном стресу».

Під час стресу гіпоталамус, сукупність ядер, що з'єднує мозок і ендокринну систему, сигналізує гіпофізу про вироблення гормону. Гіпофіз, сигналізує наднирковим залозам про збільшення вироблення кортизолу.

Кортизол підвищує рівень доступного енергетичного палива шляхом мобілізації глюкози і жирних кислот з печінки. Кортизол виробляється протягом дня, його концентрація збільшується після пробудження і повільно зменшується протягом дня, забезпечуючи щоденний цикл енергії.

Під час стресової події, підвищення рівня кортизолу може забезпечити енергію, необхідну для боротьби з тривалими або екстремальними труднощами.

Глюкокортикоїди, включаючи кортизол, важливі для регулювання імунної системи та зменшення запалення. Хронічний стрес може призвести до порушення зв'язку між імунною системою та віссю ГГН. Це призводить до розвитку численних станів, що свідчать про порушення фізичного та психічного здоров'я, включаючи хронічну втоми, метаболічні розлади (діабет, ожиріння), депресію та імунні розлади.

#### ❖ **Вегетативна нервова система**

Відіграє безпосередню роль у фізичній реакції на стрес і поділяється на симпатичну нервову систему (СНС) і парасимпатичну нервову систему (ПНС). Коли організм перебуває в стресовому стані, СНС

сприяє реакції «бий або тікай». Тіло спрямовує свої енергетичні ресурси на відсіч загрози життю або на «втечу від ворога».

СНС сигналізує наднирковим залозам про виділення гормонів — адреналіну і кортизолу. Ці гормони разом із безпосередньою дією вегетативних нервів, змушують серце битися швидше, збільшувати частоту дихання, кровоносні судини в руках і ногах розширюватися, процес травлення змінюватися, а рівень глюкози (енергії цукру) в крові збільшуватися задля того, щоб впоратися з надзвичайною ситуацією.

Після завершення кризи організм повертається до спокійного стану. Цьому відновленню сприяє ПНС, яка має протилежний вплив на СНС. Надмірна активність ПНС може сприяти реакціям на стрес.

СНС, і ПНС мають потужну взаємодію з імунною системою, яка може моделювати реакції на стрес. Центральна нервова система важлива для запуску стресових реакцій, оскільки вона регулює вегетативну нервову систему і інтерпретує події як потенційно загрозливі.

Хронічний стрес, коли стресові фактори діють протягом тривалого періоду часу, може призвести до **тривалого виснаження організму**. Вегетативна нервова система продовжує викликати фізичні реакції, що спричиняє «зносу» організму. **Постійна активація нервової системи впливає на інші системи організму, що порушує їхнє функціонування.**

✓ **Гострий стрес** — миттєвий або короткочасний стрес, викликає збільшення частоти серцевих скорочень і сильніші скорочення серцевого м'яза, разом із виділенням гормонів стресу — *адреналіну, норадреналіну і кортизолу*, які діють як посередники цих ефектів.

Кровоносні судини, які спрямовують кров до великих м'язів і серця, розширюються, тим самим збільшуючи кількість крові, що перекачується в ці частини тіла і підвищується кров'яний тиск. Це явище відоме як реакція «бийся або тікай». Після того, як гострий стресовий епізод минає, організм повертається до свого нормального стану.

Хронічний стрес або постійний стрес, який переживається протягом тривалого періоду часу, може *сприяти довгостроковим проблемам із серцем і кровоносними судинами*. Постійне збільшення частоти серцевих скорочень, а також підвищений рівень гормонів стресу і кров'яного тиску, можуть негативно позначатися на організмі.

#### ❖ **Опорно-руховий апарат. М'язова система**

При хронічному стресі м'язи можуть перебувати в постійній напрузі, а це призводить до больових відчуттів по всьому тілу.

Коли тіло напружене, м'язи напружуються — це рефлекторна реакція на стрес — спосіб захисту організму від травм і болю.

Хронічний стрес змушує м'язи тіла перебувати в постійному стані напруги. Коли *м'язи напружені* протягом тривалого періоду часу, це може викликати інші реакції організму і сприяти виникненню розладів, пов'язаних зі стресом. Головний біль напруги і головний біль мігрені пов'язані із хронічним напруженням м'язів в області плечей, шиї та голови. М'язовий біль у попереку та верхніх кінцівках також пов'язують зі стресом, особливо зі стресом на роботі.

Методи релаксації та інші методи лікування, що знімають стрес, є ефективними у знятті м'язової напруги, зменшують частоту деяких розладів, пов'язаних зі стресом, таких як головний біль, і покращують самопочуття.

#### ❖ **Репродуктивна система.**

Від регулярного емоційного виснаження під впливом стресу у чоловіків може зменшуватись рівень тестостерону (в окремих випадках може навіть призвести до імпотенції); у жінок може бути нерегулярна менструація та посилитись больові відчуття.

#### ❖ **Чоловіча статевая система.**

Надлишок кортизолу може вплинути на нормальне біохімічне функціонування чоловічої репродуктивної системи.

Хронічний стрес може вплинути на вироблення тестостерону, що призведе до зниження статевого потягу або лібідо.

Стрес негативно позначається на здатності до розмноження, викликаючи труднощі у пар, які намагаються завагітніти.

#### ❖ **Жіноча репродуктивна система.**

Жінки поєднують особисті, сімейні, професійні, фінансові обов'язки та виконують широкий спектр інших вимог протягом усього свого життя. Стрес, переважно можуть зменшити сексуальний потяг, особливо коли жінки одночасно доглядають за маленькими дітьми чи хворими членами сім'ї, борються із хронічними хворобами, відчувають депресію, труднощі у стосунках чи насильство, вирішують проблеми на роботі.

Стрес може мати значний вплив на репродуктивні плани жінки, негативно вплинути на здатність жінки до зачаття, перебіг вагітності та її адаптацію після пологів. Депресія є провідним ускладненням вагітності та післяпологової адаптації.

Якщо рівень стресу високий, підвищується ймовірність загострення симптомів репродуктивних захворювань. Коли стрес впливає на імунну систему, організм може стати більш вразливим до інфекцій.

Стрес у малих дозах досить корисний для організму, стресові ситуації досить часто змушують нас підійматися та переступати через себе, досягаючи нових вершин у житті та долати труднощі.

#### ❖ Дихальна система

Стрес і сильні емоції можуть проявлятися *респіраторними симптомами*, як задишка і прискорене дихання, оскільки дихальні шляхи між носом і легенями звужуються. Для людей без респіраторних захворювань це не є проблемою, оскільки організм може виконувати додаткову роботу, щоб дихати комфортно, але психологічні стресори можуть посилити проблеми з диханням у людей із наявними респіраторними захворюваннями, такими як астма та хронічна обструктивна хвороба легень (ХОЗЛ; включаючи емфізему і хронічний бронхіт).

Гострий стрес, *наприклад* смерть близької людини, може спровокувати напади астми. Прискорене дихання (гіпервентиляція), викликане стресом, може спровокувати напад паніки у людей, схильних до панічних атак.

Співпраця із психологом для розробки стратегій розслаблення, дихання та інших когнітивно-поведінкових стратегій може допомогти.



### КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ ТА ЗАВДАННЯ

1. Які є методи оцінки стресу?
2. Які ознаки стресу характерні для більшості людей?
3. Назвіть основні симптоми стресу.
4. Назвіть чинники, які властиві переходу стресу в еустрес.
5. Назвіть чинники, які властиві переходу стресу в дистрес.



### ТЕМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

***Посттравматичний стресовий розлад. Психологічна допомога людині у стані горя. Панічні розлади, як наслідок впливу екстремальної ситуації.***

#### ***Питання для обговорення:***

1. Оцінка стресових станів.
2. Симптоми стресу.
3. Методики оцінки та самооцінки стресових станів.
4. Диференціювання стресу та інших станів.

5. Діяльність психолога з діагностики та мінімізації стресу у клієнта.
6. Самовдосконалення як шлях підвищення стресостійкості.
7. Вдосконалення комунікативних навичок як шлях профілактики та нейтралізації стресу.

***Завдання:***

1. Ознайомитися з методикою оцінки стресових станів Холмса-Раге.
2. Зробити доповідь на тему: «Різновиди технік та прийомів розвитку стійкості до стресу».
3. Зробити реферативне повідомлення на тему: «Тактика боротьби зі стресом в залежності від часу його настання».
4. Підібрати справи спрямовані на досягнення особистісного зростання.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Балл Г.А. Понятие «личная надежность» в гуманистической интерпретации. *Вісник НТУУ «КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка* : Зб. наук. пр. К. : ІОЦ «Політехніка». 2001. № 3. Кн. 1. 43–46 с.
2. Валушко О.М., Гошкодеря О.В. Управління професійним стресом керівників органів внутрішніх справ : навчальний посібник. К. : Видавничий дім «Скіф», КНТ, 2008. 106 с.
3. Вірна Ж.П. Мотиваційно-сміслова регуляція у професіоналізації психолога. Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2003. 320 с.
4. Наугольник Л.Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
5. Розов В.І. Адаптивні антистресові психотехнології : навч. посібн. К. : Кондор, 2005. 278 с.
6. Сельє Г. Стресс без дистресса : Пер. с англ. Рига : Виєда, 1992.
7. Сова М.О. Психологія сім'ї : навчальний посібник. К., 2014. 212 с.
8. Татенко В.А. Психологические стратегии и технологии актуализации субъективного потенциала человека. *Психологія на перетині тисячоліть* : Зб. наук. пр. учасників П'ятих Костюківських читань: у 3 т. К. : Гнозис, 1998. Т. 3. 308–314 с.
9. Циганенко Г.В. Ми пережили. Техніки відновлення для сімей, цивільних та дітей. К., 2018. 98 с.
10. Chen A. (Ed.) Stress Resilience: Molecular and Behavioral Aspects. Academic Press, 2020. 373 p.
11. Занюк С.С. Психологія мотивації та емоцій : навч. посіб. Луцьк : Волинський держ. ун-т ім. Л. Українки, 1997.
12. Кові Стівен Р. Звички надзвичайно ефективних людей; пер. з англ. О. Любенко. Харків : Книжковий клуб «Клуб сімейного дозвілля», 2012. 384 с.
13. Киричук О.В. Основи психології / Під заг. ред. В. А. Роменця. К. : Либідь, 1996.
14. Кокун О.М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця : монографія. К. : ДП «Інформ.-аналіт. Агентство», 2012. 200 с.
15. Загальна психологія : підруч. для студ. вищ. навч. закладів / Під заг. ред. акад. С. Д. Максименка. К. : Форум, 2000.
16. Островерха Ю.А., Тістун І.П., Хобзей М.К. Охорона життя і здоров'я учнів та безпека їх життєдіяльності : навчально-методичне видання. Львів : «Сполом», 1999. 160 с.



17. Розов В.І. Адаптивні антистресові психотехнології : навч. посібн. К. : Кондор, 2005. 278 с.

18. Савчин М.В. Загальна психологія : навч. посіб. У 2-х ч. Дрогобич : Відродження, 1998. Ч. 2.

19. Скрипченко О.В. Загальна психологія : навч. посіб. / Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. К. : А.Г.Н., 2002.

20. Цигульська Т.Ф. Загальна та прикладна психологія: як допомогти собі та іншим. Курс лекцій. Навчальний посібник. Рекомендовано Міністерством освіти України. Київ : «Наукова думка», 2000. 191с.

21. Формування лідерства та здорового способу життя у військовослужбовців і працівників правоохоронних органів України : навчальний посібник. К. : К.І.С., 2008. 200 с.

### ***Інформаційні ресурси:***

22. Відеоурок на тему: «Стрес. Як розпізнати стрес?». URL: <https://www.youtube.com/watch?v=gO93E5O692c>.

23. Відеоурок на тему: «Вплив стресу на організм людини». URL: <https://www.youtube.com/watch?v=vb6WUG5aJmQ>.

24. Відеоурок на тему: «Стійкість для стійких. Обійми себе». URL: [https://www.youtube.com/watch?v=A\\_QjcFaQ1p0&list=PLo3UowdnzGy8dtnFBjk72mJhYIEU77ACE&t=7s](https://www.youtube.com/watch?v=A_QjcFaQ1p0&list=PLo3UowdnzGy8dtnFBjk72mJhYIEU77ACE&t=7s).

25. Відеоурок на тему: «Стрес». URL: <https://www.facebook.com/watch/?v=2887155351309150>.

26. Відеоурок на тему: «Як стрес впливає на наш мозок». URL: <https://www.facebook.com/watch/?v=1976255409358816>.

27. Відеоурок на тему: «Стрес і здоров'я. Чинники стресу і виживання в екстремальних ситуаціях». URL: <https://www.youtube.com/watch?v=dWL964NwH6U>.

## ГЛОСАРІЙ

**Абілітація** — це система лікувально-педагогічних заходів, що мають на меті попередження та лікування тих патологічних станів у дітей раннього віку, ще не адаптувалися до соціального середовища, які призводять до стійкої втрати можливості трудитися, вчитися і бути корисним членом суспільства.

**Адаптаційний синдром** — сукупність неспецифічних змін у діяльності організму (реакція захисту), викликаних впливом зовнішніх патогенних подразників (стресорів), спрямованих на підтримку стану фізичного і психічного гомеостазу.

Виділяють три стадії адаптаційного синдрому:

- стадія тривоги: мобілізація компенсаторних можливостей організму з метою відновлення порушеного гомеостазу;
- стадія опору (стабілізації), резистентності: формування певного гомеостазу (інколи завдяки патологічному функціонуванню) в умовах впливу стресорів;
- стадія виснаження адаптаційних можливостей (дистрес): організм переходить до патологічного функціонування (зокрема, це може спричинити психотичні розлади); повне виснаження адаптаційних можливостей призводить до загибелі організму. На цій стадії велика небезпека суїциду.

**Гостра стресова реакція (ГСР)** може бути одним із наслідків травмівної події. Гостру стресову реакцію, як і постратравматичний стресовий розлад (ПТСР), характеризують чотири типи симптомів:

- 1) симптоми повторного переживання травматичної події (нав'язливі спогади чи сни);
- 2) симптоми уникання (уникання думок, почуттів і місць, пов'язаних із травмівною подією);
- 3) симптоми заціпеніння (зокрема, почуття відокремленості, відстороненості, відірваності від інших);
- 4) симптоми підвищеної збудливості (дратівливість, поганий сон, підвищена настороженість).

Між ГСР та ПТСР є дві ключові відмінності:

- а) тривалість симптомів: ГСР діагностується у період від двох днів до одного місяця після впливу травмівної події, в той час як ПТСР діагностується, коли симптоми (які стосуються ПТСР) тривають більше, ніж місяць після травмівної події;

б) при ГСР особливого значення набувають симптоми дисоціації (а саме: відчуження, відірваності та приголомшеності; деперсоналізація і дереалізація).

**Деадаптація** — порушення адаптації, пристосування організму до мінливих умов зовнішнього чи внутрішнього середовища. Стан невідповідності між потребами організму і зовнішніми умовами його функціонування, що спричиняє порушення фізіологічного функціонування, зміни форм поведінки, розвиток патологічних процесів. Повна невідповідність, несумісна з життєдіяльністю.

**Діагноз психологічний** — кінцевий результат діяльності психолога, спрямований на опис індивідуально-психологічних особливостей особистості з метою оцінити актуальний стан, спрогнозувати розвиток і дати рекомендації, що визначається задачею психодіагностичного обстеження.

**Корекція** — процес виправлення тих чи інших порушених функцій.

**Кризова психотерапія** — невідкладна психотерапевтична допомога людям, що перебувають у кризовому стані, спрямована на виявлення і корекцію неадаптивних настановлень, а також на пошук і тренування адаптивних стратегій виходу з кризи.

Виділяють індивідуальну, сімейну та групову терапію.

Включає етапи:

- кризової підтримки, спрямованої на встановлення терапевтичного контакту, розкриття суїцидонебезпечних переживань, мобілізацію особистісного захисту і укладення терапевтичного договору (визначення кризової проблеми і форм її корекції, поділ відповідальності за результат спільної роботи);

- кризового втручання, спрямованого на виявлення і корекцію неадаптивних настановлень, що блокують оптимальні способи вирішення кризи;

- підвищення рівня адаптації, спрямованого на формування і тренінг нових способів адаптації, що сприяють вирішенню психотравмивного конфлікту.

**Кризовий стан** — психічний (психологічний) стан людини, яка пережила психічну травму чи перебуває під загрозою можливості психотравмивної події. Стан характеризується відчуттям хвилювання, тривоги різної інтенсивності; фіксацією на психотравмивній ситуації; переживанням безпомічності, безнадії; песимістичної оцінки себе, актуальної ситуації і майбутнього; утрудненням у плануванні діяльності.

**Критерії діагностики ПТСР** — постійно вдосконалюються та уточнюються, оскільки діагностика цього розладу є складним завданням. Згідно із DSM-V, міжнародно визнаною системою класифікації захворювань, виокремлюють такі основні критерії діагностики ПТСР (у реальній діагностиці з перелічених умов чи особливостей, які входять у кожний критерій, має бути дотримана принаймні одна-дві): критерій А — історія впливу травматичної події на людину, критерій В — повторювання травматичної події, критерій С — уникання: постійні намагання уникнути гнітючих, пов'язаних із травмою стимулів після події; критерій D — негативні зміни когнітивної сфери і настрою; критерій Е — зміни збудження і реактивності; критерій F — тривалість симптомів (описаних у критеріях В, С, D та Е) більше, ніж місяць.

**Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** — стійка реакція на травмівну подію. ПТСР може розвинути після випробування (травмівної події), під час якого людина зазнала фізичної чи психічної шкоди, відчувала загрозу своєму життю чи життю іншої людини. ПТСР може також формуватися в особи, що втратила близьку людину. ПТСР може виникати у будь-кого і в будь-якому віці (й у дитини). Але не в кожній особі, яка зазнала травми, розвивається різко виражений або навіть незначний ПТСР. Ступінь розвитку цього розладу та рівень його переживання, часто залежить від тривалості й інтенсивності травмівного досвіду. Симптоми вважають проявами ПТСР, якщо вони тривають більше, ніж місяць.

**Психологічна криза** — порушення афективно-когнітивної рівноваги психічної діяльності, спричинене зовнішніми обставинами. Характеризується дезорганізацією життя, рівень якої пропорційний мірі порушення адаптаційних можливостей людини; дисбалансом конструктивних і руйнівних тенденцій у психічній діяльності, що зумовлює формування агресивної чи аутоагресивної форми поведінки.

**Психологічна реабілітація** — комплекс заходів реабілітаційної (відновлювальної) медицини спрямованих на відновлення психічних та фізичних сил в людини, яка має психічний розлад до контрольного рівня, тобто здатності працювати.

**Психологічна травма** — це емоційно болючий стресовий досвід (може включати фізичну травму, а може бути і без неї), що іноді створює загрозу для життя і здоров'я (зокрема, коли особа є свідком подій); це унікальне індивідуальне переживання певної події чи тривалих обставин, за яких здатність особи інтегрувати емоційні переживання (досвід) виявляється недостатньою.

**Психотерапія** — це науково обґрунтований та емпірично перевіреним вид діяльності, що спрямований на допомогу людям, які потерпають від психологічних, психічних, психосоматичних, соціальних проблем або страждання, та використовує психологічні інструменти.

**Реабілітація** — комплекс медичних, педагогічних, професійних і соціальних заходів та послуг, спрямованих на відновлення здоров'я та працездатності осіб з обмеженими фізичними й психічними можливостями внаслідок перенесених травм та захворювань.

**Синдром гострого горя** — психологічний симптомокомплекс, що розвивається після смерті особливо значимої людини.

Проявляється:

- інтенсивним відчуттям фізичного страждання (нападами задухи, прискореного серцебиття, м'язової слабості, втрати апетиту), емоційним напруженням із можливим розвитком шокової реакції;
- захопленістю образом втрати з можливим ілюзорним сприйняттям реальності;
- відчуттям провини стосовно померлого;
- агресивністю, ворожістю до оточуючих;
- зміною поведінки, недоцільними діями, обумовленими звуженням мотиваційної сфери;
- ідентифікацією з утратою.

**Стрес** — не специфічна реакція організму на різні подразники, що допомагає людині пристосуватися до мінливих умов.

## ВИСНОВКИ

Переважна більшість людей у сучасному суспільстві знаходиться під впливом стресу. Час, в якому ми живемо, посилює психічну діяльність людей. Це пов'язано з необхідністю засвоєння і переробки великого обсягу інформації. Тому й виникає проблема емоційного стресу, тобто напруження і перенапруження фізіологічних систем організму під впливом емоційних чинників.

У сучасному житті стреси відіграють дуже значну роль. Вони впливають на поведінку людини, її працездатність, здоров'я, взаємовідносини з оточуючими і в родині.

Життя — це постійне джерело змін. Воно не терпить сталості та стабільності. Саме життя — головне джерело стресу. Всі серйозні події нашого життя викликають стрес. Саме народження людини вважають найбільшим стресом. Викликати стрес може все, що нас оточує. Це проблеми зі здоров'ям, проблеми на роботі чи вдома, політичні зміни, проблеми виховання дітей, майнові розтрати, поїздки, ревності, поганий сон, безгрозів'я.

Стрес присутній у житті кожної людини, оскільки наявність стресових імпульсів у всіх сферах людського життя та діяльності безперечна.

Викорінити чи боротися зі стресом безглуздо. Але в наших силах вчитися адаптуватися до нього та впливати на свій душевний стан, щоб навчитися елементарно відрізнити невдачу від катастрофи. А найголовніше — перетворити стрес на ресурс для самовдосконалення.

Щоб успішно справлятися зі стресовими реакціями та не допускати дистресів, варто більш детально вивчати себе, працювати над собою, пізнавати себе. Кожен із нас має свої індивідуальні характеристики реакцій на стресори. Усі ми відрізняємося чутливістю до стресора. В кожного з нас індивідуальна реактивність стрес-реакцій. Та й відновлюємося після стресових станів ми всі з різною швидкістю та з різною якістю.

**Метою даного посібника** є не лише надати учасникам освітнього процесу знання щодо ознак та фаз стресового стану, стресових факторів, стратегій поведінки в стресовому стані, а й формувати особисту відповідальність за власне життя, здоров'я, емоції та дії; здійснювати профілактику дистресів; підвищувати рівень стресостійкості і змінювати внутрішні установки щодо реагування на стресові ситуації. Важливим аспектом програми є формування практичних навичок саморегуляції.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Задорожний К.М. Біологія : підруч. для 8 кл. з поглибл. вивч. біології у закл. загал. серед. освіти. Харків : Вид-во «Ранок», 2021. 176 с.: іл. URL: <https://shkola.in.ua/1908-bioloiiia-8-klas-zadorozhnyi-2021-pohlyblene.html>.
2. R. A. Anderson and J. P. Brainard, *J. Appl. Phys.* 51, 1414 (1980).
3. Wolff, H. G. *Stress and disease. Charles C Thomas Publisher.* 1953.
4. Selye H. Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature.* 1936. 138 p.
5. Hans Selye. Stress Without Distress. *Philadelphia.* URL: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-2238-2\\_9](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-2238-2_9).
6. Lippincott. 1974. <https://archive.org/details/stresswithoutdis00sely>
7. <https://www.jstor.org/stable/25357371>
8. Cannon W.B. *The Wisdom of the Body. New York: WW Norton and Company,* 1939.
9. R.S. Lazarus, S. Folkman. *Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer.* 1984.
10. Максименко С.Д. Методологічні аспекти дослідження мотиваційних чинників учіння студентів в інтегрованих групах : Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. К. 2009. Т.V, част.1. 156–168 с.
11. Максименко С.Д. Дослідження неусвідомлюваної мотивації навчання: стандартизація процедури : Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. К. 2008. Т. IX, част. 2. 271–279 с.
12. Психологічні аспекти формування ціннісного ставлення до здоров'я у студентів з інвалідністю. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : Зб. наук. праць. К. : Університет «Україна». 2009. № 6(8). 37–43 с.
13. Максименко С.Д. Особистісні чинники навчання у ВНЗ студентів з інвалідністю : Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. К. 2008. Т. X, част. 3. 365–378 с.
14. Соціалізація студентів з інвалідністю: синергетичний підхід. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : Зб. наук. праць. К. : Університет «Україна». 2008. № 5(7). 146–153 с.
15. Особливості соціалізації та особистісного розвитку студентів з інвалідністю. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : Зб. наук. праць. К. : Університет «Україна». 2007. № 4(6). 37–43 с.

16. Максименко С.Д. Психологічні особливості життєвих перспектив у студентів з інвалідністю. Проблеми загальної та педагогічної психології : Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. К., 2007. Т. IX, част. 3. 352–357 с.

17. Психологічний захист і адаптація студентів з інвалідністю. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. К. : Університет «Україна». 2007. № 3(5). 37–43 с.

18. La Greca Anthony J. The Psycho-social Factors in Surviving Stress. *Death studies*. 1985. Т. 9. No. 1. 23–36 p. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481188508252497>.

19. Корольчук В.М. Психологія стресостійкості особистості: дис. ... доктора психол. наук.: 19.00. 01. Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України, Київ. 2009.

20. Block J.H., Block J. The Role of Ego-control and Ego-resiliency in the Organization of Behavior. *Minnesota Symposia on Child Psychology*. 1980. Т. 13. 39–101 p.

21. Masten A.S. Resilience in Individual Development: Successful Adaptation Despite Risk and Adversity: Challenges and Prospects. *Educational Resilience in Inner City America: Challenges and Prospects*. Lawrence Erlbaum. 1994. 3–25 p.

22. Білова М.Е. Психологічні особливості осіб з різним рівнем стресостійкості (на прикладі працівників стресогенних професій). (Автореф. дис. канд. психол. наук). Одеса, 2007

23. Taylor C.B., Sallis J.F., Needle R. The Relation of Physical Activity and Exercise to Mental Health. *Public Health Rep*, 1985. 195–202 p.

24. Brown J.D., Siegel J.M. Exercise as a Buffer of Life Stress: A Prospective Study of Adolescent Health. *Health Psychol*. 1988. 341–353 p.

25. Moraska A., Deak T., Spencer R.L., Roth D., Fleshner M. Treadmill Running Produces both Positive and Negative Physiological Adaptations in Sprague-Dawley Rats. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2000.

26. Monika Fleshner, Steven F. Maier, David M. Lyons & Murray A. Raskind The neurobiology of the stress-resistant brain. *Stress*. 2011. URL: DOI: 10.3109/10253890.2011.596865.

27. Заїкіна Г.Л. Особливості хронорефлексометрії та становлення нейродинамічних властивостей у школярів середнього та старшого шкільного віку. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 20: Біологія. 2011. Вип. 3. 152–155 с. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchb\\_020\\_2011\\_3\\_28](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchb_020_2011_3_28).



28. Назарець Л.М. Особливості взаємодії у конфліктах та конструктивні прийоми їх подолання. Психологія: реальність і перспективи. 2017. Вип. 8. 197–202 с. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp\\_2017\\_8\\_46](http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2017_8_46).

29. Вплив рівня тривожності та фрустрованості особистості на характеристику стресостійкості в підлітковому віці. Актуальні проблеми психології в закладах освіти. № 2. 171–175 с. URL: <https://doi.org/10.31812/psychology.v2i.7532>.

30. Вишневецький О.І. Шкільний стрес та його наслідки. Психологічна газета. 2005. №11. С. 2. 30 с.

31. Баженов О.С. Медико-психологічна характеристика різних форм соматоформних розладів (психодіагностичні особливості, патопсихологічні механізми формування, принципи психотерапевтичної корекції) : [дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04]. Харків, 2006. 172 с.

32. Сененко С. Що таке стреси і як їх долати. «Дзеркало тижня». 2000. № 12. URL: [https://zn.ua/ukr/SOCIUM/scho\\_take\\_stresi\\_i\\_yak\\_yih\\_dolati.html](https://zn.ua/ukr/SOCIUM/scho_take_stresi_i_yak_yih_dolati.html).

33. Воронов М.В. Психосоматика : практическое руководство. Киев : Ника-Центр, 2011. 254 с.

34. Мірошниченко Н.В. Соматоформні розлади (клініка, діагностика, патогенетичні механізми, принципи відновлюючої терапії) : [дис. ... д. мед. н.]. Харків, 2006. 385 с.

35. Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Прийоми психологічної самопомогі учасникам бойових дій : метод. реком. для військовослужбовців-учасників бойових дій. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2014. 41 с.

36. Збірка вправ для зняття психологічного напруження та подолання стресу. Хмельницький : Хмельницьке міське управління освіти, 2015. 44 с.

37. Смольська, Л.М. Стресостійкість та життєстійкість: креативна модель формування в сучасних умовах. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія, 2022. (4). 113–117 с. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.4.22>.

38. Корольчук М.С., Крайнюк В.М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : навч. посібник. Київ : Ніка-Центр, 2009. 576 с.

39. Бамбурак Н.М., Гуцман М.С. Динаміка суб'єктивного проживання стресу особистістю. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна, 2017. Вип. 1. 143–151 с. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu\\_2017\\_1\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_2017_1_18).

40. Родіна Н.В. Психологія копінг-поведінки: системне моделювання : автореф. дис... д-ра психол. наук. Київ, 2012. 40 с. URL: <http://dspace.onu.edu.ua:8080/handle/123456789/10689>.

41. Тептюк Ю.В. Психологічні умови розвитку стресостійкості особистості у дорослому віці. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки. 2018. Вип. 1. 44–47 с.

42. Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill, 1956. 81–94 p.

43. Сіпко Л. О. Подолання бойового стресу та його психологічних наслідків. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки. 2015. № 2. 129–134 с. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdups\\_2015\\_2\\_24](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdups_2015_2_24).

44. Орищин Л. С. Стрес професійної сфери та захисні стратегії сучасної молоді. Науковий вісник Львів. держ. унів-тету внутрішніх справ. серія психологічна. 2013. Вип. 1. С. 233–243. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu\\_2013\\_1\\_27](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_2013_1_27).

45. Боярчук О.Д. Біохімія стресу : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Держ. закл. «Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка». Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2013. 177 с.

46. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

Навчальне видання

Укладач:  
**Овчаренко** Олена Юріївна

## **ПСИХОЛОГІЯ СТРЕСУ ТА СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ**

*Навчальний посібник*

Комп'ютерне верстання — *Думанецька С. С.*  
Дизайн обкладинки — *Бабинець Н. А.*

Підписано до друку 08.05.2023 р.  
Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 15,5.  
Наклад 100 прим. Зам. № 0905-23.

*Видавець і виготовлювач Університет «Україна».*  
*03115, м. Київ, вул. Львівська, 23,*  
*тел./факс (044) 424-40-69, 424-56-26*  
*E-mail: [ukraina.vdk@email.ua](mailto:ukraina.vdk@email.ua)*  
*Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 405 від 06.04.2001.*