

Національний університет цивільного захисту України

Скориніна-Погребна Ольга Володимирівна

Курс лекцій

«Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях»

(електронна версія)

Харків, 2016

Автор: доктор соціологічних наук, професор кафедри психології діяльності в особливих умовах Скориніна-Погребна Ольга Володимирівна

Курс лекцій «Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях» спрямований на отримання читачами поглиблених знань, умінь і навиків в області психологічних аспектів екстремальних ситуацій відповідно до сучасних наукових уявлень. Придбання таких знань і навиків складає важливу умову для кваліфікованого вирішення фахівцем-психологом широкого спектру завдань в різних напружених, кризових та екстремальних ситуаціях, надання психологічної допомоги учасникам.

Рецензенти: кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології ХНПУ ім. Г.С.Сковороди Меднікова Г.І.

кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології діяльності в особливих умовах НУЦЗ України Ушакова І.М.

Лекція 1. Екстремальна ситуація, надзвичайна ситуація, криза: визначення та класифікація

- 1.1. Визначення екстремальної та надзвичайної ситуації, кризи
- 1.2. Паніка та правила поведінки під час паніки
- 1.3. Психологічна готовність людей до надзвичайних ситуацій

1.1. Визначення екстремальної та надзвичайної ситуації, кризи

В широкому сенсі надзвичайну ситуацію можна визначити як сукупність негативних факторів, що склалися до даного моменту, які створюють певну обстановку, в якій відбувається істотне відхилення від нормального процесу. Під нормальним розуміється такий перебіг процесу або явища, до якого населення і виробництво пристосувалися шляхом тривалої еволюції, досвіду, розвитку, відхилення від якого сприймається як негативне.

Для більш точного і повного розуміння визначення надзвичайної ситуації необхідно розібрати елементи з яких вона складається. Надзвичайна ситуація умовно складається з чотирьох взаємопов'язаних між собою елементів:

1. Надзвичайний фактор.
2. Надзвичайні (екстремальні) умови.
3. Наслідки.
4. Обстановка.

Надзвичайний фактор - подія космічного, природного, соціального, техногенного, біологічного походження, що полягає у впливі, при якому відбувається різке відхилення від норми протікають процесів або явищ і які суттєво негативний вплив на життєдіяльність людини, функціонування економіки, соціальну сферу та природне середовище. У широкому плані до надзвичайного фактору можна віднести небезпечний космічний, природний і антропогенний вплив.

Космічні дії пов'язані з впливом на біосферу небесних тіл (сонця, планет, комет, метеоритів) шляхом випромінювань і безпосередніх зіткнень.

Природні дії пов'язані з впливом різноманітних явищ природи (землетруси, повені, виверження вулканів і т.д.).

Антропогенні дії пов'язані з діяльністю людини в найрізноманітніших

областях і залежать від цілей і умов діяльності і в зв'язку з цим мають істотні відмінності. Їх можна підрозділити на військові, техногенні і соціальні.

Слід відзначити, що всі перераховані вище впливи спрямовані на біосферу - оболонку Землі, що включає як область поширення живої речовини, так і саме цю речовину. Нижня межа біосфери опускається до глибини 2-3 км на суші й до 1-2 км нижче дна океану і лежить нижче 10 830 м від поверхні світового океану. До біосфери відноситься і людське співтовариство з його виробництвом та іншими технічними системами.

В вужчому плані до надзвичайного фактору можна віднести аварію, небезпечне природне явище, стихійне лихо, небезпечне біолого-епідеміологічне явище, екологічне лихо.

Аварія - екстремальна подія техногенного походження, яка є наслідком випадкових зовнішніх впливів, що відбулася за конструктивними, виробничими, технологічними, експлуатаційними або соціальними причинами, що спричинило за собою вихід з ладу, пошкодження та (або) руйнування технічних пристроїв, будівель, споруд, транспортних засобів, потокових ліній, що загрожує небезпечними негативними впливами і навіть смертю.

В більш широкому сенсі аварію можна визначити як стрибкоподібний, миттєвий перехід кількості в якість. Аварія, як правило, відображає загальний рівень неблагополуччя з безпекою в техносфері.

Аварії можна підрозділити на виробничі, транспортні та в системах комунікацій. Виробнича аварія - екстремальна подія техногенного характеру на виробництві, що спричинила за собою вихід з ладу, пошкодження та (або) руйнування технічного пристрою (обладнання, верстата, технологічної лінії) і (або) пов'язані з цим пошкодженням людські жертви та матеріальні збитки.

Транспортна аварія - екстремальна подія на транспорті (автомобільному, повітряному, водному, підземному, космічному) техногенного походження або є наслідком випадкових зовнішніх впливів, що спричинило пошкодження транспортних засобів та (або) людські жертви, матеріальні збитки.

Аварія в системах комунікацій - екстремальна подія техногенного походження, пов'язана з виходом з ладу, пошкодженням систем, що передають на певні відстані енергію, речовину та інформацію (системи радіо-та супутникового

зв'язку, лінії електропередачі, водогони, теплотраси, нафто-, газо-, продуктопроводи), потягли за собою матеріальні збитки чи людські жертви.

Аварії завжди передують аварійний процес, тобто те, що передують аварії.

Небезпечне природне явище - подія природного походження (явище природи), яке за своєю інтенсивністю, масштабом поширення та тривалості впливу на навколишнє середовище може викликати негативні наслідки для життєдіяльності людей і економіки. Наприклад, тривала злива чи сильний град є небезпечними природними явищами, які при досягненні певних параметрів можуть призвести до надзвичайної ситуації.

Стихійне лихо - швидке порушення нормальної обстановки, життя і господарської діяльності, викликане небезпечним природним явищем і призводить до численних людських жертв, значних матеріальних збитків і інших тяжких наслідків. До стихійного лиха можна віднести землетрус, ураган, повінь, цунамі, виверження вулкану і т.п.

Групи природних стихійних лих за генезисом (походженням) поділяються на:

екзогенні (вплив далекого і ближнього космосу на процеси, що виникають на поверхні Землі);

ендогенні (процеси, що відбуваються в надрах Землі - землетруси).

Небезпечне біолого-епідеміологічне явище - подія, яка може спричинити або спричинило за собою інфекційну захворюваність людей, сільськогосподарських і інших тварин, ураження сільськогосподарських рослин хворобами і шкідниками.

Екологічне лихо-надзвичайна подія великих масштабів, викликане зміною (під впливом антропогенних факторів) стану суші, атмосфери, гідросфери та негативно вплинуло на стан навколишнього природного середовища і здоров'я людей.

Також до надзвичайного фактору можна віднести загрозу виникнення терористичних актів, масових виступів людей або ситуації, які можуть послужити початком війни.

Отже, надзвичайний фактор складається з багатьох компонентів різних процесів, явищ, які мають завжди неоднозначну природу, що відрізняються один

від одного по безлічі характеристик і властивостей, але завжди призводять до одного - до відхилення від норми життєдіяльності людини, соціальних, економічних і технічних систем.

Надзвичайний фактор призводить до формування надзвичайних (екстремальних) умов.

Надзвичайні умови - характерні риси загальної обстановки, що склалася у відповідній зоні (на об'єкті, у регіоні) внаслідок надзвичайної фактора та інших, одночасно з ним діючих погіршують або стабілізуючих факторів, у тому числі і місцевих умов.

Обстановка в районі надзвичайної ситуації - конкретна характеристика зони (об'єкта, регіону), в якій склалася НС, на певний момент часу, що містить відомості про її стан, наслідки надзвичайної події, задіяних і необхідних матеріальних ресурсах, обсяги проведення робіт та ін

Обстановка в районі надзвичайної ситуації може бути декількох рівнів:

надскладною, яка не має аналогів;

складною;

прийнятною.

Надскладна обстановка характеризується тим, що для ліквідації наслідків недостатньо всіх наявних сил і засобів, і потрібне залучення їх з інших регіонів. Разом з цим потрібні нові, спеціалізовані засоби, пристосовані під конкретну обстановку.

Складна обстановка характеризується тим, що вимагає для ліквідації наслідків надзвичайної ситуації значного числа (або всіх) сил і засобів, що є в наявності в даному регіоні або на об'єкті.

Прийнятна обстановка характеризується незначним рівнем складності і вимагає для ліквідації наслідків порівняно невеликих витрат.

З урахуванням вищевикладених визначень і характеристик надзвичайну ситуацію можна визначити як раптову, зовні несподівано виниклу обстановку, що сформувалася в результаті дії надзвичайного фактора, що характеризується невизначеністю і складністю прийняття рішень, гостроконфліктних і стресовим станом населення, значним соціально-економічним і екологічним збитком, перш за все людськими жертвами і внаслідок цього необхідністю великих людських,

матеріальних і часових витрат на проведення евакуаційно-рятувальних робіт і ліквідацію наслідків НС, а також спеціально організованого управління.

Таким чином, надзвичайна ситуація - це синтетичне поняття, яке включає в себе безліч різних елементів, об'єднаних за одним критерієм - значне відхилення від норми.

Наведена вище система елементів, з яких формується надзвичайна ситуація, може розвиватися за катастрофічного сценарієм, який включає в себе:

катастрофу;

катаклізм;

хаос.

В широкому сенсі катастрофу можна визначити як стрибкоподібну зміну, що виникає у вигляді раптової відповіді системи на плавну зміну зовнішніх умов.

В вузькому сенсі катастрофа - великомасштабна аварія чи стихійне лихо, в результаті якої загинуло 100 і більше осіб. У прийнятій в західних країнах класифікації до великої відноситься катастрофа, в результаті якої загинуло не менше 100 чоловік, не менше 400 одержали поранення, не менше 35 тис. чоловік були евакуйовані і не менше 70 тис. залишилися без джерел питної води.

Більше точне поняття катастрофи – динамічний процес, що стрімко розвивається, під впливом якого система (геологічна, технологічна, біологічна, соціальна і т.д.) різко переходить в інший якісний стан і викликає вражаючі фактори, що завдають значної шкоди системі. Як правило, в результаті такого впливу відбувається корінна зміна головних структур системи з наступним розпадом її на підсистеми. Подальший розпад підсистем називається катаклізмом.

В підсумку, катастрофічний сценарій може завершитися хаосом. Хаос - безладне зміщення елементів, процесів, явищ, повна відсутність чіткості, систематичності, крайня заплутаність, повне руйнування.

Отже, надзвичайні ситуації можна розділити на два класи - катастрофічні і некатастрофічні, що відрізняються між собою параметрами вражаючих факторів, наслідками, збитком.

1.2. Паніка та правила поведінки під час паніки

Паніка це прояв розгубленості, переляку, страху, жаху перед реальною або

уявною загрозою, який охоплює одну людину (індивідуальна паніка), від 2-3 людей до кількох сотень (групово паніка), тисячі, десятки тисяч людей (масова). Цей стан наростає в процесі взаємного підсилювального впливу панікуючих людей і супроводжується різким ослабленням вольового самоконтролю, коли інстинкт самозбереження, пригнічує почуття здорового глузду і можливість адекватної оцінки ситуації та своїх дій. Паніка характеризується як індивідуалістична і егоцентрична поведінка – метою якої є спроба особистого порятунку, що не вкладається в визнані норми і звичаї.

Найчастіше виникають екстремальні ситуації, що характеризуються раптовістю і короткочасністю психогенного впливу. Відповідні реакції панічного страху, в першу чергу, виражаються в неадекватних рухових розладах, які проявляються збільшеною активністю або її зменшенням (ступором). В активному варіанті спостерігаються безцільні, безладні дії, безліч недоцільних, рухів, що ускладнюють прийняття своєчасного правильного рішення і переміщення в безпечне місце. Гіподинамічний варіант характерний тим, що людина як би застигає на місці і нерідко приймає «ембріональну позу»: сідає навпочіпки, обхопивши голову руками. При реакціях страху свідомість звужена, хоча в більшості випадків зберігається доступність зовнішнім впливам, вибірковість поведінки, можливість самостійно знаходити вихід зі скрутного становища.

Панічна втеча – це інстинктивна природна реакція живих істот на небезпеку. Вона завжди направлена в сторону від небезпеки, при цьому не робиться спроб якимось вплинути на її наступ. Напрямок втечі при паніці не випадковий – вибирається знайома дорога або та, якою рухається більшість. Панічна втеча припиниться, як тільки людина починає думати, що знаходиться поза небезпечною зоною.

До паніки часто призводять, живлять її та підсилюють так звані індуктори паніки або простою мовою панікери – люди, які володіють виразними рухами, гіпнотизують силою криків, помилковою впевненістю у доцільності своїх дій. Стаючи негативними лідерами натовпу в надзвичайних обставинах, вони можуть створити загальний безлад, що швидко паралізує цілі колективи та позбавляє людей можливості надавати взаємодопомогу, дотримуватися доцільних норм

поведінки.

Люди при виникненні раптових екстремальних ситуацій в перші миті виявляються приголомшеними і малоактивними. В цей час мозок людини намагається аналізувати ситуацію. Чим досвідченіша і психічно стійкіша людина, тим менше часу в неї йде на опанування себе і прийняття рішення.

Завчасне навчання людей діям в екстремальних ситуаціях, спеціальна підготовка активних лідерів, здатних в критичний момент очолити розгублених людей направити їх поведінку на порятунок є завданням нашого курсу. Що робити при паніці.

- Головним вашим завданням є знайти раціональний вихід із ситуації, що призвела до виникнення паніки. Якщо є загроза життю ви повинні вжити заходів спрямованих на власне виживання, виживання близьких вам людей, докласти максимальних зусиль щоби врятувати максимально можливу кількість людей. Якщо є можливість і ви здатні боротись з причиною паніки, спробуйте разом з іншими або самостійно локалізувати її. Якщо можливість боротися з причиною паніки відсутня або пов'язана з високим ризиком для життя відходьте у безпечне місце і допоможіть це зробити іншим.

- При паніці одним з проявів є часте та поверхневе дихання у людини. Для того, щоби оволодіти собою зробіть спочатку кілька повільних вдихів-видихів тривалістю приблизно 3 секунди кожний. Це допоможе позбутися наростання панічного стану і взяти самого себе під власний контроль. Зберігайте витримку і холонокровність. Намагайтеся не дати паніці розростися;

- Намагайтесь уникнути великих скупчень людей – натовпу. Як правило, натовп набагато небезпечніше подій, які його утворили. Натовп не шукає альтернативних рішень проблем і не враховує своїх наслідків. В натовпі панують емоції і практично відсутній інтелект. У людей знижується здатність до індивідуального мислення і різко підвищується залежність від зовнішнього впливу.

- Опинившись в натовпі, дозвольте йому нести вас, але докладайте зусиль щоби вибратися з нього – глибоко вдихніть і розведіть зігнуті в ліктях руки трохи в сторони, щоб грудна клітка не була здавлена, пальці стисніть в кулак або в замок на грудях, пробуйте стримувати натиск спиною, поштовхи ззаду приймайте на лікті, а тиск спереду стримуйте напругою рук. Намагаючись покинути натовп, ні в

якому разі не йдїть проти нього, не переміщуйтеся до його країв і центру, а також уникайте нерухомих перешкод по дорозі, в іншому випадку вас можуть просто задавити. З цієї ж причини намагайтеся опинитися подалі від високих і великих людей, людей з громіздкими предметами і великими сумками. Перетинайте натовп по діагоналі, при цьому дотримуючись руху шашкової фігури.

- Рухаючись в натовпі, пропускайте вперед дітей і старих, заспокоюйте збожеволілих від страху людей (не виключається грубий окрик і навіть застосування сили). Панікерів – індукторів паніки за можливості треба нейтралізувати фізично, в залежності від обставин, що складаються.

- Допомагайте піднятися збитим з ніг, будь-якими способами самі намагайтеся утриматися на ногах;

- Не тримайте руки в кишенях, рухаючись, піднімайте ноги якомога вище, ставте ногу на повну стопу, не дріботіть, щоби не перечепитись та не впасти, не піднімайтеся навшпиньки.

- Якщо тиснява прийняла загрозливий характер, негайно, не роздумуючи, звільніться від будь якої ноші, перш за все від сумки на довгому ремені, шарфа, парасольки, застібніть одяг на всі гудзики. Не хапайтеся ні за що руками, так як їх легко можуть зламати;

- Якщо щось упустили, ні в якому разі не нахиляйтеся, щоб підняти;

- Головне ваше завдання в натовпі – не впасти! Якщо все ж таки вас збили, постарайтеся якнайшвидше піднятися на ноги. При цьому не спирайтеся на руки (їх віддавлять або зламають). Намагайтеся хоч на мить стати на підошви, на носки. Здобувши опору, “виринайте”, різко відштовхнувшись від землі ногами. Або спробуйте стати на коліно і, різко відштовхніться ногами та руками від землі, ривками випрямляючи тіло. Якщо встати не вдається, скрутіться клубком, захистіть голову передпліччями, а долонями прикрийте потилицю;

- Потрапивши в переповнене людьми приміщення, заздалегідь визначте, які місця при виникненні екстремальної ситуації найбільш небезпечні (проходи між секторами на стадіоні, скляні двері та перегородки в концертних залах і т.п.), зверніть увагу на запасні та аварійні виходи, подумки проробіть шлях до них. Найлегше сховатися від натовпу в кутах залу або поблизу стін, але складніше

звідти добиратися до виходу. Як тільки відчули хвилювання і перші ознаки небезпеки чи конфлікту, що зароджується, озирніться і виберіть найбільш короткий маршрут до безпечного місця;

- Знаходячись на вулиці не слід тулитися до будівель, дзеркальна вітрина супермаркету за простою може розлетітися на тисячі осколків, до крові поранивши оточуючих.

- Зберігайте витримку і спокій. Вибираючись з агресивно налаштованого натовпу, намагайтеся ні з ким не зустрічатися поглядом, але і не рухайтесь, опустивши очі в землю (рух з опущеними очима – це рух жертви). Погляд повинен бути спрямований трохи нижче обличчя з включенням так званого периферійного зору. Цей погляд дозволить вам відслідковувати всю ситуацію в цілому, не фіксуючись на окремих деталях. Ні в якому разі не вступайте в словесні суперечки, не реагуйте на репліки на свою адресу.

- Зупинити натовп здатні лише категоричні команди, переконання у відсутності небезпеки. Лідеру, який прагне зупинити охоплений панікою натовп, обов'язково потрібно знайти собі помічників, які будуть розсікати натовп людей, в деяких випадках буквально – міцно взявшись за руки і скандуючи зупиняючі гасла, наприклад: “НЕ ШТОВХАЙ!”.

- Тиснява особливо небезпечна для дітей через їх малий зріст. Двоє дорослих можуть, повернувшись обличчям один до одного, створити зі своїх тіл і рук подобу захисної капсули для дитини. Якщо є сили, дитину краще посадити на плечі і так просуватися далі. В найбільш небезпечній ситуації допоможіть дитині лягти зверху на людський потік і накажіть, перекочуючись або повзучи по-пластунськи, пробиратися до безпечного місця. Нерідко даний прийом – єдина надія не тільки для дітей, але і для дорослих у вкрай драматичних ситуаціях, коли людям загрожує неминуча загибель у замкненому просторі.

- У багатоповерховому будинку не користуйтеся ліфтами, а спускайтеся по сходах. Не піддавайтеся бажанню вистрибнути у вікно з великої висоти. При неможливості вийти назовні відступіть у вільні коридори і отвори і чекайте на надходження допомоги.

1.3. Психологічна готовність людей до надзвичайних ситуацій

Стихійні лиха в, великі аварії, і катастрофи, їх перевищення трагічних наслідків цікавить людей велику емоційну збудженість, вимагають високої морально - психологічної стійкості, витримки й рішучості, готовності допомогти постраждалим, врятувати які конають матеріальних цінностей.

Важка картина руйнацій і спустошень, безпосередня загрозу для життя негативно впливає на психіку людини. У окремих випадках можуть порушити процес нормального мислення, послабити чи цілком виключити контроль з себе, що зумовлює невинуватим і непередбачуваним діям.

Зазвичай, подоланню страху сприяє, передусім, почуття особисту відповідальність, усвідомлення значимості справи, яке роблять. Небезпека і зростає ризик здоров'ю, важливість виконуваних робіт - усе це піднімає значимість скоєного у власних очах й у думці суспільства загалом.

У непередбачених психологічно, незакалених людей з'являється відчуття страху й прагнення втекти з небезпечного місця, в інших - психологічного шоку, супроводжуваний заціпенінням м'язів. Саме тоді порушується процес нормального мислення, слабшає чи цілком втрачається контроль свідомості над почуттями і волею. Нервові процеси (порушення чи гальмування) виявляються по-різному. Наприклад, в деяких розширюються зіниці - кажуть, "у страху очі великі", порушується подих, починається серцебиття "серце готове вирватися з грудях", спазми периферичних кровоносних судин - "побілів як крейда", з'являється холодний піт, слабшають м'язи - "опустилися руки чи коліна підігнулися", змінюється тембр голоси, інколи ж втрачається дар промови. Відомі навіть випадки смерті при раптовому страху від різкого порушення роботи судинної системи.

ЛЕКЦІЯ 2. Психологія тероризму

- 2.1. Психологічний зміст тероризму.
- 2.2. Психологія терористів.
- 2.3. Особливості терористів-смертників.
- 2.4. Види профілактичної діяльності із тероризмом.

2.1. Психологічний зміст тероризму.

Слід визнати, що така небезпечний соціально-політичний чинник, як тероризм, який ще десятиліття тому Вінський був нашій країні подією з низки он які виходять, перетворився хіба що в повсякденну реальність сучасного життя. Причин немало. У разі розвалу сформованих стереотипів у сфері політики, економіки та права, у соціальній та інших сферах життя і суспільства втрачено колишні механізми упорядкування й конституційного регулювання відносин, безпосередньо чи опосередковано які впливають основи державного суспільного ладу. Тероризм у різноманітних його проявах одна із найнебезпечніших, руйнівних і насильницьких діянь, спрямовані проти людини.

Вони мають місце випадки проявів тероризму країні викликають різкий суспільного резонансу, внаслідок люди з'являється тривога упродовж свого безпеку, безпеку рідних і близьких.

Акції тероризму відбуваються з особливою жорстокістю, і спочатку планується їх організаторами. Терористичне акція, крім заподіяння безпосереднього шкоди жертві, розрахована визначений психологічний ефект – посіяти страх, створити загрозу широкого кола осіб. Будь-який акт тероризму вміщує залякування всіх, хто згоден із терористами. Отже, він завдає як матеріальний, економічний та політичний збитки країні, а й моральної травми суспільству.

Тероризм належить до загальнолюдських проблем. Сьогодні тероризм є серйозну загроза державі суспільству, і особи і вимагає у зв'язку адекватної відповідної реакції.

Обрана мною проблема є актуальною, оскільки тероризм становить загрозу людству, із кожним днем посилюється. У зв'язку з цим, даної проблемою 90-х років ХХ століття активно займалися такі фахівці – дослідники тероризму, й його психології як Ю. М. Антонян, У. У. Витюк, Д. У. Ольшанський, У. Ф. Пирожков,

З. А.Эфиров та інших.

Отже, у моїй дослідженні розглядатимуть досвід, наприкінці минулого – на початку нинішнього століття.

2.2. Психологія терористів

Проблема тероризму – багатоаспектна. У ньому, на думку лікаря психологічних наук, ведучого науковця Інституту розвитку особистості РАТ У. Ф. Пирожкова, «поруч із соціальним, правовим, економічним слід особливо вирізнити і психологічний аспект, вимагає всебічного розгляду і глибокого вивчення».

Що є люди, що здійснюють терористичні акти, з погляду психології? Які психологічні мотиви дій?

Спочатку треба визначити психологічний профіль осіб, талановитими в здійсненні терористичного акту, чи тих, кого може використати керівники терористичних груп щодо таких діянь. Насамперед, це особи, які зуміли реалізуватися у себе у сфері, але які до влади і які мають якимось від комплексу неповноцінності. З ними сходяться бандитствующие елементи, вже проливші кров, і здатні за гроші виконати будь-яке замовлення терористичних організацій. Терористи – це особливий клас людей. У своїй значній своїй частині це свого роду подвижники з негативним знаком, відзначені вибраністю і двоїстим ставленням до життя: з одного боку, хочуть зробити його справедливою і правильною, з другого – знищують її, вбиваючи багатьох задля досягнення своїх ідеалів. Разом про те вони увиразнюється прагнення вийти далеко за межі свого повсякденного, буденного існування, наповнити його яскраво, на непересічні події, ризиком, гострими переживаннями, нарешті, що особливо важливо, зустрітися із смертю, навіть піти у неї. Відповідний психологічний ефект досягається двоюким шляхом: коли екстреміст ризикує своїм життям, ставлячи в грань небуття, і коли він убиває.

На думку таких фахівців як У. У. Витюк і З. А.Эфиров, терористам властива гранична нетерпимість до інакомислення і фанатизм, породжених максималістским ідеалістичним утопізмом, ненавистю наявному строю чи загостреним почуттям відчуженості. Їм властива міцну віру володіння

абсолютної, єдиною та остаточної істиною, віра у месіанське призначення, у "вищу – і унікальну – місію в ім'я порятунку чи щастя людства. Змальований тип особистості – «закритий» тип, оскільки він виключає усіяку критичну думку, свободу вибору, як і раніше, що бачить світ лише у світлі наперед визначеної «єдиною істини», хоча вона, можливо, немає ніякого зв'язку з реальністю чи давно її втратила.

Тероризм є породження деструктивних (руйнівних) наснаги в реалізації суспільство й людину, відбиває культ насильства, й всіляко сприяє його посиленню та поширенню, знецінюючи людське життя. Тероризм різко знижує значимість законів і можливість компромісів, споруджуючи нахабну жорстоку силу до рангу майже головного регулятора життя.

Терористи часто потребують публічно не розголошуються своїх діянь П.Лазаренка та у тій чи іншого психологічної причини, що у реакціях засобів, політичних лідерів і державотворців та інших людей вони, як у дзеркалі, бачать своє визнання й підтвердження своєї винятковості.

Всім терористів характерно зневага до людського життя, всі вони вважають можливим для досягнення високої, зі своїми погляду, мети жертвувати життями нічого не винних людей.

У терористи залучаються соціально непридатні, малоуспішні люди. Вони погано навчалися у школі, і у ВНЗ, вони змогли зробити кар'єру, домогтися ж, що й однолітки. Вони завжди страждали від самоти, в них склалися відносини з представниками протилежної статі. Одне слово, скрізь і завжди вони були відстаючими, ніде де вони почувалися по-справжньому своїми.

У абсолютній більшості випадків терористи – це молоді люди віці майже двадцять років, плюс-мінус п'ять років, отримали виховання в патріархальної і дуже релігійної культурі.

У свідомості звичайно є стійкі уявлення про історичної травмі своєї нації, вищі потужні емоційні через відкликання останньої. Типові соціальні почуття – скорбота й горі, разом із защемленої національної гордістю. Для терористів характерні особливі уявлення про «історичномуобидчике» і потребу його покарання і відплату. Ці уявлення доповнюються актуальною психічної травмою, що з реальними фактами загибелі рідних, близькі й просто одноплемінників.

Отже, терорист мало піддається раціональному логічному впливу. Йому практично невідомий власний страх і каяття.

Важливим джерелом поповнення кадрів терористів є найманці, які побували різних конфліктних регіонах, боролися то, на однієї, то, на боці. Для їх психології важливе одне: хто більш заплатить, а часто вони мотивуються просто «інтересом вбивати», «відчути владу людьми», «висловити своє перевага з інших».

Серед терористів багато осіб, які у дитинстві, молодості піддавалися приниженням, було неможливо самоствердитися. Це люди, які змогли реалізувати свої ідеї.

Дуже багато терористи – це, які у свого часу, виступаючи за якісь правничий та свободи, було засуджено державою, викинуті, поставлені виносять за межі закону, і їх тероризм стає соціальної помстою цій державі.

Не слід не рахуватися і з різними власне психічними аномаліями, внушившими собі комплекс переваги з інших. Слід зазначити, що й діяльність стимулюється засобами масової інформації, розкривають як засоби і способи, використовувані у терористичних актах, а й які популяризують особистості їх виконавців. Своєчасне вивчення такого контингенту дозволяє застосовувати превентивні, тобто попереджуючі для недопущення терактів.

Здійснюючи терористичний акт, його виконавець переступає через певну ризик (переступає закон), яка потребує відповідних механізмів психологічного захисту і самовиправдання. Знання саме цих механізмів дозволяє зрозуміти мотивацію терористів. Найчастіше вважають свої дії змушеними, оскільки інші засоби не дозволили їм досягти поставленої мети. Терорист виправдовується тим, що діям її якогось нібито спонукало порушення у суспільстві справедливості чи нездійснення якихось його прав.

Люди, котрі вступають у ряди терористів, – це з різних соціальних верств населення та життєвих сфер. Що рухає людиною, що стає членом терористичної організації? Чого він цим домагається? Існує, очевидно, набір особистісних чорт, що мати терористи.

Практично всі дослідники свідчить про такі найбільш характерні риси особистості терориста:

1. Комплекс неповноцінності. Він найчастіше причина агресії і жорстокого

поведінки, які у ролі механізмів компенсації. Комплекс неповноцінності веде до надконцентрацію на захисту свого «Я» із постійною агресивною готовністю.

2. Низька самоідентифікація. Терористичне угруповання допомагає індивідууму позбутися нестачі психосоціальної ідентифікації, виконуючи функцію психостабілізуючого чинника.

3. Самовиправдання. Найчастіше політико-ідеологічні мотиви свідчить про головні спонукальні причини вступу на шлях тероризму, але, зазвичай, є формою раціоналізації прихованих особистісних потреб – прагнення посилення особистісної ідентифікації чи груповий приналежності.

4. Особистісна та емоційна незрілість. Більшості терористів притаманні максималізм (крайність у вимогах, поглядах), абсолютизм, часто є результатом поверхового сприйняття реальності, політичне, і теоретичний дилетантизм.

У терористичні організації зазвичай великий відсоток агресивних параноїдів. Причому слід зазначити, що екстерналізація властива практично усім категоріям терористів. Така особливість є психологічної та ідеологічною основою для згуртовування терористів і, безсумнівно, належить до провідних. Ця особистісна установка активно збуджує ненависть до представників інших національностей, релігійних чи соціальних груп, приписуючи їм самі огидні риси, пояснюючи власні недоліки, невдача Італії й промахи лише підступництвом і злобою ворогів. Звідси особлива жорстокість під час проведення терористичних актів, відсутність співпереживання їх жертвам. Як засвідчили чимало досліджень, для конкретних осіб, яких у тероризмі, нестерпно визнати себе джерелом власних невдач.

Інші характерні психологічні риси особистості терористів – стала оборонна готовність, надмірна поглиненість собою і злочини незначне увагу почуттів інших, іноді навіть їхнього ігнорування. Ці загальні риси пов'язані з паранояльністю терористів, які схильні постійну загрозу із боку «інших» і відповідати їй у агресію.

Паранойяльність у терористів узгоджується з ригідністю (недостатні рухливість, пристосовуваність мислення), які зберігаються на термін навіть тоді, як зникла яка викликала їх причина. Ригідне явища і процеси ведуть хіба що автономні від особистості переживання. Багато терористи відчують хворобливі переживання, пов'язані з нарцисичними потягами, незадоволення яких веде до

недостатнього почуття самоповаги і неадекватною інтеграції особистості. Взагалі нарцисизм іманентно притаманний терористам, причому як лідерам терористичних організацій, а й рядовим виконавцям. Цю його рису можна спостерігати серед терористів, які стосуються різних категорій, особливо у їхніх висловлюваннях, у яких звучить явне торжество щодо її приналежності до цієї групи. Вони переконані у своїй досконалості, у видатних особистих особливостях і перевагу з інших лише чи переважно в тій причині, що належать до цієї етнорелігійної групи, що є єдино «правильною». Щоб довести це собі й центральній іншим, такий терорист робить зухвалі напади й нехтує загальнолюдських цінностей.

У егоїзмі переслідувача, можливо, криється пояснення, чому жахливі акти терористів можуть відбуватися настільки холоднокривно, зумисне і обачно. За всього відмінності терористичних груп всіх їх єднає сліпа відданість членів організації її завданням і ідеалам. Можна подумати, що це цілі й ідеали мотивують людей до вступу до організації. Але це виявляється не обов'язково. Мета і ідеали служать раціональному поясненню приналежності до терористам. Справжня причина – сильна потреба в включеності, приналежності групі та посилення почуття самоідентичності. Зазвичай членами терористичних організацій стають це з неповних сімей, люди, котрі з тих або іншим суб'єктам причин мали труднощі у межах існуючих громадських структур, втратили чи взагалі мали роботу. Відчуття відчуження, що у подібні ситуації, змушує людини приєднатися до групи, що здається йому так само антисоціальною, як і вона сама. Спільна риса терористів є, в такий спосіб, сильна потреба в включеності у групу подібних людей, що з проблемою самоідентичності. Отже, багатьом людей, які займаються тероризмом, характерна замкнутість у своїй групі, її цінностях, цілях її активності. Така зосередженість здавалося б свідчить цілісність особистості, але насправді веде її до культурологічної ізоляції, накладає жорсткі обмеження на індивідуальність чоловіки й свободу його вибору. За такого стану чоловік - ще різкіше починає ділити увесь світ на і чужої, постійно перебільшуючи небезпеки, які можуть із боку інших культур.

Терорист має такі низьку самооцінку, що з нього відмовитися від наново здобутою самоідентифікації практично неможливо. Ці зовсім не від авторитарні

люди стають, в такий спосіб, членами жорстко авторитарних груп. Включаючись до такої групи, вони отримують захисту від страху перед авторитаризмом. У цьому будь-яке напад на групу сприймається ними як напад він особисто. Відповідно будь-яка акція ззовні значно збільшує групову згуртованість. Принаймні того як терорист переймається ідеологією своєї партії, він засвоює абсолютистську риторичку. Світ йому розпадається у своїх і ворогів, чорне й біле, правильний розвиток та неправильне – ніяких відтінків, неясності, сумнівів. Така логіка спонукає терористів до нанесення ударів по суспільству, і ворогу, ніхто й не ним не вважався.

Особи, схильні до тероризму, належать до такого типу особистості, котрій характерний примат емоцій над розумом, безпосередніх активних реакцій на дійсність за їхніми осмисленням; упередженість оцінок, низький поріг терпимості й відсутність належного самоконтролю. Такі люди досить легко зживаються з ідеями насильства.

Мотиви терористів. Мотиви тероризму:

- самоствердження,
- самоідентифікація,
- молодіжна романтика і героїзм, надання своєї діяльності особливу значущість,
- подолання відчуженості, конформізму (притосуванство, бездумне проходження загальним думок), знеосібки, стандартизації, маргінальності тощо.

Також можливі корисливі мотиви.

Найбільш основною причиною вважається «ідейний абсолютизм», «залізни» переконання у володінні єдиною, вищою, остаточною істиною, унікальним «рецептом порятунку» над народом, групи і навіть людства.

Насамперед, слід зазначити безсумнівність такого мотиву як самоствердження, який часто переплітається з наміром домінувати, пригнічувати й управляти оточуючими. Така потреба буває пов'язані з високою тривогою, яка проявляється у разі панування у соціальній середовищі, причому панування можна забезпечити з допомогою грубої сили, знищення неугодних. Цей мотив знаходять у будь-якому вигляді терористичного поведінки, тим більше придушення інших часто забезпечує безпеку.

Мотив самоствердження часто переплітається з наміром домінувати, пригнічувати

й управляти оточуючими. Така потреба буває пов'язані з високої тривогою, яка проявляється у разі панування у соціальній середовищі, причому панування можна забезпечити з допомогою грубої сили, знищення неугодних. Цей мотив знаходять у будь-якому вигляді терористичного поведінки, тим більше придушення інших часто забезпечує безпеку.

Однією з мотивів є також мотив, який тягне у себе кількість людських жертв, виступає потяг окремих осіб до смерті, до знищення, так само сильне, як і потяг до життя. Психолого-психіатричні особливості особистості терориста багато чому визначаються тим, що він стикається зі смертю, яка, з одного боку, впливає її психіку, вчинки, і на події, у які він включений, з другого – його особистісна специфіка така, що він прагне смерті. Це терорист некрофіл. Потяг до смерті (некрофілія) об'єднує значну групу людей, які виконують свої головні проблеми, сіючи смерть, вдаючись до неї чи максимально наближаючись.

Некрофіли живуть минулим і не живуть майбутнім, вважав дослідник Еріх Фром. Це віднаходить своє достовірне підтвердження особливо в націоналістичних терористів, котрі люблять вихвалити героїчне минуле свого і на всі сто віддані традиціям. Для некрофіла характерна також розпорядження про силу, як у щось, що руйнує життя. Застосування сили перестав бути нав'язаним йому обставиною тимчасовим дією – є його способом життя.

Терорист робить смерть своїм фетишем, тим більше сам терористичний акт повинен навіювати страх, навіть жах. Тут загроза смерті Леніна і руйнації, цілком можливих, у майбутньому, надбудовується над доконаним, утворює піраміду, яка подвійно повинна лякати. Контакт із смертю є подолання обмеженості свого буття й вихід його межі в нескінченне, бо смерть це і є нескінченне. Перебування у ньому, хоча ще й шляхом знищення іншого, визначає то особливе, неможливо що з звичайним станом психіки, перебування їх у специфічному вимірі, що простежується у всіх убивць, котрі вбивали неодноразово. У нескінченному, тобто у смерті іншого, індивід живе своєї ще непрожитим життям й такі цю частину власного існування представляється наповненій негативними переживаннями, настільки імовірні деструктивні устремління. Якщо наблизившись до неї, така людина починає набиратися досвіду, який усвідомлюються і стає основою її розвитку, або усвідомлюються і лише на рівні особистісного сенсу визначає її

поведінка, зокрема і крізь потреба знову і знову відчувати зустрічі з тим, що межею життя. Дуже важливо було підкреслити, що це мотив, як і інших, існує на несвідомому рівні, і дуже рідко усвідомлюється чинним суб'єктом.

Ще одна мотив, що може породити терористичний акт – бажання покінчити життя самогубством, адже терористи-самовбивці не рідкість. Цей мотив реалізується у наступних варіантах:

1) суб'єкт прагне загибелі привчанні цього злочину і всі робить при цьому, причому може хотіти такий «славної» смерті, щоб наостанок привернути увагу, якого він цього позбавили;

2) людина цілком розуміє, що неодмінно загине, але свідомо жертвує собою заради «високої» ідеї. Індивід йде досить ризикована йому терористичний злочин, та його свідомість не охоплює реально існуючий мотив самогубства.

Серед терористів чимало тих, хто рухається ігровими мотивами. Їх що у терористичні акти – це гра: з обставинами, ворогом, долею, і навіть з смертю.

Особливо це для людей, зокрема підлітків. Цю ситуацію вони сприймає як захоплюючу гру, ставкою у якій може бути їх життя. Але багатьох не лякає: їм власне життя, лише Плата участь у настільки «захоплюючої» грі.

Ознайомившись зі розглянутими провідними фахівцями терологами особливостями психології терористів і причинами, що підштовхують їх до терористичної діяльності, можна назвати кількох головних мотивів, якими керуються сучасні терористи:

1. образа за себе особисто чи соціальну групу, до якої підключено людина;
 2. бажання самоствердитися, придушити інших у тому числі шляхом скоєння теракту;
 3. стовідсоткова переконаність у своїй правоті; фанатичне усвідомлення, що «моя» ідея, ідеологія, мета – єдино вірні, і «я» повинен домагатися її будь-що;
 4. гра в «сильного і крутого» людини; «мені весь під силу», «куди захочу, те й роблю», «мені нічого при цьому нічого очікувати»;
 5. прагнення смерті («не шкода»), бажання і готовність принести на поталу інших.
- З переліченими мотивами у тому чи іншою мірою згодні майже всі дослідники. Проте, на мою думку, в повному обсязі з цих мотивів можуть підштовхнути пересічної людини на шлях терору.

2.3. Особливості терористів-смертників

Терористи-одиначки зустрічаються щодо рідко, найчастіше терористи об'єднують у групи, у яких дуже висока роль лідера.

Терористичні групи можуть бути з давніх невдач, невпевнених у собі котрі страждають неповноцінністю осіб, але й розумних, вольових, упевнених у своїх силах. Перші шукають групи визнання і психологічну притулок, другі, якщо вони стають лідерами, відрізняються тенденцією до домінування й управління оточуючими.

Образ ворога група створює ще в початку, коли тільки формується – це стосується її вихідна позиція за межею паранойяльності: ворог може бути, щоб було кого роздрібнити і тим самим дати вихід всієї накопиченої деструктивної енергії. Якби ворога був, агресія було б спрямовано інші таку ж чи інші злочинні групи.

Важливим способом забезпечення групової згуртованості і підпорядкування кожного загальним інтересам – це формування образу нещадного, підступного, попри всі готового ворога від імені суспільства, структурі державної влади, соціальної групи, інший релігії, інший нації, вищі т. буд.

Названі уявлення знаходять жвавий відгук, особливо в неофітів, що завжди погано відчували, що й життєві невдача Італії й провали не оскільки вони не так чи аморально надходили, тому, що їм всі були несправедливі, їх без підстав переслідували. Ненависть до суспільства (влади, строю, соціальної групи тощо. буд.) буде скріплювати їх, разом.

Терористичні організації нерідко вдаються до найбільш жахливої формі скоєння теракту: шляхом застосування терористів – «смертників».

Члени терористичних груп характеризуються високим невротизмом і дуже високий рівнем агресії. Їм також властиво прагнення пошуку гострих відчуттів – звичайна життя здається їм прісної, нудної і, безглуздою. Їм хочеться ризику і надзвичайну небезпеку.

Терористичні групи допомагають задовольнити почуття ідентичності, й приналежності. У цих групах люди відчувають високий рівень прийняття на інших людей.

Ці групи замкнуті, і входження у них означає визнання права іншим людям на тотальний контроль над своїм життям, зокрема за особистої.

Аналіз і - оцінка терористичних актів, вчинених у світі й у Росії протягом останніх року дає можливість окреслити шість найпоширеніших типів терористів – «смертників»:

1. Терорист «Зомбі». Зомбування (психічне перепрограмування) означає таку психічну обробку людини (звичайно з використанням гіпнозу і психотропних речовин), коли отримує неусвідомлювану нею самою «установку» конкретну дію чи вчинок (у разі він програмується скоєння терористичного акту). Отже, терористичний акт відбувається людиною, не який розуміє, що він ставить; його поведінкою управляє інший. У цьому зомбуванню можуть піддаватися як психічно здорові особи, і особи з різноманітною ступенем психічні розлади.

2. Терорист «месник». Серед таких терористів багато їх, «втратили» чоловіків, дітей, близьких родичів... Відірвані від сім'ї й звичного кола спілкування, піддані потужної ідеологічною і психотропною обробці, вони є кістяк «>шахидок» («чорні вдови», «нареченої аллаха»). Шахід (>пожертвовавший собою віру) не належить самої себе, але – всієї умме і особисто Богу. Помста то, можливо спрямовано об'єкти державної влади чи конкретну обличчя.

3. Терорист «патріот» («бойовик», «за віру»). Це найбільш поширений тип терориста. Під впливом досвідчених інструкторів в нього формується фанатичне переконання у своїй вірі, ідеях та образ ворога як представників інший віри, інший національності. Скоєння терористичного акту він сприймає як «джихад» (старанність, у виконанні волі Бога) проти «невірних», як подвиг за віру чи визволення свого народу. Він усвідомлює, що робить терористичний акт, вбиває покупців, безліч знищує майно, і він прагне ним виникненню таких наслідків. Отже, він іде на злочин з прямим наміром, з переконанням у своїй правоті.

4. Терорист «за гроші». Він іде скоєння теракту через корисливих спонукань (виконуючи завдання тих, від когось перебуває у повної фінансової залежності, чи, перебувають у великій скруті і намагаючись матеріально забезпечити сім'ю). Такий терорист характеризується відсутністю ідейних спонукань і байдужістю до оточуючих.

5. Терорист «по неволі». До здійсненню теракту можуть підштовхнути чоловіки й

шляхом шантажу (взяття заручником членів його сім'ї, загроза переказам розголосу будь-яких що дискредитують даної людини даних та т. буд.) або за рішенням шариатського суду скоєння злочину (глибоко віруючу людину, в такий спосіб, змушують спокутувати провину перед богом).

6. Терорист «маніяк» (має маревні ідеї). Найчастіше це терорист «одинак», який потерпав різними видами психічних відхилень. З огляду на своїх психопатологічних особливостей і нав'язливий ідей, він за будь-яку ціну хоче слави («манія величі»), знищити які мають його «ворогів» («манія переслідування») чи хоче переоблаштувати країну (світ, всесвіт). Особливо небезпечний такий терорист, якщо свідомістю маніпулює терористичної організації.

Попри розмаїття типів терористів – «смертників», вони багато спільного: перебування у постійному психоемоційному стресі, викликану суїцидальними думками і навіть острахом потрапити живим до рук «спецслужб», викликають тривожне стан (загострюються почуття занепокоєння, підозрливості та недовіри оточуючим їх людям).

Участь терористичних групах дозволяє компенсувати багато їх невдачі. Але вони з'являється сенс усього життя. Мета – звільнення Батьківщини чи торжество своєї релігії чи ідеології. З'являється почуття обраності, причетності до долі.

Крайній авторитаризм, незаперечна підпорядкування керівнику, повний контроль всіх аспектів життя членів груп узгоджується з підкресленою гуманністю у взаєминах друг до друга, охоче допомогти, з і безумовним прийняттям кожного.

2.4. Види профілактичної діяльності із тероризмом

Повинні передбачатися два виду профілактичної діяльності як однієї з головних напрямів боротьби з міжнародним тероризмом – загальна й індивідуальна. Загальна профілактика тероризму передбачає виділення у ній кількох піднапрямів зокрема:

1. усунення чи, по крайнього заходу, мінімізація загальних соціальних, економічних, політичних лідерів і інших негативних умов життя суспільства;
2. подолання негативних тенденцій у духовному житті суспільства;
3. нейтралізація негативних соціальних процесів (у певних місцевостях, серед

окремих соціальних груп) екстремістської (відданість крайнім поглядам, заходам) спрямованості.

Особливої уваги заслуговує роль індивідуальної профілактики як однієї з важливих видів попередження тероризму.

Отже, знання основ психології тероризму є значимим в організацію протидії даного протиправного явища. Уміння правильно виявляти терористів дозволяє заздалегідь запобігти плановані терористичні акти.

Повинні передбачатися два виду профілактичної діяльності як однієї з головних напрямів боротьби з міжнародним тероризмом – загальна й індивідуальна. Загальна профілактика тероризму передбачає виділення у ній кількох піднапрямів зокрема:

1. усунення чи, по крайнього заходу, мінімізація загальних соціальних, економічних, політичних лідерів і інших негативних умов життя суспільства;
2. подолання негативних тенденцій у духовному житті суспільства, здійснення інформаційно-виховного впливу антитерористичної спрямованості на населення;
3. нейтралізація негативних соціальних процесів (у певних місцевостях, серед окремих соціальних груп) екстремістської (відданість крайнім поглядам, заходам) спрямованості.

Особливої уваги заслуговує роль індивідуальної профілактики як однієї з важливих видів попередження тероризму.

Отже, знання основ психології тероризму є значимим в організацію протидії даного протиправного явища. Уміння правильно виявляти терористів дозволяє заздалегідь запобігти плановані терористичні акти.

ЛЕКЦІЯ 3. Організаційні аспекти надання екстреної психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях.

3.1. Етапи екстреної психологічної допомоги.

3.2. Правила здійснення екстреної психологічної допомоги

3.3. Динаміка психогенних розладів, що розвилися в небезпечних ситуаціях.

3.1. Етапи екстреної психологічної допомоги.

Екстрена психологічна допомога надається людям в гострому стресовому стані (або ОСР — гостре стресовий розлад). Це стан являє собою переживання емоційної та розумової дезорганізації.

Психодіагностика, психотехніки впливу і процедура надання психологічної допомоги в екстремальних ситуаціях мають свою специфіку (Сухов, Деркач 1998).

Зокрема, психодіагностика в екстремальних ситуаціях має свої відмінні особливості. У цих умовах через брак часу неможливо використовувати стандартні діагностичні процедури. Дії, в тому числі практичного психолога, визначаються планом на випадок надзвичайних обставин.

Незастосовні в багатьох екстремальних ситуаціях і звичайні методи психологічного впливу. Все залежить від цілей психологічного впливу в екстремальних ситуаціях: в одному випадку треба підтримати, допомогти; в іншому слід припинити, наприклад, чутки, паніку, у третьому — принципами надання допомоги перенесли психологічну травму в результаті впливу екстремальних ситуацій є:

- невідкладність;
- наближеність до місця подій;
- очікування, що нормальний стан відновиться;
- єдність і простота психологічного впливу. Невідкладність означає, що допомога потерпілому повинна бути надана якомога швидше: чим більше часу пройде з моменту травми, тим вища ймовірність виникнення хронічних розладів, у тому числі і посттравматичного стресового розладу.

Сенс принципу наближеності полягає в наданні допомоги у звичній

обстановці і соціальному оточенні, а також у мінімізації негативних наслідків «госпіталізму».

Необхідно підтримати впевненість у швидкому поверненні нормального стану.

Єдність психологічного впливу має на увазі, що або його джерелом має виступати одна особа, або процедура надання психологічної допомоги повинна бути уніфікована.

Простота психологічного впливу — необхідно відвести потерпілого від джерела травми, надати їжу, відпочинок, безпечне оточення і можливість бути вислуханим.

У цілому служба екстреної психологічної допомоги виконує наступні базові функції:

- Практичну: безпосереднє надання швидкої психологічної і (за потреби) долікарської медичної допомоги населенню;
- Координаційну: забезпечення зв'язків і взаємодії зі спеціалізованими психологічними службами.

Ситуація роботи психолога в екстремальних умовах відрізняється від звичайної терапевтичної ситуації, по меншій, такими моментами (Ловелл, Малімонова, 2003):

- Робота з групами. Часто доводиться працювати з групами жертв, і ці групи не створюються психологом (психотерапевтом) штучно, виходячи з потреб психотерапевтичного процесу, вони були створені самим життям чинності драматичної ситуації катастрофи.

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

- Нерідко низький соціальний та освітній статус багатьох жертв. Серед жертв можна зустріти велику кількість людей, які за своїм соціальним та освітнім статусом ніколи в житті не опинилися б у кабінеті психотерапевта.

- Різноманітність психопатології у жертв. Жертви насильства часто страждають, крім травматичного стресу, невротами, психозами, розладами характеру і, що особливо важливо для професіоналів, що працюють з жертвами, цілим рядом проблем, викликаних самою катастрофою або інший травмуючої ситуацією.

Мається на увазі, наприклад, відсутність засобів до існування, відсутність роботи і пр.

- Наявність майже у всіх пацієнтів почуття втрати, бо оскільки часто жертви втрачають близьких людей, друзів, улюблені місця проживання та роботи і пр., що вносить внесок у нозологічну картину травматичного стресу, особливо в депресивну складову даного синдрому.
- Відмінність посттравматичної психопатології від невротичної патології. Можна стверджувати, що психопатологічний механізм травматичного стресу принципово відрізняється від патологічних механізмів неврозу. Таким чином, необхідно виробити стратегії роботи з жертвами, які охопили б і ті випадки, коли має місце «чисто» травматичний стрес, і ті випадки, коли має місце складне переплетіння травматичного стресу з іншими патогенними факторами внутрішнього або зовнішнього походження.

Мета і завдання екстреної психологічної допомоги включають профілактику гострих панічних реакцій, психогенних нервово-психічних порушень; підвищення адаптаційних можливостей індивіда; психотерапію виникли прикордонних нервово-психічних порушень. Екстрена психологічна допомога населенню повинна ґрунтуватися на принципі інтервенції в поверхневі шари свідомості, тобто на роботі з симптоматикою, а не з синдромами (Психотерапія в осередку надзвичайної ситуації, 1998).

Проведення психотерапії та психопрофілактики здійснюють у двох напрямках. Перше — зі здоровою частиною населення — у вигляді профілактики:

- а) гострих панічних реакцій;
- б) відстрочених, «відставлених» нервово-психічних порушень.

Другий напрямок — психотерапія та психопрофілактика осіб з розвиненими нервово-психічними порушеннями. Технічні складності ведення рятувальних робіт у зонах катастроф, стихійних лих можуть приводити до того, що постраждалі протягом досить тривалого часу опиняться в умовах повної ізоляції від зовнішнього світу. У цьому випадку рекомендується психотерапевтична допомога у вигляді екстреної «інформаційної терапії», метою якої є психологічне підтримку життєздатності тих, хто живий, але перебуває в повній ізоляції від навколишнього світу (землетрусу, руйнування осель в результаті аварій, вибухів і

т.д.). «Інформаційна терапія» реалізується через систему звукопідсилювачів і складається з трансляції наступних рекомендацій, які повинні почути постраждалі:

- 1) інформація про те, що навколишній світ йде до них на допомогу і робиться все, щоб допомога прийшла до них якомога швидше;
- 2) перебуваючи в ізоляції повинні зберігати повний спокій, тому що це одне з головних засобів до їх порятунку;
- 3) необхідно надавати собі самопомога;
- 4) у разі завалів постраждалі не повинні приймати яких-небудь фізичних зусиль до самоєвакуації, що може призвести до небезпечного для них зміщення уламків;
- 5) слід максимально економити свої сили;
- 6) перебувати з закритими очима, що дозволить наблизити себе до стану легкої дрімоти і більшої економії фізичних сил;
- 7) дихати повільно, неглибоко і через ніс, що дозволить економити вологу і кисень в організмі і кисень в навколишньому повітрі;
- 8) подумки повторювати фразу: «Я абсолютно спокійний» 5-6 разів, чергуючи ці самонавіювання з періодами рахунки до 15-20, що дозволить зняти внутрішнє напруження і домогтися нормалізації пульсу і артеріального тиску, а також самодисципліни;
- 9) вивільнення з «полону» може зайняти більше часу, ніж хочеться потерпілим. «Будьте мужніми і терплячими. Допомога йде до вас ».

Метою «інформаційної терапії» є також зменшення почуття страху у постраждалих, тому що відомо, що в кризових ситуаціях від страху гине більше людей, ніж від впливу реального руйнівного фактора. Після звільнення постраждалих з-під уламків будівель необхідно продовжити психотерапію (і насамперед — Амне-зірующую терапію) в стаціонарних умовах.

Ще однією групою людей, до яких застосовується психотерапія в умовах НС, є родичі людей, що знаходяться під завалами, живими і загиблими. Для них застосуємо весь комплекс психотерапевтичних заходів:

- поведінкові прийоми і методи, спрямовані на зняття психоемоційного збудження, тривоги, панічних реакцій;
- екзистенціальні техніки і методи, спрямовані на прийняття ситуації втрати, на

усунення душевного болю і пошук ресурсних психологічних можливостей.

Ще одна група людей, до яких застосовується психотерапія в зоні НС, це рятувальники. Основною проблемою в подібних ситуаціях є психологічний стрес. Саме ця обставина значно впливає на вимоги, що пред'являються до фахівців служб екстреної допомоги. Фахівцю необхідно володіти умінням вчасно визначати симптоми психологічних проблем у себе і у своїх товаришів, володіти емпатичними здібностями, умінням організувати і провести заняття з психологічного розвантаження, зняття стресу, емоційної напруги. Володіння навичками психологічної само-та взаємодопомоги в умовах кризових і екстремальних ситуацій має велике значення не тільки для попередження психічної травма-тизації, але і для підвищення стійкості до стресових впливів і готовності швидкого реагування в надзвичайних ситуаціях.

3.2. Правила здійснення екстреної психологічної допомоги

У результаті здійснення великої дослідницької програми німецькі психологи Б. Гаш і Ф. Ласогга (Lasogga, Gash 1997) розробили ряд рекомендацій для психолога, іншого фахівця або добровольця, що працюють в екстремальній ситуації. Ці рекомендації корисні як психологам при безпосередній роботі в місцях масових лих, так і для підготовки рятувальників і співробітників спеціальних служб (Ромек та ін, 2004).

Правила для співробітників рятувальних служб:

1. Дайте знати потерпілому, що ви поруч і що вже вживаються заходи з порятунку.

Постраждалий повинен відчувати, що в такій ситуації він не самотній. Підійдіть до потерпілого і скажіть, наприклад: «Я залишуся з вами, поки не приїде» Швидка допомога ». Постраждалий також повинен бути проінформований про те, що зараз відбувається: «Швидка допомога» вже в дорозі ».

2. Постарайтеся позбавити постраждалого від сторонніх поглядів.

Цікаві погляди дуже неприємні людині в кризовій ситуації. Якщо роззяви не йдуть, дайте їм яке-небудь доручення, наприклад, відігнати цікавих від місця події.

3. Обережно встановлюйте тілесний контакт.

Легкий тілесний контакт зазвичай заспокоює постраждалих. Тому візьміть потерпілого за руку або поплескайте по плечу. Торкатися до голови або іншим частинам тіла не рекомендується. Займіть положення на тому ж рівні, що і потерпілий. Навіть надаючи медичну допомогу, намагайтеся перебувати на одному рівні з потерпілим.

4. Говоріть і слухайте.

Уважно слухайте, не перебивайте, будьте терплячі, виконуючи свої обов'язки. Говоріть і самі, бажано спокійним тоном, навіть якщо потерпілий непритомніє. Не проявляйте нервозності. Уникайте докорів. Запитайте постраждалого: «Чи можу я що-небудь для вас зробити?» Якщо ви відчуваєте почуття співчуття, не соромтеся про це сказати.

Правила першої допомоги для психологів: 1. У кризовій ситуації потерпілий завжди знаходиться в стані психічного збудження. Це нормально. Оптимальним є середній рівень збудження. Відразу скажіть пацієнтові, що ви очікуєте від терапії і як довго триватиме робота над проблемою. Надія на успіх краще, ніж страх неуспіху.

2. Не приступайте до дій відразу. Озирніться і вирішите, яка допомога (крім психологічної) потрібен, хто з потерпілих в найбільшій мірою потребує допомоги. Приділіть цьому секунд 30 при одному постраждалому, близько п'яти хвилин при декілька постраждалих.

3. Точно скажіть, хто ви і які функції виконуєте. Дізнайтеся імена потребують допомоги. Скажіть постраждалим, що допомога скоро прибуде, що ви про це подбали.

4. Обережно встановіть тілесний контакт з потерпілим. Візьміть потерпілого за руку або поплескайте по плечу. Торкатися до голови або іншим частинам тіла не рекомендується. Займіть положення на тому ж рівні, що і потерпілий. Не повертайтеся до потерпілого спиною.

5. Ніколи не звинувачуйте потерпілого. Розкажіть, які заходи потрібно вжити для надання допомоги в його випадку.

6. Професійна компетентність заспокоює. Розкажіть про вашу кваліфікації і досвіді.

7. Дайте потерпілому повірити в його власну компетентність. Дайте йому

доручення, з яким він впорається. Використовуйте це, щоб він переконався у власних здібностях, щоб у потерпілого виникло почуття самоконтролю.

8. Дайте потерпілому виговоритися. Слухайте його активно, будьте уважні до його почуттів і думок. Переказуйте позитивне.

9. Скажіть потерпілому, що ви залишитеся з ним. При розставанні знайдіть собі заступника і проінструктуйте його про те, що потрібно робити з потерпілим.

10. Залучайте людей з найближчого оточення потерпілого для надання допомоги. Інструктує їх і давайте їм прості доручення. Уникайте будь-яких слів, які можуть викликати у будь-кого почуття провини.

11. Постарайтеся захистити постраждалого від зайвої уваги і розпитувань. Давайте цікавим конкретні завдання.

12. Стрес може зробити негативний вплив і на психологу. Що виникає в ході такої роботи напруга має сенс знімати за допомогою релаксаційних вправ та професійної супервізії.

При здійсненні екстреної психологічної допомоги необхідно пам'ятати, що жертви стихійних лих та катастроф страждають від наступних факторів, викликаних екстремальною ситуацією (Everstine, Everstine, 1993):

1. Раптовість. Лише деякі лиха чекають, поки потенційні жертви будуть попереджені — наприклад, поступово досягають критичної фази повені або насувається ураган, шторм. Чим внезапнее подія, тим воно більш руйнівними для жертв.

2. Відсутність подібного досвіду. Оскільки лиха та катастрофи, на щастя, рідкісні — люди часто вчаться переживати їх у момент стресу.

3. Тривалість. Цей фактор варіює від випадку до випадку. Наприклад, поступово розвивалося повінь може так само повільно і спадати, а землетрус триває кілька секунд і приносить набагато більше руйнувань. Проте у жертв деяких тривалих екстремальних ситуацій (наприклад, у випадках викрадення літака) травматичні ефекти можуть розмножуватись з кожним наступним днем.

4. Недолік контролю. Ніхто не в змозі контролювати події під час катастроф; може пройти чимало часу, перш ніж людина зможе контролювати самі звичайні події повсякденного життя. Якщо ця втрата контролю зберігається довго, навіть у компетентних і незалежних людей можуть спостерігатися ознаки «вивченої

безпорадності».

5. Горе і втрата. Жертви катастроф можуть розлучитися з улюбленими або втратити когось з близьких; саме найгірше — це перебувати в очікуванні звісток про всі можливі втрати. Крім того, жертва може втратити через катастрофи свою соціальну роль і позицію. У разі тривалих травматичних подій людина може позбутися будь-яких надій на відновлення втраченого.

6. Постійні зміни. Руйнування, викликані катастрофою, можуть виявитися невідновні: жертва

може опинитися в зовсім нових і ворожих умовах.

7. Експозиція смерті. Навіть короткі загрозові життя ситуації можуть змінити особистісну структуру людини і його «пізнавальну карту». Повторювані зіткнення зі смертю можуть призводити до глибоких змін на регуляторному рівні. При близькому зіткненні зі смертю дуже ймовірний важкий екзистенційну кризу.

8. Моральна невпевненість. Жертва катастрофи може опинитися перед обличчям необхідності приймати пов'язані з системою цінностей рішення, здатні змінити життя, — наприклад, кого рятувати, наскільки ризикувати, кого звинувачувати.

9. Поведінка під час події. Кожен хотів би виглядати найкращим чином у важкій ситуації, але вдається це небагатьом. Те, що людина робила або не робив під час катастрофи, може переслідувати його дуже довго після того, як інші рани вже затяглися.

10. Масштаб руйнувань. Після катастрофи пережив її, швидше за все, буде вражений тим, що вона накоїла з його оточенням і соціальною структурою. Зміни культурних норм змушують людину адаптуватися до них або залишитися чужинцем, у останньому випадку емоційний збиток поєднується з соціальною дезадаптацією.

3.3. Динаміка психогенних розладів, що розвилися в небезпечних ситуаціях.

Важливе місце займає питання про динаміку психогенних розладів, що розвилися в небезпечних ситуаціях. Йому присвячено досить багато спеціальних досліджень. Відповідно до роботами Національного інституту психічного здоров'я (США), психічні реакції при катастрофах поділяються на чотири фази: героїзму, «медового місяця», розчарування і відновлення.

1. Героїчна фаза починається безпосередньо в момент катастрофи і триває кілька годин, для неї характерні альтруїзм, героїчна поведінка, викликане бажанням допомогти людям, врятуватися і вижити. Помилкові припущення про можливість подолати те, що трапилося виникають саме в цій фазі.

2. Фаза «медового місяця» настає після катастрофи і триває від тижня до 3-6 міс. Ті, хто вижив, відчувають сильне почуття гордості за те, що подолали всі небезпеки і залишилися в живих. У цій фазі катастрофи постраждалі сподіваються і вірять, що незабаром всі проблеми і труднощі будуть дозволені.

3. Фаза розчарування зазвичай триває від 2 місяців до 1-2 років. Сильні почуття розчарування, гніву, обурення і гіркоти виникають внаслідок краху надій.

4. Фаза відновлення починається, коли вижили усвідомлюють, що їм самим необхідно налагоджувати побут і вирішувати виникаючі проблеми, і беруть на себе відповідальність за виконання цих завдань.

Інша класифікація послідовних фаз або стадій в динаміці стану людей після психотравмуючих ситуацій запропонована в роботі Решетнікова та ін (1989):

1. «Гострий емоційний шок». Розвивається слідом за станом заціпеніння і триває від 3 до 5 год; характеризується загальним психічним напруженням, граничною мобілізацією психофізіологічних резервів, загостренням сприйняття і збільшенням швидкості розумових процесів, проявами безрозсудною сміливості (особливо при порятунку близьких) при одночасному зниженні критичної оцінки ситуації, але збереженні здатності до доцільної діяльності. В емоційному стані в цей період переважає почуття відчаю, що супроводжується відчуттями запаморочення і головного болю, серцебиттям, сухістю в роті, спрагою і утрудненим диханням. До 30% обстежених при суб'єктивній оцінці погіршення стану одночасно відзначають збільшення працездатності в 1,5-2 рази і більше.

2. «Психофізіологічна демобілізація». Тривалість до трьох діб. Для абсолютної більшості обстежуваних наступ цієї стадії пов'язане з першими контактами з тими, хто отримав травми, і з тілами загиблих, з розумінням масштабів трагедії («стрес усвідомлення»). Характеризується різким погіршенням самопочуття та психоемоційного стану з перевагою почуття розгубленості, панічних реакцій (нерідко — ірраціональної спрямованості), пониженням моральної нормативності поведінки, зниженням рівня ефективності діяльності та мотивації до неї,

депресивними тенденціями, деякими змінами функцій уваги і пам'яті (як правило, обстеження не можуть досить чітко згадати, що вони робили в ці дні). Більшість опитаних скаржаться в цій фазі на нудоту, «тяжкість» в голові, неприємні відчуття з боку шлунково-кишкового тракту, зниження (навіть відсутність) апетиту. До цього ж періоду відносяться перші відмови від виконання рятувальних та «расчістних» робіт (особливо пов'язаних з витяганням тіл загиблих), значне збільшення кількості помилкових дій при управлінні транспортом і спеціальною технікою, аж до створення аварійних ситуацій.

3. «Стадія дозволу» — 3-12 діб після стихійного лиха. За даними суб'єктивної оцінки, поступово стабілізується настрій і самопочуття. Однак за результатами спостережень в абсолютній більшості обстежених зберігаються знижений емоційний фон, обмеження контактів з оточуючими, гіпомімія (маскоподібність особи), зниження інтонаційної забарвлення мови, сповільненість рухів. До кінця цього періоду з'являється бажання «виговоритися», що реалізовується вибірково, спрямоване переважно на осіб, що не були очевидцями стихійного лиха, і що супроводжується деякою ажитацією. Одночасно з'являються сни, відсутні в двох попередніх фазах, в тому числі тривожні і кошмарні * сновидіння, в різних варіантах відображають враження трагічних подій. На тлі суб'єктивних ознак деякого поліпшення стану об'єктивно відзначається подальше зниження фізіологічних резервів (за типом гіперактивації). Прогресивно наростають явища перевтоми. Середні показники фізичної сили і працездатності (у порівнянні з нормативними даними для дослідженої вікової групи) знижуються на 30%, а за показником кистьовий динамометр — на 50% (у ряді випадків — до 10-20 кг). У середньому на 30% зменшується розумова працездатність, з'являються ознаки синдрому пірамідної межполушарної асиметрії.

4. «Стадія відновлення». Починається приблизно з 12-го дня після катастрофи і найбільш чітко проявляється в поведінкових реакціях: активізується міжособистісне спілкування, починає нормалізуватися емоційне забарвлення мови і мімічних реакцій, вперше після катастрофи можуть бути відзначені жарти, що викликали емоційний відгук у оточуючих, відновлюються нормальні сновидіння. Враховуючи зарубіжний досвід, можна також припускати у осіб, що знаходилися в осередку стихійного лиха, розвиток різних форм психосоматичних розладів, пов'язаних з

порушеннями діяльності шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної, імунної та ендокринної систем.

Ще одна класифікація (Олександрівський та ін, 1991) виділяє три фази:

1. Переддія, що включає в себе відчуття загрози і занепокоєння. Ця фаза зазвичай існує в сейсмо-небезпечних районах і зонах, де часті урагани, повені; нерідко загроза ігнорується або не усвідомлюється.
2. Фаза впливу триває від початку стихійного лиха до того моменту, коли організовуються рятувальні роботи. У цей період страх є домінуючою емоцією. Підвищення активності, прояв само-та взаємодопомоги відразу ж після завершення впливу нерідко позначається як «героїчна фаза». Панічний поведінка майже не зустрічається — воно можливе, якщо шляхи порятунку блоковані.
3. Фаза післядія, що починається через кілька днів після стихійного лиха, характеризується продовженням рятувальних робіт і оцінкою виниклих проблем. Нові проблеми, що виникають у зв'язку з соціальною дезорганізацією, евакуацією, поділом сімей тощо, дозволяють ряду авторів вважати цей період «другим стихійним лихом».

ЛЕКЦІЯ 4. Відстрочені реакції на травматичний стрес. Посттравматичний стресовий розлад.

- 4.1. Визначення психічної травми
- 4.2. Види психічних травм
- 4.3. Механізми формування психічних травм
- 4.4. Зв'язок психічних травм з психічними розладами
- 4.5. Посттравматичний стресовий розлад

4.1. Визначення психічної травми

У літературі існують різні визначення психічної травми.

Менделевич В.Д. дає наступне визначення: психічною травмою називається життєва подія, що зачіпає значущі сторони існування людини і призводить до глибоких психологічних переживань. Психічна травма, як подія або ситуація, стоїть у ряді інших життєвих ситуацій. Відповідно до класифікації D. Magnusson, існує п'ять рівнів визначення ситуації:

1. Стимули - окремі об'єкти або дії.
2. Епізоди - особливі значущі події, що мають причину і наслідок.
3. Ситуації - фізичні, тимчасові і психологічні параметри, які визначаються зовнішніми умовами.
4. Оточення - узагальнююче поняття, що характеризує типи ситуацій.
5. Середовище - сукупність фізичних і соціальних змінних зовнішнього світу.

При аналізі чинника психічної травми виділяються такі його характеристики:

- інтенсивність
- сенс
- значимість і актуальність
- патогенність
- гострота появи (раптовість)
- тривалість
- повторюваність
- зв'язок з преморбідним особистісними особливостями.

Ушаков Г.К. говорить про психічну травму як про внутрішній психічний

конфлікт, який, як правило, з'являється на соматично ослабленому ґрунті. Клінічно його структурі притаманні гострота, вираженість хворобливих переживань, яскравість, образність останніх, болісно загострене уяву; посилена фіксація на тлумаченні зміненого самопочуття, внутрішнього дискомфорту, розладу; охоплення занепокоєнням за своє майбутнє; схоронність критики, тобто розуміння цього розладу як хворобливого.

Інші автори наводять таке визначення: психічна травма являє собою досить складне явище, в центрі якого знаходиться субклінічний реагування свідомості на саму психічну травму, що супроводжується своєрідною "захисною" перебудовою, яка відбувається у системі психологічних установок в суб'єктивній ієрархії значущого. Ця захисна перебудова зазвичай нейтралізує патогенну дію психічної травми, запобігаючи тим самим розвиток психогенної хвороби. У цих випадках мова йде про "психологічного захисту", яка виступає як вельми суттєва форма реакції свідомості на перенесену психічну травму.

В іншій літературі автори вказують на те, що поняття травми, не дивлячись на його часте вживання, визначається в основному в загальних словах: подія високої інтенсивності при одночасній відсутності можливості адекватного совладання і перевищенні пристосувального потенціалу індивіда, наслідком чого можуть бути порушення адаптації та розлади, пов'язані зі стресом. За DSM - IV (American Psychiatric Association, 1996), травматична подія має місце тоді, коли воно пов'язане зі смертю, загрозою смерті, важким пораненням чи якийсь інший загрозою фізичної цілісності; причому дана подія може зачіпати людину прямо чи опосередковано - через релевантних осіб. Але іноді травма виникає і через те, що людина стає свідком загрозовою кому-то небезпеки, поранення або смерті абсолютно чужого йому людини. Отже, травматичний стрес можна визначити як специфічний клас критичних змінюють життя подій, яким притаманні такі характеристики: вони небажані; мають вкрай негативним впливом через серйозної загрози (власної) життя і високою інтенсивністю; їх важко контролювати, аж до повної неможливості контролю; як правило, вони перевищують можливості совладання і найчастіше непередбачені. Нерідко вони мають яскраво вираженої новизною і трапляються раптово і непередбачено. Енергія для нової адаптації потрібно величезна, так як зазвичай ці події торкаються не тільки самого індивіда,

а й близьких йому людей, іноді - ще й матеріальне майно, а при нагоді - соціальне і особисте існування в цілому (наприклад, ураган, пережите насильство). У цьому відношенні можна сказати, що жертви травматичних подій піддаються багаторазовим перевантаженням, а нерідко - ще й цілого ряду наслідків цих перевантажень, включаючи визнання людини «жертвою». Крім воєнних травм у солдатів і цивільного населення все більше досліджуються і «цивільні» травматичні стреси - природні катастрофи (наприклад, землетрус), технічні катастрофи (залізничні аварії), насильства (згвалтування, захоплення заручників), що загрожують життю події (важкі (дорожні) події).

Отже, під психічною травмою ми будемо розуміти життєво важлива подія для індивіда, що зачіпає значущі сторони його існування, яке призводить до глибоких психологічних переживань, наслідком чого можуть бути порушення адаптації та розлади, пов'язані зі стресом.

4.2. Види психічних травм

У літературі можна зустріти різні класифікації психічних травм. Уявімо тут деякі з них, запропоновані різними авторами.

Класифікація Г.К. Ушакова, Б.А. Воскресенського.

На думку цих авторів, психічні травми за інтенсивністю поділяються на:

1) масивні (катастрофічні), раптові, гострі, несподівані, приголомшливі, однопланові:

а) надактуальні для особистості, б) неактуальні для особистості (наприклад, природні, суспільні катастрофи, інтактні для даного індивідуума);

2) ситуаційні гострі (підгострі), несподівані, багатопланово утягують особистість (пов'язані з втратою соціального престижу, зі шкодою для самоствердження);

3) пролонговані ситуаційні, трансформують умови багатьох років життя (ситуація позбавлення, ситуація достатку - кумир сім'ї):

а) усвідомлювані і переборні,

б) неусвідомлювані й нездоланні;

4) пролонговані ситуаційні, що призводять до усвідомленої необхідності стійкого психічного перенапруження (виснажують):

а) що викликаються самим змістом ситуації,

б) що викликаються надмірним рівнем домагань особистості при відсутності об'єктивних можливостей для досягнення в звичайному ритмі діяльності.

Класифікація В.М. М'ясищева.

М'ясищев ділить психічні травми на об'єктивно-значущі і умовно-патогенні, підкреслюючи тим самим семантичну роль події. Під об'єктивно-значущими розуміються життєві події (психічні травми), значущість яких можна вважати високою для переважної більшості людей - смерть близького, розлучення, звільнення та ін. Умовно-патогенними називають події, які стають психічними травмами, що викликають переживання в силу особливостей ієрархії цінностей людини (наприклад, втрата марки з колекції філателіста).

Класифікація В.В. Ковальова.

Ковальов виділив серед психотравмуючих чинників:

- 1) шоківі психічні травми (напад тварини, поява чужого, удар грому);
- 2) психотравмуючі ситуації щодо короткочасні, але психологічно дуже значущі для дитини (втрата або хвороба одного з батьків, сварка з однолітками і т.п.);
- 3) хронічно діючі психотравмуючі ситуації, що зачіпають основні орієнтації дитини (сімейні конфлікти, суперечливе і деспотичне виховання, неуспішність і т.п.);
- 4) фактори емоційної депривації (недолік догляду, турботи, ласки і т.п.).

Класифікація Н.Д. Лакосіной, Г.К. Ушакова.

Усі психічні травми, що викликають психогенне захворювання, можна розділити на три групи:

- 1) психічні травми, звані умовно «емоційне позбавлення». При цьому людина позбавляється об'єкта прихильності або виявляється поза ситуацією, що викликає позитивну емоційну реакцію (наприклад, далеко від Батьківщини),
- 2) всілякі конфлікти і
- 3) психічні травми, які становлять загрозу для життя (землетрус, повені, катастрофи та ін.)

Ми будемо дотримуватися класифікації, наведеної Г.К. Ушаковим і Б.А. Воскресенським.

4.3. Механізми формування психічних травм

Тема психічної травми досліджувалася багатьма авторами, в тому числі і питання про механізми формування психічних травм. У літературі не існує єдиної думки з цього питання. Автори, що належать до різних психологічних напрямів, розглядають це питання по-різному. Ми розглянемо деякі з цих підходів.

Погляд психоаналітичної школи

Травматичні події (їх інформаційні компоненти інтеріорізуються нервовою системою), справляють незабутні враження, через тривалі й інтенсивні переживання, тобто через емоції. Іноді внутрішня переробка травматичною ситуації може бути не вираженою і її "зовнішні" прояви можуть виникнути через якийсь час. Нерідко важке переживання витісняє, руйнує відомі властивості, необхідні для життя.

Зазвичай, зачіпають психіку сильні потоки афекту переробляються за допомогою процесу символізації і інтегруються в розповідні структури мови. Найчастіше психіка не в змозі відразу піддати символізації виникають нестерпні події. Вона вдається до створення ілюзії, що нестерпні події ніколи більше не повторяться, але у важкому випадку переживання втрачає всі свої складові. Травма викликає вулканічний афект і руйнує зв'язок між ним і його образною основою. При дії травми відбувається фрагментація свідомості, при цьому різні "шматочки" організують себе у відповідності з певними патернами. Виникають часткові об'єкти. Пережитий травматичний досвід не занурюється у потік психічного процесу, де він міг би бути перероблений в образи. Замість цього відбувається афективне і асоціативне блокування. Після цього людина вже не в змозі надати будь-який сенс елементів свого сприйняття. У результаті внутрішній світ людини населяється уривчастими ірраціональними об'єктами, безіменними і відірваними, відчуженими від особистісного сенсу або значення. До розщепленню психіки призводить не сама травматична ситуація, а страхітливий сенс, який цій події додає індивід. Травматичні події переживаються у вигляді «зафіксований страх».

Травма викликається не тільки зовнішніми подіями. Психіка переводить зовнішню травму в самотравміруючу внутрішню силу, яка спочатку є захисною, але потім перетворюється в саме руйнівне. Травматичні захисту відрізняються високою опірністю до змін.

Погляд вітчизняних психологів.

У вітчизняній психології і психіатрії поняття психологічного захисту розглядається як найважливіша форма реагування свідомості індивіда на психічну травму. При цьому мається на увазі перебудова, яка відбувається в системах взаємопов'язаних психологічних установок і відносин, в суб'єктивній ієрархії цінностей, яка спрямована на редукцію емоційного патогенного напруги.

Найбільш поширеними і важливими механізмами психологічного захисту від травматизації є: Витіснення - недопущення в сферу свідомості або усунення з неї болісних і суперечливих почуттів та спогадів, неприйнятних бажань і думок. Це найбільш примітивний, як правило, малоефективний спосіб захисту, але в тій чи іншій мірі він приєднується до дії всіх інших захисних механізмів. Витісняється, забувається зазвичай те, що знижує відчуття власної цінності як особистості. Частіше він проявляється в особистостей з незрілим «Я», істеричними рисами характеру, у дітей. Близьким до описаного способу захисту є механізм перцептивного захисту (автоматичні реакції не сприйняття при наявності розбіжності між надходить і наявною інформацією). Наступний механізм - це придушення (свідоме уникнення тривожної інформації, відволікання уваги від усвідомлюваних афектогенних імпульсів і конфліктів). Блокування - затримка, гальмування, (звичайно тимчасове), емоцій, думок або дій, які викликають тривогу. Заперечення невизнання, заперечення ситуацій, конфліктів, ігнорування болючою реальності, фактів. Представлену сукупність захисних механізмів об'єднує відсутність переробки змісту того, що піддається витіснення, придушення, блокування чи заперечення.

Друга група захисних механізмів пов'язана з перетворенням (спотворенням) значення змісту думок, почуттів, поведінки. Механізм раціоналізації проявляється в псевдопоясненні індивідом власних неприйнятних бажань, переконань і вчинків, інтерпретації по-своєму різних своїх особистісних рис (агресивності як активності, байдужості як незалежності, скнарості як ошадливості і т.д.). При захисному механізмі за типом інтелектуалізації вступає в дію контроль над емоціями й імпульсами за допомогою переважання роздуми, міркування з їх приводу замість безпосереднього переживання. Характерною ознакою є «об'єктивне» ставлення до ситуації, надмірно когнітивний спосіб подання та

спроб вирішення, конфліктних тем, без відчуття пов'язаних з нею афектів. Близьким до описаного способу захисту є механізм ізоляції, що складається в інтелектуально-емоційної дисоціації, відділенні емоції від конкретного психічного змісту, в результаті чого подання або емоція витісняються, або емоція пов'язується з іншим, менш значущим поданням, і тим самим досягається зниження емоційної напруги.

Наступний в цій групі захисний механізм реактивного освіти характеризується співволодінні з неприйнятними імпульсами, емоціями, особистісними якостями за допомогою заміни їх на протилежні. Механізм зміщення проявляється тим, що реальний об'єкт, на який могли бути спрямовані негативні почуття, замінюється більш безпечним (наприклад, стримувана агресія відносно авторитетної особи переміщається на інших, залежних людей). У разі захисного механізму проєкції відбувається приписування не визнаних власних думок, почуттів і мотивів іншим людям. На відміну від попереднього механізму, при ідентифікації індивід ототожнює себе з більш сильною особистістю, зокрема, імітуючи агресивну або доброзичливу манеру поведінки в залежності від асоційованих з цією людиною почуттів страху або любові.

Третю групу способів захисного реагування складають механізми розрядки негативного емоційного напруження. До них відноситься захисний механізм реалізації в дії (acting-out), при якому афективна розрядка здійснюється за допомогою активації експресивного поведінки. Захисний механізм соматизації тривоги або якого-небудь негативного афекту виявляється в конверсійному і психовегетативних синдромах, за допомогою трансформації психоемоційного напруження сенсорно-моторними актами. Деякі автори включають в захисну діяльність особистості механізм сублимації (перетворює енергію інстинктивних потягів в соціально прийнятну активність).

До четвертої групи віднесено захисні механізми особистості маніпулятивного типу. При захисному механізмі регресії відбувається повернення до більш ранніх, інфантильних особистісних реакцій, що виявляється в демонстрації безпорадності, залежності, «дитячості» поведінки з метою зменшення тривоги і відходу від вимог реальної дійсності. За допомогою механізму фантазування (у функції маніпуляції) індивід, прикрашаючи себе і своє життя, підвищує почуття

власної цінності і контроль над оточенням. Відомий також захисний механізм відходу у хворобу, у разі формування якого хворий відмовляється від відповідальності і самостійного вирішення проблем, виправдовує хворобою свою неспроможність, шукає опори та визнання за допомогою ролі хворого.

Теорія інформаційного удару.

Психічна травма - це енергоінформаційний «удар». Так як на психіку обрушується велика кількість інформації, з яким вона не може швидко впоратися, в результаті інтегративні механізми психіки насильно перериваються, порушується її системність. Енергоінформаційний «удар», - створює високий рівень активації мережі нейронів; порушуючи цільову і необхідну активність нейронів, змінює силу зв'язків між ними. Травма спотворює, знижує параметри і формує цілий ряд порушень функціональних процесів і їх режимів. (Функціональна спряженість, ієрархічна підпорядкованість структур сприяє (передбачає), множинне ураження. Відхилення є твірною функціональні збої). Травма призводить: - до ланцюгової реакції в ієрархічних структурах; - до розбалансування енергетичних і функціональних режимів; - до порушень параметрів інформаційної провідності; - до порушень функціональних залежностей, контролюючих рівні функціональної спряженості; - до порушень на рівні коду. Травма вражає цілісність енергетичних зв'язків в енергетичних структурах інформаційного простору. Призводить до того, що функціональна оптимальність не відповідає цільовій функції енергетичних процесів. Процеси приходять у стан аструктурності. Психічна реальність, що зазнала впливу інформаційного удару, стає неоднорідною, лакунарній, переривчастої (має дірки, розломи). Виникають патологічні психічні реальності різного властивості і якості. Психічна травма - деструкція здібності символізації, руйнування зв'язків (неможливість користуватися словами, щоб символізувати). Дірка в символічному, яка тягне відсутність репрезентацій (збій символічної функції). Регресії з виникненням структурних змін в топическом та часовому аспекті. Розпізнавання травматичного сигналу відбувається на предсознательном рівні. Тут формується індивідуальне, властиве тільки цій людині реагування (у тому числі і емоційне), на сам факт невідповідності ще до остаточної категоризації змісту сигналу. Скорочується екстрацептивний обсяг взаємодії із зовнішнім

світом. Сигнал про розузгодження сприймають інформації з чуттєвим досвідом випробуваного, кристалізованого в ситуації, у нього картині світу, має емоційну форму (В. Є. Клочко, О. М. Краснорядцева). Ця емоційна форма в подальшому визначає емоційний стан, будучи його причиною.

4.4. Зв'язок з психічними розладами

Незважаючи на інтенсивність травматичних подій, їх екстремальну негативність і потужні витрати, потрібні на адаптацію, реакції на них дуже різні, у більшості людей ці події проходять через якийсь час (зазвичай через чотири-шість тижнів) або переробляються. Однак, як правило, травми залишають після себе відчутні сліди у формі психічних змін, які, щоправда, далеко не завжди розвиваються в психічний розлад. Слід враховувати, що такого роду розлади дуже гетерогенні: розлад може наступити швидше (через хвилини, години) або повільніше (через дні, тижні чи місяці), мати середню або дуже сильну вираженість, можуть бути порушені різні психічні системи і на різний час і т. д.

У системах МКБ-10 і DSM - IV містяться діагностичні критерії, які класифікують реакції на травматичні події. В МКБ-10 стресові розлади і порушення адаптації кодуються в групі розладів F 43; серед них розрізняють гострі реакції на стрес (F 43.0; тривалість: години, дні), розлади адаптації (F 43.2; тривалість: тижні, <6 місяців), посттравматичний стресовий розлад (F 43.1; настає з латентним періодом; тривалість будь-яка). На додаток до групи F 43 має значення і інша група, що описує хронічні зміни особистості після переживання катастрофи (F 62.0). Крім стресових розладів та розладів адаптації, позначених в МКБ-10 і DSM - IV, у жертв важких стресів часто можна спостерігати і інші психічні розлади і реакції.

Найінтенсивніше досліджувався так зване посттравматичний стресовий розлад (posttraumatic stress - disorder PTSD; Saigh, 1995; Foa & Meadows, 1997). За МКБ-10 і DSM - IV, це розлад характеризується, зокрема, наступним чином: повторювана переживання травматичного досвіду (сни, думки і т. д.), уникнення пов'язаних з травмою подразників (думок, людей, місця і т. д.), редукція загальної здібності до переживання (скорочення соціальних контактів, виражене зниження інтенсивності емоційних реакцій), провали в спогадах про травму; такі симптоми,

як порушення сну, проблеми концентрації уваги і т. д. В емпіричному дослідженні було виявлено досить виразні зв'язку між травматичними подіями - особливо військовими, але не тільки - і виникненням PTSD. Що стосується перебігу PTSD, то це питання поки мало досліджений, так само як і чинники, що визначають тривалість, перебіг і результат цього розладу. [2]

4.5. Посттравматичний стресовий розлад та психотерапія

Посттравматичний стресовий розлад виникає як відставлена чи затяжна реакція на стресову подію або ситуацію виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що виходить за рамки повсякденних життєвих ситуацій, які здатні викликати дистрес практично у будь-якої людини. Спочатку до таких подій були віднесені лише військові дії (війна у В'єтнамі, Афганістані). Характерним для цього розладу є його екзогенна природа, виразна зв'язок із зовнішнім психотравмуючим впливом, без якого розлад не з'явилося б.

Посттравматичний стресовий розлад, як правило, обумовлюється наступними чинниками:

- військовими діями
- природними та штучними катастрофами
- терористичними актами (в тому числі, взяттям в заручників)
- службою в армії
- відбуванням ув'язнення в місцях позбавлення волі
- насильством і тортурами.

Виникнення ПТСР знаходиться в прямій залежності від інтенсивності психотравмуючого. Травма, як правило, несе в собі загрозу життю, і індивід реагує на неї інтенсивним страхом, відчуттям безпорадності й жаху. Етіопатогенез визначається поєднанням декількох аспектів: інтенсивність стресу, характер ситуації (війна, природна катастрофа, зґвалтування), особистісні особливості жертви і її біологічна вразливість (тип нервової системи).

ПТСР є психосоматичним переживанням. Вкрай інтенсивні, зорові, слухові, кінестетичні, смакові, нюхові стимули, що діють одномоментно, спочатку можуть викликати порушення здатності мозку інтегрувати їх у змістовне переживання. Зазвичай задіяні всі структури мозку: стовбур / гіпоталамус, лімбічна система і

неокортекс. Виділяється три підтипи розвитку ПТСР:

- 1) гостре ПТСР - протікає 1-3 місяці;
- 2) хронічні симптоми ПТСР присутні більше 3-х місяців;
- 3) із затриманим початком; симптоми з'являються через більше 6 місяців після травми.

Сприйнятливість до ПТСР обумовлена попередніми психічними травмами, характерологічними особливостями у вигляді емоційної нестійкості, незрілість особистості.

Типовими проявами посттравматичного стресового розладу є епізоди повторного переживання психічної травми у вигляді нав'язливих спогадів, кошмарних сновидінь, відчуження від навколишнього, втрата інтересу до життя, емоційна притуплення, ухилення від діяльності. Поява симптомів ПТСР іноді буває відставленим на різний період часу. Переживання перенесеної травми стає центральним в житті, змінюючи її стиль і ускладнюючи соціальне функціонування. Більш інтенсивним є реакція на людський фактор (згвалтування), ніж на природну катастрофу.

Критеріями діагностики є:

- 1) короткочасне або тривале перебування на надзвичайно загрозливою або катастрофічної ситуації;
- 2) стійкі мимовільні і надзвичайно живі спогади (flash-backs) перенесеного, що знаходить своє відображення в снах, посилюються при попаданні в ситуації схожі на стресову або пов'язану з нею;
- 3) уникнення ситуацій можуть нагадати травматичні події, за відсутності такої поведінки до стресу;
- 4) один з нижченаведених двох ознак:
часткова або повна амнезія важливих аспектів перенесеного стресу,
наявність не менше двох з ознак підвищеної сензитивності і збудливості, відсутніх до стресу:
 - а) порушення засинання, поверхневий сон,
 - б) дратівливість або вибухи гніву,
 - в) зниження зосередження;
 - г) високий рівень неспанья,

д) підвищена боязкість.

Ознаки супутні ПТСР:

- Почуття провини вижив;
- Порушення міжособистісних відносин;
- Порушена здатність, керувати своїми почуттями;
- Самодеструктивне поведінку;
- Імпульсивна поведінка;
- Дісоціативні симптоми;
- Соматичні скарги;
- Інтенсивне почуття сорому;
- Соціальна самоізоляція.

У дітей є деякі відмінності у проявах ПТСР. Вони сприйнятливіша і є значно меншими за психічними ресурсами. Реагують на травму дезорганізацією поведінки або ажитацією. Діти молодшого віку схильні до розвитку мутизм. Діти старшого віку використовують obsesивно захист. Відчувають неспецифічні нічні кошмари, наприклад, бачать монстрів. При оповіданнях відновлюють травму в особах, а в іграх висловлюють деякі теми або аспекти травми. У дітей з'являються песимістичні очікування щодо майбутнього

Коли існує більше однієї не вирішиться травми, активація однієї спогади може активувати інше. Жертви ПТСР завжди емоційно переобтяжені, вони не можуть використовувати емоції як сигнали до керівництва у взаєминах або для визначення, коли і яку дію слід вживати.

ЛЕКЦІЯ 5. Загальні підходи до психотерапії ПТСР

- 5.1. Профілактичні процедури ПТСР
- 5.2. Когнітивна терапія А.Т. Бека
- 5.3. Тренінг вирішення проблем
- 5.4. Тренінг самоінструктування і щеплення проти стресу
- 5.5. Діагностичні процедури ПТСР
- 5.6. Варіанти терапії травми.

5.1. Профілактичні процедури ПТСР

Існують різні профілактичні процедури ПТСР. Це різні методики і підходи, які дозволяють людині запобігти ПТСР, що допомагають справлятися йому зі стресовими травмуючими подіями. Ми наведемо деякі з них.

Кризова інтервенція

Кризова інтервенція - це професійна психосоціальна допомога, що надається особам, які зазнали тривалого порушення психічної та соціальної рівноваги з вини якогось критичного життєвої події, не набувши, проте, в результаті ніякого психічного розладу. Критичне змінює життя подія призводить до порушення відповідності між наявними психічними і природними соціальними ресурсами і потрібним психічною напругою. Кризова інтервенція покликана допомогти таким людям відновити душевну і соціальну рівновагу, до того як дана проблема «затверділа» і перетворилася в розлад. У цьому відношенні функцію кризової інтервенції можна назвати профілактичною, а часто вона сприяє і подальшого розвитку, якщо людина здатна інтерпретувати кризу як завдання чи шанс для розвитку, що дають стимул для нової самоорганізації в особистому і соціальному житті. Якщо критичні життєві події передбачувані, то за допомогою цілеспрямованих заходів можна підготувати відповідний коло людей (наприклад, що знаходяться напередодні виходу на пенсію) ще до настання перевантаження, щоб реакція на майбутню подію була більш компетентною.

Підходи самоконтролю

Багато моделей самоконтролю представляють собою розширену концепцію класичної теорії навчання - в тій мірі, наскільки у відповідного індивіда передбачається здатність до управління власною поведінкою. Це особливо добре

видно на прикладі концепції саморегуляції; Канфер виділяє в цій моделі наступні ступені: самоспостереження, самооцінка за допомогою певних стандартів і самоподкрєплення як наслідок порівняння стандарту з власною поведінкою.

Самоконтроль означає специфічний випадок саморегуляції при наявності специфічної конфліктної ситуації: індивід перериває багато в чому автоматизовану поведінкову ланцюжок, щоб точно проаналізувати ситуацію і власну поведінку. В якості основи самоконтролю вирішальну роль грають мотиваційні, когнітивні і поведінкові процеси.

До самоконтролю в більш вузькому сенсі цього слова можна віднести наступні методи:

- а) Методи самоспостереження, службовці найчастіше першим шаблоном у процесі змін.
- б) Методи контролю стимулу. Тут індивід багато в чому сам управляє власною поведінкою за рахунок того, що завдяки спеціальній організації фізичного або соціального оточення стає більш ймовірним - або неймовірною - відповідне цільове поведінку.
- в) Методи контролю наслідків. Індивід в принципі самостійно може управляти вірогідністю настання власної поведінки шляхом самоподкрєплення, самопокарання або укладення спеціальних контрактів. [2]

5.2. Когнітивна терапія А.Т. Бека

На думку Бека, причину депресивних розладів у першу чергу слід бачити в порушенні патерну когнітивної переробки. Депресивний людина невірно переробляє важливий досвід: все визначається тим, що він дізнається про самого себе, своєму оточенні і своє майбутнє. Різні помилки мислення Бек відносить також до різних категорій (наприклад, виборча абстракція, довільні умовиводи, надмірні узагальнення і т. д.). Бек все ж відзначає, що діагностика проблемного патерну мислення у пацієнта може відбуватися тільки на основі індивідуального аналізу.

Інтервенція застосовується в декількох площинах, що має на меті наочно продемонструвати пацієнтові помилки в його сприйнятті і відповідно помилковій висновку, з тим, щоб він змінив їх; таким чином, аналіз та ідентифікація

проблемного патерну мислення - це тільки один крок на шляху до більш реалістичного погляду пацієнта на світ.

Для переконання пацієнта Бек звертається також до конкретного досвіду, без чого навряд чи вдалося б когнітивне переструктурування (наприклад, доручення впоратися з невеликими завданнями, завдяки чому пацієнт набуває знову-таки конкретний досвід, що він в змозі сформулювати і змінити свій навколишній світ).

5.3. Тренінг вирішення проблем

У цьому підході апелюють до того факту, що пацієнти з психічними порушеннями виявляють меншу здатність до вирішення когнітивних і міжособистісних проблем. При цьому було природним звернутися до міркувань, відомим із загальної та когнітивної психології, де багато досліджувалися приватні компоненти ефективного вирішення проблем. Тренінг окремих етапів вирішення проблем - (1) загальна орієнтація, (2) опис проблеми, (3) висунення альтернатив, (4) прийняття рішення, (5) оцінка - повинен не тільки допомогти клієнту виробити або змінити окремі способи поведінки, але і навчити його різним стратегіям, які були б застосовні для вирішення широкої сфери проблем.

Між тим моделі вирішення проблем - і як приватні компоненти терапевтичної програми, і у вигляді якоїсь метамоделі терапевтичного процесу - відносяться до стандартного репертуару дій в поведінковій терапії. Правда, правомірність перенесення моделі вирішення проблем на емоційні і психічні проблеми теж піддається критиці в тому сенсі, що психічні розлади якраз не можна аналізувати так само, як академічні проблеми. Тренінг вирішення проблем застосовується різнопланово: і як складова частина терапії при різних розладах, і спеціально - при міжособистісних проблемах. У цьому сенсі оцінка тренінгу вирішення проблем довела його високу ефективність. [2]

5.4. Тренінг самоінструктування і щеплення проти стресу

Обидва методи були розроблені Д. Мейхенбаум на початку 70-х рр.. У тренінгу самоінструктування функцію контролю над діями індивіда переймає (поступово) мова. Мейхенбаум тут звертається до психології розвитку, згідно з якою мова у маленьких дітей має функцію управління поведінкою. У ході розвитку це самоінструктування інтерналізується і починає «приховано»

управляти поведінкою. У терапевтичному плані ці міркування використовуються в тій мірі, наскільки до мови звертаються як до підтримуючого елементу при виконанні складних завдань. Тренінг самоінструктування створює у пацієнта відчуття особистого контролю, що вкрай важливо в проблемних ситуаціях: через свою власну мову («внутрішній монолог») клієнт набуває певний контроль над різними способами поведінки.

Тренінг щеплення проти стресу - це одна з терапевтичних стратегій для подолання неприємних стресових ситуацій. Мейхенбаум звертається тут до так званої двофакторної теорії емоцій Шахтаря, згідно з якою у емоцій можна виділити, по-перше, компонент неспецифічного фізіологічного збудження, а по-друге, компонент когнітивної оцінки. Ця не безперечна модель емоцій, евристично виявляється тим не менш досить плідною для клінічної психології.

Мейхенбаум навчає пацієнтів релевантним для вирішення завдань у трьох фазах:

1) Фаза отримання інформації - аналізується проблема і пацієнтові повідомляється когнітивна поведінково-терапевтична точка зору відносно емоцій і можливостей совладання з ними.

2) Фаза вправи - пацієнт вчиться звертатися з стресором в терапевтичній ситуації, при цьому він повинен розрізняти стадії конфронтації з стресором і тренуватися в самовербалізації для подолання ситуації.

3) Фаза застосування, в якій пацієнт відшукує у повсякденному житті конкретні стресові ситуації і для їх подолання апробує придбані стратегії (самовербалізації). [2]

5.5. Діагностичні процедури ПТСР

У літературі відображені різноманітні діагностичні процедури ПТСР. Це різні методики, опитувальники, шкали і тести, які дозволяють продіагностувати симптоми ПТСР, їх вираженість. Далі представлені деякі з них.

Структуровані діагностичні інтерв'ю.

У клінічних дослідженнях існує стандартна практика застосування структурованого діагностичного інтерв'ю, щоб переконатися, що детально враховані всі симптоми ПТСР. Діагностичні інтерв'ю поєднують переваги точних рекомендацій щодо з'ясування того чи іншого діагнозу і методу інтерв'ю, що

володіє конкретними психометричними властивостями. Далі представлені деякі діагностичні інтерв'ю та їх психометричні характеристики.

Структуроване клінічне інтерв'ю для DSM

Структуроване клінічне інтерв'ю для DSM (Structured Clinical Interview for DSM, SCID) - найбільш часто використовуваний інтерв'ю для визначення 1 і 2 осей психічних розладів. Воно складається з окремих модулів для найбільш поширених діагностичних категорій. SCID може забезпечити отримання інформації з широкого кола клінічних станів. При клінічній роботі з травмами рекомендується застосування моделей тривожного розладу, афективного розладу, модуль зловживання хімічними речовинами, а також систематичну перевірку щодо наявності ознак шизофренії.

Перелік запитань для інтерв'ю з діагностики тривожних розладів (переглянутий)

Перелік запитань для інтерв'ю з діагностики тривожних розладів (Anxiety Disorders Interview Schedule - Revised, ADIS - R) розроблений ДіНардо і Барлоу і являє собою структуроване діагностичне інтерв'ю, спрямоване в першу чергу на виявлення тривожних і афективних розладів. У ADIS - R використовується процедура шкалювання Ликерта, і тому результати можна аналізувати безліччю способів, оскільки визначається ступінь наявності або відсутності симптому.

ПТСР-інтерв'ю Ватсона надає можливість отримати дихотомічні, і континуальних оцінки. ПТСР-інтерв'ю має високі психометричні характеристики. При його проведенні пацієнти читають шкалу разом з інтерв'юером і пацієнтів просять дати клініцисту відповіді за шкалою Ликерта по кожному із симптомів.

Цей формат має багато спільного з опитувальниками для самозаповнення, але відрізняється від інших діагностичних шкал тим, що не дозволяє клініцисту самому проводити оцінку, спираючись на свої знання і досвід.

Структуроване інтерв'ю для ПТСР (Structured Interview for PTSD, SI - PTSD) було розроблено Девідсоном, Смітом і Кудлером. SI - PTSD дозволяє отримати і дихотомічності, і континуальних вимірювання симптомів ПТСР. Це інтерв'ю є корисним інструментом для діагностування ПТСР та визначення тяжкості симптомів.

Симптоми ранжуються лікарем за шкалою Ликерта з п'яти пунктів, і клініцист відзначає тяжкість кожного симптому. Інтерв'ю включає початкові пробні

питання і додаткові наступні питання для забезпечення більш глибокого розуміння симптомів пацієнта.

Клінічна шкала для діагностики ПТСР

Клінічна шкала для діагностики ПТСР (Clinical - Administred PTSD Scale, CAPS) розроблена Національним Центром ПТСР в Бостоні. CAPS складається з 30 пунктів і оцінює всі 17 симптомів ПТСР, а також набір додаткових характеристик, часто можна побачити при цьому розладі. У CAPS також міститься оцінка соціальної та професійної життєдіяльності та оцінка валідності відповідей пацієнта. CAPS надає можливість отримати і дихотомічності, і континуальних результати. Унікальною особливістю CAPS є те, що вона містить окремі оцінки частоти та інтенсивності кожного симптому і володіє уже сформульованими варіантами питань про поведінку людини та шкалами оцінки. Інтерв'юером рекомендують ставити власні питання і використовувати власні клінічні ув'язнення для встановлення більш точної оцінки.

Інтерв'ю з діагностики ПТСР

Розроблене Фоа PSS - I (PTSD Symptom Scale Interview) володіє багатьма достоїнствами. PSS - I складається з 17 питань, спрямованих на діагностику симптомів ПТСР за DSM, і використовує шкалу Ликерта для оцінки кожного з симптомів. Перевагами PSS - I є його відносна стислість, багатообіцяючі психометричні властивості і використання шкали Ликерта, яке забезпечує і безперервну, і дихотомічний процедуру підрахунку. Крім того, він розроблений і валідованих на людях, які пережили сексуальне насильство, що представляє велику значимість.

Самозвіти чи тестові методики [10]

Кілька методик самозвіту були розроблені в якості економічного за часом і ефективного методу для отримання інформації по симптоматиці ПТСР. Ці методики набули особливого значення та визнання завдяки простоті використання і підрахунку, вони добре доповнюють структуровані діагностичні інструменти.

Шкала оцінки впливу травматичної події (перероблена, IE 5 - R)

IES (Impact of Event Scale) була спочатку розроблена Горовицем, а потім перероблена Вейсса і Маріаром, які додали субшкале гіпервозбудження. Початковий варіант опитування, що містив тільки субшкале вторгнення і

уникнення / заціпеніння, потребував оновлення для більш повної відповідності діагностичної картині.

Миссисипская шкала ПТСР для учасників бойових дій

Миссисипская шкала ПТСР для учасників бойових дій (Mississippi Scale for Combat - Related PTSD) складається з 35 пунктів і розроблена для вимірювання ПТСР. Ці пункти були обрані з 200 пунктів первинного набору, розробленого експертами відповідно до критеріїв розлади за DSM -3. Миссисипская шкала має відмінні психометричні характеристики, має високу сензитивністю і специфічністю.

Шкала ПТСР Кіна ММРІ -2

Спочатку введена з Мінесотского багатофакторного особистісного опитувальника (ММРІ), шкала Кіна для ПТСР зараз містить 46 пунктів, емпірично виведених з ММРІ -2. Має високу тестову узгодженість і тест-ретестовою надійність.

Пенсільванський опитувальник посттравматичного стресу

Пенсільванський опитувальник (Penn Inventory for Posttraumatic Stress) був розроблений Хеммербергом і містить 26 пунктів. Психометричні характеристики перевірялися на людях, які пережили множинні травми, і його специфічність порівнянна зі специфічністю Миссисипской шкали, а сензитивність трохи нижче.

Шкала посттравматичної діагностики

Опитувальник (Posttraumatic Diagnostic Scale, PTSD), розроблений Фoa, заснований на визначенні симптомів ПТСР за DSM -4 і містить 17 питань. PTSD передують 12 питань, спрямованих на прояснення типу травматичних подій, пережитих індивідом. Потім пацієнтів запитують, яке з пережитих подій за останній місяць їх більше турбувало. Далі пацієнти дають оцінки своїм реакцій на подію в той час, коли воно відбулося. Потім пацієнти відзначають по 4-значної шкалою частоту прояву кожного з 17 симптомів ПТСР за останні 30 днів. В останньому розділі шкали пацієнта просять самому оцінити погіршення в дев'яти областях життєдіяльності.

Опитувальник симптомів ПТСР

PCL (PTSD Checklist) був також розроблений дослідниками Національного Центру ПТСР в Бостоні, він існує у двох версіях: одна з цивільних осіб, інша для військових. Шкала містить 17 пунктів, що містять діагностичні критерії за DSM,

які оцінюються за 5-бальною шкалою Ликерта.

Реабілітаційні процедури ПТСР

Психологічна, психотерапевтична, психіатрична допомога особам переживають і пережили психічну травму здійснюється у двох основних напрямках:

екстрена психологічна, психотерапевтична, психіатрична допомога при гострій травмі;

тривалий супровід в процесі індивідуального і групового консультування, лікування.

Екстрена допомогу жертві травми організаційно здійснюється у формі: індивідуальної консультації, психотерапевтичного сеансу, стаціонарування, надання притулку. Основними завданнями екстреної допомоги є вжиття заходів щодо забезпечення нормалізації психічного стану жертви, вжиття заходів щодо забезпечення психофізичної безпеки, запобігання небезпечних дій жертви, якщо вона знаходиться в психотическом стані. При існуючій необхідності напрямок потерпілого в медичні та правоохоронні органи.

Надання екстреної допомоги при психічній травмі будується на основі недирективної психотерапії, в якій більша увага приділяється емоційному стану, почуттів потерпілого, ніж когнітивним і поведінковим.

Психологічне, психотерапевтичне супроводження потерпілого з глибокими особистісними переживаннями вимагає від надає допомогу і підтримку серйозної професійної підготовки в області психологічного консультування, психотерапії та психіатрії. Компетентність розглядається як найважливіша умова ефективності надання допомоги жертвам психічної травматизації.

Спеціалізоване втручання передбачає зміну дезадаптивного і дозвіл патологічного стану через створення умов для вираження постраждалим сильних афектів і емоцій і придбання ним контролю над собою.

Щодо тривалого супроводу (2), посттравматична інтервенція спрямована на те, щоб зробити можливою опрацюванням проблем, а не обов'язково вирішити їх (не всяка проблема може бути трансформована у відповідності з очікуваннями, бажаннями і потребами індивіда). Оптимальним буде таке втручання, яке призведе до можливих максимальних результатів в короткі строки, запобігаючи незворотні особистісні зміни, запуск важких психічних порушень.

Велике значення для психотерапевтичної роботи з особами, що пережили внутрішньосімейне насильство, є робота з сім'єю як цілісною системою. При цьому використовується весь арсенал сімейної психотерапії для дисфункціональної сім'ї.

Слід відзначити таку обставину - епідеміологічних досліджень психотравматизації психіатри не проводять. Надання допомоги відбувається «за зверненнями», тобто тим дітям, яких привели на прийом до психіатра чи в ході ретроспективного аналізу анамнезу дорослого пацієнта. Звідси випливає, що першочергове завдання перед психотравматологією є виявлення «проблемного контингенту», проведення профілактики та лікування. [5]

5.6. Варіанти терапії травми:

Психоаналітична терапія.

Терапія травм трапилися в дитинстві. Мета - переробка, переосмислення і закриття емоційних травм, подолання запрограмованості поведінки і життєвих виборів. Підхід до досягнення цілей передбачає проведення когнітивних і поведінкових методик з урахуванням стадій терапії. На початковій стадії розкриття пригнічених травматичних спогадів, опрацювання травматичних переживань, абреакцій супроводжується погіршенням стану, поглибленням регресії і дисфункцій. Про це треба знати і вжити необхідних заходів щодо пом'якшення станів. Залежно від сили Его пацієнта на проведення першої стадії лікування може знадобитися від декількох місяців до 2-3 років. Багато пацієнтів задовольняються проведеним лікуванням, якщо настає поліпшення в афективному та когнітивному функціонуванні. На середній стадії лікуванні, цілі включають: - обговорення травм, якщо пацієнт здатний втілити в слова травматичний досвід, здатність розуміти сенс того, що з ним сталося і корекція когнітивних порушень. Пацієнту надається допомога у створенні інтегрованого спогади про те, що з ним сталося, і що пережиті ним почуття означали в дійсності. Необхідно прагнути до того, щоб пацієнт зміг усвідомити: - травма сталася багато років тому; - він вижив завдяки силі своїй нервовій системі; - сьогодні нічого подібного з минулого з ним не відбувається. Зняти, якщо є, почуття його провини у подію з ним. Потім пацієнтові показується, що травма не зруйнувала його

самооцінку. Якщо пацієнт не може втілити в слова травматичні переживання, використовуються невербальні методики. Вони включають: десенсетизації, реструктуризації, дезактуалізації почуттів, застосування методики руху очних яблук, телесноорієнтованої методики, танцювальна терапія. Взаємодіючи з лікарем, пацієнт вчиться тому, що він може і повинен переносити пов'язану з переживаннями біль. За допомогою контрольованого і координується переживання інтенсивних афектів пов'язаних з травмою, пацієнт зможе зменшити інтенсивність своїх страхів, болю. Надалі лікар може допомогти пацієнтові знайти необхідні слова для опису своїх переживань і надати їм сенс. Лише за допомогою взаємин з лікарем пацієнт може мати справу з спогадами контрольованим чином, шляхом побудови міцних, довірчих, що гарантують безпеку взаємовідносин з ним.

До терапії у пацієнтів сприйняття заповнено невірними ідеями і спотвореннями у відносини себе самого і навколишнього його світу. Вони можуть стосуватися ідентичності, компетентності, віри, сили і контролю, автономії і системи цінностей. Лікар підводить пацієнта до переоцінки попереднього розуміння того, яким чином існує реальний світ. Середня фаза лікування може зайняти 1-3 роки.

Цілі заключній стадії лікування: - пережити, пробачити, дозволити піти минулого; - встановити і підтримувати більш здорові взаємини; - зміцнення ідентичності; - завершити терапію і пережити «втрату» лікаря.

Техніки арт-терапії.

Творчість оживляє сферу почуттів, заблокованих в результаті травми, сприяє їх висловом, дозволяє відновлювати кордону «Я». Істотні результати дає групова арт-терапія.

Різноманітні види та рівні активності суб'єкта утворюють цілісну систему внутрішніх умов, які представляють собою складні інтегративні освіти, через які тільки й діють лікувальні впливу. Впливаючи за допомогою «особистісно-орієнтованої» (реконструктивна), психотерапії досягаються позитивні особистісні зміни у вигляді реконструкції та гармонізації порушеної системи відносин за рахунок корекції неадекватних когнітивних, емоційних і поведінкових стереотипів. [11]

Лікування передбачає проходження декількох етапів:

- 1) стадія відпрацювання здатності до регресії до травматичним спогадами;
- 2) стадія опрацювання травми і дозволу дісоціативних механізмів захисту; в цій фазі займає центральне місце в лікуванні, хворому необхідно вирішити декілька завдань, в тому числі звернутися до спогадів і розібратися в них, відновити зв'язки станами ідентичності; прийняти болючі спогади, які раніше уникали, відкидалися;
- 3) стадія інтеграції опрацьованих травматичних станів з станами придбанної адаптивності; 4) стадія постінтеграційної терапії: відновлення і компенсація дефектів, надісланих роками псевдоприспособлення, досягнутого за допомогою дісоціативних стратегій.

Онтогенетично-орієнтований підхід.

Одне з найважливіших положень для лікування хворих - це положення про самоорганізації і саморегуляції психічної діяльності. За наявності достатнього числа складно взаємодіючих елементів у результаті даної взаємодії на місці хаосу спонтанно народжується порядок. Подолання патологічного стану через його дестабілізацію (шляхом депривації сну, шоків терапія). Застосування методів спрямованих на дестабілізацію, на "розхитування" і редукції патологічної системи призводять до її пригнічення і зникнення. Лікування психічних захворювань це регресія, відкриття патологічних структур та їх реструктуризація. Йде звернення до минулого хворого, в якому були особливості того чи іншого етапу онтогенезу, з урахуванням "критичних" точок: перебування в дитячому саду, вступ до школи, народження власної дитини, укладення або розпад шлюбу і т.д. У роботі з сьогоднішнім і минулим пацієнта лікар у своїх заходах використовує, таким чином, онтогенетично-орієнтований підхід. При цьому йде поєднання двох різноспрямованих процесу: поживлення онтогенетично ранніх форм комунікації, мислення, афектів і активне включення їх у процес адаптивної перебудови психіки з використанням раніше не використаних її резервів і одночасна стимуляція освоєння хворим більш зрілих індивідуальних психосоціальних механізмів функціонування, які перебувають у "зоні найближчого розвитку" (за Л. С. Виготському). Домогтися відреагування - дозвіл психологічного конфлікту за допомогою перетворення викликають тривогу імпульсів (іноді відреагування носить характер опору).

Допомогти пацієнту прояснити, дослідити і зрозуміти механізм впливу на його

поведінку, стан нереалістичних почуттів, установок і спонукань. Лікар вказує на спотворення реальності, що його поведінка незвично і вимагає раціональної оцінки. Звертає його увагу на те, що його "відчуваюче Я" повністю домінує і відсутня робота "спостерігає Я". Допомогти зрозуміти пацієнтові, як і чому, він схильний, спотворено сприймати ставлення до нього інших людей. Позитивний регрес до ранніх рівнями функціонування: вербальної та невербальної експресивності, ситуативно-особистісної комунікації, наочно-дієвого мислення, онтогенетично ранніх механізмів регуляції поведінки включає катарсичні відреагування тих чи інших конфліктів, травм, психогеній і заповнює, гармонізує ущербний досвід хворого в плані соціального функціонування. Процес регресу, повернення до онтогенетическим раннім формам психічного функціонування є необхідною умовою виправлення дефектів адаптивно - развітійних систем, що виникли від травм, психогеній, депривації на попередніх етапах онтогенезу. Відомо - те, що пропущено, не сформовано у відповідний період розвитку при зіткненні з певними чинниками середовища проявить свою недостатність. Пропущена не компенсується автоматично в старшому віці, воно вимагає складних, спеціальних дій.

Хорошим досягненням у лікуванні буде - освоєння хворим навичок самоконтролю, самоспостереження, нового погляду на себе зі здатністю аналізувати своє минуле і сьогодення з метою більш ефективної поведінки в майбутньому. Лікувально-відновлювальні заходи розширюються за рахунок оптимізації дозрівання психічних функцій і структур особистості відповідно до вікових закономірностями онтогенезу. Відповідно актуальні проблеми пацієнта вирішуються як за рахунок розгляду їх причин в минулому, в даний момент із залученням хворого в процес розвитку. Вплив направляється на мотиваційні системи, афективні, конкретно-образне і абстрактно-логічне мислення, на механізм імовірнісного прогнозування та антиципації, самосвідомість з його установками і смислами, організацію поведінки.

Гештальт - підхід.

При необхідності впливу на емоційну сферу застосуємо гештальт підхід, коли хворому видається методика переживання свого стану "тут і зараз", щоб усвідомити свої емоції і можливість ними управляти, можливість модифікувати

спосіб свого переживання. При впливі на поведінковий аспект, можуть бути використані сеанси поведінкової психотерапії (7-10 сеансів). На першому з них у стані глибокої релаксації пацієнт викликає у себе уявлення про ситуації, в яких він відчуває напругу, відчуття страху, потім за допомогою поглиблення релаксації - знімає виникла тривогу. Уявлення ситуацій в уяві здійснюється від найлегших, до найважчих; опрацьовується поступово від сеансу до сеансу.

ЛЕКЦІЯ 6. Перша допомога в ситуації втрати

- 6.1. Етапи переживання втрати.
- 6.2. Перша допомога при втраті.
- 6.3. Переживання почуття втрати.
- 6.4. Горе як реакція людини на втрату.
- 6.5. Психологічна допомога горючому на різних етапах переживання.

6.1. Етапи переживання втрати

Протягом життя кожна людина зазнає втрат. Ми втрачаємо близьких людей внаслідок смерті чи розлучення, майно, роботу, ілюзії, здоров'я, домашніх улюбленців... Від нас іде і частина нашого світу, в якому ми жили - з його почуттями і прив'язаностями.

Для тих, хто опиняється поряд з людиною, яка переживає втрату, постає питання підтримки і допомоги в момент, коли ця втрата відбулася: факт смерті або розлучення, травма, операція, усвідомлення інакшої реальності, коли йдеться про ілюзії...

Для надання психологічної підтримки в подібних випадках, слід взяти до уваги етапи переживання втрати:

стадія шоку і заперечення (чому це сталося? ні, це неможливо!),
неприйняття (гнів і злість на того, кого втратили, на себе, інших, на життя, долю), стадія депресії (бездіяльність, апатія до всього, витіснена агресія),
примирення (з собою, новою реальністю, адаптація),
прийняття і вихід з переживання втрати (планування життя, бачення перспективи).

6.2. Перша допомога при втраті

Отже, перша допомога при втраті надається на етапі шокowego стану і заперечення.

Шок може тривати від кількох годин, днів до кількох тижнів. В цей період важливо забезпечувати фізіологічні потреби: їсти, пити, відпочивати. Їжа і питво мають бути теплими (не гарячими і не холодними), в невеликому об'ємі кілька

разів на день. Сон може порушитись, але відпочивати в горизонтальному положенні необхідно для тілесного розслаблення. Часто безсонниці в гострий період або сильна емоційна реакція лякає близьких, які починають «лікувати» втрату. Зверніть увагу на формулювання: «переживання втрати», тобто, її потрібно саме пережити, прожити, не перебуваючи в стані відсторонення чи зміненої свідомості. Медикаментозне втручання має місце тільки за умови необхідності рятувати життя, наприклад, при серцевому приступі, а не як профілактика сильного емоційного переживання.

В ситуації втрати важливо виконувати певні дії. Вони можуть бути активними або механічними в залежності від ситуації і психологічного стану людини. Наприклад, у випадку смерті наші предки придумали ритуал (дію) поховання. Це цілий ланцюжок послідовних дій, кінцевою метою яких є прощання з близькою людиною. Тільки після цього ті, хто залишився, зможуть жити далі власним життям. Прощання потрібне, щоб завершився певний етап і розпочався наступний.

Що стосується втраченої речі - вона може бути для вас важливою, ресурсною, навіювати приємні спогади. Тож, втративши її, переживання буває досить сильним і тривалим в часі. Хоча оточуючим подібне часто здається безглуздом: це ж тільки річ!

Іноколи достатньо просто бути поряд, висловити своє співпереживання, сказавши про власні почуття. Відчуття "плеча" додає впевненості і сили витримувати ситуацію.

Супроводжуйте близьку вам людину в стадії шоку, прийміть її гнів і злість, дозвольте бути агресії і апатії. Тоді після темної ночі обов'язково настане світанок.

6.3. Переживання почуття втрати.

Почуття втрати – це глибоке та сильне страждання, викликане втратою близької людини. Рафаель описує емоційну реакцію на втрату як поєднання душевного болю, смутку, гніву, безпорадності, почуття вини і розпачу. Тобто втрата близької людини завжди пов'язана з втратою визначеності меж свого власного психологічного простору. Втрата може бути тимчасовою (розлука) або

постійною (смерть), реальною чи уявною, фізичною або психологічною.

При розгляді втрати, пов'язаної зі смертю, на думку А. О. Баканової, слід пам'ятати, що людина, яка з нею стикається, переживає не тільки смерть фізичну, як вмирання тіла, але і психологічну, як втрату значущих відносин, розрив прихильностей, зміну способу буття – життєвого стилю, способу мислення, ставлення до себе, навколишньому світу і основних екзистенціальних проблем.

І. Г. Малкіна-Пих звертає увагу на наукові теорії, що пояснюють, чому люди мають такі сильні емоції після тяжкої втрати. Зокрема, психологічна модель, розроблена на основі праць З. Фрейда та його послідовників, є однією з найбільш впливових у поясненні наслідків тяжкої втрати. Відповідно до цієї моделі, формування перших і найбільш важливих відносин відбувається в перші роки життя, коли виникає прихильність до людей, які забезпечують догляд та турботу, найбільше до батьків. Пізніше людина витрачає свою емоційну та фізичну енергію на спроби знайти ще когось, хто може її зрозуміти, дати те, чого їй не вистачало в дитинстві, встановити близькі стосунки. Тому, коли вмирає хтось близький, людина відчуває себе знедаленою. В емоційному сенсі вона відчуває, що ніби «відрізали» частку її самої.

При повідомленні про втрату людина не відразу може поставитися до неї як до реальності, сприймати факт втрати як теперішній час свого життя. Інерція існування психологічного простору й часу дає їй можливість зовнішнього збереження активності в її звичних, автоматизованих формах. Однак, коли відбувається все більше усвідомлення втрати, неможливості відновлення змістів, туга й почуття самотності стають усе більш сильними. Границя свого психічного переживається людиною як завершена, вона не може активізувати своє життя власними зусиллями – стереотипи поведінки порушуються: «Я не знаю, як жити далі». Люди починають дратувати, з'являється бажання піти від соціальних контактів, долають апатія й зневіра.

Реакція втрати вважається патологічною, якщо вона супроводжується надмірним емоційним вибухом, надто довгим чи повністю відсутнім. При патологічній реакції втрати людина може годинами розповідати про померлого й обставини його смерті.

6.4. Горе як реакція людини на втрату.

Горе – це універсальне переживання всіх людей, реакція на втрату значущого об'єкта, частини ідентичності або очікуваного майбутнього. В. Ю. Меновщиков наголошує, що горе – це процес функціональної необхідності, але не слабкості [[1]]. Горе, сприяючи зміцненню соціальних зв'язків і групової згуртованості, виконує тим самим біологічну і соціальну функції. Горе має надзвичайно важливе значення і для психологічної адаптації індивіда. Воно дозволяє йому змиритися з втратою, адаптуватися до неї. Переживання горя – це завжди стрес і він стимулює людину до відновлення особистісної автономії.

А. О. Баканова вказує, що слід розрізняти депресію та горе [[2], с.194]. Горе включає багато різних почуттів – це і гнів, і смуток, і образа, і провина, і навіть, зрештою, радість. Депресія ж – це відсутність почуттів; якась «мертва точка», нездатність повноцінно «відгорювати» свою втрату. Більше того, депресія – це вмирання не тільки почуттів, але й волі до життя. В цьому стані людина «заморожує» своє життя, сподіваючись на те, що «холод» позбавить її від страждань. Але, на жаль, від страждань може позбавити тільки страждання. Тобто, горе – це природний процес і необхідний для того, щоб відпустити втрату або оплакати смерть.

Розглянемо тепер більш детально процес горя та, відповідно, особливості психосоціальної допомоги людям у цей період їх життя. В. Ю. Меновщиков вказує, що горе, як процес, має певні критичні періоди, а саме:

Перші 48 годин. Шок від перенесеної втрати і відмова повірити в те, що сталося, може проявлятися в перші години. Емоційно це іноді виражається в страху втратити когось із членів сім'ї та друзів (можливий також сильний страх втрати самого себе і в фізичному, і в психічному сенсі).

Перший тиждень. Необхідність у проведенні похорону та інші клопоти заповнюють всі думки і почуття втрати може переноситись автоматично. Воно може супроводжуватися почуттям «занепаду», емоційним чи фізичним виснаженням.

Від 2 до 5 тижнів. Тут переважає почуття покинутості як з боку сім'ї, так і з боку друзів, що повернулися до своїх буденних справ після похорону.

Від 6 до 12 тижнів. На цій стадії знімаються всі наслідки шокowego стану і

усвідомлюється реальність втрати. Спектр пережитих у цей час емоцій досить широкий; людина відчуває втрату і погано контролює себе.

Від 3 до 4 місяців. Починається цикл «гарних та поганих днів». Людина стає дратівливою та нетерплячою щодо фрустрації. В більшості випадків з'являється гнів, почуття емоційної регресії, внаслідок зниження імунної системи зростають соматичні скарги, особливо інфекційного і простудного характеру.

6 місяців. Починається депресія. Слабшає тяжкість пережитого, але не емоції. Річниці з дня смерті, дні народження, свята особливо важко переносяться і можуть знову викликати депресію.

12 місяців. Перша річниця з дня смерті може бути травматичною або переломною, в залежності від наслідків пережитих за рік страждань.

Від 12 до 24 місяців. Це час «розсмоктування». Біль втрати стає стерпним і людина, що пережила втрату близького, повільно повертається до колишнього життя. Саме в цей період зникає зі словникового запасу слово «важка втрата» та «горе»; життя бере своє.

Дещо інший підхід пропонує Н. А. Усатова. Вона розглядає 10 стадій перенесення горя:

1. Шок. Потрясіння, пережите в момент смерті близької людини, має місце навіть у разі її довгого невиліковного хворобливого стану і довгих місяців болісної підготовки до цієї події. Дуже часто цей період часу люди описують, вживаючи вислів «автопілот». Наша пам'ять зберігає дуже мало докладних деталей того, що відбувається в цей час, лише знання того, що повинно бути зроблено. Шок зазвичай проходить через п'ять-шість тижнів, але може тривати і довше, залежно від уміння людини захищатися від хворобливих почуттів.

2. Сплеск емоцій. Ми можемо і не побачити сильного сплеску емоцій у момент смерті, а потім їх «висихання» через кілька тижнів. Коли шок остаточно розсіюється, людина може переживати сильні емоції, такі як роздратування, страх, каяття і пронизливу самотність. У цей період переглядається прожите життя, і люди дуже дивуються, виявивши наскільки сильно вони залежали від померлого. Усвідомлення цього може призвести до втрати впевненості в собі та почуття неадекватності.

3. Депресія. Депресія збирає всі вищезазначені емоції та підсилює їх, додаючи

почуття безпорадності й безнадійності. Люди скаржаться на те, що «не почувають» більше поруч із собою тих, кого любили, або хочуть «бути з ними». Сім'я та друзі побоюються суїциду, але переживаючи втрату зазвичай висловлюються про цей стан, як: «Я не буду з собою нічого робити, але якщо смерть прийде до мене цієї ночі, я не вижену її».

4. Фізичні симптоми страждання. Це загальне явище, особливо серед дітей. Якщо причиною смерті став інфаркт, близькі можуть відчувати здавлювання у грудях, біль, який поширюється від щелепи вниз до лівої руки, та інші симптоми, що мали місце у померлого.

5. Занепокоєння. Людям, які втратили близьких, часто сняться яскраві сни (або вони марять наяву), в яких вони бачать і чують померлих близьких людей. Можуть бути і спіритичні занепокоєння, які виражаються, наприклад, такими словами: «Де зараз мій коханий?» або «Чи щасливий він / вона?», «Чи будемо ми разом, коли я помру?».

6. Ворожість. Роздратування, зазвичай, починається на шостому тижні після смерті близької людини і триває близько двох тижнів. Іноді воно виливається навмання, а іноді на когось конкретно.

7. Провина. Іноді вона реальна, часто надумана чи перебільшена, але ставитися до неї завжди необхідно з великою серйозністю. Смерть посилює проблеми, які коли-небудь мали місце у стосунках, і малопомітні камінці спотикання перетворюються тепер у непереборну перешкоду. Слово «повинен» не сходить із вуст, перетворюючись на заклинання: «Я повинен був зробити це» або «Я не повинен був цього робити». Згодом раціональне пояснення пом'якшить почуття провини, але зазвичай воно повертається до тих пір, поки не наступить повне позбавлення від страждання.

8. Страх. Це може бути і страх спати в тому ж ліжку або кімнаті; боязнь залишити житло або продовжувати жити в тому ж будинку. Люди бояться самотності, яка приходить разом зі смертю, і в той же час бояться створити нові відносини. Тут може бути і побоювання ніколи більше не відчувати радості так, щоб вони не супроводжувалися почуттям провини. Для людини, яка відчуває себе дуже невпевнено без свого близького, життя повне страхів.

9. Лікування пам'яті. Всі люди, які перенесли важку втрату, живуть між

хорошими і поганими спогадами. Часом здається, що настав час самобичування, оскільки в пам'яті воскресають всі негативні аспекти взаємовідносин. Проте і щасливі моменти виявляються занадто хворобливими, і так може тривати багато місяців, поки не наступить примирення, оскільки лікування криється в самих спогадах. Коли ці спогади стануть приносити менше страждань, людина знову знайде здатність сприймати навколишній світ у його реальності.

10. Прийняття. Існує різниця між прийняттям реальності смерті та забуттям померлого. Як і будь-яка серйозна травма, смерть близької людини залишає на душі рубець, шрам. З часом біль вщухає, і врешті-решт до рани можна доторкатися, згадувати і прийняти, як вже прожити, нову частину цього життя. На це може піти два і більше років, у залежності від емоційної близькості певної людини з померлим.

Ці описані періоди часу, як і стадії пережитого нещастя, не є догмою, вони можуть змінюватися. Часові періоди, відчуття, емоції переживання горя іноді можуть повертатися на стадію перших часових періодів, а потім перестрибувати назад у реальність. Це не є показники для кожної людини, оскільки кожна людина по своєму переживає та переносить втрату близьких, але психологу, працюючи з клієнтом, необхідно знати ці критичні періоди.

При роботі з людиною, що переживає біль втрати, психологу важливо також пам'ятати про симптоми горя, з якими можна в подальшому працювати. Загалом І. Г. Малкіна-Пих виокремлює кілька комплексів симптомів горя:

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

А. О. Баканова вважає, що для «нормального» горя характерні такі ознаки: 1) фізичне страждання; 2) поглиненість образом померлого; почуття вини («був неуважний до нього за життя», «Якби не мої дії (думки, почуття, вчинки), він би жив» і т.д.); 3) ворожі реакції (втрата теплоти у відносинах з іншими, тенденція

розмовляти із роздратуванням або злістю, відхід від усіляких контактів з близькими і друзями); 4) втрата моделей поведінки (нездатність починати і підтримувати організовану діяльність, відсутність інтересу до улюблених занять, небажання чимось займатися і т.д.).

Е. Лінденман серед нетипових симптомів спотвореного переживання горя називає такі: 1) відстрочення реакції (в результаті певних причин людина може майже або зовсім не зрозуміти свого горя упродовж тижня, а іноді навіть і декількох років); 2) підвищена активність без відчуття втрати (експансивна або авантюрна діяльність на фоні доброго самопочуття і смаку до життя); 3) поява у клієнта симптомів захворювання померлого (ці симптоми є виразом невротичної ідентифікації, або психосоматики); 4) низка психосоматичних захворювань; 5) зміни у ставленні до друзів і родичів (уникнення спілкування, соціальна ізоляція); 6) люта ворожість проти певних осіб (часто спрямована на лікаря, представників влади, силових структур та ін.); 7) подальша втрата форм соціальної активності (втрата рішучості й ініціативи, неможливість виконати навіть найпростішу діяльність самотійно); 8) поглиблення депресії (напруга, збудження, безсоння, відчуття малоцінності, самозвинувачення) [[2]]. Можливе виношування суїцидальних планів, ідей: розмови про суїцид, возз'єднання з померлим, про бажання з усім покінчити.

6.5. Психологічна допомога горюючому на різних етапах переживання

Допомога на стадії шоку. Необхідно бути присутнім поруч із людиною, яка зазнала втрату, не залишати її одну. Висловлювати свою турботу і піклування краще через дотики. Саме таким чином люди виражають свою участь, коли слова їм непідвладні. Навіть звичайне рукостискання краще, ніж холодна ізоляція. Слід підкреслити, що в період втрати страждання полегшується присутністю родичів, друзів, причому істотна не їх дієва допомога, а легка доступність протягом декількох тижнів, коли скорбота найбільш інтенсивна. Людину, яка понесла втрату, не треба залишати одну, проте її не слід «перенавантажувати» опікою – велике горе долається тільки з часом. Горюючій людині потрібні постійні, але не нав'язливі відвідини і добрі слухачі.

Допомога на стадії гострого горя. Слід говорити про померлого, причини його смерті та почуттях у зв'язку з цією подією. Необхідно питати про померлого,

слухати спогади про нього, розповіді про його життя. У випадку насильницької або раптової смерті необхідно неодноразово обговорювати всі найдрібніші деталі, до тих пір поки вони не втратять свого страхітливого, травматичного характеру, – тільки тоді людина, яка втратила близького, зможе оплакувати його. Необхідно дати можливість виплакати, не намагаючись втішити людину. Поступово (ближче до кінця цього періоду) слід долучити людину до повсякденної діяльності.

Допомога на стадії відновлення. Треба допомагати знову включитися в повсякденне життя, планувати майбутнє. Оскільки людина може неодноразово повертатися до переживань гострого періоду, необхідно давати їй можливість знову говорити про померлого.

Консультування людей, які перенесли втрату, – це нелегке випробування духовних сил і професійної компетенції. Примирення з втратою – хворобливий процес, в якому від втраченої людини «відмовляються» поступово і з труднощами. Але процес абсолютно природний, і його не треба форсувати. Клієнт потребує захисних механізмів, особливо на ранній стадії скорботи, коли він не готовий прийняти смерть і реалістично думати про неї. Тому консультант повинен дозволити клієнту використовувати заперечення чи інші механізми психологічного захисту.

Р. Кочюнас зауважує, що консультант при роботі з людиною, яка переживає втрату, досить часто повинен виконувати роль слухача [[1]]. Знаходитися з людиною, яка сумує, і належним чином слухати її – головне, що можна зробити. Чим більше консультант співпереживає скорботі, а також чим адекватніше сприймає власні емоційні реакції, пов'язані з допомогою, тим ефективніша цілюща дія. Не слід поверхнево заспокоювати горюючу людину. Зніяковіття та формальні фрази лише створюють незручний стан. Клієнту треба надати можливість виражати будь-які відчуття, і всі вони повинні бути сприйняті без упередження. Інша дуже важлива задача консультанта – допомогти близьким людини, що понесла втрату, правильно реагувати на її скорботу.

Для допомоги людям, які переживають втрату близької людини, психологом може бути застосовано низку методик та тренінгів. Зокрема, І. Г. Малкіна-Пих радить при консультуванні звернути увагу на такі ключові моменти:

слухайте, приймаючи, а не засуджуючи; будьте готові, що деякі люди будуть злитися на вас; дайте час для того, щоб з'явилася довіра – поки її немає, клієнт не здатен ділитися з вами своїми переживаннями; дайте надію, підбадьорте клієнта тим, що незважаючи на болючість випробування, люди все ж оговтуються від горя.

Ще однією метою консультації є можливість дозволити людині, котра переживає втрату, висловити низку почуттів, думок і дій. При цьому психологу слід: бути реалістичним – бажання усунути біль негайно недоречно; спонукати до розмови про померлого і вираження почуттів; не дивуватися, що людина повторює історію про смерть; повторення і промовляння – природний спосіб упоратися з горем; дати людині інформацію про те, що «нормально» у стані горя, наприклад, соматичні симптоми, порушення сну, поганий апетит та ін.

Якщо реакція втрати пригнічується, корисно, крім усього перерахованого вище, вивчити причини, чому людина уникає горя. Якщо реакція втрати спотворена, може виявитися цінним спонукання до вираження й усвідомлення почуттів. Якщо почуття провини необґрунтоване, то слід допомогти клієнту позбутися від нього. Якщо почуття провини обґрунтоване, то необхідно подумати про те, як людина може із цим жити, чи може вона якось спокутувати свою провину.

Якщо горе набуває хронічного відтінку, то слід встановити: чому людина не може відмовитися від цієї фіксації; який відбиток смерть відкидає на ставлення людини до себе на фоні втрати; чи є якась вторинна вигода від того, що людина тримається за горе, наприклад, вона виявила, що про неї стали дбати, її «помічають», а цього їй раніше не вистачало.

У вирішенні вказаних завдань консультанту може допомогти вправа «Втрата». При її виконанні клієнту або кожному учаснику групи, якщо проводиться групове консультування, пропонується письмово відповісти на такі запитання:

- Пригадайте і запишіть найважливішу для вас втрату за останній час (3 роки);
- Чи була втрата несподіваною? Скільки попереджувальних знаків, які говорили про те, що події розвиваються до гіршого, ви отримали? Чи була у вас яка-небудь можливість запобігти втраті?

- Опишіть ваші почуття щодо вашої втрати тоді, коли вона відбулася і зараз, коли ви згадуєте про неї.
- Опишіть свій стан здоров'я в той період, коли трапилася ця втрата (можливо, хвороби, що з'явилися, або нездужання), і свої тілесні переживання тепер, коли ви згадуєте про неї.
- Напишіть, що ви втратили в результаті цієї втрати.
- Визначте, яке значення у цієї втрати особисто для вас (ради чого ви її пережили).
- Чи містилося у вашій втраті яке-небудь приховане звернення до вас?
- На що у вашому житті втрата розплющила вам очі? Що ви придбали в результаті цієї втрати (те, чому ви навчилися, зрозуміли)?

В. Ю. Меновщиков для «одужання» від горя пропонує надавати клієнтам такі рекомендації:

- прийміть своє горе – прийміть із готовністю тілесні й емоційні наслідки смерті близької людини; скорбота є ціною, яку ви платите за любов; на прийняття може піти багато часу, але будьте наполегливі в намаганнях;
- проявляйте свої почуття, не приховуйте відчаю; плачте, якщо хочеться; смійтеся, якщо можете; не ігноруйте своїх емоційних потреб;
- слідкуйте за своїм здоров'ям – при можливості добре харчуйтеся, бо ваше тіло після виснажливого переживання потребує підкріплення; депресія може зменшитися при відповідній рухливості;
- пройдіть медичне обстеження і розкажіть лікарю про пережиту втрату; ви і так достатньо постраждали, не заподійте ще більшої шкоди собі та оточуючим, нехтуючи здоров'ям;
- проявіть до себе терпіння – вашому розуму, тілу й душі потрібен час і зусилля для відновлення після перенесеної трагедії;
- поділіться болем втрати з друзями – замикаючись у мовчанні, ви відмовляєте друзям у можливості вислухати вас і розділити ваші почуття, прирікаєте себе на ще більшу ізоляцію та самотність;
- допомагайте іншим – спрямовуючи зусилля на допомогу іншим людям, ви вчитеся краще ставитися до них, повертаючись обличчям до реальності, стаєте більш незалежними і, живучи в теперішньому, відходите від минулого;

– робіть сьогодні те, що необхідно, але відкладіть важливі рішення; почніть з малого – справляйтеся з повсякденними домашніми справами; це допоможе вам відновити почуття впевненості, однак утримайтеся від негайних рішень, наприклад, продати будинок або поміняти роботу.

Р. Брей радить також клієнтам запропонувати: щоденно займатися фізкультурою – ходьбою, плаванням, гімнастикою; дотримуватися розпорядку дня, оскільки звичний уклад життя (регулярний прийом їжі, робота в домі) приносить відчуття захищеності; звернутися за допомогою до церкви [[1]].

Важливе місце у роботі з клієнтом, що переживає втрату, мають також тренінгові вправи. І. Г. Малкіна-Пих рекомендує тренінг «Зцілення від горя» [[2]]. Цей тренінг складається з двох етапів, перший з яких служить прояснення почуттів втрати, а другий – швидше їх реорганізації та переорієнтації з метою пошуку інших можливостей і нових напрямів у житті.

ЛЕКЦІЯ 7. Особливості суїцидальної поведінки

- 7.1. Сутність суїцидальної поведінки
- 7.2. Типологія суїцидів
- 7.3. Вікові особливості суїцидальної поведінки
- 7.4. Концепції формування суїцидів
- 7.5. Суїцидальна мотивація
- 7.6. Способи роботи з особами, схильними до суїциду
- 7.7. Оцінка суїцидального ризику

7.1. Сутність суїцидальної поведінки

Суїцидальна поведінка в даний час є глобальною суспільною проблемою. Високий рівень самогубств в більшості розвинених країн світу і районах СНД ставить питання про причини виникнення цього явища і способах його превенції (попередження). Розгляд суїцидальної поведінки лише як об'єкта медико-психологічних та юридичних наук неминуче обмежує можливість до кінця зрозуміти все різноманіття негативних чинників, що лежать в основі цього явища. Зазвичай в розрахунок беруться лише індивідуальні поведінкові реакції індивіда на ті чи інші життєві обставини.

Суїцид як соціальне явище - стійкий статистичний факт. Дослідження суїцидальної смертності впродовж багатьох років у різних країнах і різних районах однієї держави показують подібні значення соціального відсотка самогубств (кількість завершених суїцидів на 100 тис. жителів) для країн з однаковим рівнем культури, схожими політичними, економічними і соціальними системами. У той же час цей соціальний відсоток може різко мінятися від нації до нації, від одного територіального утворення до іншого, якщо рівень розвитку основних сфер їх життєдіяльності різний.

Виявлення та аналіз статистичного матеріалу, пов'язаного з суїцидами, у зіставленні з іншими соціальними змінними може слугувати індикатором сприятливості соціальних умов, рівня соціальної напруженості і функціонування соціальних систем в цілому. Для цього, насамперед, необхідна розгорнута соціально-демографічна характеристика суїцидентів (стать, вік, соціальний стан,

релігійна орієнтація і т. д.). Катастрофічне зростання самогубств в останні роки, а також деякі статистичні дані, наприклад, той факт, що самогубство найбільш характерно для кризових періодів життя людини (молодий і передпенсійний вік), свідчать про те, що вивчення суїцидальної статистики є важливим для стабілізації та управління демографічною ситуацією в країні.

Досвід світової суїцидології свідчить про існування тісної залежності між частотою завершених суїцидів і такими змінними, як: економічні чинники, наприклад, ступінь урбанізації, співвідношення промислових і сільськогосподарських робітників, міграційні потоки, комунікативно-інформаційні потоки, що проходять через засоби масової інформації.

Суїцид (англ. suicide - самогубство) - акт самогубства, який чинять людиною в стані сильного душевного розладу або під впливом психічного захворювання.

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

У наші дні суїцидальну поведінку не розглядається як однозначно патологічне. У більшості випадків це поведінка психічно нормальної людини. У той же час поширена точка зору на суїцид як на крайню точку в ряду взаємопереходящих форм саморазрушительного поведінки.

7.2. Суїцидальна поведінка

Суїцидальна поведінка - різні форми активності людей, зумовлені прагненням позбавити себе життя і службовці засобом дозволу особистісної кризи, що виникла при зіткненні особистості з перешкодою на шляху задоволення її найважливіших потреб. На тлі гострого емоційного стану криза досягає такої інтенсивності, що людина не може знайти правильного виходу зі сформованої ситуації. Він втрачає сенс життя.

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

Суїцидальна поведінка має внутрішні і зовнішні форми свого прояву.

Внутрішні форми:

- антівітальні подання (тобто роздуми про відсутність цінності життя);
- пасивні суїцидальні думки (представлення на тему своєї смерті при відсутності чіткого задуму на самовільне позбавлення себе життя: «добре б померти» і т. д.);
- суїцидальні задуми;
- суїцидальні наміри.

Зовнішні форми:

- суїцидальні висловлювання;
- суїцидальні спроби;
- завершений суїцид.

Суїцидальні задуми - це більш активна форма прояву суїцидальності. Тенденція до самогубства наростає у формі розробки плану: продумуються способи, час і місце самогубства. Суїцидальні наміри з'являються тоді, коли до задуму приєднується вольовий компонент - рішення, готовність до безпосереднього переходу у зовнішню поведінку. Суїцидальна спроба - це цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, не закінчилося смертю. Спроба може бути оборотною і незворотною, спрямованою на позбавлення себе життя або на інші цілі. Завершений суїцид - дії, завершені летальним результатом.

Період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації називається пресуїцид. Тривалість його може обчислюватися хвилинами (гострий пресуїцид) або місяцями (хронічний пресуїцид). У випадках тривалого пресуїцида процес розвитку внутрішніх форм суїцидальної поведінки чітко проходить описані вище етапи. При гострих пресуїцид послідовність не виявляється і можна спостерігати появу суїцидальних задумів і намірів відразу ж. [4, 144]

Пресуїцид включає дві фази:

1. Предиспозиційна фаза характеризується найвищою активністю людини (період пошуку «точки опори»), але ця активність не супроводжується суїцидальними виконавчими діями. У міру того, як вичерпуються варіанти поліпшення ситуації, міцніє думка про її нерозв'язності. Суїцидент гостро

відчуває нестерпність існування і імовірно констатує відсутність бажання жити, але думки про самогубство блокуються механізмами захисту. Ще зберігається можливість надати допомогу людині, вивести його з глухого кута.

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

Структура суїцидальної поведінки: 1) соціально-ситуаційні фактори; 2) особистісні фактори; 3) конфлікт; 4) соціально-психологічна дезадаптація; 5) крах ціннісних установок (втрата сенсу життя); 6) провокуючі фактори; 7) мотиваційна готовність; 8) призводять зовнішні фактори; 9) пресуїцид; 10) суїцид.

Існують три основні ознаки насувається суїциду:

- прихований гнів: гнів приховують, видаючи за інші почуття, він спрямований всередину себе, похований, але наявність його можна помітити, тяжка втрата; положення справ не поліпшується, ніхто не може допомогти, немає ніякої надії;
- людина охоплений почуттям безпорадності;
- відхід з життя, в силу його крайню важливість, краще відкласти на деякий час, спокійно все обдумати і т. д.

Способи суїциду варіюють у різних культурах. Повішення - провідний спосіб суїциду в усьому світі. У США близько 60% всіх суїцидів відбуваються з використанням вогнепальної зброї. У Канаді, де зброя менш доступно, з його використанням відбувається 30% суїцидів. Отруєння, наприклад, з використанням передозування лікарських засобів, відзначається в США в 18% всіх суїцидів. Дослідники припускають, що невеликий відсоток з числа фатальних ДТП з єдиною жертвою - фактично суїциди. Тільки від 15% до 25% людей, що накладають на себе руки, залишають прощальні записки.

7.3. Типологія суїцидів

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

Істинний суїцид направляється бажанням померти, не буває спонтанним, хоча іноді і виглядає досить несподіваним. Такому суїциду завжди передують пригнічений настрій, депресивний стан або просто думки про відхід з життя. Причому оточуючі такого стану людини можуть не помічати. Іншою особливістю дійсного суїциду є роздуми і переживання з приводу сенсу життя.

Демонстративна суїцид не пов'язаний з бажанням померти, а є способом звернути увагу на свої проблеми, покликати на допомогу, вести діалог. Це може бути і спроба своєрідного шантажу. Смертельний результат в даному випадку є наслідком фатальною випадковістю.

Прихований суїцид (Непряме самогубство) - вид суїцидальної поведінки, що не відповідає його ознаками в строгому сенсі, але має ту ж спрямованість і результат. Це дії, що супроводжуються високою ймовірністю летального результату. Більшою мірою це поведінка націлене на ризик, на гру зі смертю, ніж на відхід з життя. Такі люди вибирають не відкритий відхід з життя «за власним бажанням», а так зване суїцидально обумовлене поведінка. Це і ризикована їзда на автомобілі, і заняття екстремальними видами спорту або небезпечним бізнесом, і добровільні поїздки в гарячі точки, і вживання сильніших наркотиків, і самоізоляція.

Відмінності в класифікаціях видів суїцидальної поведінки відображають розмаїття форм аналізованої реальності. А.Г. Амбрумова виділяє: самогубства - істинні суїциди, а також спроби самогубства - незавершені суїциди. Брукбенк говорить про суїцид як навмисне самогубство і парасуїцид як акт навмисного самоушкодження без смертельного результату. На думку А.Є. Личко, суїцидальну поведінку у підлітків розглядає як демонстративну, афектну і істинну. Є. Шир розрізняє: навмисну суїцидальну поведінку, непереборну, амбівалентну, імпульсивну і демонстративну.

Е. Дюркгейм ділив самогубства на види залежно від особливостей соціальних зв'язків індивіда. «Анемічні» самогубство відбувається в результаті важких розбіжностей між особистістю і навколишнім середовищем. «Фаталістичне» самогубство має місце у випадку особистих трагедій, наприклад смерті близьких, втрати працездатності, нещасного кохання. «Альтруїстичне» самогубство відбувається заради інших людей чи в ім'я високої мети. Нарешті,

«егоїстичне» самогубство є відходом від несприятливих ситуацій - конфліктів, неприйнятних вимог.

В.А. Тихоненко, беручи до уваги ступінь бажані смерті, доповнив суїцидальну спробу декількома пов'язаними видами поведінки. По-перше, він виділяє демонстративно-шантажні суїцидальну поведінку, що має своєю метою демонстрацію наміри померти. По-друге, автор говорить про самоушкодження або покаліченні, які взагалі не спрямовуються уявленнями про смерть і обмежуються лише пошкодженням того чи іншого органу. По-третє, подібна поведінка може бути просто результатом нещасного випадку. Таким чином, діагностика суїцидальної поведінки повинна ґрунтуватися на точній оцінці ступеня бажані смерті. Наприклад, самопореzi бритвою в області передпліччя можуть бути віднесені:

- а) до числа справжніх суїцидальних спроб, якщо кінцевою метою була смерть від крововтрати;
- б) до розряду демонстративно-шантажних замахів, якщо метою було продемонструвати оточуючим намір померти;
- в) до самоушкодження, якщо мета обмежувалася бажанням випробувати фізичний біль чи посилити стан наркотичного сп'яніння шляхом крововтрати;
- г) до нещасних випадків, якщо, наприклад, по маревних міркувань самопореzi мали на меті «випустити з крові бісів».

Незважаючи на очевидну унікальність кожного випадку, самогубства мають ряд загальних характеристик. Суїцидальна поведінка, як правило, супроводжується стресогенним характером життєвої ситуації і фрустрацією провідних потреб. Для суїцидента характерні: нестерпність страждань, пошук виходу із ситуації, переживання безнадійності ситуації і власної безпорадності, аутоагресія, амбівалентне ставлення особистості до суїциду, спотворення сприймають реальності - зацикленість на проблемі, «тунельний зір». Все це призводить до звуження вибору до втечі в «суїцид». При цьому суїцидальну поведінку, як правило, відповідає загальному стилю життя і особистісним установкам.

7.4. Вікові особливості суїцидальної поведінки

Вік істотно впливає на особливості суїцидальної поведінки. Наприклад, кризові періоди життя, такі, як юність або початок старості, характеризуються підвищенням суїцидальної готовності.

Суїцидальна поведінка в дитячому віці носить характер ситуаційно-особистісних реакцій, тобто пов'язано власне не з самим бажанням померти, а з прагненням уникнути стресових ситуацій або покарання. Більшість дослідників відзначає, що суїцидальна поведінка у дітей до 13 років - рідкісне явище, і тільки з 14-15-річного віку суїцидальна активність різко зростає, досягаючи максимуму до 16-19 років.

Більшість авторів вважають, що концепція смерті у дитини наближається до адекватної лише до 11 - 14 років, після чого дитина може по-справжньому усвідомлювати реальність і незворотність смерті. Маленька дитина швидше фантазує з приводу смерті, погано розуміючи відмінності між живуть і померлим. І тільки ближче до підліткового віку смерть починає сприйматися як реальне явище, хоч і заперечується, здається малоймовірною для себе. Отже, терміни «суїцид» і «суїцидальну поведінку» в строгому сенсі для раннього віку малоприйнятною.

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

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

Деяку іншу картину суїцидальної поведінки ми спостерігаємо в підлітковому віці. Серед підлітків спроби самогубства зустрічаються значно

частіше, ніж у дітей, причому лише деякі з них досягають своєї мети. Частота закінчених суїцидів підлітків не перевищує 1% від усіх суїцидальних дій. Суїцидальна поведінка в цьому віці частіше має демонстративний характер, в тому числі - шантажу. А.Є. Личко зазначає, що лише у 10% підлітків є справжнє бажання покінчити з собою (замах на самогубство), у 90% - це крик про допомогу. Б. Н. Алмазов, обстеживши групу підлітків 14-18 років, умисно завдали собі порізи, встановив, що тільки 4% з них у момент самопореза мали думки суїцидального змісту. Більшість же ексцесів були вчинені після сварки з однолітками, а також як бравада або обряд «братання». А.Є. Личко, А.А. Александров, провівши обстеження групи підлітків у віці 14-18 років, прийшли до висновку, що у 49% суїцидальні дії були здійснені на тлі гострої афективної реакції [13, с. 133]. У групі підлітків також дещо зростає роль психічних розладів, наприклад депресії. До «дитячим» ознаками депресії приєднуються почуття нудьги і втоми, фіксація уваги на дрібницях, схильність до бунту і непослух, зловживання алкоголем і наркотиками. [5,61]

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

Після 14 років суїцидальну поведінку проявляється приблизно однаково часто і у дівчат і у хлопців. У молодому віці суїцидальну поведінку нерідко пов'язано з інтимно-особистісними відносинами, наприклад нещасною любов'ю. Як група молоді люди схильні до депресії. Ступінь депресії часто є показником серйозності суїцидальної загрози.

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

Літній вік стикається з такими серйозними соціально-психологічними проблемами, як самотність, закінчення професійної діяльності, втрата можливостей, відокремлення від сім'ї і друзів і т.д. Депресія у літніх людей характеризується почуттям втоми, фатальністю і безнадією. Безнадія

проявляється в стійкому бажанні померти. У силу ряду причин літній вік є одним з найбільш схильних до суїцидальної поведінки. [5,62]

7.5. Концепції формування суїцидів

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

У рамках соціологічного підходу декларується зв'язок між суїцидальною поведінкою і соціальними умовами. В основі подібних поглядів лежить вчення Е. Дюркгейма про «аномії» - порушення в ціннісно-нормативній системі товариств. Дюркгейм відзначав, що кількість самогубств в суспільстві визначається «колективними уявленнями» як особливими фактами соціального життя, які визначають індивідуальні бачення світу (цінності, моральні норми). Наприклад, колективна зв'язок, згуртованість суспільства в цьому сенсі затримують самогубства. Коли згуртованість суспільства слабшає, індивід відходить від соціального життя і ставить свої особисті цілі вище прагнення до загального блага, що може стати причиною рішення піти з життя.

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

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

Сучасні дослідники самогубства як соціального явища виділяють як важливого фактор розвитку релігійної свідомості суспільства. Віра, особливо іслам, істотно знижує ймовірність суїцидальної поведінки. У релігійній етиці

самогубство розцінюється як тяжкий гріх, що накладає моральний заборону на суїцидальну поведінку віруючої людини. У християнських державах сьогодні спостерігається лібералізація суспільного ставлення до самогубств. Все більш серйозно обговорюється можливість евтаназії - добровільного відходу з життя за допомогою лікаря. У 2002 р. в Голландії (вперше в історії людства) прийнятий закон, що регулює евтаназію.

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

Психопатологічний підхід розглядає суїцид як прояв гострих або хронічних психічних розладів. Траплялися, але виявилися безуспішними спроби виділення самогубств в окрему нозологічну одиницю - суїцидоманію. Кілька схожу позицію висловлює погляд на суїцидальну поведінку як прикордонний стан. А. Є. Личко пише: «Суїцидальна поведінка у підлітків - це в основному проблема прикордонної психіатрії, тобто галузі вивчення психопатій і непсихотичних реактивних станів на тлі акцентуації характеру». За спостереженням автора, лише 5% суїцидів та спроб падає на психози, в той час як на психопатії - 20-30%, а всі інші на так звані підліткові кризи.

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

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

- Зниження інтересів або задоволення від діяльності, зазвичай приємною;

- Відсутність реакції на діяльність (події), які в нормі її викликають;
- Пробудження вранці за два (або більше) години до звичайного часу;
- Зовні виражена психомоторна загальмованість або ажитація;
- Помітне зниження (підвищення) апетиту;
- Зниження ваги;
- Помітне зниження лібідо;
- Зниження енергії;
- Підвищена стомлюваність.

Додатково до соматичних називаються психологічні ознаки: зниження самооцінки; безпричинне відчуття самоосуду; надмірне й неадекватне відчуття провини; повторювані думки про смерть, суїцидальна поведінка; нерішучість. Іншим часто зустрічається симптомом, заподіює серйозне занепокоєння людині, є порушення ясності або ефективності мислення, іноді настільки виражене, що може бути прийнято навіть за органічну деменцію. Депресивний стан, таким чином, крім суб'єктивно поганого настрою має виражені соматичні прояви, знижену самооцінку, порушення мислення.

Незважаючи на що має місце, хоча й неоднозначну, зв'язок суїцидальної поведінки з психічними розладами (переважно - афективними порушеннями), більшість авторів в даний час вважають, що суїцидальні дії можуть здійснювати як особи з психічними захворюваннями, так і здорові люди. У першому випадку мова повинна йти про прояви патології, що вимагає переважно медичного втручання. У другому випадку можна говорити про відхиляється практично здорової людини у відповідь на психотравматичну ситуацію, що передбачає надання термінової соціально-психологічної допомоги.

Соціально-психологічні концепції про б'ясняють суїцидальну поведінку соціально-психологічними чи індивідуальними факторами. Перш за все, самогубства зв'язуються з втратою сенсу життя. В. Франкл вказував, що пов'язана з цим екзистенціальна тривога переживається як жах перед безнадією, відчуття порожнечі і безглуздості, страх провини й осуду.

А.Г. Амбрумова і ряд інших дослідників розцінюють суїцидальну поведінку як наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту.

Соціально-психологічна дезадаптація, як невідповідність організму і середовища, може виявлятися в різному ступені і в різних формах. Автор розрізняє лімітуючим (непатологічне) і трансформує (патологічну) дезадаптацію. Кожна з цих форм може бути парціальною (частковою) і тотальною (загальною).

В умовах екстремальної ситуації особистості неоднаково перебудовують свою пристосувальну тактику. Найбільш стійкі з індивідів за рахунок пластичності і резервів зберігають колишній загальний рівень адаптації. Інша група людей характеризується тимчасовим зниженням рівня, але без зламу основних напрямків адаптації. У цьому випадку дезадаптація носить лише кількісний характер, вона лімітована і не виходить за межі якісної визначеності адаптаційного процесу, тобто дезадаптація не призводить до хвороби, не породжує патологічних форм адаптації. У тих же випадках коли екстремальні навантаження поєднуються з індивідуальними проблемами (наприклад, неврозами), ймовірність порушень значно зростає. У таких випадках соціально-психологічна дезадаптація тягне за собою якісну трансформацію пристосувального процесу, поява патологічних форм адаптації. Цей варіант, на думку А. Г. Амбрумовой, характерний для прикордонних розладів, при яких найбільш схильні до зриву ціннісно-орієнтаційна та комунікативна діяльність при загальному зниженні інтенсивності та пластичності процесу пристосування. Психотичні розлади являють собою глобальну дезадаптацію з переходом на якісно новий рівень патологічного реагування.

Об'єктивні причини і суб'єктивні переживання можуть не відповідати одна одній. Дезадаптація - лише одна з умов можливого суїциду. Розглядаючи соціально-психологічну дезадаптацію в динаміці, що веде до суїциду, автор виділяє дві фази: предиспозиційну і суїцидальну. Предиспозиції (наявність дезадаптації) не служить прямий детермінантою суїцидальної поведінки. Вирішальне значення для переходу її в суїцидальну фазу має конфлікт, який переживає особистість. Конфлікт може носити міжособистісний або внутрішньоособистісний характер. У тому і іншому випадку він утворюється з двох або декількох різноспрямованих тенденцій, одну з яких складає основна, актуальна в даний момент потреба людини, а іншу - тенденція, що перешкоджає її

задоволенню. Вирішення конфлікту залежить від значимості сфери, в якій він відбувається, і від системи резервних адаптаційних механізмів. Конфлікт, що перевищує поріг дезадаптації особистості, є кризовим. Таким чином, в умовах передиспозиційної дезадаптації і неможливості реальним способом змінити конфліктну ситуацію єдиною реакцією, що підмінює собою всі інші дії, виявляється суїцид як спосіб самоусунення від будь-якої діяльності.

Е. Шнейдман пропонує розглядати суїцид з точки зору психологічних потреб. Відповідно до його теорії, суїцидальна поведінка визначають два ключові моменти: душевний біль, яка виявляється сильнішим всього іншого, стан фрустрації чи спотворення найбільш значущої потреби особистості. [17,287]

У рамках соціально-психологічного підходу також широко представлені роботи, які вивчають зв'язок між особистісними особливостями і суїцидальною поведінкою. Поширена думка, що тип девіації, наприклад насильницька чи самодеструктивна, визначається складом особистості. А.Є. Личко відзначає зв'язок між типом акцентуації характеру підлітка і суїцидальною поведінкою. Так, суїцидальні демонстрації в 50% випадків поєднуються з істероїдним, нестійким, гіпертімними типами, а замаху - з сенситивним (63%) і циклоїдним (25%) типами. Є.І. Личко відзначає надзвичайно низьку суїцидальну активність шизоїдів. В.Т. Кондрашенко, навпаки, наводить дані на користь шизоїдного, психастеничного, сенситивного, збудливого і епілептоїдного типів. Автори сходяться на думці, що практично не схильні до замахів і суїцидів астенічний, гіпертімний, нестійкий типи підлітків.

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

- 1) підвищена напруженість потреб;
- 2) підвищена потреба в емоційній близькості при свержзначимості відносин;
- 3) низька фрустраційна толерантність і слабка здатність до компенсацій.

Підсумовуючи дані, отримані різними авторами, можна уявити якийсь узагальнений психологічний портрет суїцидента. Для нього характерна як занижена самооцінка, так і висока потреба в самореалізації. Це сенситивний, емпатичний людина зі зниженою здатністю переносити біль. Його відрізняють висока тривожність і песимізм, тенденція до самозвинувачення і схильність до

звуженому (дихотомическому) мислення. Також відзначаються труднощі вольового зусилля і тенденція відходу від вирішення проблем. Варто підкреслити, що наведений портрет прямо протилежний характеристиці антисоціальної особистості.

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

попередні спроби суїциду (даної людини);

сімейна історія суїциду;

кризова ситуація (невиліковна хвороба, смерть близької людини, безробіття і фінансові проблеми, розлучення);

сімейний фактор (депресивність батьків, дитячі травми, хронічні конфлікти, дісгармонічне виховання);

емоційні порушення (перш за все депресія);

психічні захворювання (алкоголізм, наркоманія, шизофренія);

соціальне моделювання (демонстрація суїциду ЗМІ, їх зображення в літературних творах - «ефект Вертера»).

Крім того, виділяються такі групи ризику: молодь, люди похилого віку, сексуальні меншини, військовослужбовці, ветерани воєн і військових конфліктів, лікарі та представники деяких інших професій. [4,167]

7.6. Суїцидальна мотивація

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

Нерідко суїцидальна мотивація має форму емоційного відгуку на кризову ситуацію. Типовими обрушуються на особистість подіями є втрата близької людини, розлучення або розлука. Втрата роботи або здоров'я, загроза кримінального покарання або викриття також сприяють виникненню суїцидальної поведінки. Іноді подібні реакції слідує за великими успіхами - просуванням по

службі, різке зростання їх відповідальністю, досягненням заповітної мети і т. п.

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

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

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

емоційний дисбаланс (наявність негативних афектів);

песимізм (все погано, ситуація не має виходу, в майбутньому немає нічого хорошого);

негативний баланс (раціональне свехкритічно «підведення життєвих підсумків»);

демобілізація (відмова від контактів і діяльності через почуття самотності і знехтуванням);

опозиція (агресивна позиція із звинуваченнями на адресу оточуючих, що переходить в аутоагресивних, частіше демонстративну);

дезорганізація (стан тривоги з вираженими соматовегетативних порушеннями).

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

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

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

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

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

Так, на втрату об'єкта (втрата, розчарування, розрив) людина, схильний до депресії, спочатку реагує ненавистю. Але в силу надзвичайної значущості об'єкта він змушений захищатися від афекту. Захист здійснюється через регресію до оральних переживань з фантазією про поглинання втраченого об'єкта. Тепер об'єкт врятований завдяки ідентифікації з особистістю суб'єкта. Об'єкт став частиною своєї особистості. Ненависть, спочатку спрямована на втрачений об'єкт, звертається тепер проти власної персони. Розвивається важкий депресивний стан (меланхолія, за Фрейдом), наслідком якого і стає суїцид.

З. Фрейд зазначав, що розвиток суїцидальної поведінки по меланхолійному механізму можливо лише за двох умов: 1) якщо була фіксація на оральної ступеня; 2) якщо існує амбівалентність об'єктних відносин.

У більш пізніх роботах З. Фрейда (з 1920 по 1923 р.) самогубство розглядається як

прояв вродженого потягу до смерті. Суїцидальна поведінка має місце в тому випадку, якщо саморуйнівні імпульси значно переважають над імпульсами до самозбереження. На користь погляду на самогубство як перетворене вбивство говорять такі факти, як зниження самогубств під час воєн, зниження їх рівня в країнах з високим рівнем убивств, наприклад у Латинській Америці.

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

пошук тих людей, які можуть бути відповідальні за смерть наклав на себе руки - замість прийняття події як особистої волі суїцидента;

прийняття жалоби на довгі роки - замість того, щоб продовжувати жити;

переживання провини і самобичування;

соматизація - відхід у хворобу замість спонтанного вираження почуттів;

самообмеження - відхід від радощів життя;

втеча в роботу, в сексуальні зв'язки, в аддикцію - замість того, щоб визнати і висловити свої почуття;

нарешті, новий суїцид - «ти помер, значить, помру і я».

Таким чином, близьких суїциденту людей переповнюють сильні почуття скорботи, провини і гніву, захищаючись від яких, вони самі починають вести себе аутодеструктивних. [4,168]

Таким чином, суїцидальна поведінка має складний комплексний характер:

проявляється у різних формах (внутрішньої і зовнішньої), включає дві фази

(предиспозиційну і суїцидальну), має свої ознаки та способи прояву; для

кожного віку характерні різні причини виникнення суїцидів. Виділяючи

психологічний аналіз у якості ведучого для роботи з конкретною особистістю,

психологи, безсумнівно, повинні враховувати й інші важливі аспекти проблеми,

такі, як соціальний, правовий, історичний, культурологічний, медичний, етичний.

7.7. Способи роботи з особами, схильними до суїциду

Оцінка суїцидального ризику

Так як депресія передре більшості суїцидів, раннє розпізнавання симптомів депресії і її лікування за допомогою медикаментів та психотерапії - важливий фактор попередження суїциду.

Ознаки депресії:

- втрата інтересу або почуття задоволення в ситуаціях, зазвичай викликають позитивні емоції;
- нездатність до адекватної реакції на похвали;
- почуття гіркої печалі, що переходить у плач;
- почуття неповноцінності, непотрібності, втрата самоповаги;
- песимістичне ставлення до майбутнього, негативне сприйняття минулого; повторювані думки про смерть або про самогубство;
- зниження уваги або здатності до ясного мислення;
- млявість, хронічна втома, уповільнені рухи і мова;
- зниження ефективності чи продуктивності у навчанні, роботі, побуті;
- зміна звичного режиму сну, безсоння або підвищена сонливість;
- зміна апетиту з подальшим збільшенням або втратою ваги.

Ознаки високої вірогідності реалізації спроби самогубства:

- відкриті висловлювання про бажання покінчити життя самогубством знайомим, у листах родичам, коханим;
- непрямі «натяки» на можливість суїцидальних дій;
- активна попередня підготовка, цілеспрямований пошук засобів (збирання таблеток, зберігання отруйних речовин, рідин і т. п.);
- фіксація на прикладах самогубств (часті розмови про самогубства взагалі);
- символічне прощання з найближчим оточенням (роздача особистих речей, фотоальбомів, годин і т. п.);
- змінився стереотип поведінки: невластива замкненість і зниження рухової активності у рухливих, товариських; порушену поведінку і підвищена товаришність у малорухомих і мовчазних;
- звуження кола контактів, прагнення до усамітнення та інші. [6,188]

Суїцидальна активність людини залежить від цілого ряду чинників. Їх

врахування у організації повсякденної життєдіяльності допоможе опинитися поряд з цією людиною в критичний момент його життя і надати йому необхідну допомогу. Головну роль у виникненні суїцидально небезпечної ситуації грають конфлікти.

Найбільш поширеними є:

1. Конфлікти, пов'язані зі специфікою життєдіяльності (навчання, роботи, спілкування) та соціальної взаємодії людей:

- Індивідуальні адаптаційні труднощі;
- Невдачі виконання конкретної задачі;
- Конфлікти з однолітками;
- Міжособистісні конфлікти зі значимими людьми.

2. Особисто-сімейні конфлікти:

- Нерозділена любов;
- Зрада коханої людини;
- Розлучення батьків;
- Важка хвороба;
- Смерть близьких людей;
- Статева неспроможність.

3. Конфлікти, обумовлені станом здоров'я:

- Психічні захворювання;
- Хронічні соматичні захворювання;
- Фізичні недоліки.

4. Конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою:

- Страх кримінальної відповідальності;
- Боязнь ганьби.

5. Конфлікти, зумовлені матеріально-побутовими труднощами.

Слід пам'ятати, що ймовірність виникнення суїцидальної поведінки зростає у вечірній, нічний і ранковий час, коли люди надані самим собі, залишаються наодинці зі своїми думками, переживаннями; в період «піків вікової суїцидальності» (між 17 і 24 роками); в умовах важкої морально -психологічної обстановки в родині чи найближчому оточенні.

Вивчення причин та умов, за яких люди закінчували життя самогубством, дозволило виявити ряд чинників, відповідних цьому надзвичайної події.

До них відносяться:

умови сімейного виховання:

- Відсутність батька в ранньому дитинстві;
- Матріархальний стиль стосунків у сім'ї;
- Виховання в сім'ї, де є алкоголіки, психічні хворі;
- Покинутість і соціальна ізоляція;
- Виховання в сім'ї, де були випадки самогубства і т. д.

стиль життя і діяльності:

- Акцентуація характеру;
- Вживання алкоголю і наркотиків;
- Спроби скоєння суїцидальних спроб у минулому;
- Вчинення кримінально караного вчинку.

Взаємини з оточуючими людьми:

- Ізоляція від соціального оточення, втрата соціального статусу;
- Розрив високо значущих любовних відносин;
- Утруднена адаптація до діяльності, навчання та ін

Вади фізичного розвитку (заїкання, гаркавість, ожиріння та ін);

Тривалі соматичні захворювання.

Найбільш точним, але і найбільш важким методом вивчення особистості є спостереження. Ефективність його значно зростає, якщо воно ведеться систематично і цілеспрямовано. Саме зміни в поведінці (знаки біди) дозволяють вчасно розпізнати насування катастрофи. Знаки біди - це, перш за все, помітна зміна в звичайних манерах поведінки людини.

Перш за все повинні насторожити наступні вчинки, скарги, прояви:

- Незвично зневажливе ставлення до свого зовнішнього вигляду;
- Посилення скарг на фізичне нездужання;
- Схильність до швидкої зміни настрою;
- Скарги на поганий сон або підвищена сонливість;
- Погіршення або поліпшення апетиту;

- Безпричинна нервозність;
- Ознаки постійної втоми;
- Відхід від контактів, ізоляція від друзів і сім'ї, перетворення в людину-одинака;
- Відмова від соціальної активності, від спільних справ;
- Зайвий ризик у вчинках;
- Порушення уваги зі зниженням якості виконуваної роботи;
- Поглощеність думками про смерть або загробного життя;
- Незвичайні спалахи дратівливості;
- Посилене відчуття тривоги, безнадії;
- Прилучення до алкоголю чи наркотиків або їх посилене споживання;
- Відсутність планів на майбутнє;
- Складання записки про відхід з життя.

Повинні насторожити наступні заяви людини:

- "Ненавиджу життя»;
- «Всім буде краще без мене»;
- «Мені нема чого чекати від життя»;
- «Вони пошкодують про те, що вони мені зробили»;
- «Не можу цього винести»;
- «Я став тягарем для всіх»;
- «Я накладу на себе руки»;
- «Нікому я не потрібен»;
- «Це вище моїх сил».

Слід знати основні психічні стани, які обумовлюють самогубства.

1. Низька опірність стресу і почуття розчарування та безвиході (недостатнє прийняття реальності).
2. Відчуття нездатності змінити стан речей (немає надії на позитивні зміни в майбутньому).
3. Відсутність навичок конструктивного розв'язання проблеми, образ «глухого кута».
4. Переконаність у тому, що тільки самогубство вирішить всі проблеми.

Інший фактор ризику суїциду полягає в наявності попередніх суїцидальних

спроб, а також у наявності випадків суїциду серед родичів. Важливу роль грає соціальна ізоляція індивіда. Люди, що живуть самотньо або мають мало близьких друзів, не отримують емоційної підтримки, яка попередила б появу відчуття безнадійності та ірраціональних думок у важкий період їхнього життя.

Психологічна допомога у випадках суїцидальних - орієнтованої поведінки

Виключно відповідальним етапом профілактики самогубств виступає допомогу суїциденту з боку емоційно близьких і значимих осіб. Існує чотири основні методи надання психологічної допомоги людині, мислячому про суїцид:

1. Своєчасна діагностика і відповідне лікування суїцидента.
2. Активна емоційна підтримка людини, що знаходиться в стані депресії.
3. Заохочення його позитивних устремлінь, щоб полегшити ситуацію.
4. Навчання соціальним навичкам і умінням подолання стресу. Прагнучи надати людині первинну психологічну допомогу, важливо дотримуватися таких правил:
 - будьте впевнені, що ви в змозі допомогти;
 - набирайтеся досвіду у тих, хто вже був у такій ситуації;
 - будьте терплячі;
 - не намагайтеся шокувати або загрожувати людині, кажучи: «Піди і зроби це»;
 - не аналізуйте його поведінкові мотиви, кажучи: «Ви так відчуваєте себе, тому що ...»;
 - не сперечайтесь і не намагайтеся напоумити людини, кажучи: «Ви не можете вбити себе, тому що ...»;
 - робіть все від вас залежне, але не беріть на себе персональну відповідальність за чуже життя.

Головним у подоланні кризового стану людини є індивідуальна профілактична бесіда з суїцидента.

Лекція 9. Вторинна травма

9.1 Синдром вигорання і вторинний травматичний стрес

9.2. Фактори вигорання

9.3. Ознаки та симптоми вторинної травми.

9.1. Синдром вигорання і вторинний травматичний стрес

Вторинний травматичний стрес пов'язаний з так званим «синдромом вигорання», хоча і не є його повним аналогом. Тим не менше, і те, і інше стану (1) мають тенденцію до накопичення і (2) призводять до схожих результатів: безсонні, депресії і порушення комунікації з сім'єю і значущими людьми. Відмінності між ними лежать головним чином в причинах виникнення цих станів: у той час як STS найчастіше виникає як вторинна реакція на емпатичне співпереживання клієнтам з травматичними або проблемними ситуаціями, синдром вигорання може виникати при роботі з будь-якими клієнтами (O'Halloran, Linton, 2000). Також вважається, що синдром вигорання проявляється поступово (накопичений стрес), в той час як вторинна травма може наступити раптово і без жодного попередження (Figley, 1995)

Кілька основних симптомів вторинного травматичного стресу дуже нагадують класичні симптоми ПТСР: (1) повторне переживання травматичної події в сновидіннях або спогадах; (2) уникнення ситуацій, думок і вражень, так чи інакше пов'язаних з травматичною ситуацією, і як результат - припинення певних видів занять; (3) постійне збудження, розлад сну, труднощі концентрації уваги і т.п. За часом ці симптоми виникають безпосередньо після зіткнення з травмуючим подією, і їх наявність вважається природним протягом 30 днів після стресу - або ознакою вторинного травматичного стресового розладу (STS Disorder), якщо тривають довше (Stamni; 1999).

Розглянемо ознаки та специфіку, по-перше, синдрому вигорання, а потім - вторинної травми.

Термін «згорання», або «вигорання» (burnout), був введений в практику американським психологом Фройденбергером в 1974, році для характеристики

психологічного стану здорових людей, які знаходяться в інтенсивному і тісному спілкуванні з клієнтами в атмосфері емоційного перенапруження при наданні професійної допомоги. Це люди, що працюють в системі «людина - людина»: лікарі, священники, юристи, соціальні працівники, і особливо - психіатри, психотерапевти, психологи. У своїй діяльності вони змушені постійно стикатися з негативними емоційними переживаннями клієнтів (пацієнтів) і мимоволі втягуються в них, в силу чого відчують підвищене емоційне напруження. Синдром вигорання був визначений Фреуденбергером як «ураження, виснаження або знос, що відбувається в людині внаслідок різко завищених вимог до власних ресурсів і сил» (Freudenberger, 1974). Інше визначення розглядає вигорання як «стан, в якому людина не очікує винагороди від виконуваної роботи, але навпаки - очікує покарання, що відбувається в результаті нестачі мотивації і контрольованих результатів або внаслідок недостатньої компетенції» (Meir, 1983). Відповідно до методики дослідження синдрому вигорання виділяються три основні симптоми: емоційне виснаження, деперсоналізація і брак почуття особистого досягнення (Maslach, 1993; Maslach et al, 1996; Slavicki, Cooley, 1982).

Під емоційним виснаженням розуміється почуття емоційної спустошеності і втоми, викликане власною роботою.

Деперсоналізація припускає цинічне ставлення до праці та об'єктам своєї праці. Зокрема, в соціальній сфері деперсоналізація - це бездушне, негуманне ставлення до клієнтів, що приходять для лікування, консультації, отримання освіти та інших соціальних послуг. Клієнти сприймаються не як живі люди, а всі їхні проблеми і біди, з якими вони приходять до професіонала, здаються останньому благом для них.

Нарешті, редуція професійних досягнень - виникнення у працівника почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неуспіху в ній.

Дослідження останніх років дещо модифікували поняття «вигорання» і його структури. Психічне вигорання тепер розуміється як професійна криза, пов'язаний з роботою в цілому, а не тільки з професійними міжособистісними взаєминами. Таке розуміння кілька змінило і його основні компоненти: емоційне виснаження; деперсоналізація; професійна ефективність. З цих позицій поняття деперсоналізації має більш широке значення і означає негативне ставлення не

тільки до клієнтів, але і до праці та її предмету в цілому (Maslach, Letter, 1997).

Дослідники вказують на специфічні відношення до власне роботи, в тому числі і роботі консультанта, які призводять до появи синдрому вигоряння. До числа таких установок відносяться: (1) тотальне посвячення себе роботі, коли робота фактично стає заміником нормального соціального життя професіонала, (2) ілюзія грандіозності виконуваної роботи, яка служить «підпорою» для самооцінки. В результаті коли професіонал бачить, що це не призводить до бажаних результатів і робота не дає почуття значимості і цінності, якого йому не вистачає, з'являється синдром вигорання (Maslach-Pines, 2001).

Додатковими причинами можуть стати рольові конфлікти і професійна невизначеність, що виражається, зокрема, у відсутності чітких посадових інструкцій.

Таким чином, у найзагальнішому вигляді синдром вигоряння можна визначити як неадаптивність реакцію на професійний стрес. У зарубіжній літературі існує безліч описів синдрому. Виділяючи основне, можна сказати, що «вигорання» характеризується станом хронічної втоми, емоційного виснаження, спустошеності. З'являються труднощі концентрації, знижується продуктивність роботи. Порушуються відносини з оточуючими - відзначаються надмірна образливість, чутливість до критики, часті конфлікти. Якщо вчасно не допомогти собі, описані симптоми можуть посилюватися і проявитися вже на фізичному рівні у формі зниження імунітету до хвороб, підвищеного травматизму.

Вигорання також описано як поєднання фізичної та емоційної втоми. Це неадаптивна реакція на стресову ситуацію на роботі, що відображає нездатність впоратися з внутрішнім і зовнішнім тиском умов професійної діяльності. Таким чином, емоційне вигорання - це велика неоднорідна група особливих психологічних станів, які розвиваються у здорових людей в умовах емоційного перенапруження, зокрема - при наданні психотерапевтичної та психологічної допомоги.

Описані наступні прояви емоційного вигоряння серед консультантів:

- астенизація - почуття постійної втоми, стомлюваності, нервового виснаження;
- знижений фон настрою з легко виникає тривожністю;
- почуття незавершеності контакту, винності;

- порушення режиму сну і неспання, що, крім усього, іноді пов'язано з добовим режимом роботи, з роботою ночами;
- психосоматичні реакції, чаші з боку серцево-судинної системи, головні болі, неприємні відчуття в області серця, коливання артеріального тиску, рідше - з боку шлунково-кишкового тракту, неврологічні розлади, зокрема описані порушення за типом поперекового радикуліту.

У консультантів-жінок можуть виникнути порушення менструального циклу;

- короткочасні психогенні реакції у вигляді нав'язливих уявлень, думок, сумнівів і навіть фобій після складних, емоційно важких випадків;
- зміна ставлення до себе, до своєї професійної діяльності.

Іншим проявом, а скоріше - наслідком емоційного вигорання є таке негативне прояв професійної діяльності, як стандартизація спілкування, застосування в роботі стереотипних навичок, однакових заготовок, підміна творчої продуктивної діяльності формальним виконанням своїх обов'язків.

Стадії синдрому вигорання:

1. Напруги: приглушення емоцій, зникає гострота почуттів, з'являється незадоволеність собою.
2. Резистенції: відчуття загнанності в клітку, негативні почуття до колег і пацієнтам, неадекватні емоційні реакції, що інтерпретуються партнерами як неповагу, спрощення професійних обов'язків, хоча інтелект і навички збережені, але при порожньому погляді і холодному серці.
3. Виснаження: немає емоцій, сил, волі. Діє один розум, але робота проходить «на автопілоті», різкість, озлобленість, грубість, засудження колишніх професійних цінностей, відстороненість, усамітнення аж до відчуження від близьких. Перші психосоматичні симптоми: головні і спинні болі, безсоння або просоночне стан, апатія, депресія, нудота, а потім і будь-які інші психосоматичні хвороби, наприклад обжерливість або анорексія.

У більшості проведених досліджень фактори, що сприяють вигорання, традиційно групуються в два великих блоки: особливості професійної діяльності (організаційні чинники) та індивідуальні характеристики самих професіоналів (Dion, 1989; Schaufeli, Enzmann, 1999).

Індивідуальні фактори

- Соціально-демографічні - Вік - Стать - Рівень освіти - Сімейний стан
- Стаж роботи - Особистісні особливості - Витривалість - Локус контролю - Стель опору - Самооцінка - Нейротизм (тривожність) - Екстраверсія

Організаційні фактори

- Умови роботи - Робочі перевантаження - Дефіцит часу - Тривалість робочого дня - Зміст праці - Число клієнтів - Гострота їх проблем - Глибина контакту з клієнтом - Участь у прийнятті рішень - Зворотній зв'язок

Серед жінок частіше зустрічається емоційне виснаження, а серед чоловіків - почуття деперсоналізації (Maslsch, Jackson, 1981). Це пов'язано з тим, що у чоловіків переважають інструментальні цінності, жінки ж більш емоційно чуйні і у них менше почуття відчуження від своїх клієнтів. Ризик піддатися вигорання залежить від того, наскільки виконувані працівниками функції відповідають їх статевої ролі орієнтації. Так, в дослідженні встановлено, що чоловіки виявилися більш чутливими до впливу стресорів в тих ситуаціях, які вимагали від них демонстрації істинно чоловічих якостей, таких як фізичні дані, чоловіча відвага, емоційна стриманість, показ своїх досягнень в роботі. У той же самий час жінки виявилися більш чутливі до стресових факторів при виконанні тих обов'язків, які вимагали від них співпереживання, виховних умінь, підпорядкування (Tang, Lau, 1996).

У більшості досліджень наголошується відсутність значимої кореляції між стажем роботи за фахом і вигоранням (Dietzel, Coursey, 1998; Haddad, 1998), і тільки окремі роботи виявляють негативну залежність між ними (Naisberg et al., 1991).

У дослідженнях, що вивчають наявність зв'язку між сімейним станом і вигоранням, відзначається більш висока ступінь схильності до вигорання осіб (особливо чоловічої статі), які не перебувають у шлюбі. Причому холостяки більшою мірою схильні до вигорання навіть порівняно з розведеними чоловіками.

Найімовірніше, це може бути обумовлено одночасним дією інших факторів (Maslach et al., 1996).

9.2. Фактори вигорання

Важливий фактор, який взаємодіє з вигоранням, - ступінь самостійності та незалежності співробітника у своїй діяльності і можливість приймати важливі рішення. Практично всі дослідження підтверджують негативну кореляційну залежність між зазначеними змінними і вигоранням, хоча зазначається, що зв'язок з останньою змінною більш тісна.

Один з найважливіших соціально-психологічних факторів вигорання - це соціально-психологічні взаємини в організації, як по вертикалі, так і по горизонталі. Вирішальну роль тут відіграє соціальна підтримка з боку колег і людей, що стоять вище по своєму професійному і соціальному положенню, а також інших осіб (сім'ї, друзів і т.д.).

Найбільш значущою для працівників є підтримка від супервізорів та адміністрації. При цьому конфлікти в групі працівників (тобто по горизонталі) психологічно набагато менш небезпечні, ніж конфлікти з людьми, що займають більш високе професійне становище (Орел, 2001). У деяких дослідженнях наголошується, що соціальна підтримка може бути своєрідним буфером між стресорами та результатами їх діяльності. Працівники, які отримують підтримку, краще чинять опір стресовим впливам і тим самим менш схильні до вигорання (Dolan, Renaude, 1992).

Вплив соціальної підтримки поширюється на всі компоненти вигорання, але найбільш тісний зв'язок відзначається з емоційним виснаженням і деперсоналізацією. Ряд досліджень показує, що інструментальна, інформаційна та емоційна підтримки, особливо в умовах рольового конфлікту і великого обсягу роботи, мають тісний зв'язок з вигоранням (Himie et al., 1991).

Важливий фактор - стимуляція працівників; ця проблема розглядалася в руслі категорії винагороду працівників за їх працю - матеріального і морального, у вигляді схвалення з боку адміністрації та подяки реципієнтів. Практично всі дослідники відзначають, що недостатнє винагороду (грошове і моральне) або його відсутність сприяють виникненню вигорання. При цьому деякі дослідники

відзначають, що для запобігання вигоряння важливо не абсолютна кількість нагород, а їх співвідношення з власним витраченою працею і працею своїх колег, що в даному контексті сприймається як справедливість. Є роботи, що показують, що додаткову винагороду за виконання певної роботи підвищує почуття професійної ефективності, тоді як покарання призводить до розвитку деперсоналізації (Cordes et al., 1997).

Нарешті, останній з організаційних чинників, тісно пов'язаний з вигорянням, - рольовий конфлікт і рольова двоїстість. Під рольовим конфліктом розуміється протиріччя між функціями працівника, які він виконує. Рольова амбівалентність припускає дефіцит значимої інформації для ефективного виконання діяльності. Виявлено позитивний зв'язок між зазначеними характеристиками і емоційним виснаженням і деперсоналізацією, а також негативна їх кореляція з професійною ефективністю (Bugne, 1994).

Спробою комплексного підходу до оцінки впливу різних чинників на процес вигоряння є робота С. Maslach і М. Leiter (Maslach, Leiter, 1997). Основна ідея їхнього підходу полягає в тому, що вигоряння - результат невідповідності між особистістю і роботою. Збільшення цієї невідповідності підвищує ймовірність виникнення вигоряння. Автори виходять за рамки інтерперсонального підходу і розглядають вигоряння як прояв ерозії людської душі в цілому, незалежно від типу професійної діяльності.

Вони виділяють шість сфер такої невідповідності:

1. Невідповідність між вимогами, що пред'являються до працівника, і його ресурсами. В основному це пред'явлення завищених вимог до особистості і її можливостей. Вигоряння може привести до погіршення якості роботи і розриву взаємин з колегами.
2. Невідповідність між прагненням працівника до великої міри самостійності в роботі, прагненням визначати способи досягнення результатів, за які він несе відповідальність, і жорсткою і нерациональною політикою адміністрації в організації робочої активності та контролю над нею. Наслідок такого конфлікту - виникнення почуття марності своєї діяльності і безвідповідальне ставлення до неї.
3. Невідповідність роботи і особистості через відсутність винагороди, що працівник сприймає як невизнання його праці.

4. Невідповідність особистості і роботи зважаючи на втрати почуття позитивної взаємодії з іншими людьми в робочому середовищі. Люди розкриваються і краще функціонують, коли отримують схвалення, розраду, підтримку, радість, гарний настрій від тих людей, яких вони люблять і поважають. На жаль, в деяких видах діяльності працівники ізольовані один від одного або мають формальні соціальні контакти. Однак найбільш деструктивним елементом у суспільстві є постійні невирішені конфлікти між людьми. Вони продукують постійне відчуття фрустрації і ворожості і зменшують ступінь соціальної підтримки.
5. Невідповідність між особистістю і роботою може виникнути за відсутності подання про справедливість на роботі. Справедливість забезпечує визнання і закріплення самоцінності працівника.
6. Невідповідність між етичними принципами особистості та вимогами роботи. Наприклад, людину зобов'язують вводити когось в оману, говорити щось, що не відповідає дійсності, і т.п.

Специфіка впливу вторинної травми так само, як і синдром вигорання, залежить від особливостей ситуації (умов роботи, типу та кількості клієнтів, характеру їх травми, політичного, соціального та культурного контекстів в момент отримання травми і в справжній момент) і особистості «помічника» (куди включається його професійна ідентичність, ресурси, наявність підтримки, особиста історія, актуальна життєва ситуація, індивідуальні стратегії подолання труднощів) (Ільїна, Соловейчик, 2002).

Травма завжди включає втрату; після травми нічого не залишається таким, яким було раніше. Кардинальна зміна всього, що було звичним, є ще однією відмінною рисою травми. В один момент весь звичний світ людини може завалитися. Працюючи з травмою, консультант кожен день стикається з цією реальністю, і поступово це руйнує його уявлення про стабільність і передбачуваності світу, про безпеку і захищеності, про здатність людини контролювати своє життя.

9.3. Конструктивістська теорія розвитку особистості

Концепція вторинної травми заснована на конструктивістській теорії

розвитку особистості (КТРЛ), яка описує аспекти особистості, на які впливає травматичну подію. Вплив травми на людину визначається особистою історією та актуальною життєвою ситуацією.

КТРЛ розглядає «симптоми» як спосіб адаптації до травматичного події. Ірраціональні і спотворені уявлення відображають спробу людини захистити свою систему цінностей і внутрішніх орієнтирів від руйнувань, які викликає травма. Наприклад, почуття сорому, яке відчують дорослі, що пережили насильство в дитинстві, розглядається як спроба конструювання особистісного сенсу, спрямованого на захист образу батьків. «Вони хороші, вони мають рацію, - каже собі дитина, - а я поганий, тому я заслужив цю біль». Те, що дитина бере на себе відповідальність за насильство, підтримує його глибинне уявлення про власну силу і здібності до контролю. Це подання дозволяє дитині уникати почуття жаху і безпорадності. Перенесене в доросле життя, це глибинне відчуття сорому і провини проявляється в постійних самозвинувачення і саморуйнівної поведінці. Якщо фахівець намагається змінити таку поведінку клієнта, не розуміючи, що воно є захисним, він приречений на провал. Клієнт зможе змінити свої установки і поведінку тільки тоді, коли він звільниться від своїх внутрішніх конфліктів і тривоги, коли отримає можливість безпосередньо звертатися до свого гніву і до болю. Для успішної роботи необхідно зрозуміти особистісний сенс симптомів неблагополуччя.

Вторинна травма викликає у «помічників» ті ж самі зміни (тільки в меншій мірі), які відбуваються у клієнтів.

Існує кілька аспектів особистості, на які впливає психологічна травма:

Світовідчуття (система базових уявлень):

- ідентичність: самосприйняття і відчуття себе у світі;
- сприйняття світу: життєва філософія, загальні установки щодо інших людей і навколишньої дійсності, система цінностей і моральні принципи;
- духовність: відчуття сенсу, надія, віра, почуття зв'язку зі світом, з чимось вищим, усвідомлення всіх аспектів життя, включаючи нематеріальний.

Ресурси особистості (здібності, які дозволяють індивіду підтримувати почуття стабільності та цілісності в різних ситуаціях і в різний час):

- здатність переживати, переносити і інтегрувати сильні впливи;
- здатність зберігати відчуття життєвої сили, позитивного настрою, впевненості в тому, що ти гідний любові;
- здатність підтримувати почуття зв'язку з іншими людьми.

Ресурси Я (здібності, що дозволяють індивіду реалізувати свої потреби і взаємодіяти з іншими):

- навички самоосознання: інтелект, здатність до інтроспекції, сила волі та ініціативність, прагнення до особистісного зростання, усвідомлення власних потреб, здатність бачити перспективи;
- навички міжособистісного взаємодії і самодопомоги: здатність передбачати наслідки, здатність встановлювати зрілі відносини з іншими, здатність встановлювати межі в міжособистісних стосунках.

Психологічні потреби і когнітивні схеми:

- безпека: відчуття захищеності себе і своїх близьких;
- повага: відчуття власної цінності і вміння цінувати інших;
- довіра / залежність: здатність бути впевненим у собі і реалізувати свої потреби; визнавати право іншої людини мати власну думку і реалізувати свої потреби;
- контроль: здатність керувати своїми почуттями і поведінкою в міжособистісних відносинах, а також впливати на інших людей;
- близькість: вміння перебувати в контакті з самим собою і відчувати зв'язок з іншими.

Пам'ять і сприйняття:

- вербальний рівень: історія того, що відбувалося до, під час і після травми;
- уява : картинки травматичної події;
- переживання: емоції, пов'язані з травмою;
- соматичні прояви: відчуття в тілі, які пов'язані з травматичним подією;
- міжособистісний рівень: стереотипи поведінки, в яких відображається травматичний досвід.

Професіонали, що працюють з травмою \ можуть відчувати втрату стійкості

і здатності підтримувати внутрішню рівновагу. Переповненість переживаннями іноді призводить до нападів ридань або спалахів гніву. У людини знижується поріг чутливості до фрустрації, з'являється відчуття нестерпного тривоги, втрачається здатність радіти життю. Деякі емоційно закриваються і переживають оніміння, «скам'янілість», відстороненість або деперсоналізацію. Багато втрачають почуття зв'язку з близькими людьми, здатність любити і бути коханими, сумніваються у своєму праві на життя і на щастя. Все це викликає відчуття ізоляції і призводить до екзистенціального розпачу і самотності. Оскільки це дуже схоже на ті переживання, про які говорять клієнти, то очевидно, що фахівець, який сам втратив ґрунт під ногами, не здатний підтримувати в своєму клієнтові віру і надію.

Коли ресурси Я ослаблені, фахівець втрачає здатність приймати рішення, які служать його інтересам, і може здійснювати професійні помилки, що стосуються кордонів, реакцій і стратегії роботи з клієнтом. Терапевта стає важче відокремити власні почуття від переживань клієнта, важче помічати і аналізувати реакції контрпереноса.

Одним з наслідків вторинної травми є втрата довіри до себе і до інших людей.

Як реакція на відчуття безпорадності, яке може викликати робота з травмою, у деяких фахівців виникає потреба в гіперконтроль.

У багатьох порушуються стосунки з близькими. Якщо близька людина не має відношення до роботи з травмою, наростає відчуття ізоляції. Багато фахівців, що працюють з жертвами сексуального насильства, страждають від нав'язливих образів, які порушують їхні сексуальні відносини, деякі втрачають здатність повноцінно насолоджуватися радістю інтимної близькості з партнером, думаючи про своїх клієнтів, які позбавлені цих переживань.

9.3. Ознаки та симптоми вторинної травми:

Загальні зміни

- Брак часу і сил для себе

- Порушення відносин з близькими
- Соціальна ізоляція
- Підвищення чутливості до жорстокості
- Цинізм
- Глобальне відчуття відчаю і безнадії
- Нічні кошмари

Специфічні зміни

- Зміна світовідчуття
- Зміна почуття ідентичності, уявлень про світ, духовних потреб
- Применшення своїх здібностей
- Ослаблення его-ресурсів
- Придушення психологічних потреб
- Зміни в сенсорному досвіді (нав'язливі образи, дисоціації, деперсоналізації)

Питання до екзамену:

Модуль 1.

Теоретичні та організаційні аспекти надання психологічної допомоги в кризових та екстремальних ситуаціях

1. У чому відмінності надзвичайної, екстремальної і кризової ситуацій?
2. Назвіть групи суб'єктів екстремальної ситуації.
3. Що є предметом вивчення психології екстремальних ситуацій?
4. Які бувають надзвичайні ситуації?
5. Дайте визначення психології екстремальних ситуацій.
6. Дайте визначення НС.
7. Дайте визначення ЕС.
8. Що таке криза?
9. Які бувають кризи?
10. Охарактеризуйте психогенні розлади, спостережувані під час і після екстремальних ситуацій.
11. Проаналізуйте основні чинники, що впливають на розвиток і компенсацію психічних розладів при надзвичайних ситуаціях.
12. У чому полягає психологічний зміст тероризму?
13. Перерахуйте заходи безпеки при загрозі проведення теракту.
14. Охарактеризуйте дії при виявленні вибухонебезпечного предмету.
15. Що потрібно робити, якщо вибух відбувся у вагоні метро?
16. Створіть узагальнений психологічний портрет терориста і його жертви.
17. Охарактеризуйте основні детермінанти формування «стокгольмського синдрому».
18. Перерахуйте основні складові конструктивної поведінки заручників.
19. Які соціально-психологічні особливості «повітряного» тероризму?
20. Що таке гострий стресовий розлад?
21. Які реакції викликає інтенсивний стрес?
22. Перерахуйте основні правила надання екстреної психологічної допомоги.
23. Розкажіть про прийоми само- і взаємодопомоги при агресії і при руховому збудженні.
24. Розкажіть про прийоми само- і взаємодопомоги при страхі.
25. Розкажіть про прийоми само- і взаємодопомоги при тривозі.
26. Розкажіть про прийоми само- і взаємодопомоги при істеричі.
27. У який період часу після стресової дії може бути надана екстрена психологічна допомога?
28. Назвіть основні етапи організації екстреної психологічної допомоги при надзвичайній ситуації.
29. Дайте визначення екстреної психологічної допомоги.
30. Розкажіть про основні етичні принципи роботи психолога в надзвичайній ситуації.
31. Перерахуйте основні завдання, що вирішуються психологами при наданні екстреної психологічної допомоги в цілому і на кожному етапі роботи.
32. Охарактеризуйте своєрідність умов надання екстреної психологічної допомоги.
33. Що таке «відстрочені реакції на стресову ситуацію»?
34. Що включається в поняття психічна травма?
35. Характеристика травматичної стресової ситуації.
36. Умови сприйняття людиною сильного стресу як травматичного.
37. Чинники, що впливають на ступінь дії на людину сильної стресової ситуації.
38. Стратегії поведінки людей, що отримали психічну травму.
39. Феномен компульсивної поведінки.
40. Динаміка переживання травматичної ситуації.
41. Умови виникнення ПТСР.

42. Групи ризику розвитку ПТСР.
43. Симптоми депресивного стану.
44. Феноменологія суїциду.
45. Види суїцидів.
46. Чинники, що формують суїцидальні наміри.
47. Чинники, що посилюють тяжкість горювання.
48. Ситуації, що викликають психосоматичні реакції.
49. Загальні механізми подолання ситуації важкого психосоматичного захворювання.
50. Дайте визначення травматичного стресу.

Модуль 2.

Загальні методичні підходи надання психологічної допомоги в кризових та екстремальних ситуаціях

1. Назвіть етапи «нормального» горювання.
2. Опишіть картину гострого горя.
3. Розкажіть про фазу реакцій.
4. Що відбувається на стадії відновлення?
5. Що складає процес горювання?
6. У чому проявляються хворобливі реакції горюючого?
7. Що таке синдром передбачаючого горя?
8. У чому полягає сенс і які завдання роботи з горюючим?
9. Ритуали прощання з тим, що пішов, як психологічна допомога горюючому.
10. Які принципи допомоги горюючому?
11. Особливості поведінки дітей, що пережили втрату батька.
12. Патологічні реакції дітей, що пережили втрату.
13. Як відбувається переживання придбань і втрат у житті?
14. Проаналізуйте чинники, що відносяться до суїцидальних проявів.
15. Охарактеризуйте основні види суїцидів.
16. Проаналізуйте основні соціально-психологічні детермінанти аутоагресивної поведінки.
17. Назвіть загальні характеристики всіх суїцидів.
18. Перерахуйте соціально-демографічні чинники суїцидального ризику.
19. Назвіть соціально-економічні чинники суїцидального ризику.
20. Проаналізуйте індивідуально-психологічні чинники суїцидального ризику.
21. Опишіть медичні чинники суїцидального ризику.
22. Перерахуйте природні чинники суїцидального ризику.
23. Проаналізуйте ситуаційні індикатори суїцидального ризику.
24. Проаналізуйте поведінкові індикатори суїцидального ризику.
25. Опишіть комунікативні індикатори суїцидального ризику.
26. Охарактеризуйте когнітивні і емоційні індикатори суїцидального ризику.
27. Проаналізуйте особливості консультування суїцидальних клієнтів.
28. Проаналізуйте основні соціально-психологічні міфи про суїцид.
29. Проаналізуйте можливі мотиви суїцидальної поведінки.
30. Назвіть критерії суїцидальної загрози.
31. Проаналізуйте особливості суїцидальної поведінки дітей, підлітків і літніх людей.
32. Охарактеризуйте особливості консультування людей, що уцілили після самогубства.
33. Визначте суть групової кризової терапії суїцидентів.
34. У чому полягає підтримка консультантів, що працюють з суїцидентами?
35. Визначте суть анімалотерапії.
36. Дайте характеристику натуртерапії як джерела розвитку анімалотерапії.
37. Опишіть історію розвитку анімалотерапії.

38. Дайте визначення основних показників для використання анімалотерапії.
39. Охарактеризуйте основні види анімалотерапії.
40. Поясніть в чому відмінність роботи з тваринами від роботи з образами тварин.
41. Проаналізуйте основні функції анімалотерапії.
42. Охарактеризуйте можливі негативні наслідки анімалотерапії.
43. Дайте характеристику «вторинного травматичного стресу».
44. Проаналізуйте основні чинники, сприяючі виникненню «синдрому вигорання» у психотерапевта.
45. Визначте характер взаємозв'язку між емоційним виснаженням і синдромом вигорання у психолога.
46. Охарактеризуйте специфіку прояву емоційного вигорання серед консультантів.
47. Перерахуйте стадії синдрому вигорання.
48. Дайте визначення ролі організаційних чинників у виникненні синдрому вигорання.
49. Охарактеризуйте ресурси особистості, що знижують ризик виникнення синдрому вигорання.
50. Проаналізуйте ознаки і симптоми вторинної травми.
51. Визначте чинники вторинної травматизації психотерапевта.
52. Охарактеризуйте основні підходи до діагностики вторинної травматизації.
53. Дайте характеристику ролі супервізії при вторинній травматизації психотерапевта.
54. Охарактеризуйте структуру супервізорської сесії.
55. Перерахуйте чинники, що впливають на ефективність супервізії при вторинній травматизації психотерапевта.
56. Проаналізуйте основні терапевтичні підходи при роботі з вторинною травмою.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Е.О. Взорванный мозг. Посттравматическое стрессовое расстройство. Клиника и лечение. – Новосибирск : Сибвузиздат, 1998.
2. Александровский Ю.А. Состояния психической адаптации и их компенсация. М.: Наука, 1976.
3. Андреева А.Д. Как помочь ребенку пережить горе // Вопросы психологии. 1991. № 2. С. 87—96.
4. Анцупова И.И. Анималотерапия. – М., Вокруг света, № 12, 2006.
5. Анцупова И.И. Иппотерапия. – Полиграф-экспресс : Педиатрия для родителей, №4, 2006.
6. Анцупова И.И. Соколиная охота. – СПб, Экохроника, №3, 2004.
7. Баканова А.А. Экзистенциальные аспекты переживаний при потере ребенка / Кораблина Е.П., Акиндинова И.А., Баканова А.А., Родина А.М. Культура на защите детства. – СПб. : РГПУ им. А.И. Герцена, 1998.
8. Бьюдженталь Дж. Наука быть живым : диалоги между терапевтом и пациентом в гуманистической психотерапии. – М. : НФ Класс, 1998.
9. Василюк Ф.Е. Пережить горе // Психология мотивации и эмоций. Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. – М.: ЧеРо, 2002.
10. Василюк Ф.Е. Психология переживания. – М. : МГУ, 1984.
11. Военная психиатрия / Под ред. Ф.И. Иванова. – Л. : ВМА МО им. С.М. Кирова, 1974.
12. Гнездилов А.В. Психологические аспекты онкологии в условиях хосписа. – СПб. : Клинт, 1996.
13. Грановская Р.М. Психология веры. – СПб. : Речь, 2004.
14. Гримак Л.П. Общение с собой : начала психологии активности. – М. : Политиздат, 1991.
15. Гроф С., Хэлифакс Дж. Человек перед лицом смерти. – М. : Изд-во Трансперсонального института, 1996.
16. Грэхэм Д. Как стать родителем самому себе. Счастливый невротик. – М. : Класс, 1993.
17. Дейтс Б. Жизнь после потери. – М. : ГРАНД, 1999.
18. Кекелидзе З.И. Психические расстройства, возникающие при ЧС //

Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство: в 2 т. / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. Т. 1. – М., 2004. – С. 182–222.

19. Колодзин Б. Как жить после психологической травмы. – М. : Шанс, 1992.
20. Кораблина Е.П., Акиндинова И.А., Баканова А.А., Родина А.М. Искусство исцеления души. – СПб. : РГПУ им. А.И. Герцена, 2001.
21. Котенев И.О., Богданова М.Б. Террористический акт в Буденновске: постстрессовые состояния у работников милиции // Известия МЦПО и КНИ при ГУК МВД России. – № 3. – 1996. – С. 49–56.
22. Крюкова М.А., Никитина Т.И., Сергеева Ю.С. Экстренная психологическая помощь : практическое пособие. – М. : НЦ ЭНАС, 2001.
23. Кряжева Н.Л. Кот и пес спешат на помощь. Анималотерапия для детей. – Академия Развития, Академия И К°, 2000.
24. Кучер А.А. Посттравматическое стрессовое расстройство: история возникновения представлений, суть явления, способы психодиагностики. –Новосибирск, 1992.
25. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. – Киев : София, 2001.
26. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. – Л. : Медицина, 1970.
27. Лазебная Е.О. Реадаптация личности при посттравматическом стрессе. Методическое пособие. – М. : Ин-т психоанализа, 2003.
28. Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психопрофилактика стрессов. – М. : МГУ, 1993.
29. Линдемманн Э. Клиника острого горя // Психология мотиваций и эмоций / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. – М. : ЧеРо, 2002.
30. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2005.
31. Марищук В., Евдокимов В. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. – СПб. : Сентябрь, 2001.
32. Методические рекомендации по оценке психологической готовности спасателей к действиям в экстремальных условиях. – М. : ФЦ ВНИИ ГОЧС, 2003.
33. Нестерова Д.В. Кошкотерапия : пушистое лекарство. – М РИПОЛ классик, 2006.
34. О посттравматическом стрессе : памятка. – М. : Академия управления МВД

России, 1994.

35. Посттравматическое стрессовое расстройство. Диагностика и реабилитация: Методическое руководство. Ч. 1. Составители: Матафонова Т.Ю., Павлова М.В., Засыпкина К.В. – МЧС России, 2006.

36. Психология смерти и умирания : хрестоматия / Сост. К.В. Сельченко. – Минск : Харвест, 1998.

37. Психология травматического стресса сегодня : тезисы докладов международной конференции. – Киев, 1992.

38. Психология экстремальных ситуаций : хрестоматия / Сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченко. – Минск : Харвест, 2000.

39. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / Под общей ред. Ю.С. Шойгу. – М. : Смысл, 2007.

40. Психология эмоций : тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М. : МГУ, 1984.

41. Психосоциальная помощь жертвам войны: беженкам и членам их семей / под ред. Л.Т. Арсел, В. Фолнегович-Шмалц, Д. Козарич-Ковавич, А. Марушич. – Киев, 1998.

42. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Р. Посттравматическое стрессовое расстройство. – М., 2000.

43. Решетников М.М., Баранов Ю.А., Мухин А.П., Чермянин С.В. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия // Психол. журн. – 1989. – № 4. Т. 10. – С. 125–128.

44. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб. : Речь, 2004.

45. Руководство по психиатрии / под ред. Г.В. Морозова. Т. 1. – М. : Медицина, 1983.

46. Семенова Н.Д. Групповая психосоциальная терапия больных с онкологическими заболеваниями // Сборник материалов I-й Всероссийской конференции с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии». – Москва, 1997. – С. 94—99.

47. Семенова Н.Д. Проблемы психосоциальной реабилитации беженцев //

- Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М. : Медпрактика, 2004. – С. 312—358.
48. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб. : Питер, 2001.
49. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы // Психол. журн. – 1992. – № 2, Т.13. – С. 14–29.
50. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. и соавт. Психофизиологическая реактивность у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС // Психол. журн. – 1996. – № 2, Т. 17. – С. 30–45.
51. Тихоненко В.А., Сафуанов Ф.С. Введение в суицидологию // Медицинская и судебная психология. Курс лекций : учебное пособие / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – М. : Генезис, 2004.
52. Тренинговый курс психологической подготовки специалистов поисково-спасательных формирований. – М. : ВЦЭРМ-ЦЭПП МЧС России, 2002.
53. Трубицина Л.В. Процесс травмы. – М. : Смысл, 2005.
54. Фабри К.Э. Основы зоопсихологии. – М. : Российское психологическое общество, 1999.
55. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М. : Прогресс, 1990.
56. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология мотиваций и эмоций / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. – М. : ЧеРо, 2002.
57. Фромм Э. Искусство любить. – М. : Педагогика, 1990.
58. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. – Будапешт, 1981.
59. Черепанова Е.М. Психологический стресс. – М. : Академия, 1997.
60. Черепанова Е.М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. – М., 1995.
61. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. – М. : Смысл, 2001.
62. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М. : Класс, 1999.

