

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ КОРАБЛЕБУДУВАННЯ  
ІМЕНІ АДМІРАЛА МАКАРОВА

**ПСИХОЛОГІЯ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ.  
МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ  
РОБОТИ СТУДЕНТІВ**

Миколаїв – 2022 р.

УДК 159.6

Автори-укладачі:

Чугуєва Інна Євгенівна – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри соціально-гуманітарних наук Національного університету кораблебудування імені адмірала Макарова

Мухіна Людмила Михайлівна - кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціально-гуманітарних наук Національного університету кораблебудування імені адмірала Макарова

Ляшко Анастасія Валеріївна – викладач кафедри соціально-гуманітарних наук Національного університету кораблебудування імені адмірала Макарова

Рецензенти:

Шевченко Володимир Володимирович – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології та соціальних наук Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського.

Хоржевська Інна Михайлівна - кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології Чорноморського національного університету імені П. Могили.

Рекомендовано до друку Методичною радою НУК ім. адмірала Макарова, протокол № 10 від 28 грудня 2022 р. Чугуєва І. Є., Мухіна Л. М., Ляшко А. В. Психологія екстремальних ситуацій. Методичні рекомендації до самостійної роботи студентів. Миколаїв: НУК ім. адмірала Макарова, 2022. с.

Методичні рекомендації та матеріали для самостійної роботи студентів з дисципліни Психологія екстремальних ситуацій укладено з метою ознайомлення студентів з основними видами, засобами і прийомами роботи з людьми, які знаходяться або пережили екстремальні ситуації, як надавати першу психологічну допомогу, вживати заходів щодо подолання і профілактики наслідків гострого стресу. Розкрито предмет і завдання, методи, сутність, загальні уявлення про методи психологічної роботи з людьми у екстремальних ситуаціях. Може використовуватися для самостійної роботи студентів та у форматі дистанційної освіти.

Призначений для студентів спеціальності 053 Психологія.

УДК 159.6

## ЗМІСТ

<b>Тема 1.</b> Предмет, завдання та методи екстремальної психології..	5
1. Предмет екстремальної психології.....	5
2. Завдання екстремальної психології.....	7
3. Методи екстремальної психології.....	8
<b>Тема 2.</b> Поняття екстремальної ситуації, її ознаки та види.....	11
1. Особливості психології екстремальних ситуацій як розділу психології катастроф.....	11
2. Поняття екстремальної ситуації в психології.....	15
3. Класифікація екстремальних ситуацій.....	17
<b>Тема 3.</b> Первинні психічні стани в надзвичайних умовах.....	17
1. Поняття, види, функції страху.....	17
2. Переживання афекту та ажитаційний стан в екстремальних ситуаціях.....	20
3. Паніка: причини виникнення та види.....	22
<b>Тема 4.</b> Поняття про психологію стресу. Гострий стресовий розлад та посттравматичний стресовий розлад.....	23
1. Психологічні особливості стресових станів.....	24
2. Фрустрація та її прояви.....	28
3. Характеристика афективних станів.....	30
4. Основні причини виникнення гострих стресових розладів.....	32
5. Гостра стресова реакція як реакція на екстремальну ситуацію.....	34
6. Посттравматичний стресовий розлад.....	37
<b>Тема 5.</b> Поняття психотравмуючої ситуації, її ознаки.....	40
1. Історія вивчення питання.....	41
2. Поняття травмуючої ситуації в психології.....	43
3. Види психотравмуючих ситуацій.....	44
4. Механізм переживання психотравмуючої ситуації.....	46
5. Фактори, що впливають на особливості перебігу психотравмуючої ситуації.....	48
<b>Тема 6.</b> Поняття кризи в психології. Види криз.....	51
1. Поняття кризи.....	51
2. Поняття та ознаки кризової ситуації.....	53
3. Стадії перебігу кризи.....	54
4. Чинники, що сприяють виникненню кризи. Причини виникнення.....	54
5. Види криз.....	55
<b>Тема 7.</b> Особливості переживання психотравмуючої ситуації дітьми та підлітками.....	56
1. Причини виникнення психічної травматизації дитини.....	57
2. Особливості переживання травми дитиною.....	58
3. Психологічна характеристика дітей на різних етапах онтогенезу, що пережили екстремальну ситуацію.....	60
<b>Тема 8.</b> Психогенії в екстремальних ситуаціях.....	62
1. Вплив екстремальних факторів на людину.....	63

2. Динаміка психогенних розладів в екстремальних ситуаціях.....	64
3. Психологічні наслідки стихійного лиха.....	66
4. Вплив особи лідера на хід подій.....	68
<b>Тема 9. Психологія тероризму.....</b>	<b>69</b>
1. Поняття тероризму в психології.....	69
Психологічний портрет терориста.....	70
Психологічні особливості жертв тероризму.....	71
<b>Тема 10. Схема надання першої психологічної допомоги.....</b>	<b>76</b>
Плани практичних занять. ....	86
Варіанти контрольної роботи.....	97
Завдання для самостійної роботи.....	101
Рекомендована література.....	104

## Тема 1. Предмет, завдання та методи екстремальної психології

### План

1. Предмет екстремальної психології.
2. Завдання екстремальної психології.
3. Методи екстремальної психології.

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

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

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

*Предметом екстремальної психології* є вивчення загально психологічних закономірностей функціонування психіки та життєдіяльності індивіда в зоні граничних можливостей організму, особистості, групи, соціуму, а також удосконалювання управління та практичної діяльності підрозділів МНС України у надзвичайних ситуаціях.

Методологічну основу екстремальної психології складають концептуальні підходи до вивчення психологічного (професійного) стресу (В.О. Бодров, Л.О. Китаєв-Смик, R. Lazarus, А.Б. Леонова, Н.І. Наєнко, Г. Сельє, С.Д. Spielberger, В.В. Суворова та інші.).

Суттєве значення для розвитку екстремальної психології мають:

- ✓ положення, що пов'язані з розробленою у вітчизняній психології теорією єдності психіки і діяльності (Б.Г. Ананьєв, Л.С. Виготський, Г.С. Костюк, О.М. Леонтєв, Б.Ф. Ломов та інші.);
- ✓ теоретичні положення загальної та генетичної психології, що розкривають закономірності розвитку особистості як суб'єкта власної життєдіяльності (С.Л. Рубінштейн, С.Д. Максименко та інші.);
- ✓ системно-структурний підхід до вивчення психологічної готовності до діяльності (О.Д. Ганушкін, М.І. Д'яченко, Л.С. Нерсесян, В.М. Пушкін, О.Д. Сафін, М.І. Томчук та інші.);
- ✓ концепція відстрочених реакцій на травматичний стрес (посттравматичних стресових реакцій) (Ф.В. Бассін, Д. Вільсон, М. Горовиць, Л.А. Пергаменщик, Н.В. Тарабрина, Ч. Фіглі, З. Фрейд, Д. Шпігель та інші.).

Джерела екстремальної психології складають:

- ✓ нормативно-правові документи, що регулюють діяльність органів та підрозділів МНС України;
- ✓ дані про особливі психічні стани і реакції, що спостерігаються у ризиконебезпечних ситуаціях (Ю.О. Олександровський, Г.О. Балл, М.Д. Левітов, Ю.М. Швалб та інші.), у тому числі – фахівців екстремальних професій (С.П. Бочарова, М.С. Корольчук, І.О. Котенєв, В.С. Медведєв, О.М. Столяренко, О.В. Тімченко та інші.);
- ✓ праці сучасних вітчизняних психологів з теорії та практики психологічної допомоги (О.Ф. Бондаренко, В.П. Москалець, Н.В. Чепелева, С.І. Яковенко, Т.С. Яценко та інші.).

*2. Завдання екстремальної психології.* Задачі, які повинна вирішувати екстремальна психологія, визначаються різноманітністю та складністю теоретичних та практичних проблем, що входять до сфери діяльності органів та підрозділів МНС України. Дослідження в межах екстремальної психології мають своїм завданням удосконалювання психологічного відбору та психологічної підготовки персоналу МНС України, а також розробку засобів психологічного захисту особового складу та цивільного населення від травмуючого впливу психогенних факторів кризових та надзвичайних ситуацій.

До основних задач сучасної екстремальної психології відносяться:

- визначення оцінки напруженості праці та психофізіологічної “вартості” основних видів діяльності в межах МНС України;
- визначення факторів професійної незадоволеності серед працівників МНС України та основних функціональних порушень психічної сфери особистості, що виникають у персоналу в процесі службової діяльності;
- вивчення психологічних особливостей дій працівників МНС України в ризиконебезпечних ситуаціях службової діяльності;
- дослідження психологічного впливу різноманітних стрес-факторів службової діяльності на персонал МНС України;
- розробка новітніх методів та психотехнологій в межах екстремально-психологічної підготовки особового складу;
- удосконалення професійно-психологічної підготовки працівників МНС України щодо забезпечення особистої безпеки та виживання в ризиконебезпечних ситуаціях службової діяльності;
- вивчення психологічних особливостей управління особовим складом у кризових та надзвичайних обставинах та ситуаціях;
- діагностика, профілактика та корекція негативних психічних станів, що виникають у працівників МНС України під впливом ризиконебезпечних ситуацій службової діяльності;

- надання екстреної психологічної допомоги працівникам, які зазнали сильного психотравмуючого впливу при виконанні професійних обов'язків;
- розробка сучасних методів постекстремальної роботи з персоналом МНС України, психологічне забезпечення відновлювального періоду діяльності особового складу після виконання складних задач службової діяльності.

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

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

Класифікацію методів, що використовуються в сучасній психології, повно розкрито у багатьох підручниках з психології. Ми не будемо наводити дану класифікацію, а лише звернемо увагу на деякі особливості використання окремих методів дослідження в межах екстремальної психології.

Так, наприклад, при вивченні рівня адаптації працівників МНС України до умов впливу стрес-факторів підвищеної інтенсивності, психологу-досліднику необхідно визначити етапи становлення системи адаптації, критерії її сформованості, виділити основні компоненти структури цього феномена, стратегію розвитку його складових у часі і рушійних сил цього розвитку.

Крім того, необхідно чітко усвідомлювати, що адаптація до діяльності являє собою достатньо тривалий процес, який важко усвідомити протягом однієї – двох годин лабораторного експерименту або простежити шляхом ряду

вимірів протягом певного часу перебування персоналу МНС України в умовах стрес-факторів підвищеної інтенсивності.

Багато хто з психологів-дослідників згодився б, що єдино вірним і найбільш валідним методом у такій ситуації може бути моделювання багатодобових експериментів, які б дозволили простежити процес адаптації у всій сукупності її психологічних і соціально-побутових проявів. Проте складність і багатоплановість завдань, що вирішуються підрозділами МНС України в умовах надзвичайної ситуації, не дозволяють провести вивчення адаптації з використанням даного методу. Існуючий ліміт часу виконання службово-бойової задачі фактично зведе нанівець весь арсенал існуючих нині психологічних методів вивчення даного феномена.

Цей приклад переконливо свідчить про те, що використання існуючих на сьогодні психологічних методів дослідження в межах екстремальної психології повинно бути дуже зваженим. У кризових та надзвичайних обставинах та ситуаціях використання більшості існуючих на сьогоднішній день методів дослідження є не тільки недоцільним, а й буде перешкоджати виконанню працівниками МНС України складних завдань службової та службово-бойової діяльності.

В надзвичайних ситуаціях службової діяльності найбільш доцільними методами дослідження будуть: серед головних методів психологічного дослідження – метод спостереження, а серед додаткових методів психологічного дослідження – метод аналізу продуктів діяльності. Знання психологічних особливостей конкретного працівника, можливість за допомогою психологічної науки заздалегідь прогнозувати його поведінку в різноманітних за складністю ризиконебезпечних ситуаціях службової діяльності дозволить керівнику звести до мінімуму рівень фізичних та психічних втрат серед особового складу. Але практична цінність відомостей про конкретного працівника багато в чому залежатиме від своєчасності, якості, обсягу і способів отримання вірогідної інформації про нього. З чого ж треба починати керівнику підрозділу МНС України психологічно

обґрунтоване вивчення підлеглого особового складу? Для відповіді на це запитання пропонуємо розглянути побудову програми і методик вивчення психологічних особливостей особистості на прикладі працівників аварійно-рятувальних підрозділів МНС України.

Програма і методика вивчення психологічних особливостей особового складу МНС України *(на прикладі працівників аварійно-рятувальних підрозділів МНС України)*

Будь-яке вивчення взагалі починається з виявлення його методології (від грец. *methodos* – шлях дослідження, пізнання і *logos* – слово, поняття, вчення) – системи принципів і способів отримання пояснення і застосування знання, вчення про цю систему. Це центральна ланка, що забезпечує відповідність як опису практики в поняттях, підходах даної науки, так і реалізації теорії на практиці. Необхідно виділити ряд принципів вивчення особового складу, що як для керівної ланки, так і для практичного психолога МНС України означають наступне:

- ✓ слід у кожному рятувальникові бачити особистість, що не повинна зазнавати грубості або маніпулювання собою. Адекватний особистий відгук можливий тільки при взаємодії з підлеглими на засадах гідного ставлення до людини і моральних норм;
- ✓ треба враховувати, що психіка людини не є безмежною за енергетичними ресурсами, потенціалом, надійністю, особливо у молодій людини. Вона є індивідуальною, ранимою, суб'єктивною, пристосованою. Тому в доброзичливій обстановці вона добре виховується, а в умовах екстремальної, надто складної життєдіяльності швидко виснажується, може деградувати;
- ✓ необхідно пам'ятати, що можливості виховання рятувальника не є безмежними, вони багато в чому зумовлені як рівнем особистої зрілості, так і вродженими і набутими особливостями людини. Саме це вимагає першочергової діагностики й урахування в роботі з підлеглими;
- ✓ слід розуміти, що людина самовиражається і самоутверджується в діяльності і у спілкуванні. Але оскільки у психіці є рівні підсвідомості і

свідомості, то не всякі дії, вчинки, а тим більше реакції працівника МНС України можуть бути ним адекватно усвідомлені і пояснені.

Таким чином, окрім повсякденного життєвого пізнання підлеглих, керівникові підрозділу необхідно спеціально вивчати певні особисті особливості, що виявляються і формуються в різноманітних видах службової діяльності. Що саме слід вивчати? Це залежить від розуміння ним вимог практики, рівня його психологічної компетентності, професійної зрілості. Для того, щоб виявити справді важливі для практичної діяльності керівника підрозділу особисті особливості підлеглих, необхідно враховувати специфіку ситуації, у якій вони виявляються, і продумувати програму вивчення підлеглих.

## **Тема 2. Поняття екстремальної ситуації, її ознаки та види**

### **План**

1. Особливості психології екстремальних ситуацій як розділу психології катастроф
2. Поняття екстремальної ситуації в психології
3. Класифікація екстремальних ситуацій

*1. Особливості психології екстремальних ситуацій як розділу психології катастроф.* Сучасна психологія переживає етап методологічного оновлення, особливо яскраво проявляється в прикладних галузях, на думку Г. Ф. Фоменко (2006), обумовлений сильним розривом між теоретичними і практичними областями. В даний час актуальним стає питання про особистості в екстремальних умовах і індивідуальних ресурсах, що забезпечують повноцінну життєдіяльність людини.

Перші наукові відомості про психотравмуючий вплив екстремальних ситуацій на психічний стан відносяться до другої половини XIX в. і ґрунтуються на відображенні фактів Громадянської війни між Північчю і Півднем в Північній Америці. У 1871 р Da Costa описує спостереження за 300

солдатами діючої армії. Вони пред'являли скарги на задишку, прискорене серцебиття, пекучі болі в грудях, слабкість, головний біль і запаморочення, діарею. При вивченні досвіду Першої світової війни зустрічається опис симптомокомплексу під назвою «shell shock» («снарядний», або «артилерійській», шок), що включав найрізноманітніші прояви, серед яких були як реальні наслідки закритих черепно-мозкових травм, так і розлади тільки психогенного походження.

Протягом ХХ в. багато дослідників описують особливості впливу катастрофічного на психіку людини. Є. Lindeman (1944) вивчає переживання при втраті близької людини, психічні стани при прояві реакції патологічного горя. W.G. Niederland (1964) та R.J. Litton (1967) розглядають синдром в'язнів концентраційних таборів і синдром вижили після різного роду катастроф. A.W. Burges, L.L. Hoimstrom (1974), E. Hibernian (1976) вивчають синдром згвалтованих. Б. Савінков (1990) і Н. Н. Пухавській (2000) розбирають психологічні наслідки терористичних актів і реакції заручників. Н. В. Тарабрина (1992) виявляє вплив травматичного стресу на психіку людини. П. І. Сидоров, С. В. Литвинцев і М. Ф. Лукманов (1999) аналізують психологічні стани ветеранів різних воєн. Т. В. Корнілова (2003) і Г. Ю. Фоменко (2006) розглядають вплив екстремальних ситуацій на особистість. Автори називають випадки наявності депресії, агресивної поведінки і проблем в міжособистісних відносинах в період від 5 і навіть до 30 років після впливу катастрофічної ситуації.

При проведенні аналізу отриманих даних встановлено, що особистісне переживання катастрофічної події (участь у бойових діях, землетруси, повені, атомне бомбардування, насильство, терористичний акт та ін.) Викликає яскраві психотравмуючі реакції у людей різних національностей, з різною ступенем життєстійкості і незалежно від індивідуальних психологічних особливостей.

Психологія катастроф (нім. Katastrophe, грец. Katastrophe - поворот, поворотний момент) - галузь прикладної психології, що являє собою систему

наукових знань і сферу практичної діяльності, спрямовану на вивчення закономірностей прояву психіки та збереження психічного здоров'я людини, залученої в екстремальну ситуацію.

Екстремальна (катастрофічна) ситуація може відбуватись у різних сферах нашого життя: в соціальній, природній і особистій сфері і впливати на стан психічного та фізичного здоров'я. Екстремальна ситуація - це крайня, гранична ситуація, яка має мінімальне або максимальне значення деякого критерію.

Таким чином, об'єктом психології катастроф є люди, залучені в екстремальні ситуації (військовослужбовці, рятувальники і члени їх сімей; постраждалі, їхні рідні та близькі; свідки надзвичайних подій). Особливості прояву психіки в різних екстремальних умовах, а також відбуваються процеси, її властивості і стани в ситуації надзвичайної події і після нього відносяться до предмету психології катастроф. До основних завдань психології катастроф відносяться:

- Дослідження впливу екстремальних факторів на психічні стани;
- Розробка методів прогнозування ймовірних психічних реакцій і станів після катастрофи на основі врахування індивідуального-психологічних характеристик людини;
- Розробка методів ефективної корекції функціонального стану в екстремальних умовах;
- Пошук ефективних методів психологічної корекції та реабілітації після перебування в екстремальних ситуаціях з метою профілактики гострих і посттравматичних стресових розладів, реадaptaції до умов життєдіяльності та збереження працездатності;
- Виявлення обґрунтованих методів саморегуляції психічних станів, емоційно-вольової стійкості і стресовій толерантності.

Актуальність даної теми пов'язана зі збільшенням кількості жертв катастроф, викликаним зростанням їх числа за останні десятиліття, і зі збільшенням щільності населення, оскільки при екстремальній ситуації в

число жертв втягується значна частина людей. Першорядним завданням МНС обґрунтовано є порятунок більшого числа життів при будь-якій надзвичайній події, але слід також пам'ятати і про проблему якості життя після катастрофи (медико-психологічна корекція та реабілітація).

Людина в екстремальному стані може продукувати хаотичні дії, що здатні привести до загибелі або важких каліцтв. У стані страху індивідуум викидається з вікна, не помічаючи інші шляхи порятунку; при землетрусі - біжить під захист будівель, котрі руйнуються, або просто гине від страху (жертви морських катастроф). З. Кекелідзе (2004) описує випадок, коли людина, будучи випадково замкненим у холодильній камері, помер від загального охолодження в лічені години, хоча камера була відключена і в ній була плюсова температура.

Конкретні характеристики основних складових екстремальної ситуації (інтенсивність, раптовість і тривалість впливу травмуючого фактору) визначають вірогідність розвитку у людини непатологічної (фізіологічної) психологічної реакції або можливість виникнення психічних розладів, їх глибину і тривалість. Значущими виявляються і вторинні психотравмуючі фактори, які проявляються після безпосереднього впливу катастрофічної події:

- Ступінь шкоди (отримана травма, загибель близьких людей, матеріальні втрати);
- Безпосередня психічне навантаження (рівень небезпеки для життя, видовище вмираючих, загиблих і покалічених, напруженість).

Психічні стани, пережиті людиною під час і після екстремальній ситуації, є для особистості багато в чому катастрофічними, що вимагає додаткового знання при проведенні рятувальних та реабілітаційних робіт. При різних психічних реакціях і станах можуть бути ефективними конкретні для цієї реакції (стану) методи психологічної допомоги.

На успішність відновлення жертви катастрофи істотно впливатиме коло людей (лікарі, рятувальники, психологи, найближчі родичі і друзі жертви), що надають потерпілому допомогу, їх професіоналізм, терпіння і розуміння

У житті людини можуть відбуватися екстремальні ситуації, втім чи будуть вони чинити на психіку травмуючий вплив, залежить від знань, умінь і підготовленості як самої людини, так і тих, хто допомагає. Сприяння індивіду під час катастрофи і одразу після неї може значно послабити проходження гострої стресової реакції і довготривалі наслідки посттравматичної кризи. Потерпілий, який не отримав належної психологічної допомоги після травматичного впливу катастрофи, може на все життя залишитися «психологічним інвалідом», він все життя буде боротися з отриманою травмою, що істотно ускладнить якість його буття.

Надаючи підтримку жертві екстремальній ситуації, необхідно точно знати, коли і який вплив може бути застосовано, оскільки медична реабілітація і психологічна корекція мають свій точно вивірений алгоритм дії.

Таким чином, вивчення закономірностей прояву психіки, правил надання першої не тільки медичної, але й психологічної допомоги є актуальним і затребуваним в наш час.

**2. *Поняття екстремальної ситуації в психології.*** Екстремальними в побутовому спілкуванні найчастіше називають ситуації, що загрожують здоров'ю і самому життю людини. Більш точно *екстремальну ситуацію* можна визначати як несприятливий, складний стан умов людської життєдіяльності, що набув для окремої особи або групи осіб особливої значимості; це об'єктивно складні умови діяльності, що сприймаються й оцінюються як напружені чи небезпечні.

Є дві сторони у розумінні екстремальної ситуації, зовнішня і внутрішня:

- зовнішня, об'єктивна сторона проблеми - виникнення та розвиток самої ситуації;

- внутрішня, суб'єктивна сторона - 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 незалежно від того, містить вона реальну небезпеку чи така небезпека лише уявна: екстремальність є суб'єктивним переживанням реальної дійсності. Тому не виключено, що одна й та ж сама ситуація різними людьми буде усвідомлюватися як екстремальна і ординарна; об'єктивно екстремальна ситуація може сприйматися конкретною особою як штатна і, навпаки, об'єктивно безпечна - як екстремальна.

Слід відрізнити екстремальні та надзвичайні ситуації.

*Надзвичайними* називаються ситуації, що характеризуються надсильними зовнішніми діями потенційно руйнівної властивості, тобто розуміється така сукупність проявів дестабілізуючих факторів, що порушує задане функціонування соціальної системи.

Кажучи про надзвичайні ситуації, зазвичай мають на увазі такі, за яких зовнішні дії можуть бути настільки сильними, що для людини (організму, психіки, особи) унеможлиблюється навіть виживання, протистояння та пристосування до них. Індивідуальні характеристики психічного стану людини у разі надсильних зовнішніх дій можуть нівелюватись, і у зв'язку з цим ситуації, зв'язані з наявністю надсильних дій, таких, наприклад, як землетрус, виверження вулкана, цунамі, ядерний вибух, можуть описуватися виключно мовою так званих об'єктивних обставин.

Спільною для екстремальних і кризових ситуацій є їх небезпека, пов'язана з можливістю психічної травматизації. «Психічну травму» зазвичай визначають як внутрішній стан, що характеризується порушеннями адаптації, що виникає унаслідок значного дисбалансу дій і психічних можливостей індивіда. В зв'язку з цим психотравму слід розглядати як результат патогенного переживання екстремальних станів або криз.

**3. Класифікація екстремальних ситуацій.** У найбільш загальному вигляді вони поділяються на чотири групи:

1) спричинені надзвичайними умовами (стихійне лихо, природна чи техногенна катастрофа, війна, масові терористичні акції тощо);

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

3) пов'язані з захопленням потенційно небезпечними видами хобі (альпінізм, підводне плавання, швидкісна їзда та ін.);

4) службові, професійні - зумовлені виконанням фахових обов'язків.

### **Тема 3. Первинні психічні стани в надзвичайних умовах**

#### **План**

1. Поняття, види, функції страху
2. Переживання афекту та ажитаційний стан в екстремальних ситуаціях
3. Паніка: причини виникнення та види

**1. Поняття, види, функції страху.** Страх відчувається і сприймається людьми як загроза особистій безпеці. Він спонукає людей докладати зусилля, спрямовані на уникнення загрози, усунення небезпеки. Страх може бути викликаний як фізичною, так і психологічною загрозою.

*Страх* - негативна емоція в ситуації реальної чи уявної небезпеки. Емоція страху сама по собі викликає страх, а переживання страху ще більше її посилює, доводячи до екстремальної стадії жаху.

*Жах* - це максимальний ступінь переживання страху, що посилюється за рахунок повторюваної циркуляції цього переживання в психіці. Як філософське поняття «страх» введено С. К'еркегором.

Розрізняють емпіричний «страх-боязнь» перед конкретною небезпекою і несвідомий метафізичний «страх-тугу», специфічний для людини. Виділяють дві основні функції страху:

- мотивація когнітивних і поведінкових актів;
- адаптивна мотивація.

Первинною функцією страху є мотивація специфічних когнітивних і поведінкових актів, що сприяють укріпленню безпеки і почуттю впевненості. Страх також виконує адаптивну функцію, примушуючи людину шукати способи захисту від можливої шкоди. Передчуття страху може стати імпульсом для Укріплення «Я», може спонукати індивіда до самовдосконалення з Метою зниження власної вразливості.

Залежно від походження виділяють 4 види страху.

*Біологічний страх* - викликається ситуацією, що безпосередньо загрожує життю. Загроза може виходити ззовні або зсередини організму. Як вираження порушення внутрішньої рівноваги страх виникає при порушенні метаболізму організму - обміну речовини і енергії із середовищем. Головним елементом цього обміну є кисень. Киснева недостатність, найсильніше відбивається на нервової системі, збуджує стан страху при інфаркті міокарда, гострої недостатності кровообігу, бронхіальній астмі, втраті крові тощо, а його посилення залежить від ступеня зменшення доступу кисню (страх при інфаркті сильніше, ніж при анемії). Крім нестачі кисню страх може бути викликаний спрагою і голодом. Наростання страху залежить від довжини періоду: чим коротший період, тим швидше наростає страх.

*Соціальний страх* - людина не може жити і розвиватися поза взаємодії з іншими людьми, а виключення його з соціального світу (соціальна смерть) дорівнює біологічної смерті.

*Моральний страх* - інтеракція з оточенням, виконання певних ролей і норм поведінки, оцінка самого себе відповідно до реакції оточення впливають стабілізуючим чином на емоційне ставлення до самого себе. Раптова поява

чогось викликає страх, який буде зростати прямо пропорційно винятковості ситуації.

*Дезінтеграційний страх* - переживання страху супроводжується почуттям непевненості, незахищеності, неможливості контролювати ситуацію.

Існує ряд стимулів і ситуацій, на які ми біологічно схильні реагувати страхом. У міру набуття досвіду людина починає відчувати страх при зіткненні з самими різними ситуаціями, явищами і об'єктами. Більшість активаторів страху пов'язані з «природними сигналами» небезпеки. Страх - це сильна емоція, що надає вельми помітний вплив на перцептивно-когнітивні процеси і поведінку індивіда. Існує феномен відстроченого в часі страху, який пояснюється тим, що в ситуації загрози з'являються можливості уникнути небезпеки. Інтенсивний страх створює ефект «тунельного сприйняття», сильно обмежуючи сприйняття, мислення і свободу вибору індивіда. Він зупиняє свободу поведінки індивідуума: людина перестає належати собі, вона рушиться одним-єдиним прагненням - усунути загрозу, уникнути небезпеки, але страх може супроводжуватися не тільки реакцією відсторонення або втечі, але й обережними спробами дослідження лякаючого об'єкта, іноді навіть усмішкою або сміхом, що обумовлено мотивацією. На думку С. К'єркегора, страх має двоїсту природу реагування. Коріння природи лежать у взаємодії мотиву до втечі, обумовленого страхом, і мотиву до наближення, дослідження, обумовленого інтересом. Поведінка індивіда в ситуації страху залежить від того, яка з цих двох емоцій виражена сильніше, і від їх взаємодії з іншими емоціями.

Страх може бути результатом когнітивної оцінки ситуації як потенційно небезпечною. Розумові процеси становлять самий великий, найпоширеніший клас активаторів страху. Його джерелом стає людина.

Перелік індикаторів страху включає такі явища, як миттєве припинення або поступове згасання скоєних дій, тривале заціпеніння, настороженість,

реакція уникнення або усунення від подразника, серйозний або переляканий вираз обличчя та ін.

Індикатори (експресивні і моторні акти):

1. Насторожений і напружений погляд, спрямований на об'єкт;
2. Специфічні для страху мімічні прояви;
3. Мімічні прояви можуть супроводжуватися тремтінням або плачем;
4. Пантомімічні комплекси;
5. Прагнення до контакту з потенційним захисником;
6. Повна відсутність рухів.

Страх - найбільш токсична, згубна емоція. Якщо у індивідуума немає можливості усунути загрозу, переживання страху, надаючи потужний вплив на нервову систему і функціонування життєво важливих органів, може посилити небезпеку. Надлишкова активація вегетативної нервової системи створює серйозне навантаження на життєво важливі органи, які в цих умовах працюють на межі зриву.

Дослідники емоцій вважають, що найбільш надійними і точними індикаторами страху є: мімічні прояви. Внутрішнє напруження при страху може перейти на м'язи, посилюючи їх тонус, особа може ставати «мертвою», нерухомою. Переживання страху не завжди постійні і можуть проявлятися приступами. При розгорнутому мімічному вираженні страху брови підняті і злегка зведені до перенісся, в результаті чого горизонтальні зморшки в центрі лоба глибше, ніж по краях. Очі широко відкриті, верхню повіку іноді злегка піднесено, в результаті чого білок ока між повікою і зіницею оголюється. Кути рота різко відтягнуті, рот зазвичай відкритий. Тривалі переживання страху викликають зміни у всьому організмі - серцебиття, прискорений пульс, напади тахікардії. Виникають відчуття здавлення в грудній клітці, задухи, болю в животі, кишкові спазми, метеоризм, розлад сечовипускання, діарея, м'язові посмикування, тремтіння та ін.

**2. *Переживання афекту та ажитаційний стан в екстремальних ситуаціях.*** До групи первинно виникаючих, емоційно насичених і

психотравмуючих станів, що проявляються в екстремальних умовах, відноситься афект.

*Афект* (від лат. Affectus - хвилювання, пристрасть) - сильне і відносно короткочасне емоційне переживання, що супроводжується різко вираженими руховими і вісцеральними проявами. Афект виникає на подію. Будь-яка емоція (позитивна чи негативна) і відчуття (позитивне або негативне) можуть переживатися в афективній формі. Зовні афект проявляється в різко виражених рухах, бурхливих емоціях, супроводжується змінами у функціях внутрішніх органів, втратою вольового контролю.

На думку Л. С. Виготського до виникнення афекту призводить гостра конфліктна ситуація, в якій індивід для спасіння свого життя повинен діяти, але не знає, як і що робити. Одна і та ж ситуація при рівній непередготовленості людини або неочікуваності в однієї людини викликає афект, в іншій - не порушує психічну діяльність.

У літературі у стані афекту виділяють три характерних для нього аспекти:

- 1) «заряд» афекту (енергетичний компонент інстинктивного потягу);
- 2) процес «розрядки»;
- 3) сприйняття кінцевої «розрядки» (відчуття, емоція, почуття).

При цьому «заряд» афекту має кількісну оцінку інтенсивності, а процес «розрядки» відчувається або сприймається людиною в якісних категоріях.

*Ажитаційний стан.* У відповідь на подразники, котрі сигналізують про небезпеку для життя, на перший план виступають неспокій і тривога. Збудження виражається в метушливості, можливості здійснювати тільки прості автоматизовані акти під впливом потрапляння в поле зору випадкових подразників. Ажитация характеризується сильною безладною руховою активністю. Порушується здатність розуміння складних відносин між явищами, що вимагає думок і висновків, розумові процеси уповільнені. У людини виникає відчуття порожнечі в голові, відмічається відсутність думок. З'являються вегетативні порушення у вигляді блідості, прискороного

серцебиття, поверхневого дихання, тремтіння рук та ін. Порушується сприйняття часу і навколишньої дійсності, що викликає утруднення розуміння ситуації у цілому. Ускладнюється процес вибору дій, порушуються логічність і послідовність мислення. У результаті цього створюються умови для «вивільнення» стереотипних, автоматизованих дій, які не відповідають ситуації, що склалася. Ажитаційний стан розцінюється як *передпатологічний* у межах психологічної норми і може сприйматися як розгубленість.

**3. Паніка: причини виникнення та види.** Одним з найбільш характерних емоційних станів у екстремальних умовах є паніка. Вона характеризується дефектами мислення, втратою свідомого контролю й осмисленням подій, переходом на інстинктивні захисні рухи, дії, які можуть частково або повністю не відповідати ситуації.

*Паніка* - це тимчасове переживання гіпертрофованого страху, що обумовлює некеровану, нерегульовану поведінку людей, іноді з повною втратою самовладання. В основі паніки лежить переживання безпорадності перед реальною чи уявною небезпекою, прагнення будь-яким шляхом піти від неї, замість того щоб боротися з нею. Людина кидається, не міркуючи, що вона робить, або ціпеніє, втрачає орієнтацію, порушується співвідношення між основними і другорядними діями, виражений розпад структури дій та операцій, загострюються захисні реакції, відбувається відмова від діяльності тощо.

Паніку ділять на два основних типи:

- виникає відразу після екстремального впливу катастрофи, сприймається як смертельна небезпека;
- паніка внаслідок тривалого перебування в стані тривоги, напруги, що приводить до нервовому виснаженню і фіксування уваги на предметі тривоги.

За тривалістю паніка може бути короткочасною (секунди і кілька хвилин), досить тривалою (десятки хвилин, години), пролонгованою (кілька

днів, тижнів) і безперервною (більше одного року). Безперервна паніка проявляється спалахами відчаю, озлобленості, спустошеності, депресії, станом постійної тривоги і напруженості. В. А. Моляко окремо виділяє існування прихованої паніки, образної моделлю якої може служити айсберг. Даний стан вперше було відзначено як феномен «постчорнобильської» паніки, і сьогодні він поширюється на інші техногенні катастрофи, стихійні лиха та терористичну загрозу.

За деструктивних наслідків виділяють такі типи паніки:

1. Без матеріальних наслідків і психічних деформацій;
2. З руйнуваннями, фізичними і вираженими психічними травмами, втратою працездатності на нетривалий час;
3. З людськими жертвами, значними нервовими захворюваннями, зривами, інвалідністю і тривалій втратою працездатності та матеріальними руйнуваннями.

Причини виникнення та механізми розвитку паніки. Основними причинами розвитку паніки є стан людей з гіпертрофованим страхом і жахом, їх неготовність до несподіванок і раптовим небезпекам і відсутність критичності при оцінці ситуацій. Психофізіологічний механізм паніки полягає в індукційному гальмуванні великих ділянок кори головного мозку. В результаті позникає неадекватність мислення, підвищена емоційність сприйняття, гіперболізація небезпеки і різке підвищення сугестивності.

#### **Тема 4. Поняття про психологію стресу. Гострий стресовий розлад та посттравматичний стресовий розлад**

##### **План**

1. Психологічні особливості стресових станів.
2. Фрустрація та її прояви.
3. Характеристика афективних станів.
4. Основні причини виникнення стресових розладів
5. Гостра стресова реакція як реакція на екстремальну ситуацію

## 6. Посттравматичний стресовий розлад

**1. Психологічні особливості стресових станів.** Діяльність людини в особливих і екстремальних умовах часто супроводжується виникненням стресу.

*Стрес* (від англ. stress - тиск, напруга) є психічним і фізіологічним станом людини, який виникає у відповідь на різноманітні екстремальні дії. Ці дії називаються стресорами, стрес-факторами, психогенними чинниками. Оскільки стрес часто пов'язаний з виникненням певних емоцій, ці чинники часто називають також емоціогенними. Іноді під стресом розуміють і стан людини, і його чинники, тобто стресори.

Згідно концепції канадського вченого Г. Сельє, стрес - це неспецифічна відповідь організму на будь-який пред'явлений йому подразник, що перевищує певний поріг (межу). Цей поріг для кожної людини чітко індивідуальний і залежить від цілого ряду зовнішніх і внутрішніх умов. З цієї причини різні люди по-різному реагують на дію одних і тих же подразнень. Ці подразнення можуть виходити як із зовнішнього середовища, так і з внутрішніх органів людини. Роль подразника може грати і слово. Під неспецифічною відповіддю розуміється стереотипна відповідь організму незалежно від природи подразника. Формування відповіді організму на подразник починається з надходження відповідного сигналу до центральної нервової системи.

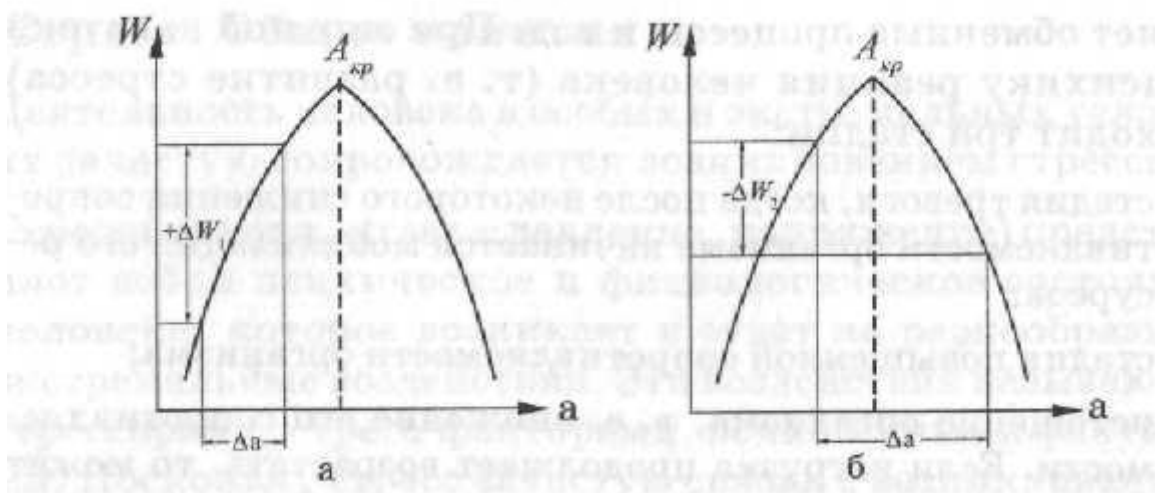
Подальший розвиток подій йде, за Г. Сельє, в наступній послідовності. Після дії стресора імпульс від кори головного мозку потрапляє до гіпоталамусу (центр емоцій), потім відбувається стимуляція нервової системи, в результаті подразнюється мозкова речовина надниркових залоз, яка збільшує надходження адреналіну в кров. Це стимулює серцеву діяльність, прискорює обмінні процеси і т. д. При сильному навантаженні на психіку реакція людини (т. е. розвиток стресу) проходить три стадії:

- стадія тривоги, коли після деякого зниження опору організму починається мобілізація його ресурсів;
- стадія підвищеного опору організму;
- виснаження організму, т. е. зниження його опірності.

Якщо навантаження продовжує зростати, то може настати зрив (прорив адаптаційного бар'єру згідно концепції Г. Сельє).

За своєю фізіологічною сутністю стрес виявляється в загальному адаптаційному синдромі як необхідна і корисна вегетативна і соматична реакція, спрямована на пристосування організму до нових умов існування. Він полягає в посиленні біоелектричної активності мозку, в підвищенні частоти сердечних скорочень, артеріального тиску, розширенні кровоносних судин, збільшенні вмісту лейкоцитів в крові, тобто у цілому ряду фізіологічних зрушень в організмі, що сприяють розширенню його енергетичних можливостей і успішності виконання складних і небезпечних дій. Тому сам по собі стрес є не лише доцільною захисною реакцією, але і механізмом, який сприяє успіху виконання діяльності в умовах перешкод, труднощів і небезпек.

Проте між рівнем стресу, активацією нервової системи, що викликається ним, з одного боку, і результативністю діяльності - з іншого, немає пропорційної залежності. Вона має вигляд інвертованої U -подібної кривої і носить назву закону Р. Йеркса і Дж. Додсона. Її загальний вигляд показаний на мал. 2.



Мал. 2. Графічне зображення закону Йеркса-Додсона, що зв'язує активацію нервової системи (а) з продуктивністю діяльності (W) :

а — випадок, коли приріст активації веде до приросту продуктивності  $\sigma W_1$ ;

б — випадок, коли приріст активації веде до зниження продуктивності  $\sigma W_2$

Як впливає з мал. 2, стрес здійснює позитивний вплив на результати діяльності (мобілізує організм і сприяє подоланню труднощів лише до тих пір, поки він не перевищить певного критичного рівня (точка Акр на мал. 2).

Такий стрес називається еустресом (від гр. - хороший). При перевищенні критичного рівня в організмі розвивається процес гіпермобілізації, який спричиняє порушення механізму саморегуляції і погіршення результатів діяльності, аж до її зриву. Такий стрес називається дистресом (від гр. - двічі, подвійний).

Слід зазначити, що прояви активності в екстремальній обстановці дуже індивідуальні. Так, люди з сильною нервовою системою при виконанні звичайних завдань досить спокійні, а під впливом активації підвищують продуктивність діяльності (див. мал. 2, а). Люди ж із слабкішою нервовою системою і тривожніші відповідають високою активацією вже на порівняно прості завдання. Ті завдання, які у людей сильнішого типу викликають відносно невеликий стрес, у «слабких» породжують дистрес (див. мал. 2, б).

Таким чином, поки стрес, викликаний ускладненням умов діяльності, не перевищує критичного рівня (крапка на мал. 2), він сприяє подоланню труднощів. Проте усе це досягається за рахунок мобілізації резервних можливостей організму і не проходить для нього безслідно. Тому ті види діяльності, де необхідність в подібній мобілізації виникає досить часто, негативно позначаються на здоров'ї людей, що здійснюють таку діяльність. У зв'язку з цим при здійсненні такої діяльності особливо актуальним є застосування методів психопрофілактики стресу.

Залежно від виду стресора і характеру його впливу на людину виділяються фізіологічний стрес і психологічний стрес. *Фізіологічний стрес* є безпосередньою реакцією організму на дію певного стимулу, як правило, фізико-хімічної природи. Стресові стани, що відповідають цьому типу стресу характеризуються вираженими зрушеннями у функціонуванні різних фізіологічних систем і відповідними до них відчуттями фізіологічного дискомфорту. Для прикладних досліджень великого значення набувають знання про конкретні форми прояву різних видів фізіологічного стресу - шумового, температурного, вібраційного та ін.

*Психологічний стрес* характеризується включенням складної системи психічних процесів, які опосередковують вплив стресора на організм людини. Аналіз таких станів з необхідністю здійснюється з використанням різних варіантів терміну «напруженість». Фізіологічні прояви цього типу стресу аналогічні описаним вище, проте спектр психологічних і поведінкових змін ширший. Найбільш типовими з них є зміни в емоційних реакціях, перебігу різних психічних процесів, зміни мотиваційної структури діяльності, порушення рухової і мовленнєвої поведінки аж до повної дезорганізації діяльності.

Психологічний стрес поділяється на три види - інформаційний, емоційний, комунікативний. *Інформаційний* стрес виникає в умовах інформаційних перевантажень і сенсорного голоду. У першому випадку людина не справляється із завданням, не встигає приймати вірні рішення в необхідному темпі, особливо при високій відповідальності за їх наслідки. У іншому - людина явно недовантажена інформацією, що також викликає у неї ряд негативних явищ (нудьга, втрата інтересу до роботи, сонливість, апатія і тому подібне). *Емоційний* стрес виявляється в ситуаціях загрози, образи, небезпеки, тривоги тощо. *Комунікативний* стрес обумовлений реальними проблемами спілкування і міжособистісної взаємодії в колективі.

Проте такий поділ різновидів стресу дуже умовний, оскільки у будь-якому випадку стрес є неспецифічною (загальною в усіх випадках) відповіддю

організму на несприятливу ситуацію. Відмінності полягають лише в характері подразника (стресора), умовах його виникнення, ступені і характері реакції організму. Тому інколи окрім розглянутих вище видів стресу окремо розглядають в залежності:

- від характеру виконуваної діяльності - професійний (трудовий, стрес на робочому місці) стрес, бойовий (військовий) стрес ;
- від наслідків - травматичний стрес, що виражається в завданні людині психологічної травми;
- від міри відстрочення реакції на стрес - посттравматичний стрес, посттравматичний стресовий розлад і ін.;
- від впливу на результати діяльності - продуктивний стрес (еустрес) і негативний стрес (дістрес).

Діючі на людину стресори, тобто значні за силою або тривалістю зовнішні і внутрішні дії, що призводять до виникнення стресових станів, розділяють зазвичай на фізіологічні і психологічні. *Фізіологічні* стресори обумовлені надмірним фізичним навантаженням, больовими стимулами, утрудненням дихання, невагомістю, дією високої і низької температури і тому подібне. Психологічні стресори - це чинники, які діють своїм сигнальним значенням: загрозою, образою, небезпекою, інформаційним перевантаженням, дефіцитом часу і інформації, особливостями спілкування і ін.

**2. Фрустрація та її прояви.** У екстремальних умовах може виникати також і стан фрустрації (від латів. frustration - обман, розлад). *Фрустрацією* називається психічний стан наростаючої внутрішньої психічної напруги, психологічна реакція, пов'язана з розчаруванням, невдачею в спробі досягти певної мети. Вона виникає за наявності двох умов:

- 1) сильна вмотивованість досягнення мети (задоволення потреби);
- 2) 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 й 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, замкнений простір), біологічними (хвороба, старість), психологічними (наприклад, інтелектуальна неповноцінність, відсталість), соціокультурними (норми, правила, заборони).

Зазвичай виділяють наступні види фрустраційної поведінки :

а) рухове збудження, що виражається у безцільних і нерегульованих реакціях;

б) апатія;

в) агресія і деструкція, аутоагресія (відносно самого себе);

г) стереотипія, тобто тенденція до сліпого повторення фіксованої поведінки;

д) регресія, яка розуміється як реалізація поведінки, домінуючої на більш ранніх стадіях психічного та фізичного розвитку, примітивізація поведінки, зниження її конструктивності.

Розвиток ситуації ускладненості в ситуацію фрустрації здійснюється за двома напрямками - по лінії втрати контролю з боку свідомості, тобто дезорганізації поведінки, або по лінії зміни контролю з боку свідомості, зокрема щодо доцільності поведінки.

Фрустрація зазвичай розглядається як явище, шкідливе для поведінки людини. Менша увага приділяється тому, що фрустрація певним чином може сприяти досягненню мети за рахунок зосередження уваги на конкретному

мотиви, домінуючому в даний момент. Якщо конструктивні шляхи виходу з фруструючої ситуації не призводять до досягнення мети, напруга продовжує посилюватися. Врешті-решт вона досягає рівня, при якому її ефект не сприяє успішній діяльності, спрямованій на досягнення мети, а носить руйнівний характер. Усе це добре узгоджується з розглянутим раніше законом Йеркса-Додсона.

Наслідки фрустрації можуть бути короточасними і тривалими. Її подолання припускає застосування прийомів аутогенного тренування для зняття емоційно-вольової напруги, послаблення конфліктності ситуації, дружнє спілкування, відсторонення від причини фрустрації, перемикання уваги на що-небудь приємне. Схильність до фрустрації значною мірою залежить від типу нервової системи. У осіб з сильною нервовою системою цей стан розвивається, як правило, лише після тривалого періоду невдач і найчастіше виражається в стенічних реакціях, тобто у бажанні довести, що переслідуючі людину невдачі випадкові. У осіб із слабкою нервовою системою стан фрустрації виникає і при невеликих, рідких невдачах і виявляється у формі астенії і бажанні припинити роботу. Тому такі особи потребують психологічної підтримки і схвалення, ґрунтовного обговорення причин невдач і способів їх усунення, постановки конкретних і цілком досяжних в цих обставинах цілей.

**3. Характеристика афективних станів.** Під афектом (від латів. *affectus* - душевне хвилювання, пристрасть) розуміється сильний і відносно короточасний емоційний стан вибухового характеру, не підвладний свідомому вольовому контролю. За змістом переживань можна виділити афекти радості, страху, гніву, розпачу тощо. Слід розрізняти фізіологічний і патологічний афект. Вивчення і кваліфікація останнього є компетенцією психіатрів.

*Фізіологічний афект* - це емоційний стан, що не виходить за межі норми, він характеризується несподіваністю виникнення, великою інтенсивністю і

короткочасністю. З метою розробки психологічних критеріїв фізіологічного афекту необхідно чітко визначати особливості ситуацій, які сприяють виникненню афекту і внутрішню його структуру. Такий афект виникає, як правило, в конкретній для суб'єкта ситуації, коли він зустрічається з непереборними перешкодами. Стан афекту може розвиватися, наприклад, в умовах гострого дефіциту часу, коли людина нездатна швидко зорієнтуватися в складній емоційно значущій ситуації, неспроможна прийняти рішення щодо характеру своїх подальших дій і практично реалізувати це рішення. Конфлікт між об'єктивною необхідністю діяти і суб'єктивною неможливістю знайти адекватний вихід з ситуації, що склалася, і призводить до виникнення афекту. Така ситуація є характерною для діяльності людини в екстремальних умовах.

Стан афекту може виникнути також у відповідь на несподіваний сильний подразник за відсутності у суб'єкта заздалегідь підготовленої програми поведінки. При цьому сила дії подразника визначається в першу чергу особистісним смислом ситуації. В результаті поступової акумуляції афективних переживань в умовах травмуючої обстановки навіть незначний сам по собі привід також може викликати короткочасну дезорганізацію поведінки, афективний «вибух».

Проте психологічна сутність афекту визначається не стільки механізмом його виникнення, скільки зміною свідомості і діяльності людини. В стані афекту відбувається звуження свідомості: увага концентрується на афективно забарвлених переживаннях і уявленнях, пов'язаних з травмуючою ситуацією, зменшується повнота віддзеркалення ситуації, знижується самоконтроль, дії стають стереотипними, детермінуються не мисленням, а емоціями. Протікання афекту супроводжується зазвичай і зовнішніми проявами: напруженою мімікою, жестикуляцією, іншими виразними рухами.

Одним з проявів афекту в екстремальній ситуації є страх. Афективний страх виникає, наприклад, при нездатності людини здолати несподівано виниклу у край небезпечну ситуацію. Страх може захопити людину, подавити розум і волю, паралізувати здатність до дії і боротьби. Людина ціпеніє,

пасивно чекає своєї долі або виявляє схильність до панічної втечі. Після афекту людина зазвичай не може пригадати окремі деталі своєї поведінки і стану, відчуває себе вкрай пригнічено.

Спалах афекту можна придушити зусиллям волі. Чим більше у людини розвинені вольові якості, тим менше вона піддається афекту. Ослабити або попередити афект може також відволікання і перемикання уваги. Невипадково життєва мудрість рекомендує запальним людям у момент збудження злічити до ста або негайно почати щось робити: пиляти, стругати, копати і тому подібне. При цьому свідомість звільняється від емоційного «захвату» і людина починає усвідомлювати свій стан і поведінку, керувати ними.

**4. Основні причини виникнення гострих стресових розладів.** У результаті численних досліджень встановлено, що знаходження у травматичних ситуаціях може призвести згодом до специфічних змін у психіці. У зв'язку з цим знадобилося розмежування стресу: стресу як джерела нервово-психічної напруги, що викликається впливом різних інтенсивних стимулів навколишнього середовища, важкими життєвими ситуаціями, і стресу як стану людини, що пережила щось, що виходить за рамки звичайного напруження, який називається травматичним. Він у свою чергу може підрозділятися на кілька типів.

Розлад пристосування характеризується дезадаптивною реакцією на звичайний стресор (наприклад, вступ у шлюб, розлучення, народження дитини чи втрата роботи), що виникає не пізніше ніж через три місяці після його впливу. Реакція індивіда вважається дезадаптивною, якщо він нездатний до звичайного функціонування, реакція на вплив виявляється надмірною. При розладі пристосування дезадаптація зменшується або зникає, коли стресор усувається або індивід навчається адаптуватися до нього. Гострий стресовий розлад визначається симптомами, такими, що тривають від двох днів до чотирьох тижнів. Збереження симптомів призводить до посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Цей стан вважається нормою,

виключаючи патологічні реакції на стресові фактори. Посттравматичний стресовий розлад — це найбільш поширений стресовий відгук на важку травматизацію (первинну, вторинну або третього ступеня). Симптоми проявляються різними формами:

- переживаннями травми знову (подібно ретроспективам і нічним кошмарам);
- різними формами уникнення, відчуження, втрати пам'яті, психічним та емоційним заціпенінням, змінами поведінки; проявом підвищеної чутливості автономної нервової системи.

Симптоми можуть значно варіювати по тривалості, частоті й складності. Незалежно від критеріїв діагностики у багатьох пацієнтів проявляються можливість депресії, зміна особистості, саморуйнівна поведінка, комплекс провини, співучасть, гнів і фантазії про помсту й відплату.

DESNOS це комплекс посттравматичного стресового розладу і «розладів, які глибоко не виявляються по-іншому» (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified — DESNOS). Концепція була введена в Німеччині на підставі огляду літератури про тривалі або повторні травми. У жертв можуть розвиватися адаптивні та захисні моделі того, як вони можуть упоратися зі своїми страхами і протиріччями. Ці моделі включають форми дисоціації, соматизації, поведінки саморуйнування і характерологічні особистісні зміни.

Катастрофічна стресова подія викликає у постраждалих тривалі психічні порушення поліморфного характеру з втратою звичайної емоційності, нав'язливими і пригнічуючими спогадами, підвищеною збудливістю і дратівливістю, повторюваними нічними кошмарами і психосоматичними розладами. Одна з основних причин, що викликають стресовий розлад - перебування в травматичній ситуації. Іншою обставиною, що впливає на формування травматичного стресу, є реакція людини на дану подію і здатність «переробити» пережите (його рівень емоційної стійкості, особисті ресурси, якісна своєрідність захисних психологічних механізмів тощо).

### ***5. Гостра стресова реакція як реакція на екстремальну ситуацію.***

*Гостру стресову реакцію* виявляють у людей, які пережили психічну травму або зазнали впливу надзвичайного фактору не пізніше 4 годин після впливу. Близько 50-90% потерпілих після нещастя або серйозного інциденту мають клінічні прояви ГСР (стресовий шок). Якщо ситуація негостра або постраждали не випадкові люди, а особи, які пройшли навчання по виходу зі стресової реакції, частота розвитку симптоматики значно менше. Загальні клінічні прояви ГСР мають свої певні характеристики:

*Вегетативні дисфункції:*

- Поверхнєве дихання, відчуття задухи;
- Серцебиття, тахікардія;
- Пітливість або відчуття холоду, вологі руки;
- Сухість у роті;
- Відчуття нудоти, запаморочення;
- Нудота, діарея, інші симптоми порушення функцій ШКТ;
- Напади жару або озноб;
- Часте сечовипускання;
- Утруднене ковтання, «ком у горлі».

*Емоційні та поведінкові порушення:*

- Тривожність і страх, ейфорія;
- Гнів, дратівливість;
- Апатія, депресія;
- Почуття провини;
- Почуття відчуженості;
- Порушення сну;
- Посилення підозрілості;
- Зміна поведінки (в порівнянні з індивідуальною нормою);
- Труднощі в спілкуванні з оточуючими;
- Гіперактивність, неможливість переключення уваги (від аналізу критичної ситуації);

- Схильність до спорів, конфліктів;
- Зниження працездатності;
- Збільшення кількості вживаних сигарет і алкоголю.

*Зміна когнітивних функцій:*

- Загальмованість і неухважність;
- Проблеми з пам'яттю і концентрацією уваги;
- Труднощі в прийнятті рішень;
- Втрата об'єктивності в оцінці того, що відбувається.

*Фізична напруга:*

- Тремор, м'язові посмикування, тремтіння;
- Напруженість і болючість в різних групах м'язів;
- Психомоторне порушення;
- Астенія.

*ГСР також має типові специфічні клінічні прояви:*

- Соціальне відчуження
- Звуження кругозору, неприйняття інших точок зору
- Дезорієнтація
- Ворожість або вербальна агресивність
- Відчай або почуття безнадії
- Безцільна надмірна активність
- Неконтрольована або надмірна скорбота
- Дисоціативний ступор, психогенна амнезія

Ситуації катастроф класифікуються за трьома ступенями тяжкості впливу в залежності від наявності ознак специфічних клінічних проявів.

*Ступеня тяжкості:*

1. Легка ступінь має ознаки тільки загальної тривожності.
2. Помірна ступінь включає додатково два специфічних ознаки.
3. Важка ступінь містить додатково чотири специфічних ознаки або тільки дисоціативний ступор.

*Диференціальна діагностика прояву ознак ОСР включає:*

- Гостре соматичне захворювання, що супроводжується подібною клінічною симптоматикою (наприклад, гостра інфекція ШКТ);
- Фізична травма, що викликає тривогу, дезорієнтацію порушення свідомості і т. д. (шок, контузія, струс мозку);
- Панічні розлади (при гострій стресовій реакції завжди має місце попередня стресова ситуація, викликає тривожність);
- Загострення після стресу вже наявних психічних рас-приладів (у цьому випадку стресовий розлад — зазвичай не самостійний діагноз);
- Диференціальна діагностика повністю заснована на оцінці ситуації і обстеженні хворого.

Критерії ГСР за МКХ-10. Симптоми виявляють типову мінливу картину, включаючи початковий стан «оглушення» з деяким звуженням поля свідомості, зниженням уваги, нездатність адекватно реагувати на зовнішні стимули і дезорієнтацію. Цей стан може супроводжуватися подальшим відходом від навколишньої ситуації (аж до дисоціативного ступору) або ажитацією з гіперактивністю (реакція втечі або фуга). Можлива присутність вегетативних ознак панічної тривоги (тахікардія, спітніння, почервоніння), часткової або повної амнезії. Ризик розвитку стресу збільшується при фізичному виснаженні або наявності органічних факторів (наприклад, у літніх людей).

Стан ГСР характеризується певними клінічними ознаками:

1) явні клінічні ознаки з'являються через хвилини — години після стресової ситуації; їх вираження починає зменшуватися через 8 год, якщо вплив стресової ситуації припинено. До стану «оглушення» з плином часу додаються депресія, тривога, гнів, відчай, гіперактивність і відгородженість, але всі прояви короткострокові.

2) ГСР припиняється швидко (найбільше — протягом декількох годин) у випадках усунення стресової ситуації. Якщо стрес триває, не може

припинитися, симптоми починають регресувати через 24-48 годин і зводяться до мінімуму протягом трьох днів.

Продовження симптомів більше 4 тижнів свідчить про наявність діагнозу ПТСР (посттравматичний стресовий розлад).

**6. Посттравматичний стресовий розлад.** Симптоми ПТСР можна поділити на три групи. Не кожен переживає усі перелічені симптоми; також вони можуть змінювати свою інтенсивність у часі.

*Симптоми повторного переживання.* Особи, що страждають на ПТСР, ще і ще раз переживають травматичну подію у своїй свідомості. Симптоми повторного переживання містять:

- Повторні спогади про пережиту травматичну подію; ці спогади виринають ще і ще всупереч людині і супроводжуються емоційним дистресом (вони називаються *інтрузії*).
- *Флешбеки* (небажані спогади, які настільки сильні, що особа відчувається так, ніби травматична подія відбувається знову).
- Нічні жахи чи погані сни.
- Сильні *емоційні* реакції на нагадування про травматичну подію (наприклад, раптова сильна тривога при звуках сирени).
- Сильні *фізичні* реакції (наприклад, ваше серце починає швидко битися, і ви тікаєте, обливаючись холодним потом, щойно опинитеся поблизу місця травматичної події).

Згадування травматичних подій не схоже на інші форми пригадування. Воно може спричиняти повторне переживання запахів, звуків та фізичних відчуттів (відоме як *спогади тіла*). Внаслідок цього деякі постраждалі починають почуватися і поводитися так, ніби травматична подія триває чи повторюється ще і ще раз.

*Уникання і заціпеніння.* Особи з ПТСР схильні уникати нагадувань про травматичну подію тому, що вони «запускають» неприємні емоції та спогади.

Уникання може обмежуватися місцем, де сталася травматична подія, чи іншими нагадуваннями про неї. Наприклад, переживши дорожньо-транспортну пригоду, хтось може уникати лише місця пригоди, натомість інший узагалі більше не сідатиме в машину. Деякі особи уникають чогось одного, інші багато чого. Особи з ПТСР уникають розмов про травму і часто віддаляються від інших. Наслідки уникання можуть бути деструктивними: важко повернутися до праці, бути в суспільстві чи займатися хатніми справами. Так, особа може відчужитися від інших і згодом поринути у самотність та депресію. З плином часу це може перерости в окрему велику проблему і навіть стати виснажливішим, ніж первинні симптоми.

Особа може зазнати труднощів у переживанні нормального спектру емоцій, особливо позитивних. Часто люди почуваються позбавленими зв'язку з навколишнім світом. Це явище нагадує «пусковий» механізм, який спрацьовує тоді, коли симптоми стають надто сильними.

*Нездатність розслабитися.* ПТСР ускладнює здатність розслаблятися. Особа постійно перебуває у стані «бойової готовності», передчуваючи ймовірну майбутню небезпеку, що ускладнює можливість звикнути до чого. Симптоми містять:

- Труднощі у засинанні та підтримуванні сну.
- Дратівливість чи спалахи гніву.
- Складність концентрації.
- Постійний стан готовності до небезпеки.
- Надмірна стартова реакція.

*Поширені супутні проблеми.* Щонайменше дві третини людей, що страждають на ПТСР, зазнають ще й супутніх проблем. Найпоширеніші з них перелічені далі.

*Депресія.* Половина тих, хто страждає на ПТСР, також починають потерпати від депресії. Цей стан відрізняється від відомих майже кожному щоденних спадів та піднесень настрою. Особи, що страждають на депресію,

майже весь час почуваються пригнічено, втрачають радість та інтерес, відчують безнадію та млявість, у них змінюється апетит та вага. Відчай та безнадія можуть стати настільки глибокими, що особі може здатися, наче нічого ніколи не налагодиться; вона може почати думати про смерть та самогубство. Якщо у людини є думки про самогубство і, зокрема, якщо людина починає планувати, як його здійснити, треба якомога швидше поговорити про це зі своїм лікарем чи зі спеціалістом з психічного здоров'я. Якщо людині важко це зробити самостійно, треба попросити приятеля чи когось іншого допомогти отримати професійну допомогу, якої людина вкрай потребує.

*Зловживання алкоголем чи наркотиками.* Іноді, щоб відволіктися від симптомів ПТСР, люди починають зловживати алкоголем чи приймати наркотики. На короткий час це може допомогти дещо розслабитися, забути дошкульні спогади та страхи і трохи поспати. Але у перспективі таке зловживання може призвести до погіршення настрою, порушення сну і стати окремою проблемою.

*Гнів щодо себе та інших.* Іноді особа може почуватися так, ніби ПТСР контролює її життя. Це дуже фрустраційне і жахливе відчуття, що може призвести до гніву на себе та на інших. Злість, як правило, є серйозною проблемою, якщо людина вважає, що агресія є способом вирішення проблем. Або якщо особа дійшла висновку, буцімто те, що сталося під час чи після травматичної події, несправедливо або незаконно щодо неї. Злість та агресивна поведінка можуть спричиняти труднощі на роботі, а вдома руйнувати взаємини. А це означає що повсякденне життя і стосунки можуть погіршуватися, і людина може не отримати допомоги і підтримки, якої дуже потребує.

*Погане фізичне самопочуття.* Деякі люди стають більш чутливими до болю та страждань, стають більш вразливими до різних захворювань або їх починають більше обтяжувати фізичні проблеми, які вони мали ще до травми.

ПТСР пригнічує імунну систему, тому природна здатність організму боротися з інфекціями знижується. Біль голови, скарги на шлунково-кишковий тракт, біль у грудях і запаморочення також є поширеними при ПТСР. Недостатній сон, постійне напруження і (для деяких людей) не оптимальний спосіб життя даються взнаки.

*Наслідки ушкоджень.* Після травматичної події декого чекає тривала реабілітація після ушкодження, тимчасом як інші мусять пристосуватися до життя з хронічним болем чи непрацездатністю. Це справді важко і може потребувати значних змін у способі життя та в стосунках. ПТСР та ушкодження можуть поєднатися, тому що біль є постійним нагадуванням про травматичну подію. ПТСР, в свою чергу, може стимулювати відчуття болю і ускладнювати початок перебудови свого життя.

## **Тема 5. Поняття психотравмуючої ситуації, її ознаки**

### **План**

1. Історія вивчення питання
2. Поняття травмуючої ситуації в психології
3. Типи психотравмуючих ситуацій
4. Механізм виникнення психотравмуючої ситуації
5. Стадії перебігу психічної травми
6. Фактори, що впливають на особливості перебігу психотравмуючої ситуації

**1. Історія вивчення питання.** Останнім часом психологам все частіше доводиться стикатися з переживаннями людей наслідків антропогенних, техногенних та інших катастроф, кількість яких, нажаль, різко зросла в останні десятиліття. Ці катастрофи характеризуються негативним впливом на людину, викликають у неї складні та тривалі емоційні переживання, які можуть спричинювати виникнення захворювань.

Це пояснюється тим, що сучасна ситуація розвитку людини багато в чому не співпадає зі звичними способам побудови стратегій поведінки

виходячи з природних (біологічних) стимулів і суспільних (соціальних) нормативів, що дісталися від предків. Сучасна людина опинилася перед необхідністю моделювання ситуації, знаходження нових шляхів поведінки, оскільки в досвіді не міститься схожих стратегій виходу з незвичних ситуацій.

В останнє десятиліття дуже популярними стали напрями в психіатрії і психології, що займаються психічними порушеннями, отриманими в результаті екстремальних ситуацій. Вже звичними стали звістки про технічні катастрофи, військові конфлікти. Стихійні лиха, що існували завжди, тепер більшою мірою, ніж раніше, залишають людину наодинці з бідною, без необхідної підтримки, а в такій ситуації тягар психологічної травми зростає. Важко сказати, хто першим звернув увагу на явище психічної травми, і хто першим ввів це поняття в наукову літературу і в повсякденне життя. Проте увагу широкої публіки до явищ психічної травми привернув, мабуть, З. Фрейд. Розглядаючи роботу д-ра Йозефа Брейера з однією істеричною дівчиною, він виявив, що «майже всі симптоми утворилися як залишки, як осад, якщо хочете, афектних переживань», які ми згодом почали називати «психічними травмами». Ці симптоми детермінувалися відомими травматичними сценами, будучи залишками спогаду про ці сцени. Кажучи про зв'язок істерії і травми, Фрейд робить наступний висновок: «наші істеричні хворі страждають спогадами. Їх симптоми є залишками і символами спогадів про відомі (травматичні) переживання». Проте описи і дослідження психологічної травми проводилися і до Фрейда.

Психопатологія травматичного стресу увійшла до медичної літератури і діагностики ще в часи Громадянської війни в США (1861-1865 рр.). Д-р Джекоб Мендос да-Коста описав психічні порушення у солдатів часів громадянської війни в Америці. Вивчивши групу фізично здорових, за винятком вказаних нижче симптомів, ветеранів американської громадянської війни, він виявив, що ці люди скаржилися на серцебиття, зростаючий біль в області серця, тахікардію, серцеву тривогу, головний біль, послаблення зору, запаморочення. Він не знайшов свідоцтва щодо міокардиту і дав явищу назву

«Хворобливо чутливе серце», або, як інколи називають це в літературі, «солдатське серце», це стало відомо як синдром Да Коста.

Друга світова війна знову привернула увагу до військових стресових реакцій, з'явився термін «невроз військового часу». Реакції, обумовлені участю в бойових діях, стали предметом широких досліджень. Це явище у різних авторів називалося по-різному: «військова втома», «бойове виснаження», «військовий невроз», «посттравматичний невроз». У 1941 р. в одному з перших систематизованих досліджень Кардінер назвав це явище «травматичними неврозами війни». Він ввів поняття «Центрального фізіоневрозу», що веде до порушення ряду особових функцій, що забезпечують успішну адаптацію до навколишнього світу. У своїй монографії «Люди в стресі» Грінкер і Шпігель використовували такі терміни як «стрес боїв і битв», «стомлення від боїв», «виснаження від боїв» і «гостра бойова реакція». Вони перерахували симптоми, від яких страждали солдати, що повернулися з полону, включали високу стомлюваність, депресію, погіршення пам'яті, концентрації уваги, нічні кошмари, фобії, агресію, підозрілість, підвищену активність симпатичної системи.

Еріх Ліндеманн в 1942 р. після пожежі в Бостоні («Кокосова роща» біля 491 осіб) вперше дав систематизований опис проявів горя в роботі «Симптомологія і уміння справлятися з гострим горем».

Під час російсько-японській війни 1904-1905 рр. через шпиталь Харбіну пройшло близько 3000 чоловік психічно ненормальних, таких, що не мали пошкоджень.

У 1927г. П. Б. Ганнушкін дав опис «нажитої психічної інвалідності», цілого типу «рано старіючих в мозковому відношенні» молодих людей 20-30 років після тривалого перебування в екстремальних умовах громадянської війни, революції, голоду. Проявами її були підвищена збудливість, дратівливість, гострі і тривалі напади депресії, відчуття провини, страху та ін. Порушення розвивалися протягом 2-3 років і вели до стійкого послаблення інтелектуальної діяльності.

В СРСР вивчення психотравмуючих ситуацій було пов'язане з такими подіями, як війна в Афганістані, Чорнобильська катастрофа, землетрус у Вірменії, транспортні аварії, та стихійні лиха.

З 1995 року в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ - 10), основного класифікатора хвороб й основного діагностичного стандарту, виокремлена рубрика F43 – реакція на тяжкий стрес і порушеннями адаптації.

**2. *Поняття травмуючої ситуації в психології.*** «Травма (від грец. trauma - рана), пошкодження тканин організму людини або тварини з порушенням їх цілісності і функцій, викликане зовнішньою (головним чином механічною, термічною) дією». Для визначення психічної травми, важливо ґрунтуватися на таких аспектах:

- травма пов'язана з певною подією;
- є переживання, викликані цією подією;
- виникають наслідки, які виявляються через якийсь час.

Визначаючи травму через подію, можна ґрунтуватися на трьох основних критеріях: подія має бути *неочікуваною* (знаходиться за межами буденного досвіду людини), *небезпечною* (стійко переживається і здатна викликати стійке уникнення стимулів, пов'язаних із травмою) і *пригнічувати* (здатна стимулювати стійкі симптоми підвищеного збудження, яке було відсутнє до травми).

Через *переживання безпорадності* також визначається психічна травма. Так, Ван-дер-Колк розглядав психічну травму як таке життєве переживання, що «пригнічує як психічні, так і біологічні механізми регулювання». Вплив травмуючої ситуації викликає переживання, з якими важко впоратися людині, що призводить до виникнення та розвитку певних симптомів, або наслідків.

Таким чином, психічна травма виникає внаслідок впливу на особистість критичних екстремальних подій, які мають сильну негативну дію;

ситуацій загрози, що вимагають від індивіда екстраординарних зусиль у подоланні наслідків.

Крім того, психічна травма - це поняття, під яким розуміють зміну в психічному житті людини унаслідок екстремальної події, яка виявляється в більш менш помітних і тривалих змінах функціонального стану, емоційного фону, супроводжується більш-менш усвідомленими неприємними переживаннями, змінами поведінки і порушеннями процесів адаптації.

Частіше за все у більшості досліджень про психічну травму йдеться про розвиток одного з найважливіших її наслідків – посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

**3. Види психотравмуючих ситуацій.** Віднесення складної життєвої ситуації до психотравмуючої залежить не тільки від об'єктивних умов, але й від суб'єктивного сприйняття ситуації. Виокремлюють такі ситуації, що потенційно можуть викликати появу психотравмуючої ситуації:

- воєнні дії;
- природні (кліматичні, сейсмічні);
- екологічні та техногенні катастрофи;
- пожари, терористичні акти;
- присутність при насильницькій смерті інших;
- нещасні випадки, в тому числі транспортні аварії й аварії на виробництві;
- сексуальне насильство;
- раптова поява захворювань, що загрожує життю;
- смерть близьких людей, втрата;
- напади та ін.

Вважається, що найбільш травматичними є ті події, які пов'язані з навмисним спричиненням шкоди іншими. Екстремальні ситуації антропогенного характеру (терористичні акти, війна та ін.) настільки

руйнують особистість, що це не тільки дезорганізує людину, а й порушує «базову структуру» особистісної організації – образ світу. У людини знищення звичайної для неї моделі світу призводить до руйнації всієї системи життєвих координат.

Крім того, різні етапи життя, що визначаються як стресогенні або кризові (початок навчання у школі, служба в армії, весілля, вихід на пенсію та ін.) можуть інколи призводити до появи психотравми.

Також важливо зазначити, що виокремлюють первинну травматизацію (коли людина безпосередньо була учасником або свідком події) та вторинну травматизацію (коли людина стала свідком події через перегляд хроніки події, розповіді інших людей, читання та перегляд ЗМІ і т. д.). Особливої уваги заслуговує вторинна травматизація, оскільки з нею пов'язують феномен «емоційного вигорання». Деякі люди «придумують» собі можливу травмуючу подію і потім реагують на неї, як на реальну травму.

#### *Типи травматичних ситуацій.*

##### *Тип 1. Короткострокова, неочікувана травматична подія*

Приклади: сексуальне насильство, природні катастрофи, ДТП  
снайперська стрільба.

1. Поодинокі дії, що несуть загрозу для індивіда і перевершують можливості захисних механізмів.
2. Ізольоване, поодинокі травматичне переживання.
3. Несподівана, раптова подія.
4. Подію залишає дуже сильний слід в психіці індивіда (індивід часто бачить сни, в яких присутні ті або інші аспекти події), сліди в пам'яті носять яскравіший і конкретніший характер чим спогади про події, що відносяться до типу 2.
5. З великою мірою вірогідності приводить до виникнення типових симптомів ПТСР: нав'язливий розумовий діяльності пов'язаною з цією подією, симптомам уникнення і високою фізіологічній реактивності.

6. З великою мірою вірогідності виявляється класичне повторне переживання травматичного досвіду.

7. Швидке відновлення нормального функціонування мало ймовірно.

*Тип 2. Постійна дія травматичного стресора, що повторюється — серійна травматизація або пролонгована травматична подія*

Приклади: фізичне або сексуальне насильство, що повторюється, бойові дії.

1. Варіативність, множинність, пролонгованість, повторюваність травматичної події або ситуації, передбачуваність.

2. Найймовірніше, ситуація створюється по наміру.

3. Спочатку переживається як травма типу 1, але у міру того, як травматична подія повторюється, жертва переживає страх повторення травми.

4. Почуття безпорадності у запобіганні травмі.

5. Для спогадів про такого роду події характерна їх неясність і неоднорідність через дисоціативний процес; згодом дисоціація може стати одним із основних способів із травматичною ситуацією.

6. Результатом дії травми типу 2 може стати зміна «Я»-концепції і образу світу індивіда, що може супроводжуватися почуттями вини, сорому і зниженням самооцінки.

7. Висока вірогідність виникнення довгострокових проблем особистісного і інтерперсонального характеру, що виявляється в усамітненні, в звуженні і порушенні лабільності і модуляції афекту.

8. Дисоціація, заперечення, намбінг, усамітнення, зловживання алкоголем і іншими психоактивними речовинами може мати місце як спроба захисту від нестерпних переживань.

9. Призводить до того, що інколи визначають як комплексний ПТСР або розлад, обумовлений дією екстремального стресора.

**4. Механізм переживання психотравмуючої ситуації.** Розв'язуючи питання про механізм виникнення розладів, пов'язаних із дією надскладного для

індивіда стресу, важливо звернути увагу на те, що саме «руйнується» або виходить з гомеостазу в організмі людини.

Людина діє на підставі власних уявлень про себе і світ. Ці уявлення формуються протягом всього життя і складають його досвід. У кожній людини формується особиста, неповторна модель світу і свого «Я», в якій підкреслюється її індивідуальність. Крім цього, у людини є базисні уявлення про себе і світ, що визначають схожість із іншими людьми. Ці уявлення формуються в ранньому віці й з самого початку виконують захисну функцію. З віком і набуттям життєвого досвіду вони змінюються, але і в зрілі роки вони є достатньо актуальними. Тому їх часто називають базисними ілюзіями — це:

- 1) ілюзія власного безсмертя;
- 2) ілюзія простоти устрою світу (як упорядкованого, зрозумілого і справедливого);
- 3) ілюзія власної безгрішності (позитивні уявлення про себе).

Травматичний стрес руйнує саме ці базисні уявлення, що змінює існуючу у людини модель світу та самого себе. Розглянемо кожну з цих ілюзій.

*1. Ілюзія власного безсмертя.* Як вже наголошувалося, хоча нам майже щодня доводиться чути про аварії, вбивства, рак, СНІД, COVID ми віримо, що з нами цього не трапиться. Така віра захищає нас від страху і тривоги, створює почуття безпеки. Нам важко уявити, що коли-небудь смерть нас наздожене. При травмуючій події чоловік стикається з суворою реальністю. Він залишається наодинці з реальною загрозою фізичного знищення і вимушений визнати, що може померти. Зрозумілий, прогнозований світ раптово стає хаотичним, небезпечним, де немає жодної гарантії безпеки.

*2. Ілюзія простоти устрою світу.* Людині необхідна віра в те, що ті явища, які відбуваються в світі, зрозумілі, впорядковані і справедливі. Ця віра потрібна їй для власного спокою. Людина вірить, що «отримає те, на що заслуговує». Жертва травмуючої події відчуває тотальну руйнацію віри в те, що світ прогнозований і зрозумілий — «Чому зі мною трапилось таке?», «У чому я провинився?», «Як несправедливо влаштований світ!»

3. *Люзія власної безгрішності.* Зазвичай людина оцінює себе позитивно. Проте, стикаючись із ситуацією, яка виходить за межі її контролю, індивід відчуває себе нещасним, слабким і безпорадним. Психотравма, починається з того, що об'єктивна реальність завдає удару по звичних уявленнях про світ і самого себе, руйнує віру, яка допомагає почувати себе в безпеці. Травмуюча подія наносить сильний удар по образу «Я», особистості, що потребує корінного переосмислення існуючого положення, а це не може бути досягнуто швидко і безболісно.

**5. Фактори, що впливають на особливості перебігу психотравмуючої ситуації.** Особливості переживання психотравмуючої ситуації та наслідки цього переживання залежать від низки факторів. Виокремлено 3 групи таких факторів: до травми, під час впливу психотравмуючого чинника та після травматичної події.

*До травми:*

- 1) Роль міжпівкульної асиметрії відіграє роль у сприйнятті психотравмуючої ситуації (амбідекстри та шульги мають переваги);
- 2) Фізична форма (у спортсменів та тренуваних людей межі гомеостазу дещо розширені);
- 3) Схильність до ризику (пов'язана з психофізіологією – наприклад з типом темпераменту). Наприклад, газодимозахисники зі схильністю до ризику, діють при гасінні пожежі швидше, стрес поліпшує їх діяльність. Вони схильні адаптуватися до дії стресових факторів і показники їхньої психічної напруги (артеріальний тиск, пульс) по мірі формування динамічного стереотипу все більше наближаються до норми. Газодимозахисники, які не схильні до ризику, переживають стрес, що впливає на продуктивність їх праці.
- 4) Особистісні характеристики: акцентуації характеру, незрілість, астеничні риси, гіперсензитивність, невротичність, інтроєктованість, залежність, обтяженість психічною патологією.

- 5) Особливості дитячих переживань (*наприклад, як втрата переживалася в дитинстві*), наявність негативного досвіду психотравмуючих переживань ще з дитинства (*наприклад, жорстоке ставлення з боку батьків*).
- 6) Особливості сімейної ситуації - конфлікти в сім'ї, нестабільність та приналежність до низького соціального статусу можуть погіршувати ситуацію.
- 7) Стійкість як особистісна риса сприяє кращому процесу подолання стресу.
- 8) Жінки більше схильні до більш глибокого переживання наслідків катастроф, ніж чоловіки.
- 9) Ті, хто переживав травмуючий досвід у період кризової ситуації, гірше адаптуються після травмуючого періоду.
- 10) Особливості світогляду (*надмірно оптимістично налаштовані люди гірше переносять психотравмуючу ситуацію*). Не вписуючись в особистісну «теорію», негативна подія призводить до розриву, руйнації суб'єктивного життєвого світу.
- 11) Підготовка до травмуючої події (особливо люди, які можуть стикатися з психотравмами інших людей), формування навичок саморегуляції та релаксації.

*Під час травми:*

- 1) Тривалість події (чим довше, тим гірше), частота та раптовість (очікувані події мобілізують у людини адаптаційні резерви організму й підвищують можливість налаштуватися на дії психотравмуючого чинника).
- 2) Більш травмуючими є ситуації, які загрожують життю близьких людей.
- 3) Чим більше вбачається провина інших, тим сильніше травма.
- 4) Наявність в арсеналі особистості ефективних копінг-стратегій зменшує інтенсивність і глибину переживання травми.
- 5) Основну роль у спрямованості та інтенсивності розвитку травматичного стресу відіграють уявлення людини про свої можливості впливати на екстремальний чинник. Найбільш тяжкі реакції спостерігаються при

поєднанні концептів безвихідності при вирішенні завдань і безпорадності перед стресом.

Виділено *три типи ставлення людини до самої себе*, які по різному впливають на її поведінку в надзвичайних ситуаціях.

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

2. *Ставлення до себе як до «цінності, довіреної собі ж»*. Забезпечує найбільше збереження особистісних структур і прояв усвідомленої вольової активності. Як правило, такий тип ставлення до себе проявляють люди зрілого віку. Це ті, хто є досвід успішного переживання надзвичайних ситуацій або спеціальної підготовки, яка направлена на отримання умінь і навичок поведінки в умовах надзвичайних ситуацій. Така позиція найчастіше зустрічається серед льотчиків-випробувачів, рятувальників, бійців спеціалізованих підрозділів, а також психологів-практиків, що мають досвід роботи з наслідками екстремальних і надзвичайних ситуацій. Проте вона зустрічається і у людей, які не отримали спеціальної підготовки, але володіють розвиненим відчуттям власної гідності. Саме відчуття власної гідності допомагає їм в критичних умовах упоратися з ситуацією і зберегти свою особу від розпаду.

3. *Відношення до себе як до одного з ряду людей* буває в осіб відповідальних і добре знайомих з особливостями стресу. Це відношення поєднує в собі обидва раніше описаних типу відношень, але при цьому передбачає здатність зіставити прояви стресу у себе і у інших людей, що переживають лихо поруч. У надзвичайній ситуації у людей з цим типом ставлення до себе, як правило, зростає відчуття відповідальності. Це призводить до зниження уявлення про себе як «жертві» і дає можливість протистояти руйнівним діям.

*Після події:*

- 1) Наявність соціальної мережі підтримки. Рівень суспільної обізнаності й підтримки є позитивним фактором. Нестійкість соціального стану (міграція) та руйнація звичайної для людини системи підтримки (евакуація) поглиблюють переживання.
- 2) Своєчасна психологічна допомога і підтримка компетентних, підготовлених фахівців.
- 3) Важливим фактором ефективного переживання події є усвідомлення того, що відбулось й знаходження сенсу жити далі.
- 4) ЗМІ. Часто підкреслюється й підсилюється відчуття безпорадності, безсилля і безглуздя того, що відбувається, тим самим поглиблюються переживання. Більш дієвими будуть – співпереживання, готовність допомогти, підтримка, прагнення знайти розв'язання проблеми. Навіть загибель інших людей можна розглядати як професійний подвиг, як можливість щось змінити, спасти інших

## **Тема 6. Поняття кризи в психології. Види криз**

### **План**

1. Поняття кризи
2. Поняття та ознаки кризової ситуації
3. Стадії перебігу кризи
4. Чинники, що сприяють виникненню кризи
5. Види криз

Неочікуване в житті зустрічається частіше, ніж очікуване.

Плавт

**1. Поняття кризи.** Хоча поняття кризи відоме людству вже давно (кризи фінансові, медичні, аграрні та ін.), вивчення кризи та кризових станів у психології є достатньо новим напрямом. Тому на теперішній час немає чітких дефініцій поняття «криза» в психологічній науці. З позиції клінічної психології (Г.И. Каплан), криза визначається через подію, яка примушує

людину стикнутися з певними перепонами на шляху досягнення важливих для неї життєвих цілей, і ця перепона не може бути подолана за допомогою звичних для людини способів розв'язання проблеми.

У психології розвитку (де поняття кризи є найбільш вживаним і зрозумілим), криза – це відносно нетривалий за часом період онтогенезу, що характеризується системними перетвореннями у сфері соціальних стосунків особистості, її діяльності та свідомості.

Спільним для цих трактувань є те, що криза розуміється як така ситуація, що передбачає певну зміну поведінки особистості, або й самої особистості, у відповідь на вимоги середовища і супроводжується значними емоційними переживаннями.

Як відомо, криза (від грецької *krisis* - рішення, поворотний пункт) – це порушення стану рівноваги, різкий, крутий перелом в будь-чому, важкий перехідний стан. В психології, криза – це ситуація значного емоційного та розумового стресу, що потребує значної зміни уявлень про оточуючий світ і самого себе за короткий проміжок часу. Зміна уявлень може спричинити зміни в структурі особистості.

Отже, *кризою* можна назвати інтенсивне переживання особистістю ситуації, яка спричинює руйнацію або неможливість реалізації життєвих цілей звичними для неї способами.

У китайській мові поняття криза визначається як «небезпечний шанс», як можливість зростання особистості, яку індивід знаходить, проходячи через кризовий стан у процесі протидії різним ситуаціям.

Критичні ситуації є тими «можливостями» в житті особистості, що спричинюють перебудову її моделі поведінки, діяльності, спілкування і структури особистісних властивостей з подальшим виходом на інший, більш досконалий рівень саморегуляції і взаємодії зі світом. У результаті переживання кризи актуалізуються можливості особистості як творця власного життя. У патологічному випадку кризові ситуації можуть

зумовлювати виникнення хвороби, девіації та інші негативні для особистості наслідки.

**2. *Поняття та ознаки кризової ситуації.*** Серед розмаїття складних ситуацій важливо визначити ті, які спричинюють розвиток кризи. Якщо життєві події створюють потенційну або актуальну загрозу задоволенню фундаментальних потреб і водночас ставлять перед індивідом проблему, якої він не може уникнути і розв'язати за короткий проміжок часу звичним для нього способом, можуть кваліфікуватися як кризові.

Такими ситуаціями прийнято вважати: смерть близької людини, тяжке захворювання, відокремлення від батьків, сім'ї, друзів, зміну зовнішності, зміну соціальної обстановки, одруження, різкі зміни соціального статусу і так далі. Важливим критерієм виокремлення таких ситуацій є те, що ці ситуації являють собою суттєві складності на шляху до реалізації життєвого плану, важливих для особистості цілей, тобто переривають коло прогнозованих, запланованих особистістю подій. Це може бути як конкретна подія чи ситуація в житті особистості, так і загострення існуючих (або виникаючих) особистісних протиріч.

Характерними особливостями кризової ситуації є:

- почуття неконтрольованості того, що відбувається;
- несподіваність того, що відбувається;
- порушення звичного ходу життя;
- невизначеність майбутнього;
- тривале страждання (від 2 до 6 тижнів);
- переживання горя;
- почуття втрати, небезпеки або приниження.

В залежності від суб'єктивної складності виокремлюють два види кризових ситуацій:

*Криза першого роду* – може серйозно утруднити й ускладнити реалізацію життєвого замислу, однак ще зберігається можливість відновлення перерваного кризою ходу життя. З цього випробування людина може вийти зберігши в існуючому вигляді свій життєвий замисел й задовольнити свою самототожність.

*Криза другого роду* (власне криза) – робить реалізацію життєвого замислу неможливим. Результат переживання цієї неможливості – модифікація самої особистості, переродження її, прийняття нового замислу життя, нових цінностей, нової життєвої стратегії, нового образу «Я».

### **3. Стадії перебігу кризи.**

Дж. Каплан описав чотири послідовні стадії кризи:

1) первинне зростання напруги, що стимулює звичні способи розв’язання проблеми;

2) подальше зростання напруги в умовах, коли ці способи виявляються безрезультатними;

3) ще більше збільшення напруги, що вимагає мобілізації зовнішніх і внутрішніх джерел;

4) якщо все виявляється марним, настає четверта стадія, що характеризується підвищенням тривоги і депресії, відчуттями беспорядності і безнадійності, дезорганізацією особистості.

Криза може закінчитися на будь-якій стадії, якщо небезпека зникає або людина знаходить адекватне розв’язання проблеми.

**4. Чинники, що сприяють виникненню кризи.** Причини виникнення кризових станів численні. Умовно їх можливо поділити на дві групи.

<b>Соціальні й ситуаційні чинники</b>	<b>Індивідуально– типологічні і біологічні особливості особистості</b>
<b>Макросоціальні</b>	

<p>(чинники, що формують впродовж декількох поколінь ментальність населення, його морально-етичні настанови і ідеали. Нав'язана ззовні зміна національної свідомості носить характер хронічної психотравми і поступово змінює і погіршує психологічний стан населення загалом).</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зміна національної мотивації.</li> </ul> <p>Вивчаючи етнокультуральні особливості різних популяцій в другій половині 80-х років 20 століття голландський учений Хофстід прийшов до висновку, що для різних національностей характерний різний тип мотивацій.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вік (схильність до кризових станів переважає у дітей, підлітків і людей похилого віку).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Соціокультуральні зміни.</li> </ul> <p>Стрімкі політичні, соціально-економічні і культуральні зміни завжди супроводжувались погіршенням психологічного стану населення.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Особистості з сомато-неврологічною патологією, з фізичним виснаженням, психотравмами в анамнезі.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аномія.</li> </ul> <p>Як соціальний феномен аномія (буквально — зникнення норми) вперше була описаний французьким соціологом Дюркгеймом в 1897 році. У сучасному трактуванні під аномією розуміють, з одного боку, конфлікт, обумовлений невідповідністю між усталеними соціальними нормами, цінностями, ідеалами і реальною дійсністю, а з іншого — це комплекс переживань, що виникають у людини у зв'язку з несумісністю найважливіших для неї внутрішніх установок із вимогами повсякденного життя.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Особливості функціонування організму людини (результати досліджень засвідчують зміни біологічних маркерів у процесі виникнення та перебігу кризових станів. Проте не встановлено - чи відображають вони дію тих чинників, що впливають на особистість, чи їх наслідки).</li> </ul>
<p><b>Ситуаційні</b> (стресові ситуації, що виходять за межі життєвого досвіду особистості).</p>	

**5. Види криз.** За змістом розрізняють три основні види криз: кризи невротичні, кризи розвитку і травматичні кризи.

- 1) *невротичні кризи* – виникають під впливом дії психотравми й особових особливостей особистості (темперамент, характер, характерний набір захисних механізмів);
- 2) *вікові кризи* - виникають при переході від одного вікового рівня до іншого й пов'язані з системними перетвореннями у сфері соціальних стосунків, діяльності і свідомості. Це відносно невеликі за часом (близько року) періоди онтогенезу, що характеризуються різкими психологічними змінами, коли особистість набуває нової психологічної якості (нової психологічної модальності). Форма, тривалість і гострота вікової кризи може значно варіювати залежно від індивідуально-типологічних особливостей особи, макро- і мікросоціальних умов, педагогічної системи загалом. Ряд дослідників вважають вікові кризи нормативним процесом, необхідним елементом соціалізації, обумовленим логікою особистісного розвитку і необхідністю розв'язання основного вікового протиріччя (З.Фрейд, Е. Еріксон, Л. Виготський, Л.Божович). Інші автори бачать у вікових кризах девіантний, злоякісний прояв індивідуального розвитку (С. Л. Рубінштейн, А. С. Запоріжець);
- 3) *травматичні кризи* - виникають у відповідь на психотравмуючу ситуацію і залежать від оцінки особистістю її складності й міри суб'єктивної значущості.

*Психічна травма – життєва подія, що зачіпає значущі сторони існування людини і призводить до глибоких психологічних переживань. Психічна травма виникає, коли ресурси психологічного захисту особистості не спрацьовують.*

## **Тема 7. Особливості переживання психотравмуючої ситуації дітьми та підлітками**

### **План**

1. Причини виникнення психічної травматизації дитини.
2. Особливості переживання травми дитиною.

3. Психологічна характеристика дітей на різних етапах онтогенезу, що пережили психотравмуючу ситуацію.

### *1. Причини виникнення психічної травматизації дитини.*

Виокремлено низку факторів, які за певних обставин можуть кваліфікуватися як психотравмуючі:

- Глобальні — страх війни, екологічних катастроф, переживання природних лих (землетруси, повені) і промислових катастроф (вибухи, пожежі).
- Національна і етнічна ворожнеча, економічні контрасти, культурні протистояння.
- Міграція, відрив від рідного середовища втрата соціального статусу.
- Боязнь нападів, знущань, переслідувань із боку сусідів.
- Вступ до школи, особливості перебігу навчального процесу, складності засвоєння знань, атмосфера нехтування або ворожості з боку однолітків або педагогічного колективу, конфліктна обстановка.
- Перебування в цілодобових яслах, дитячих будинках, лікарні або санаторії.
- Ізольованість сім'ї від найближчого оточення.
- Неправильне виховання одним із батьків, відсутність або неадекватність батьківської турботи, надмірний тиск із боку батьків.
- Неадекватне або спотворене внутрішньо сімейне спілкування.
- Виховання психічно хворими або неповноцінними батьками.
- Міжособистісні: антагоністичні стосунки між членами сім'ї, недолік душевної теплоти, жорстокість, сексуальні зловживання.
- Особистісні: переживання, пов'язані з власними значущими характерологічними відхиленнями.

**2. Особливості переживання травми дитиною.** Загалом дитячі реакції на травматичні ситуації опосередковуються, перш за все, віком, тривалістю дії фактору та рівнем розвитку особистості дитини. Так, при короткочасних травмах, чим молодше дитина, тим більше її реакція залежить від поведінки батьків або дорослих. Якщо вони можуть адекватно реагувати та володіють ситуацією, то у більшості випадків у дитини не розвиваються симптоми травми. Проте при тривалій дії травмуючого фактору вірогідність виникнення симптомів збільшується. Психотравмуючі ситуації впливають на всі сфери функціонування дитини: на її емоційну, соматичну, поведінкову та когнітивну сфери.

*В емоційному аспекті* спостерігаються: лабільність афекту, включаючи тривожність, паніку та надмірну дратівливість; страхи, фобії, страх повторної травматизації; напруженість; звуженість переживання емоцій; неможливість виражати або страх виражати власні почуття; дістрес при нагадуванні про людей або обставини ситуації; травматичні сновидіння; повторне емоційне переживання подій, депресія; надмірна плаксивість; переживання почуття безпорадності й знесилення; переживання провини, сорому та почуття відповідальності за події, які відбулися.

*У соматичній сфері* спостерігаються: порушення сну; реакцію здригання з подальшим заціпенінням у відповідь на нагадування про травматичні події; втомлюваність; нечутливість до болю; біохімічні зміни у діяльності мозку. У дитячому віці до цих розладів відносять коліки третього місяця життя, метеоризм, відрижку, функціональний мегаколон, анорексію грудного віку, зупинку розвитку, ожиріння, напади порушення дихання, нейродерміт, яктацію (ритмічне розкачування головою, або тулубом), спастичний плач, порушення сну, ранню бронхіальну астму, раптову смерть немовляти.

*У дошкільному віці* спостерігають такі психосоматичні розлади, як запор, пронос, «знервований кишечник», болі в животі, циклічна блювота, відмова

від жування, анорексія і булімія, енкопрез, енурез, ожиріння, порушення сну, лихоманка та ін.

У дітей *шкільного віку* і підлітків до психосоматичних розладів відносять мігрень, «ростові болі», рекурентні (ті, що постійно повторюються) болі змінної локалізації, порушення сну, напади гіпервентиляції, непритомність, вегето-судинну дистонію, бронхіальну астму, нервову анорексію, булімію, ожиріння, виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки, виразковий коліт, енурез, енкопрез, нейродерміт, розлади менструального циклу та ін.

У *поведінковій сфері* виокремлюють такі прояви: посттравматичну гру; регресивну поведінку; втрату раніше розвинутих навичок (соціальних та навчальних); неемоційне переказування психотравмуючих подій; низьку концентрацію уваги, неуважність, гіперактивність та імпульсивність; зміну поведінки для того, щоб уникнути дій, людей або об'єктів, що нагадують про негативну подію; відчуженість від соціального оточення; спроби самогубства, самодеструктивна поведінка; поведінка з підвищеним ризиком; неможливість створювати або підтримувати гармонійні стосунки з оточуючими; агресивна, бунтарська поведінка, включаючи надмірну конфліктність, неповагу до інших, жорстоке ставлення до людей та тварин; сексуальні проблеми (тільки для дітей, що пережили сексуальне насильство).

Зміни *когнітивної сфери* обумовлені особливост розвитку мислення дитини. Зважаючи на концепцію егоцентризму в теорії Ж. Піаже, дитина розглядає світ у власній перспективі й ті події, які відбуваються навколо неї, приписує собі або своєму впливу. Ця особливість мислення призводить до того, що дитина відчуває провину навіть у тих ситуаціях, які об'єктивно від неї не залежать (насильство, смерть або розлучення батьків та ін.). Виокремлюють такі прояви: наявність спотвореного, міфологічного уявлення про те, що відбулось та своєї ролі у цій ситуації, самозвинувачення, звинувачення близьких та рідних; генералізація та перенесення негативних установок на інших («Не можна нікому довіряти», «Всі однакові» та ін.); зруйнованість та негативність Я-концепції та Я-образу дитини; небезпечні ігри

або стосунки, які підкріплюють негативні уявлення дитини про себе («Все так відбулось, бо я дійсно поганий»).

**3. Психологічна характеристика дітей на різних етапах онтогенезу, що пережили психотравмуючу ситуацію.** Як зазначає Л.В. Трубіцина, розглядаючи вікові особливості перебігу психотравмуючої ситуації зазначає, що, перш за все, треба звернути увагу на психологічні особливості дитячого розвитку та актуальні завдання кожного етапу онтогенезу. Зокрема, такими показниками є: 1) соціальна ситуація розвитку дитини або особливості взаємостосунків між дитиною та дорослими; 2) провідна діяльність цього періоду онтогенезу; 3) основні психічні новоутворення. Саме знання цих характеристик обумовлює розуміння того, що саме може бути для дитини травматичним і які аспекти є найважливішими під час переживання травми та у процесі реабілітації.

*Період немовляти (від 0 до 1 року).* У цьому віці найважливішим травмуючим фактором може стати втрата особи, що здійснює догляд за дитиною (особливо матері) або відсутність адекватного догляду. Провідною діяльністю цього періоду онтогенезу є безпосередньо-емоційне спілкування дитини з дорослим. У випадку тривалої відсутності такого спілкування порушується подальший нормальний розвиток дитини. *Характерні ознаки переживання травми:* немотивований, безперервний плач дитини; відсутність інтересу до навколишнього середовища; стійке небажання спілкуватись або страх, наляканість при звертанні; поганий апетит, сон; яктація; відсутність дитячого лепету та предметно-маніпулятивної діяльності; регрес поведінкових патернів (наприклад, перестає ходити, говорити); можуть спостерігатись запізнення реакцій (посмішка, сидіння, ходіння, гра).

*Раннє дитинство (від 1 до 3 років).* Соціальна ситуація розвитку в цей період онтогенезу характеризується, насамперед, спільною діяльністю дорослого і дитини. Формулою таких стосунків є дитина-предмет-дорослий. Провідною діяльністю цього періоду онтогенезу є предметна діяльність,

спрямована на засвоєння вироблених суспільством способів дії з предметами. Основними психічними новоутвореннями є виокремлення власного «Я», мовлення, навички маніпуляції з предметами.

Психотравмуючий фактор впливає, перш за все, на новоутворення – або затримується їх розвиток або вони зникають. *Характерні ознаки переживання травми:* крім симптоматики попереднього періоду можуть спостерігатись недиференційовані реакції страху, тривоги, рухове збудження або загальмованість, вегетативні реакції, порушення мови, недиференційованість почуттів.

*Дошкільне дитинство (3-6 років).* Специфіка соціальної ситуації цього періоду полягає в тому, що відокремлення дитини від дорослого супроводжується пошуком власного місця в оточуючому світі. Провідна діяльність - рольова гра, яка моделює реальне життя дорослих. Розвивається довільність, перші елементи самооцінки, самосвідомості. Важливу роль в переживанні травми відіграє реакція дорослих на переживання та інтерпретацію психотравмуючої ситуації. *Характерні ознаки переживання травми:* регресивна поведінка; енурез; енкопрез; страх розлуки з батьками; роздратованість, сплутаність почуттів; надмірна активність або замкненість, пасивність; агресивність; порушення у спілкуванні (небажання спілкуватись, уникнення контакту); низька концентрація та стійкість уваги; складності у процесі навчальних занять; порушення гри (діти не грають із задоволенням або гри неемоційні), почуття провини (як наслідок егоцентризму дитини).

*Молодший шкільний вік (від 7 до 11 років).* Зміна соціальної ситуації розвитку полягає у виході дитини за межі сім'ї, в розширенні кола значущих осіб (окрім родини, класний колектив і вчитель), у налагодженні особливого типу стосунків із дорослим, опосередкованих завданням («дитина - дорослий – завдання»). Провідною діяльністю цього періоду онтогенезу є навчальна діяльність. Психічними новоутвореннями є довільність психічних процесів, внутрішній план дій, уміння організувати навчальну діяльність, рефлексія. *Характерні ознаки переживання травми:* немотивований плач, дрижання;

яктація; розлади сну: кошмарні сновидіння, безсоння, надмірна сонливість; енурез; порушення апетиту; погане самопочуття без об'єктивних причин (головний біль, головокружіння, біль у хребті, м'язах, подразнення очей, розладу шлунково-кишкового тракту та ін.); дитина може демонструвати агресивність, поводить себе неадекватно, шумно під час гри; надмірна замкненість, відчуженість; емоційна холодність, байдужість; регресивність поведінкових патернів; роздратованість по відношенню до оточуючих, недовіра до них; песимістичний погляд на майбутнє; складності у стосунках з однолітками.

*Підлітковий вік (11-15 років).* Своєрідність соціальної ситуації розвитку підлітка полягає у включенні його в нову систему стосунків, спілкування з дорослими та ровесниками, в опануванні нових соціальних функцій. Провідною діяльністю цього періоду онтогенезу є міжособистісне спілкування з дорослими і ровесниками, суспільно корисна праця і навчання, що позитивно позначається на розвитку психіки та особистості загалом. Головними новоутвореннями є почуття дорослості та потреба у самоствердженні.

*Характерні ознаки переживання травми:* самоізоляція від оточуючих; нездатність встановлювати та підтримувати стосунки з іншими; надмірне копіювання інших, конформізм; агресивна поведінка, агресивність у стосунках, аутоагресія; надмірна збудливість, метушливість, неможливість зосередитись; зниження або відсутність реакції на навколишнє оточення; немотивовані коливання настрою; емоційна холодність, сплутаність почуттів; функціональні розлади самопочуття (головний біль, порушення з боку шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи та ін.); розлади сну; втеча з дому.

## **Тема 8. Психогенії в екстремальних ситуаціях**

### **План**

1. Вплив екстремальних факторів на людину
2. Динаміка психогенних розладів в екстремальних ситуаціях

3. Психологічні наслідки стихійного лиха

4. Вплив особи лідера на хід подій

**1. Вплив екстремальних факторів на людину.** Життя розвивається в біосфері. Та, на жаль, в ній життя людини не гарантоване від несподіваних діянь екстремальних факторів, внаслідок яких якщо не настає миттєва смерть, то виникає важкий екстремальний стан (*extrim* в перекладі з англійської означає «крайній», «надзвичайний»). Миттєва мобілізація аварійних захисних реакцій носить нерідко хаотичний, сліпий характер і, значить, трата енергії та серйозні морфо-функціональні зрушення в організмі можуть стати дуже швидкими та нецілеспрямованими, що ускладнює картину екстремальних станів. Вплив екстремальних факторів веде до розвитку станів, до яких відносять різні види стресу - шок, біль, кома, колапс, непритомність та інші гострі захворювання та фізичні травми, а також реакції нервово психічної перенапруги, що включають порушення поведінки внаслідок емоційного зриву - страх, гнів, агресія, паніка, депресія та інші. Усі ці порушення, маючи між собою багато спільного, відрізняються особливостями патогенезу, профілактики, лікування та наслідків для подальшого життя людей. Тому виникає особлива необхідність та актуальність у вивченні екстремальних станів найрізноманітнішого походження, у виявленні особливостей мобілізації захисних, ауторегуляторних та пристосувальних реакцій людини. На людей в екстремальних умовах поряд з фізично пошкоджуючими факторами діють і психотравмуючі обставини, які являють собою комплекс надсильних подразників, що викликають порушення психічної діяльності у вигляді так званого *реактивного стану*. Потрібно підкреслити, що психогенна дія екстремальних умов складається не тільки з прямої, безпосередньої, загрози для життя людини, а й опосередкованої, пов'язаної з чеканням її реалізації та подоланням її наслідків. Можливість виникнення та характер психогенних розладів, їх частота, ступінь вираження,

динаміка залежать від багатьох факторів - характеристики екстремальної ситуації, її інтенсивності, раптовості її виникнення, тривалості дії. Готовність людей до діяльності в несприятливих умовах визначається їх індивідуально-типологічними якостями, професійною та психологічною стійкістю, вольовим та фізичним загартуванням. Важливим фактором виступає також організованість та узгодженість дій в екстремальних умовах, підтримка оточуючих, наявність наочних прикладів мужнього подолання труднощів.

## *2. Динаміка психогенних розладів в екстремальних ситуаціях.*

Національний інститут психічного здоров'я США звертає увагу на динаміку психогенних розладів, що розвиваються в небезпечних умовах.

Психічні реакції поступово проходять чотири фази: героїзму, «медового місяця», розчарування та відновлення.

*Героїчна фаза* починається безпосередньо в момент катастрофи і продовжується декілька годин. Для неї характерні альтруїзм, героїчна поведінка, що викликана бажанням допомогти людям спасатися та вижити. Неправильні припущення про можливість легко подолати труднощі виникають якраз у цій фазі.

*Фаза «медового місяця»* настає після катастрофи і продовжується від тижня до 3-6 місяців. Ті, хто вижив, відчувають сильне почуття гордості за те, що подолали всі небезпеки і залишилися жити. В цій фазі катастрофи потерпілі надіються і вірять, що скоро всі проблеми та труднощі будуть вирішені.

*Фаза розчарування*, звичайно, продовжується від 2 місяців до двох років. Сильне почуття розчарування, гніву, обурення та жалю виникають внаслідок загибелі усіх надій. В цій фазі можуть розвиватися патохарактерологічні зміни особи потерпілого, які можуть визначати дезадаптивний, а іноді і асоціальний тип поведінки потерпілих.

*Фаза відновлення* починається тоді, коли ті люди, що залишилися жити, усвідомлюють, що їм необхідно налагоджувати побут, вирішувати проблеми самостійно та брати відповідальність на себе за виконання цих завдань.

Прослідкувати перехід цих фаз та будувати хід рятувальних робіт дуже важливо. Бо інакше, як відмічає Е. Erikson, настає «друге стихійне лихо» - соціальна дезорганізація внаслідок неправильної евакуації, розділення сімей та інших непередбачених реакцій, наприклад, зловживання алкоголем (за даними досліджень кількість тих, хто зловживає алкоголем збільшується на 30%), агресивні дії до оточуючих, дрібні крадіжки, різка егоїстична поведінка окремих осіб, паніка. Ось чому важливо враховувати взаємодію та взаємовплив індивідуальних та колективних форм реагування, вирішувати проблеми колективно, включаючи різних спеціалістів - медиків, психологів, соціальних психологів, юристів, і, звичайно, соціальних працівників.

Загальні закономірності схематичної динаміки психогенних розладів можна представити так:

1) Індивідуальний бар'єр психічної адаптації. Він залежить від біологічних, індивідуально-типологічних, соціальних характеристик особи.

2) Непатологічні (фізіологічні) адаптивні прояви (тахікардія, вегетативні реакції, прискорене дихання, підвищення кров'яного тиску, рухова активність, що не носять дезадаптивний характер).

2а) Донозологічні стани (стани функціональних порушень, що не є хворобою. Наприклад, судинні дистонії порушення шлунково-кишкового тракту, порушення сну та ін. При цьому можлива повна самокорекція).

3) Реактивні психози (короткочасні порушення психіки у вигляді афективно-шокових реакцій, ступору, неконтрольованого страху, панічної втечі, порушення сприйняття та усвідомлення обставин, агресивні до оточуючих та до себе. Сам хворий контролювати свою поведінку не може. Потрібна ізоляція, швидка медична допомога.

3а) Невротичні реакції (контрольоване почуття страху, тривоги, депресії. Потрібна допомога медпрацівників).

4) Невроз, як стабілізована клінічна форма невротичного стану (тут переважають депресивні, неврастенічні, сенесто-іпохондричні,

психосоматичні розлади. Незважаючи на контрольованість стану, хворий потребує медичної допомоги. Працездатність обмежена).

5) Неврастеничний розвиток особи, що в дальнішому обмежує працездатність потерпілого, формує неадаптивні форми поведінки в побуті, соціальній сфері. Потребує допомоги психотерапевта та соціального працівника.

5а) Патохарактерологічний розвиток особи. При цьому стабілізується розвиток патологічних змін особистості, що може формувати дезадаптивну, асоціальну форму поведінки (нерозсудливість, безвідповідальність, байдужість, безпечність, бездоглядність, роздратованість, підозрілість, агресивність та ін.). Соціальна дезорганізація таких потерпілих може призвести до здійснення ними дій, що порушують закон - крадіжки, хуліганські вчинки, розбої та ін. Особливо схильні до цього підлітки. Для позитивного впливу на цю ситуацію потрібна співпраця юристів, соціальних працівників, педагогів, психотерапевтів.

6) Стани компенсації (відносяться до нормальних станів людей, які в подальшому будуть дуже чутливі до стресогенних ситуацій. Потребують підтримки соціальних працівників та психотерапевтів).

7) Стани психічної адаптації (нормальні стани людей, що потерпіли та пережили стихійне лихо без наслідків для здоров'я).

**3. Психологічні наслідки стихійного лиха.** Слід згадати, що наслідки стихійного лиха - це знищення матеріальних цінностей, руйнування житла, яке задовольняє психосоціальні потреби людини. Якщо роботи по евакуації проводяться не враховуючи ці потреби, то формується ґрунт для розпаду територіальних громад і тим самим втрачається неформальний контроль за злочинністю. В таких районах, де пошкоджені будівлі, висока мобільність населення, розвал територіальної громади та нестабільність соціальних структур, зростає злочинність. Тут великий ризик виникнення субкультури, бо відхилення у поведінці не викликає протесту рідних, сусідів, правових

структур, а іноді навіть виправдовується боротьбою за виживання. Здійснювати контроль за дітьми та підлітками, асоціальними дорослими, котрі набувають злочинну поведінку та засвоюють протиправні погляди, дуже важливо. Та на жаль, часто ці важливі питання відходять на другорядний план в порівнянні з питаннями відновлення матеріальних цінностей. Із руйнуванням будівель починається швидкий відтік мешканців. Звичайно, забезпечені люди швидше переїдуть в добрі умови. Після такого, ніби природнього відбору, в цих малоприсаджених умовах через деякий час будуть переважати важкі сім'ї, зайняті виключно проблемою власного соціально-економічного виживання. Підлітки та дорослі, що проживають в районах з поганими умовами, здійснюють часті правопорушення і злочини, насамперед крадіжки, розбій, хуліганські вчинки. Напівзруйновані будинки пустують, а у вільний час люди, яким нічим зайнятись, формують делінквентні традиції. Руйнування, неорганізованість, бездіяльність і зневіра в позитивну перспективу створюють зовнішні умови для соціального розпаду. Для попередження цього необхідна стабілізація соціальних структур та формування місцевих громад. За даними досліджень, табори для людей, які залишилися без житла, побудовані швидко і в надзвичайних умовах, часто стають притулками для важких сімей. Якщо не контролювати цей процес, то соціалізація дітей та підлітків тут стане під загрозою. Із часом тут може формуватися місце для нижчих незабезпечених соціальних прошарків, в яких швидко розвивається насамперед підліткова злочинність. Стихійне лихо - це руйнування соціальних структур, територіальних громад, падає рівень неофіційного соціального контролю за злочинністю. Така анонімність, дезадаптованість, розгубленість, пригніченість потерпілих знижує контроль та створює сприятливі умови для приїжджих злочинців, адже їм легше проникнути в приміщення з метою пограбування та зникнути непомітними. Тому, звичайно, в плануванні відновлюваних робіт обов'язково слід врахувати ці моменти. Адже відомо, як планування забудови міста, проектування будинків, близькість сусідів може позитивно впливати на якість роботи міліції,

а якщо ці моменти не врахувати, то, навпаки, вони будуть сприяти розвитку злочинності. Отже, безпека населення, що потерпіло від стихійного лиха залежить від багатьох факторів. І насамперед, від правильно організованих рятувальних робіт та робіт з ліквідації наслідків стихійного лиха. При цьому повинні враховуватися різні аспекти цієї проблеми - медичні, юридичні, соціальні, економічні. Потрібно максимально ліквідувати всі можливі негативні наслідки лиха, як в матеріальному, так і в соціальному та духовному плані. Потерпілі якнайшвидше повинні повернутися до нормальних умов життя.

**4. Вплив особи лідера на хід подій.** Розвиток паніки, психотичних форм реагування, асоціальних можливостей розвитку подій попереджає чітка, цілеспрямована організація евакуаційно-рятувальних робіт. Професійні дії спеціалістів знижують прояви дезадаптації, дезорганізації. Адже більшість людей в стані тривоги можуть виконувати роботу лише підкоряючись наказам або ідучи за лідером, оскільки не мають можливості реально оцінити ситуацію. Небезпека та відповідальність звужують свободу та активність духу. І ось тут ми підійшли до такого важливого моменту як вплив особи лідера на правильний хід подій. Керівник повинен мати добру професійну підготовку, знання з різних галузей медицини, психології, соціології, юриспруденції, інженерії та ін., щоб правильно організувати лікувально-евакуаційне забезпечення та відновлювальні роботи, правильно координувати діяльність різних служб по налагодженню соціальної сфери. Керівник повинен бути підготовленим до діяльності в екстремальних умовах, мати сильний врівноважений рухливий тип нервової системи. Особи, що не мають достатню силу в процесі збудження, та особи, в яких гальмівні процеси переважають над процесами збудження, будуть неспроможними у відповідальних та складних ситуаціях. Значне перевантаження процесів збудження також не сприяє адекватній діяльності в екстремальних умовах. До речі, слід відмітити, що це вроджений комплекс властивостей нервової системи (тип вищої нервової

діяльності). Тому очевидно, що на відповідальних ділянках роботи в екстремальних умовах повинні бути люди, які мають: - Сильний врівноважений рухливий тип нервової системи. - Стенічні емоції у відповідь на небезпеку. - Сильні вольові якості до подолання перешкод. - Цілеспрямованість, запал, любов до своєї професії. - Хорошу професійну підготовку. Названі вимоги важливі, адже від них залежить безпека населення. Впевненість у правильних діях керівника, його авторитет звільняють людей від болісних роздумів: «Чи правильно прийняте рішення?» ,»Чи не допущена помилка, що потягне за собою фатальні наслідки?» Психологічна суть авторитету керівника дуже велика. Під час непередбачених обставин керівник повинен бути впевненим у своїх діях, а люди впевнені у ньому.

## **Тема 9. Психологія тероризму**

### **План**

- 1.Поняття тероризму в психології
- 2.Психологічний портрет терориста
- 3.Психологічні особливості жертв тероризму

*1. Поняття тероризму в психології.* Терористичні акти стали невід'ємною частиною сучасного життя. Терор (лат. Terror - страх, жах) - спрямовані на залякування. Саме це і визначає терор як особливу форму політичного насильства, що характеризується жорстокістю, цілеспрямованістю і удаваною ефективністю. Терор - жах, той емоційний стан, виникнення якого домагаються терористи, здійснюючи ті чи інші спеціальні дії - терористичні акти. Терористичний акт є засобом, методом, використання якого веде реальні або потенційні жертви до стану жаху. Сукупність ланок терорист - терористичний акт - терор становить тероризм як цілісне явище.

*Тероризм* - це залякування людей здійснюваним насильством. Насильство це здійснюється в самих різних формах: це фізичне, політичне,

соціальне, економічне, інформаційне і т. д. насильство. З урахуванням ступеня масовості і в міру організованості виділяють чотири види насильства: масове організоване і масове стихійне, індивідуальне стихійне та індивідуальне організоване. Кожен з них має свою специфіку та особливості. Загальний історичний розвиток тероризму, з деякими виключеннями, йшло по ланцюжку: індивідуальний - груповий - локальний - масовий тероризм. Масовий тероризм - досягнення останнього минулого століття, точніше – його останньої чверті.

Тероризм являє собою особливу деструктивну різновид людської діяльності. Однак, як і будь-яка діяльність, вона має структуру (діяльність - дія - операції), яким відповідають три види спонукальних стимулів (мотив - мета - умови). Серед основних мотивів заняття терористичною діяльністю («терористичною роботою») виділяються: 1) меркантильні мотиви; 2) ідеологічні мотиви; 3) мотиви перетворення, активного зміни світу; 4) мотив влади над людьми; 5) мотиви інтересу і привабливості тероризму як особливої діяльності; 6) «товариська» мотивація; 7) мотив самореалізації.

**2. Психологічний портрет терориста.** Незважаючи на численні дослідження, проведені зарубіжними та вітчизняними фахівцями, терористи не потрапляють у специфічну діагностико-психіатричну категорію. Велика частина порівняльних досліджень не виявила ніякої явної психічної ненормальності терористів. Проте тривають спроби виявити специфічну особистісну схильність у людей, що стають на шлях тероризму. Серед членів терористичних груп спостерігається значна частка озлоблених паранояльних індивідів. Загальна риса багатьох терористів - тенденція до екстерналізації, пошуку ззовні джерел особистих проблем. Хоча ця риса не є явно паранояльною, має місце надмірна зосередженість на захисті власного «Я» шляхом проекції. Інші характерні риси - постійна оборонна готовність, надмірна захопленість собою і незначна увага до почуттів інших. Була помічена психодинаміка, подібна до тієї, яка виявлена у випадках, що

межують з нарцисичними розладами. Особистість терориста характеризується поєднанням істеричних і експлозівних рис, високим рівнем нейротизму і фрустрованості, що призводить до прориву бар'єру соціальної адаптації, вираженої асоціальності; проте далеко не завжди терористи виявляють фізичну агресію (більше притаманну особам, які вчиняють такі злочини проти особистості, як вбивства, зґвалтування). У більшості терористів виявляють розлади особистості з високим рівнем непрямой агресії. При цьому механізм реалізації терористичного акту, як правило, включає в себе афектогенну мотивацію, психопатичну самоактуалізацію. Ця особистісна система розвивається за схемами:

- втрата зв'язків з суспільством - опозиція суспільству - переживання суспільного тиску;
- фрустрація - бажання лідерства «на зло ворогам» - помста суспільству за відкидання.

Найбільш гучні терористичні акти відзначені, як правило, численними жертвами, що створює страх перед терористом, служить компенсацією з боку суспільства і живить його амбіції. З чого був зроблений висновок, що головна мета терориста - демонстрація власної сили, а не нанесення реального збитку. Терорист завжди охоче бере на себе відповідальність за свої дії.

Психологічні типи терористів в певній ступені (хоча й не абсолютно) відповідають чотирьом класичним типам темпераменту. Диференційований аналіз (Ольшанський, 2002) показав, що серед учасників терористичних організацій і терористичних дій 46% холериків, 32% сангвініків, 12% меланхоліків і 10% флегматиків.

**3. Психологічні особливості жертв тероризму.** Віктимологія — наука про жертви і, зокрема, про психологічні особливості жертв. Відомо, що далеко не всякі люди опиняються в числі жертв, наприклад, терористичних актів. Є якась незрозуміла, загадкова схильність, особлива «жертвність», поки ще недостатньо досліджена наукою. Вивчення психології жертв терору

зазвичай являє собою складну справу. По-перше, мало хто з жертв залишається живим і досить збереженим. По-друге, ті що залишилися в живих не хочуть згадувати про події і тим більше говорити про це. Тим не менш аналіз поведінки жертв терористичних актів показав, що вона за багатьма параметрами зближується з поведінкою жертв стихійних лих і техногенних катастроф.

Вчинення терористичного акту зумовлює розвиток досить стереотипних реакцій.

Перша група осіб, залучених до терору, — близькі родичі заручників і «зниклих без вісті» (можливих заручників) — раптово опинилися в ситуації «психологічного розгойдування»: вони металися від надії до розпачу. Всі ці люди виявили гострі реакції на стрес з характерним поєднанням цілого комплексу афективно-шокових розладів (горя, пригніченості, тривоги), паранояльності (ворожої недовіри, настороженості, маніакального завзяття) і соматоформних реакцій (непритомності, серцевих нападів, шкірно-алергічних реакцій).

Стан представників другої групи — щойно звільнених заручників — визначалося залишковими явищами пережитих ними гострих афективно-шокових реакцій. У клініко-психологічному плані це була досить типова картина так званої адинамічної депресії із зазвичай властивими їй «масками» астенії, апатії. Характерним було небажання згадувати пережите, прагнення «швидше приїхати додому, прийняти ванну, лягти і все забути, скоріше повернутися до свого звичайного життя». Особливо відзначимо нав'язливе бажання скоріше «очиститися», зокрема «прийняти ванну», — воно було особливо симптоматичним і висловлювалася багатьма звільненими заложниками.

Третій тип був характерний для самотніх чоловіків і жінок з низьким рівнем освіти і зниженою здатністю до рефлексії. Другий тип був типовий для жінок з дітьми або вагітних жінок. Перший тип був притаманний практично для всіх інших заручників.

Крім таких відмінностей поведінки окремо відзначалися специфічні психопатологічні феномени двох типів.

Феномени першого типу — ситуаційні фобії. В осередку надзвичайної ситуацій заручники відчували ситуаційно обумовлені агорафобичні явища. Це було: страх підійти до вікна, встати на весь зріст, намагання ходити пригнувшись, «короткими перебіжками», боязнь повернути увагу терористів і т. п. Природно, все це визначалося прагненням вціліти в тій ситуації, що відбувається навколо. Проте вже в найближчі дні після свого звільнення заручники з вираженим афектом скаржилися на появу нав'язливою агорафобії (боязнь відкритих просторів) і схильності до обмежувальної поведінки. У них знову з'явилися такі симптоми, як боязнь підходити до вікон — вже в домашніх умовах; боязнь лягти спати в ліжку і бажання спати на підлозі, під ліжком, і т. п. Найбільш характерні такі скарги були для молодих жінок, вагітних або матерів малолітніх дітей. У ситуації заручників їх поведінка відрізнялася максимальною адаптивністю (демонстраційної покірністю) — за цим стояло прагнення врятувати своїх дітей. Дії терористів ці жінки оцінювали з позицій відчуження. Через деякий час після свого звільнення вони знову повернулися приблизно до того ж типу поведінки. Або ситуація заручників залишає такі сильні і тривалі, хронічні наслідки, або їх поведінка взагалі відрізняється такими особливостями. Другий тип феноменів — це різні спотворення сприйняття ситуації. У структурі «синдром заручника» вже після звільнення з'являються висловлювання про правильність дій терористів; про обґрунтованість їхньої холодної жорстокості і нещадності, зокрема «несправедливістю влади»; про виправданість дій терористів, що пояснюється тим що перед ними стоять «високі цілі боротьби за соціальну справедливість»; про «винуватість влади» у разі активного протистояння терористам і т. п. Такі висловлювання, по суті відповідні до «стокгольмського синдрому», які були характерними для літніх, самотніх чоловіків і жінок з невисоким рівнем освіти і низькими доходами. Ці висловлювання були пронизані афектом ворожої недовіри і не піддавались критиці. Такі думки виникали тільки після

звільнення — в ситуації заручників саме ці люди демонстрували описану вище поведінку третього типу, відрізнялися хаотичними протестними діями, провокували конфлікти і загрози агресії з боку терористів. Судячи з усього, таке реактивне виправдання терористів можна розглядати як прояв своєрідної «істерії полегшення».

Таким чином, масова психологія жертв терору складається з п'яти основних складових. Вони можуть бути наведені хронологічно. Це страх, який перетворюється на жах, що викликає або апатію, або паніку, яка може змінитися агресією. Чоловіки і жінки — жертви терору ведуть себе по-різному. Певні поведінкові відмінності пов'язані з рівнем освіти, розвитком інтелекту і рівнем добробуту (якщо людині майже нічого втрачати, вона проявляє схильність до хаотичного, непродуктивного протесту).

Через якийсь час після терористичного акту у його жертв і свідків зберігається психопатологічна симптоматика — насамперед у вигляді відкладеного страху, а також різного роду фобій і регулярних кошмарів. Окремі фактори і обставини можна вважати деякими рисами віктимності. В описаних випадках такими рисами була стать (жертвами насамперед ставали жінки), наявність маленьких дітей або ж вагітність. Цю дуже специфічну психологічну реакцію, коли жертва переймається незрозумілою симпатією до свого ката, фахівці назвали «стокгольмським синдромом» або «травматичним зв'язком».

Термін «стокгольмський синдром» з'явився після того, як грабіжники банку у Швеції забарикадувалися в ньому з заручниками. Четверо з заручників згодом стали особливо близькі до цих грабіжникам, пізніше захищали їх, коли вони здалися поліції. Одна жінка навіть розлучилася зі своїм чоловіком і вийшла заміж за одного з нападників. Даний термін визначає ситуацію, в якій заручники ніби «переходять» на бік злочинців, що проявляється і в думках, і у вчинках. На думку психологів, жертви терористів зі страху перед ними починають діяти як би заодно зі своїми мучителями, налаштовуються на повне підпорядкування загарбнику і прагнуть всіляко сприяти йому, за відсутності

можливості визволитися власними силами. Спочатку це роблять для порятунку свого життя в стресовій ситуації, щоб уникнути насильства. Смирення і демонстрація смирення знижують майже будь-яку саму сильну агресивність. Потім — тому, що породжене синдромом ставлення до людини, від якої залежить життя, повністю охоплює заручника, і він навіть починає щиро симпатизувати своєму мучителю. Тобто це сильна емоційна прихильність до того, хто погрожував і був готовий вбити, але не здійснив загроз. Для формування «стокгольмського синдрому» необхідно збіг певних обставин:

- Психологічний шок і фактор раптовості ситуації захоплення.
- Коли людина, тільки що вільна, виявляється в прямій залежності від терористів.
- Тривалість утримання заручників.
- Заручники піддаються найсильнішому психологічному тиску.
- Фактор часу на стороні терористів, і з плином часу зростає ймовірність все більшого підпорядкування чужій волі.
- Принцип психологічного захисту.
- Будь-який стресовий стан занурює людину в депресію, і чим сильніше переживання, тим глибше.

«Стокгольмський синдром» став об'єктом дослідження психологів різних напрямків і шкіл, думки яких сходяться в тому, що за появу синдрому відповідальні механізми психологічного захисту. Людина як би уподібнюється маленькій дитині, яку несправедливо образили, чекає захисту і, не знаходячи його, починає пристосовуватися до кривдника, з яким можна домовитися лише єдиним безпечним для себе способом. Подібна метаморфоза у поведінці заручників і є, по суті, форма психологічного захисту. Така реакція проявляється не у всіх, а лише в деякій частині заручників. Як правило, у таких заручників є щось спільне в характері, і їх об'єднує певний досвід дитинства. Угорський психоаналітик Шандор Ференці, послідовник Фрейда З., порівнює

психологічну травму, пов'язану з захопленням заручників, з побиттям сплячої дитини. Повторювані переживання травми зводять того, хто її переживає, «майже на рівень забитої дурної тварини».

## **Тема 10. Схема надання першої психологічної допомоги**

### ***Підготовчий етап надання першої психологічної допомоги***

1. Прибуття на місце.
2. Надання послуг.
3. Зберігайте емоційну рівновагу і спокій.
4. Необхідність врахування культурних і інших особливостей.
5. Будьте уважними до осіб, які відносяться до груп підвищеного ризику.

### ***Контакт і взаємодія***

1. Представтесь / запитайте про нагальні потреби. Безпека і комфорт.
1. Забезпечте почуття безпосередньої фізичної безпеки.
2. Підвищте почуття передбачуваності, контролю, комфорту та безпеки.
3. Забезпечте простою інформацією про діяльність служби реагування під час катастроф.
4. Сприяйте фізичному комфорту.
5. Сприяйте соціальній активності.
6. Проявіть увагу до дітей, які розлучені зі своїми батьками.
7. Захищайте від додаткових травмуючих переживань і нагадувань про травму.
8. Приділяйте особливу увагу особам, які гостро переживають важку втрату.
9. Діти та підлітки (важка втрата).

### ***Стабілізація***

1. Стабілізувати емоційно-перевантажених осіб, що пережили лихо чи катастрофу

### ***Збір інформації: Поточні потреби і проблемні питання***

1. Природа і тяжкість переживань під час лиха.
2. Смерть члена сім'ї або близького друга.

3. Стурбованість щодо безпосередніх обставин після лиха і поточної загрози.
4. Розлука з або занепокоєння про безпеку рідних і близьких
5. Фізична хвороба і потреба в ліках.
6. Втрати, понесені в результаті лиха (дім, школа, місце проживання, бізнес, особиста власність, або домашні тварини).
7. Надзвичайне почуття провини або сорому.
8. Думки про заподіяння шкоди собі чи іншим.
9. Відсутність адекватної підтримуючої соціальної мережі.
10. Вживання алкоголю або наркотиків в минулому.
11. Перенесення травми і втрати в минулому (коротко і факти).
12. Психологічні проблеми в минулому (коротко і факти).

### ***Практична допомога***

1. Виявити найбільш нагальну потребу.
2. Роз'яснити потребу.
3. Обговорити план дій.
4. Діяти з метою вирішення цієї потреби.

### ***Співпраця з органами соціального забезпечення і підтримки***

1. Сприяти спілкуванню із найближчими особами (сім'я та близькі люди) задля отриманням первинної підтримки.
2. Заохочення прийняття підтримки від тих осіб, які можуть її негайно надати.
3. Обговорити шляхи пошуку підтримки та її надання.
4. Випадки, коли соціальна підтримка безсильна.

### ***Інформація щодо психологічного управління стресовою подією***

1. Психоедукація. Надати основну інформацію стосовно стресових реакцій.
2. Продемонструвати прості методи релаксації. Зв'язок з сервісами взаємодії.
3. Забезпечити пряме посилання на додаткові послуги, в яких може виникнути необхідність.

### ***Перша допомога при різних психічних станах***

- *Маячня і галюцинації.* Критична ситуація викликає у людини сильний стрес, призводить до сильного нервового напруження, порушує рівновагу в організмі, негативно позначається на здоров'ї в цілому - не тільки фізичному, але і психічному теж.

Ознаки:

*Маячня:* Помилкові уявлення або умовиводи, в помилковості яких потерпілого неможливо переконати.

*Галюцинації:* Потерпілий сприймає об'єкти, які в даний момент не впливають на відповідні органи чуття (чує голоси, бачить людей, відчуває запахи та ін., яких немає насправді).

*Перша допомога:* До прибуття фахівців, стежте за тим, щоб потерпілий не нашкодив собі і оточуючим. Приберіть від нього предмети, що представляють потенційну небезпеку. Переведіть потерпілого у відокремлене місце, не залишайте його одного. Говоріть з потерпілим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним, не намагайтеся його переконати.

Пам'ятайте! У такій ситуації переконати потерпілого неможливо.

- *Апатія.* Апатія може виникнути:
  - ✓ після тривалої напруженої, але безуспішної роботи (діяльності);
  - ✓ або в ситуації, коли людина терпить серйозну невдачу, перестає бачити сенс своєї діяльності;
  - ✓ або коли не вдалося когось врятувати (потрапив в біду, загинув).

Навалюється відчуття втоми, таке, що не хочеться ні рухатися, ні говорити: руху і слова даються з великими труднощами. В душі - порожнеча, немає сил навіть на прояв почуттів. Якщо людину залишити без підтримки і допомоги в такому стані, то апатія може перерости в депресію (важкі і болісні емоції, пасивність поведінки, почуття провини, відчуття безпорадності перед обличчям життєвих труднощів, безперспективність і т. д.). У стані апатії людина може знаходитися від декількох днів до декількох тижнів.

Ознаки:

- ✓ байдуже ставлення до навколишнього,

- ✓ млявість, загальмованість,
- ✓ мова повільна, з великими паузами.

*Перша допомога:*

Поговоріть з потерпілим. Задайте йому кілька простих запитань виходячи з того, знаком він Вам чи ні.

«Як тебе звати?»,

«Як ти себе почуваєш?»,

«Хочеш їсти?» І т. п.

Проводьте потерпілого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися (обов'язково знявши взуття). Візьміть потерпілого за руку або покладіть свою руку йому на чоло, руку. Дайте постраждалому поспати або просто полежати. Якщо немає можливості відпочити (подія на вулиці, в громадському транспорті і т. п.), то більше говорите з ним, залучаючи його в будь-яку спільну діяльність.

- *Ступор.* Ступор - одна з найсильніших захисних реакцій організму. Відбувається після найсильніших нервових потрясінь (землетрус, вибух, напад, жорстоке насильство і т. п.), коли людина витратила стільки енергії на виживання, що сил на контакт з навколишнім світом у неї вже немає.

Ступор може тривати від декількох хвилин до декількох годин. Тому, якщо не надати допомогу, і потерпілий буде в такому стані досить довго, це призведе до його фізичного виснаження. Так як контакту з навколишнім світом немає, потерпілий не помітить небезпеку і не зробить дій, щоб її уникнути.

*Ознаки:*

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

*Перша допомога:*

Зігніть потерпілому пальці на обох руках і притисніть їх до основи долоні. Великі пальці повинні бути виставлені назовні.

Кінчиками великого і вказівного пальців масажуйте потерпілому точки, розташовані на лобі, над очима рівно посередині між лінією росту волосся і бровами, чітко над зіницями.

Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Налаштуйте своє дихання під ритм його дихання. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути бачити. Тому говорите йому на вухо, тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні).

Пам'ятайте! Необхідно будь-якими засобами домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння. Можливе напруження окремих груп м'язів.

- *Рухове збудження.* Іноді потрясіння від критичної ситуації (вибухи, стихійні лиха і т. д.) настільки сильне, що людина просто перестає розуміти, що відбувається навколо нього. Вона не в змозі визначити де вороги, а де свої, де небезпека, а де порятунок. Людина втрачає здатність логічно мислити і приймати рішення, стає схожим на тварину, що метастється в клітці.

«Я побіг, а коли прийшов до тями, виявилось, що не знаю, де перебуваю».

«Я щось робив, з кимось розмовляв, але нічого не можу згадати».

*Ознаки:*

- ✓ Різкі рухи, часто безцільні і безглузді дії,
- ✓ Ненормально гучна мова або підвищена мовленнєва активність (людина говорить без зупинки, іноді абсолютно безглуздо),
- ✓ Часто відсутня реакція на оточуючих (на зауваження, прохання, накази).

Пам'ятайте! Потерпілий може заподіяти шкоду собі та іншим.

*Перша допомога:*

Використовуйте прийом «захоплення»: перебуваючи позаду, просуньте свої руки потерпілому під пахви, притисніть його до себе і злегка перекиньте на себе. Ізолюйте потерпілого від оточуючих.

Пам'ятайте! Якщо не надати допомогу розлюченій людині, це призведе до небезпечних наслідків: через знижений контроль своїх дій людина буде робити необдумані вчинки, може нанести каліцтва собі та іншим.

Зведіть до мінімуму кількість оточуючих. Дайте постраждалому можливість «випустити пар» (наприклад, виговоритися, або «побити» подушку). Доручіть роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням.

Демонструйте доброзичливість, навіть якщо Ви не згодні з постраждалими, не звинувачуйте його самого, а висловлюйтеся з приводу його дій. Інакше агресивна поведінка буде направлена на Вас. Не можна говорити: «Що ж ти за людина!» Необхідно говорити: «Ти жахливо злишся, тобі хочеться все рознести вщент. Давай разом спробуємо знайти вихід з цієї ситуації».

Намагайтеся розрядити обстановку смішними коментарями або діями. Агресія може бути погашена страхом покарання.

Масажуйте постраждалому «позитивні» точки.

Говоріть спокійним голосом про почуття, які він відчуває. (Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося. Ти хочеш сховатися від того, що відбувається.).

Не сперечайтесь з потерпілим, не ставте жодних запитань, в розмові уникайте фраз з часткою «не», що відносяться до небажаних дій («Не біжи», «Не розмахуй руками», «Не кричи»).

Рухове збудження зазвичай триває недовго і може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивною поведінкою.

- *Агресія.* Агресивна поведінка - один з мимовільних способів, яким організм намагається знизити високу внутрішню напругу. Прояв злості або агресії може зберігатися досить тривалий час і заважати самому потерпілому і оточуючим.

*Ознаки:*

- ✓ Роздратування, невдоволення, гнів (з будь-якого, навіть незначного приводу),

- ✓ Нанесення навколишнім ударів руками або будь-якими предметами,
- ✓ Словесні образи, лайки,
- ✓ М'язова напруга,
- ✓ Підвищення кров'яного тиску

Вид агресії, коли немає мети отримати вигоду від агресивної поведінки, або якщо намагається зробити суворе покарання і ймовірність його здійснення велика.

*Ознаки:*

- ✓ Напруга м'язів (особливо обличчя),
- ✓ Сильне серцебиття,
- ✓ Прискорене поверхнєве дихання,
- ✓ Знижений контроль власної поведінки.

- *Панічний страх, жах* може спонукати до втечі, викликати заціпеніння або, навпаки, збудження, агресивної поведінки. При цьому людина погано контролює себе, не усвідомлює, що робить і що відбувається навколо.

*Перша допомога:*

Покладіть руку потерпілого собі на зап'ясті, щоб він відчув Ваш спокійний пульс, Це буде для нього сигналом: «Я зараз з тобою, ти не один».

Дихайте глибоко і рівно. Спонукайте потерпілого дихати в одному з Вами ритмі. Якщо потерпілий говорить, слухайте його, висловлюйте зацікавленість, розуміння, співчуття.

Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

Пам'ятайте! Страх може бути корисним, коли допомагає уникати небезпеки. Тому боротися з острахом потрібно тоді, коли він заважає жити нормальним життям.

- *Нервове тремтіння.* Людина, яка щойно пережив аварію, напад або стала свідком події, учасником конфлікту (бойового зіткнення) сильно тремтить. З боку це виглядає так, ніби вона змерзла. Однак причина в іншому.

Після екстремальної ситуації з'являється неконтрольоване нервово-тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Так організм «скидає напругу». Якщо цю реакцію зупинити, то напруга залишиться всередині, в тілі, і призведе до м'язової болі, а в подальшому це може спричинити розвиток серйозних захворювань таких як гіпертонія, виразка та ін.

*Перша допомога:*

Потрібно посилити тремтіння. Візьміть потерпілого за плечі і сильно, різко потрясіть протягом 10-15 секунд. Продовжуйте розмовляти з ним, інакше він може сприйняти Ваші дії як напад.

Після завершення реакції необхідно дати потерпілому можливість відпочити. Бажано укласти його спати.

Тремитіння виникає раптово - відразу після інциденту або через якийсь час. Виникає сильне тремтіння всього тіла або окремих частин (людина не може утримати в руках дрібні предмети, запалити сірник). Реакція триває досить довгий час (до кількох годин). Потім людина відчуває сильну втому і потребує відпочинку

Не можна!

- ✓ Обіймати потерпілого або притискати його до себе
- ✓ Вкривати потерпілого чимось теплим
- ✓ Заспокоювати постраждалого, казати, щоб він взяв себе в руки.

Кожна людина хоч раз у житті плакала. І кожен знає, що після того, як даси волю сльозам, на душі стає трохи легше. Подібна реакція обумовлена фізіологічними процесами в організмі. Коли людина плаче, в організмі виділяються речовини, що мають заспокійливу дію. Добре, якщо поруч є хтось, з ким можна розділити горе.

*Ознаки:*

- ✓ Людина вже плаче або готовий розридатися,
- ✓ Тремтять губи,
- ✓ Спостерігається відчуття пригніченості,

- ✓ На відміну від істерики немає порушення і поведінці

Пам'ятайте!

Не відбувається емоційної розрядки, полегшення, якщо людина стримує сльози. Коли ситуація затягується, внутрішнє напруження може завдати шкоди фізичному та психічному здоров'ю людини. Не дарма кажуть: «Зійшов з розуму від горя».

*Перша допомога:*

Не залишайте постраждалого одного. Встановіть фізичний контакт з потерпілим (візьміть його за руку, покладіть свою руку йому на плече або спину, погладьте його по голові). Дайте йому відчуття, що Ви поруч.

Застосовуйте прийоми «активного слухання» (вони допоможуть потерпілому виплеснути своє горе):

- ✓ Періодично вимовляєте «ага», «так», киваючи головою, тобто підтверджуйте, що слухаєте і співчуваєте;
- ✓ Повторюйте за потерпілим уривки фраз, в яких він висловлює почуття; говоріть про свої почуття і почуття потерпілого.
- ✓ Не намагайтеся заспокоїти постраждалого. Дайте йому можливість виплакати і виговоритися, «виплеснути з себе горе, страх, образи».
- ✓ Не ставте запитань, не давайте порад.

Пам'ятайте! Ваше завдання - вислухати.

- *Істеричний припадок* триває кілька годин або кілька днів.

*Ознаки:*

- ✓ зберігається свідомість,
- ✓ надмірне збудження, безліч рухів, театральні пози,
- ✓ мова емоційно насичена, швидка,
- ✓ крики, ридання.

*Перша допомога:*

Видаліть глядачів, створіть спокійну обстановку. Сидіть з потерпілим наодинці, якщо це не небезпечно для Вас.

Несподівано зробіть дію, яке може сильно здивувати (можна дати ляпаса, облили водою, з гуркотом упустити предмет, різко крикнути на потерпілого).

Говоріть з потерпілим короткими фразами, впевненим тоном ( «Випий води», «Умийся»).

Після істерики настає занепад сил. Покладіть постраждалого спати, до прибуття фахівця спостерігайте за його станом.

Не потурайте бажанням потерпілого.

## Плани практичних занять

### Практичне заняття № 1

#### Тема: Поняття екстремальності. Види екстремальних ситуацій умовах

##### *План*

1. Поняття ризику, екстремальності, екстремальної ситуації, екстремального стану.
2. Співвідношення понять «стрес», «криза», «екстремальна ситуація», «травма».
3. Історія розвитку екстремальної галузі психологічної науки.
4. Види екстремальних ситуацій. Класифікація екстремальних ситуацій.
5. Типологія екстремальних ситуацій: за змістом діючих чинників, за характером виникнення, за тривалістю дії, за можливістю розв'язання, за наслідками, за сферою життєдіяльності людей.
6. Епідемії, природні лиха та їх наслідки, техногенні катастрофи, аварії на атомних станціях, вибухи газу, авіа-, залізничні та автокатастрофи. Вплив природніх та техногенних катастроф на психологічні особливості поведінки людини.
7. Соціальні катастрофи: військові дії, міжетнічні конфлікти, теракти, перебування у полоні, бандитські напади. Вплив соціальних катастроф на психологічні особливості поведінки людини.

##### ***Самостійна робота студентів:***

1. Використовуючи рекомендовані наукові джерела та інтернет-ресурси, провести диференціацію та співвідношення понять: «стрес», «криза», «травмуюча ситуація», «екстремальна ситуація», «надзвичайна ситуація».

Ознайомитись із різними ситуаціями в історії розвитку людства і описати їх з точки зору їх приналежності до стресових, кризових, травмуючих або екстремальних ситуацій. Важливо, щоб у процесі опису було виокремлено усі запропоновані види складних життєвих ситуацій (і стресові, і кризові, і травмуючі, і екстремальні, і надзвичайні ситуації)

Заповнити таблицю:

Опис ситуації	Психологічна характеристика ситуації

**2. Підготувати доповідь (презентацію, реферат) на одну з тем:**

1. Поняття та сутність екстремальності. Основні концепції детермінації екстремальної поведінки
2. Екстремальні життєві ситуації.
3. Основні чинники виникнення екстремальності та екстремальної поведінки.
4. Катастрофа. Психологія катастрофи.
5. Надзвичайні ситуації в сучасних умовах та їх вплив на поведінку людини.
6. Оптимальні і екстремальні умови життя і діяльності.
7. Суспільство в ситуації нестабільності. Соціальні стреси і здоров'я в сучасному суспільстві.
8. Психологія тероризму і жертв терористичних актів.
9. Проблема безпеки та її забезпечення.
10. Військові дії як надзвичайна ситуація.
11. Масова свідомість і явища в екстремальних ситуаціях.
12. Феномен паніки і агресії.
13. Агресія в сучасному суспільстві.
14. Агресія в міжособистісних взаєминах.

**Практичне заняття № 2**

**Тема: Поняття про психологію стресу та психологічну адаптацію**

*План*

1. Уявлення про стрес. Концепція стресу Г. Сельє.
2. Фізіологічні (адаптаційні) теорії стресу.

3. Психологічні теорії стресу.
4. Психологічний стрес та його психологічні характеристики.
5. Нейробіологія стресу.
6. Види стресу. Типологія стресорів.
7. . Характеристика станів психоемоційної напруженості:
  - 7.1. Психологічні особливості стресових станів
  - 7.2. Фрустрація та її прояви
  - 7.3. Характеристика афективних станів
8. Професія педагога, кризового психолога як стресогенний чинник.

### ***Самостійна робота студентів:***

1. А.Г. Маклаков виокремлює такі внутрішні та зовнішні умови життєдіяльності людини: оптимальні, паракстремальні, екстремальні, паратермінальні та термінальні.

Використовуючи рекомендовані наукові джерела та інтернет-ресурси, ***описати різні екстремальні ситуації***, вказуючи та визначаючи саме які умови життєдіяльності людини характерні для цієї ситуації.

2. **Підготувати доповідь (презентацію, реферат) на одну з тем:**
  1. Диференціація стресу, емоційних станів та стомлення.
  2. Індивідуальна значущість стресорів. Індивідуальний стресовий профіль. Копінг-стратегії.
  3. Типологія стресових розладів.
  4. Професійний стрес у працівників МНС України, кризових психологів
  5. Екстремальні ситуації та стрес в предметно-професійній діяльності та повсякденно-побутовому житті.
  6. Перебільшення звичайного адаптивного потенціалу людини: життєві труднощі, критичні ситуації, негативні життєві події, стресові життєві події, травматичні події, небажані події, життєві кризи.
  7. Поняття про бар'єри психічної адаптації.

8. Поведінкові, емоційні, мовленнєві, професійні аспекти діагностики межових психічних станів.
9. «Ціна діяльності» та «ціна адаптації» людини в умовах несприятливих впливів – чинників професійної сфери.
10. Резерви людського організму. Біологічні ритми та адаптація.
11. Служба в армії як стресогенний чинник.

### **Практичне заняття №3**

**Тема: Профілактика професійної деформації та вторинної травматизації**

#### *План*

1. Екстремальні умови професійної діяльності. Проблеми адаптації до екстремальних умов.
2. Екстремальні професії.
3. Професійна діяльність в екстремальних умовах. Вимоги до особистості працівника.
4. Проблема емоційного вигорання та розвитку у фахівців, працюючих з психотравмою. Симптоми емоційного вигорання.
5. Вторинний травматичний стрес, причини й способи запобігання.
6. Професійна компетентність психолога; неефективна поведінка психолога; інтегрування досвіду.

#### ***Самостійна робота студентів:***

1. Провести психодіагностичне дослідження з метою визначення ступеня професійного вигорання, нервово-психічної стійкості тощо.
2. Підготувати техніки, вправи і прийоми щодо профілактики емоційного вигорання і вторинної травматизації (не менше 5) і провести в групі.
3. *Підготувати доповідь (презентацію, реферат) на одну з тем:*
  1. Структура емоційного вигорання за В. Бойко: нервова напруга, резистенція, виснаження.
  2. Стратегії неефективної поведінки психолога.

3. Професійні захворювання. Психогігієна в професійній діяльності. Професійна деформація як наслідок перебування в екстремальній ситуації. Вплив особливостей діяльності на розвиток професійної деформації.
4. Критерії оцінки успішності професійної діяльності.
5. Психологічний аналіз особистісних особливостей, які забезпечують високий рівень стресостійкості.
6. Підвищення стресостійкості та психогігієна в професійній діяльності. Засоби подолання емоційного вигорання і вторинної травматизації.
7. Професійна діяльність в екстремальних умовах. Вимоги до особистості працівника.
8. Симптоми професійного вигорання (емоційна виснаженість, цинізм, професійна неефективність).
9. Структура емоційного вигорання за В. Бойко: нервова напруга; резистенція; виснаження.
10. Професійні захворювання.
11. Психогігієна в професійній діяльності.
12. Професійна деформація як наслідок перебування в екстремальній ситуації.
13. Вплив особливостей діяльності на розвиток професійної деформації.
14. Зв'язок професійного вигорання з професійною діяльністю.
15. Співвідношення понять «емоційне вигорання» і депресія, стрес.
16. Теоретичні підходи до описування емоційного вигорання: інтерперсональний, індивідуальний, організаційний.
17. Соціально-демографічні, особистісні, організаційні фактори емоційного вигорання.

#### **Практичне заняття № 4**

**Тема: Психологічні особливості травмуючих ситуацій та їх вплив на людину**

## *План*

1. Поняття про психологію травмуючих ситуацій. Визначення поняття «психотравмуюча ситуація».
2. Співвідношення понять «криза» та «психотравмуючий чинник», «психічна травма».
3. Класифікація психотравм, основні критерії класифікації.
4. Психологічні механізми виникнення та перебігу психотравми.
5. Особливості функціонування Его-системи після пережитих подій.

### ***Самостійна робота студентів:***

1. Прочитати, опрацювати та законспектувати книгу Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію /Мартина Мюллер // пер. з англ. Діана Бусько; наук. ред. Катерина Явна. (Серія «Сам собі психотерапевт»). – Львів : Видавництво Українського католицького університету: Свічадо, 2014. - 120 с.
2. **Підготувати доповідь (презентацію, реферат) на одну з тем:**
  1. Проблеми психології травмуючих ситуацій.
  2. Вплив психотравми на життєву перспективу особистості.
  3. Конструктивне й деструктивне вирішення проблем кризових станів.
  4. Психосоціальні проблеми людини в посттравматичний період.
  5. Вегетативні прояви психічних станів.
  6. Вікові особливості діагностики психічних станів.
  7. Особливості психологічного захисту особистості в ситуаціях фізичного, психологічного, сексуального насильства.
  8. Клінічні особливості та форми проявів психогенних розладів як наслідок психотравми. Чинники виникнення психогеній.
  9. Психічна напруга та фрустраційні стани під час переживання травматичного стресу.
  10. Стрес і травматичний невроз.

11. Типологія екстремальних психічних станів в залежності від віку, статі та інших характеристиках жертви. Патологічні психогенні реакції при психотравмі.
12. Гострі афективно-шокові реакції при психотравмі.
13. Межові переживання та їх роль в посттравматичному функціонуванні та розвитку особистості.
14. Внутрішня робота особистості з прийняття / відторгнення психотравмуючого досвіду.
15. Порухення окремих психічних функцій і викривлення розвитку особистості під впливом психотравмуючих чинників.

### **Практичне заняття № 5**

**Тема: Стрес і травматичний стрес. ПТСР та інші психічні розлади як наслідок впливу психотравмуючої ситуації**

#### *План*

1. Гостра психічна травма. Хронічна психічна травма; накопичений травматичний стрес.
2. Сутність поняття, феноменологія. Діагностичні критерії ПТСР відповідно класифікатору ДСМ-4.
3. Психологічні механізми виникнення посттравматичного стресу. Етапи розвитку ПТСР.
4. Теоретичні моделі ПТСР.
5. Фактори ризику ПТСР. Характеристика психічних функцій при ПТСР.
6. Механізми захисту психіки від травматичних переживань.

#### ***Самостійна робота студентів:***

1. Ознайомитись із працею Л.О. Кітаєв-Смик «Психологія бойового стресу» (Текст доповіді на конференції «Психологія війни» у Військовому університеті МВ) та письмово надати відповідь на запитання:
  - Типи солдат, котрі пережили деструктивний стрес.

- Бойовий стрес 1,2,3 рангів.
  - Наслідки переживання стресу військовослужбовцями.
- 2. Підібрати вправи, техніки та прийоми щодо психокорекції і психотерапії ПТСР.**
- 3. Підготувати доповідь (презентацію, реферат) на одну з тем:**
1. Види і динаміка психогенних розладів, що виникають в небезпечних для життя ситуаціях.
  2. Діагностика стресових розладів. Особливості діагностики ПТСР.
  3. Клінічні особливості психогенних розладів, що перенесли психотравмуючу ситуацію.
  4. Система психогенній як наслідок екстремальних ситуацій.
  5. Клінічні особливості й форми проявів психогенних розладів як наслідок психотравми.
  6. Види і динаміка психогенних розладів, що виникають в небезпечних для життя ситуаціях.
  7. Переживання дітей після подій, пов'язаних з військовими діями.
  8. Основні чинники, що зумовлюють можливість виникнення психогенних психічних розладів.
  9. Дисоціація і посттравматичний розлад.
  10. Лікування ПТСР.

### **Практичне заняття №6**

**Тема: Особливості переживання психотравмуючої ситуації дітьми та підлітками**

#### *План*

1. Причини виникнення психічної травматизації дитини.
2. Психологічна характеристика дітей на різних етапах онтогенезу, що пережили психотравмуючу ситуацію.
3. Прояви на психосоматичному, когнітивному, поведінковому, внутрішньоособистісному та міжособистісному рівнях.

4. Основні проблеми несприятливого дитинства та види травматизації дитини.
5. Переживання дітей при стихійних явищах і катастрофах. Терористичні акти.
6. Психосоматичні розлади у дітей та підлітків при спихотравмі.
7. Особливості переживання посттравматичного стресу у дітей.
8. Психотравма і психічний розвиток дітей та підлітків. Психологічні прояви травматичного переживання подій у дітей та підлітків. Чинники підвищеного ризику психічної травматизації дитини. Психологічний аналіз сімейного виховання як психотравмуючий фактор.
9. Вплив психотравми на розвиток особистості підлітка.
10. Особливості переживання подій минулого дітьми та підлітками.
11. Моделі поведінки підлітків в стресових та психотравмуючих ситуаціях. Розвиток особистості і образу «Я» дітей та підлітків, що мають психотравмуючий досвід.
12. Сім'я на допомогу дітям у складних життєвих оставинах. Специфіка психотравми у дітей, чинники, що призводять до виникнення психотравми у дітей та підлітків.

Підготуватись до дискусії на тему впливу батьківсько-дитячих відносин на виникнення травматизації дитини:

- Типи та види психотравмуючих батьківсько-дитячих взаємин.
- Порухення захисної функції матері на ранніх етапах онтогенезу дитини, вплив цих порушень на подальший розвиток особистості.
- Травматизуюча система значущих взаємин в дитинстві та отрочтві: її внесок в розвиток особистості.
- Сімбіотичний зв'язок між дитиною та одним з батьків як фактор її психотравматизації.
- Нав'язування дитині певної ролі в родині як фактор її психічної травматизації.
- Психологічне «відторгнення» дитини як фактор травматизації.

- Дитяче насильство. Соціальна депривація. Діти в умовах інтернатних закладів та дитячих будинках сімейного типу.
- Переживання дітей після подій, пов'язаних з військовими діями.
- Переживання дітей при стихійних явищах і катастрофах.
- Терористичні акти і діти.
- Психогенні розлади у дітей та підлітків.
- Особливості психотерапії дітей та підлітків.

### *Самостійна робота студентів*

**Підготувати доповідь (презентацію, реферат) на одну з тем:**

1. Особливості переживання психотравмуючої ситуації дітьми (письмово/доповідь або відеопрезентація).
2. Психотравма і психічний розвиток дітей та підлітків.
3. Чинники підвищеного ризику психічної травматизації дитини.
4. Психологічний аналіз зовнішнього сімейного виховання як психотравмуючий фактор.
5. Вплив психотравма на розвиток особистості підлітка.
6. Особливості переживання психотравмуючих подій минулого дітьми та підлітками.
7. Моделі поведінки підлітків в стресових ситуаціях.
8. Розвиток особистості і образу «Я», що мають психотравмуючий досвід.
9. Психогенні розлади у дітей та підлітків.
10. Сім'я як джерело психологічної травми.
11. Порухення особистісних передумов нормального функціонування сім'ї.
12. Порухення уявлень подружжя про сім'ю та особистість один одного.
13. Порухення міжособистісної комунікації в сім'ї.
14. Порухення механізмів інтеграції сім'ї.
15. Порухення структурно-рольових аспектів життєдіяльності сім'ї.
16. Методи сімейної діагностики..

### *Практичні завдання*

## 1. Підготувати доповідь (повідомлення) на одну з тем:

- Розлучення і дестабілізація шлюбно-сімейних взаємин.
- Порушення життєдіяльності сім'ї, що має хворого члена сім'ї.
- Подружні дисгармонії.
  - Стилi подружньої взаємодії.
  - Типології та зміст сімейних конфліктів.
    - Стратегії поведінки в конфліктах.
- Сімейно-сексуальні дисгармонії.
  - Специфіка змісту подружніх конфліктів на різних етапах подружнього життя.

2. Провести психодіагностичне дослідження взаємовідносин в сім'ї.

3. Скласти конспект консультації та надання рекомендацій щодо роботи з особистістю у посткризовий для неї період.

## Практичне заняття №10

### Тема: Надання першої психологічної допомоги

Цілі, завдання першої психологічної допомоги. Моделі екстреної допомоги. Міжвідомча взаємодія. Функції та внутрішньогрупова взаємодія спеціалістів служби Екстреної психологічної допомоги. Сфери впливу (мішень), проблеми, з якими працюють психологи, що надають першу психологічну допомогу.

Методи, що використовують фахівці екстреної психологічної допомоги. Прийоми «допсихологічної» допомоги: ведення та інформування, психологічне втручання (інтервенція), кризисне втручання, психологічний дебрифінг, психічна регуляція та саморегуляція.

Екстрена психологічна допомога в екстремальних ситуаціях. Психологічна допомога потерпілим в різних станах: маячня та галюцинації, апатія, ступор, рухове збудження, агресія, страх, істерика, нервові тремтіння, плач, спроба самогубства.

## Варіанти контрольної роботи

### Варіант 1

#### Контрольна робота

з курсу «Психологія екстремальних ситуацій»

студента/тки \_\_\_\_\_ групи \_\_\_\_\_

1. Джекоб Мендос да-Коста описав психічні порушення у солдатів часів:
  - 1) громадянської війни в Америці;
  - 2) в'єтнамської війни в Америці;
  - 3) першої світової війни.
2. Ситуація, що потребує від людини значної зміни уявлень про себе і світ за короткий проміжок часу, є:
  - 1) екстремальною;
  - 2) кризовою;
  - 3) психотравмуючою.
3. Зміна динаміки психічних функцій, ослаблення пам'яті, розсіювання уваги, зменшення сенсорної чутливості, гальмування процесу ухвалення рішення відноситься до:
  - 1) фізіологічних ознак;
  - 2) медичних ознак;
  - 3) психологічних ознак.
4. Наведіть дії психолога при першій психологічній допомозі в екстремальній ситуації.
5. Наведіть приклад психотерапевтичного втручання після переживання травматичної ситуації (теракт, насильство, втрата, техногенні, екологічні катастрофи тощо, на вибір).

## Варіант 2

### Контрольна робота

з курсу «Психологія екстремальних ситуацій»

студента/тки \_\_\_\_\_ групи \_\_\_\_\_

6. Перші наукові відомості про психотравмуючу дію екстремальної ситуації на психічний стан відносяться:
  - 1) до періоду античності;
  - 2) до другої половини 19 ст.;
  - 3) до другої половини 20 ст.
7. Ситуація на певній території, яка склалася в результаті аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного або іншого лиха, яке може призвести до людських жертв, шкоди здоров'ю людей або навколишнього середовища, значних матеріальних втрат і порушень умов життєдіяльності людей, називається:
  - 1) кризовою ситуацією;
  - 2) надзвичайною ситуацією;
  - 3) екстремальною ситуацією.
8. Підвищена нервозність, наявність істеричних реакцій, головні болі, безсоння, непритомності відноситься до:
  - 1) медичних ознак;
  - 2) психологічних ознак;
  - 3) особистісних ознак.
9. Назвіть основні симптоми при посттравматичному стресовому розладі.
10. Наведіть приклад психотерапевтичного втручання після переживання травматичної ситуації (теракт, насильство, втрата, техногенні, екологічні катастрофи тощо, на вибір).

## Варіант 3

### Контрольна робота

з курсу «Психологія екстремальних ситуацій»

студента/тки \_\_\_\_\_ групи \_\_\_\_\_

11. Вторинними психотравмуючими чинниками після впливу катастрофічної події є:
  - 1) емоційне збудження потерпілого;
  - 2) незадоволення основних потреб після катастрофи;
  - 3) ступінь впливу (отримана травма, загибель близьких людей, матеріальні втрати).
12. Ситуація, що виникла раптово, і яка загрожує людині, або сприймається як загрозна для життя, здоров'я, особистісної цілісності, благополуччя, є:
  - 1) екстремальною.;
  - 2) психотравмуючою;
  - 3) кризовою.
13. Частий пульс, почервоніння або збліднення шкіри, збільшення адреналіну в крові та інші ознаки відносяться до:
  - 1) фізіологічних ознак;
  - 2) психологічних ознак;
  - 3) особистих ознак.
14. Опишіть симптоми переживання психотравми дітей дошкільного віку.
15. Наведіть приклад психотерапевтичного втручання після переживання травматичної ситуації (теракт, насильство, втрата, техногенні, екологічні катастрофи тощо, на вибір).

## Варіант 4

### Контрольна робота

з курсу «Психологія екстремальних ситуацій»

студента/тки \_\_\_\_\_ групи \_\_\_\_\_

15. Термін «солдатське серце» увів:

- б) П.Б. Ганнушкін;
- в) З. Фрейд;
- г) Да Коста.

16. Ситуація, яка є небезпечною для життя і здоров'я людини, і може супроводжуватися відчуттям безсилля, страху, жахливими картинками, – це :

- 1) криза;
- 2) психотравмуюча подія;
- 3) стрес.

17. Зниження самоконтролю, пасивність і стереотипність поведінки, нездатність до творчих рішень, страх, тривожність відноситься до:

- 1) психологічних ознак;
- 2) медичних ознак;
- 3) особистісних ознак.

18. Опишіть гострі реакції на стрес та декілька засобів першої психологічної допомоги при кожному з них.

19. Наведіть приклад психотерапевтичного втручання після переживання травматичної ситуації (теракт, насильство, втрата, техногенні, екологічні катастрофи тощо, на вибір).

## Завдання для самостійної роботи

- 1 Доберіть з психологічної літератури, художньої літератури, життєвого досвіду приклади ситуацій, в яких дорослі або діти пережили екстремальні події (детально описати ситуацію, не менше 5).
- 2 Зробити психодіагностичне дослідження дорослого або підлітка на наявність суїцидального ризику, ознак наслідку психотравмуючого стресу, ступеня професійного вигорання (для дорослих), нервово-психічного виснаження тощо (не менше 2 методик) (Додаток 1).
- 3 Підберіть психотерапевтичні вправи для психопрофілактичної, психокорекційної, психореабілітаційної роботи з дорослими або дітьми, що знаходяться в важкому психоемоційному стані внаслідок екстремальних, психотравмуючих подій (Додаток 1).
- 4 Реферат (Додаток 2).

Додаток 2

### ***Ситуації, що впливають на психоемоційний стан індивіда***

*(підібрати психотерапевтичні вправи, методи, прийоми для роботи з клієнтами, що знаходяться в наведених нижче ситуаціях)*

- 1 Техногенні катастрофи.
- 2 Екологічні катастрофи.
- 3 Самотність.
- 4 Екзистенційна криза особистості.
- 5 Професійна деформація, професійне вигорання.
- 6 Служба в армії як стресогенний чинник.
- 7 Сімейні кризи і розлучення батьків.
- 8 Екстремальні життєві ситуації.
- 9 Фізичне насильство.
- 10 Сексуальне насильство.

- 11 Економічне насильство.
- 12 Психологічне (моральне) насильство.
- 13 Соціальні катаклізми і катастрофи.
- 14 Військові конфлікти.
- 15 Фінансові катаклізми.
- 16 Втрата близької людини.
- 17 Втрата роботи.
- 18 Втрата здоров'я (термінальний стан).
- 19 Втрата свободи.
- 20 Втрата домівки (переїзд).
- 21 Терористичні акти.
- 22 Перебування в заручниках, полон, катування.
- 23 Релігійне насильство (залучення в секти).

Додаток 3

### **Список рефератів**

- 1 Фрустрація та її психологічні характеристики.
- 2 Шокова травма та методи психотерапії.
- 3 Класифікація екстремальних ситуацій.
- 4 Психологія катастроф.
- 5 Підходи до класифікації травмуючих ситуацій.
- 6 Види криз. Ненормативні і нормативні кризи особистості.
- 7 Психогенії в екстремальних ситуаціях.
- 8 Емоційні стани в психотравмуючих ситуаціях.
- 9 Підлітки і психологічна травма.
- 10 Особливості переживання травми дитиною.
- 11 Моделі поведінки підлітків в психотравмуючих ситуаціях.
- 12 Психогенні розлади у дітей та підлітків, що пережили психотравмуючу подію.

- 13 Психологічні стани в нестандартних і екстремальних умовах.
- 14 Посттравматичний синдром.
- 15 Синдром розладу адаптації.
- 16 Екстремальні катастрофи в історії людства.
- 17 Життєві кризи особистості.
- 18 Формування залежності як деструктивна форма виходу з психотравми.
- 19 Ознаки жорстокого поводження в сім'ї.
- 20 Віктимна поведінка.

## Рекомендована література

### Базова

1. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
2. Кризова психологія: Навчальний посібник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. Х.: НУЦЗУ, 2010. 401 с.
3. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник / Л. Б. Наугольник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
4. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги : методичні рекомендації / Р. А. Мороз. Миколаїв : Іліон, 2016. 224 с.
5. Перша психологічна допомога : посібник для працівників на місцях. Київ: Унів. Вид-во Пульсари, 2017. 64 с.
6. Кризова психологія: Навчальний посібник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. – Х.: НУЦЗУ, 2010. - 401 с.
7. Максименко С. Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим : навчальний посібник / С.Д. Максименко, Н.Ф. Шевченко. — К. : Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України; Ніжин: Міланік, 2007. – 115 с.
8. Життєві кризи особистості: навчальний посібник / О. О. Байєр. Дніпропетровськ: Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2010. 244 с.

### Допоміжна

9. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. / Загальна ред.: Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
10. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. / Загальна ред.: Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.

11. 17. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: ТОВ “Видавництво “Логос”. 207 с.
12. Психологія життєвої кризи / відп. ред. Т. М. Титаренко. К.: Агропромвидав України, 1998. 348 с.
13. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : [навчальний посібник] / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. К.: В-во НПУ імені М. П. Драгоманова , 2012. 275 с.
14. Розов В.И. Психология экстремальных ситуаций: адаптивность к стрессу и психологическое обеспечение: научно-практическое пособие. К.: КНТ; Саммит-Книга, 2012. 480 с.
15. Смирнов Б.А. Психология деятельности в экстремальных ситуациях [Текст]. Харьков.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. 276 с.
16. Черезова І. О. Психологія життєвих криз особистості: навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів] / І. О. Черезова. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.
17. Шевченко О.Т. Психологія кризових станів: Навч. посіб. / Шевченко О.Т. Київ, 2005. 120 с.