



**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ ВІЙСЬК МВС УКРАЇНИ**

ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Навчальний посібник

Харків

2011

УДК 159.9 – 355.34

ББК 88.4

П 19

Теорія та практика психологічної допомоги: навч. посіб. / [В.І. Пасічник, І.І. Ліпатов, Л.Ф. Шестопалова, І.І. Приходько та ін.]. – Х.: Акад. ВВ МВС України, 2011. – 250 с.

У навчальному посібнику розглядаються теоретико-методологічні основи психологічної допомоги, види, форми і методи її здійснення, організаційні основи психологічної роботи зі збереження психічного здоров'я особового складу в частинах внутрішніх військ та практичні питання психологічної допомоги військовослужбовцям у ході виконання ними службово-бойових завдань в екстремальних умовах. Теоретичні положення доповнено питаннями для самоконтролю та практикумом з психологічної допомоги.

Зміст посібника відповідає навчальній програмі дисципліни "Теорія та практика психологічної допомоги", яка викладається на кафедрі оперативного застосування внутрішніх військ Академії внутрішніх військ МВС України.

Для викладачів, практичних психологів, слухачів магістратури і курсантів вищих військових навчальних закладів, а також офіцерів структур виховної роботи внутрішніх військ.

Авторський колектив: ***В.І. Пасічник***, кандидат психологічних наук, доцент;

І.І. Ліпатов, кандидат психологічних наук, професор;

Л.Ф. Шестопалова, доктор психологічних наук, професор;

І.І. Приходько, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник, полковник;

В.С. Молдавчук, генерал-майор, заслужений працівник культури України;

М.І. Товма, кандидат психологічних наук, полковник;

Ю.Б. Ірхін, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник, підполковник

І.В. Воробйова, кандидат психологічних наук;

А.В. Стаднік, кандидат медичних наук, полковник

Рецензенти:

Тімченко О.В., доктор психологічних наук, професор, начальник науково-дослідної лабораторії екстремальної та кризової психології (Національний університет цивільного захисту України);

Підкоритов В.С., доктор медичних наук, професор, завідувач відділенням клінічної та соціальної психіатрії (державна установа „Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України”)

*Рекомендовано Міністерством освіти і науки України
як навчальний посібник для вищих навчальних закладів МВС України III-IV рівнів
акредитації (лист МОН № 1-4/8-839 від 18.03.2011 р.)*

ЗМІСТ

Вступ.....	4
Тема 1. Сутність та завдання психологічної допомоги.....	5
Тема 2. Основні категорії психологічної допомоги.....	11
Тема 3. Поняття психічного здоров'я та проблема розмежування психічної норми і патології.....	20
Тема 4. Симптоматика психічних розладів як сфера професійної обізнаності військового психолога.....	30
Тема 5. Загальна характеристика видів, форм та напрямів психологічної допомоги.....	65
Тема 6. Методи психологічної допомоги.....	91
Тема 7. Стрес та психологічна допомога при стресі.....	115
Тема 8. Психологічна допомога у екстремальних ситуаціях.....	126
Тема 9. Психологічна допомога в системі психологічної роботи у внутрішніх військах.....	140
Тема 10. Психологічна допомога військовослужбовцям у екстремальних умовах службово-бойової діяльності.....	160
Практикум з психологічної допомоги.....	196
Список літератури.....	344
Предметний покажчик.....	351

ВСТУП

Сучасний етап розвитку внутрішніх військ характеризується значним посиленням уваги до надійного і ефективного функціонування особистості в умовах службової діяльності. Необхідність зміцнення морально-психологічного стану та психологічної стійкості військовослужбовців, підвищення їх здатності виконувати завдання в будь-яких умовах обстановки обумовили процеси реформування всієї системи морально-психологічного забезпечення службово-бойової діяльності військ. Одним з напрямів позитивних змін є більш повне застосування військово-психологічної теорії в діяльності посадових осіб – суб'єктів системи морально-психологічного забезпечення. В тому числі – в практиці надання психологічної допомоги військовослужбовцям у різноманітних ситуаціях військової служби, що є необхідною умовою ефективного вирішення визначених військам службово-бойових завдань.

Діяльність з надання психологічної допомоги вимагає глибоких знань, досвіду володіння сучасними психотехнологіями, коректності, гнучкості у підборі тактики поведінки відносно об'єкта впливу, своєчасності. Тому одним з основних завдань даного навчального посібника є поєднання теоретико-методологічних положень психологічної науки з практикою посадових осіб внутрішніх військ, які здійснюють психолого-педагогічні впливи на особовий склад.

Представлений матеріал може бути корисним як для засвоєння багатьох теоретичних питань, так і в якості основи для накопичення продуктивного досвіду практичної роботи з надання психологічної допомоги, оскільки узагальнює матеріал представлений в дослідженнях та друкованих працях значної кількості науковців.

Посібник стане в нагоді у процесі засвоєння та вдосконалення професійної діяльності в сфері психологічної роботи у військах. Автори сподіваються, що він сприятиме усвідомленню сутності, мети, завдань, основних категорій психологічної допомоги, розширенню обізнаності читачів щодо норми психічної діяльності й симптоматики психічних розладів, поглибленню компетентності у використанні методів та засобів психологічної допомоги за її напрямками, оптимізації здійснення психологічних впливів зі збереження психічного здоров'я військовослужбовців в умовах повсякденної життєдіяльності й екстремальних ситуаціях.

Тема 1. СУТНІСТЬ ТА ЗАВДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Навіть у найспокійніші часи існування людської цивілізації люди не в змозі були пройти свій земний шлях без зустрічі з різноплановими життєвими труднощами. Для одних – це переїзд з одного міста в інше чи зміна місця роботи, для інших – хвороба чи смерть рідних, для третіх – криза особистісного чи кар'єрного росту й т.і. Так було завжди. Однак сьогодні кількість складних, а часом й екстремальних ситуацій значно зросла. Техногенні катастрофи, міжнаціональні конфлікти, локальні війни, терористичні акти, дорожньо-транспортні пригоди, конфлікти на роботі та у побуті приводять до життєвих криз, важких переживань, а часто й саморуйнації особистості (деструктивна поведінка, суїцид, вживання алкоголю і наркотиків тощо).

Одні люди справляються з важкими ситуаціями самотійно, інші не в силах це зробити і потребують допомоги психологів чи спеціально підготовлених соціальних працівників. При відсутності такої допомоги внаслідок хронічного напруження у них можуть виникати різноманітні психосоматичні захворювання. Саме тому нині все більше актуалізується сфера надання психологічної допомоги особистості у її сучасному бутті, яка спрямована на попередження порушень поведінки й профілактику психосоматичних розладів. Вона передбачає нормалізацію психічного стану з нівелюванням негативних переживань, що мають руйнівний вплив як на психічні, так і соматичні функції людини, актуалізацію її адаптивних і компенсаторних ресурсів, мобілізацію психологічного потенціалу для подолання негативних наслідків життєвої ситуації.

Таким чином, поняття «психологічна допомога» відображає певну реальність, деяку психосоціальну практику, полем діяльності якої є сукупність питань, які виникають в результаті ускладнень та проблем, що стосуються психічного життя людини. *Метою психологічної допомоги* є збереження психічного здоров'я особистості та запобігання небажаних явищ у її поведінці і розвитку. Вона є галуззю практичної психології та видом професійної діяльності, що призначені сприяти людині й суспільству у вирішенні широкого кола проблем, породжених душевним життям людини у соціумі. *Зміст психологічної допомоги* полягає у забезпеченні

емоційної та смислової підтримки людини в ситуаціях ускладнення, які виникають у ході її особистісного та соціального буття.

У своїй праці В.М. Крайнюк (2003) вказує, що у появі професій, які безпосередньо стосуються саме психологічної допомоги, можна виділити шість основних передумов та джерел:

1. Розвиток експериментальної психології, що розпочався зі створення в 1879 році першої психологічної лабораторії В. Вундта у Лейпцігу.

2. Формування нового, гуманного й наукового підходу до людей, що страждають психічними захворюваннями (від Ф. Пінеля, який зняв у 1792 році ланцюги з пацієнтів психіатричної лікарні до виникнення психоаналізу як передтечі усієї сучасної наукової психотерапії).

3. Розвиток психологічного тестування та руху за розумову гігієну (цей напрямок пов'язаний з діяльністю Ф. Гальтона, Ф. Біне, Л. Термена, Кл. Бірса).

4. Виникнення у першому десятилітті **XX** століття завдяки Фр. Парсонові консультування, пов'язаного з вибором професії та призначеного допомогти людині в обиранні належної роботи в ім'я «корисного та щасливого життя».

5. Виникнення й утвердження у 40-х роках в США «недирективної психотерапії» К. Роджерса, який запровадив до психотерапії філософію екзистенціалізму, відмовився від терміну «пацієнт» на користь найменування «клієнт» і, по суті, закріпив у суспільній свідомості уявлення про психологічну допомогу, яким воно є й до сьогодні, вбираючи в себе як власне консультування, так і психотерапію.

6. Нарешті, інститут релігійного опікування (counselors) та соціальних працівників, що сходять до американських традицій протестантизму і виник напередодні другої світової війни. Будучи випускниками поєднаних факультетів філософії та теології, а також факультетів соціології, ці спеціалісти призначалися для надання безпосередньої наставницької та практичної допомоги особам, що потрапили до складної життєвої ситуації.

Таким чином, до 50-х років **XX** століття різноманітні течії у психологічній, психіатричній, психотерапевтичній, соціальній та релігійній практиці призвели до

формування специфічної галузі людської діяльності, яка отримала найменування «counseling», тобто консультивання, наставництво, психологічне «допомагання».

Методи і форми роботи відповідних спеціалістів були запозичені з суміжних галузей: соціології (масові опитування, глибинні інтерв'ю), психіатрії (практично весь багатющий арсенал психотерапевтичних технік, в тому числі елементи гіпнозу,) та релігії (пасторські настановлення).

Виділяють наступну *основну проблематику психологічної допомоги у сучасному світі*:

1. Психічний (та духовний) розвиток дитини – психологічна допомога дитині у подоланні Едіпова комплексу; у придбанні особистісної ідентичності в процесах культурного, етнічного та етичного самовизначення; в уникненні емоційних травм при усвідомленні невідворотності смерті або у випадку справжньої втрати батьків та близьких родичів; у виробленні стійких ціннісних та моральних норм, особливо в критичний період розвитку та ін.

2. Шлюб та сім'я – психологічна допомога у подоланні подружніх та батьківських конфліктів, сімейних криз, консультивання та психологічна підтримка розлучених, незаміжніх та неодружених.

3. Проблематика психічного та особистісного здоров'я. Традиційна превентивна та поточна допомога при психічних та соматичних захворюваннях, при душевних та духовних стражданнях, пов'язаних із розладами настрою, алкоголізмом, наркоманією, життєвими стресами, конфліктами, граничними станами та ін.

4. Психологічна допомога помираючому та психотерапія непоправного лиха.

5. Психологічна допомога та підтримка у кризових та екстремальних ситуаціях.

6. Проблеми похилого віку – задоволення емоційних запитів літніх людей, відгук на виникаючі релігійні проблеми, регулярний патронаж та допомога в організації відповідного стилю й способу життя.

7. Психологічна допомога у місцях ув'язнення, лікарнях, казармах, студентських містечках.

8. Шкільне консультування, яке охоплює проблеми стосунків вчителя та учня, учнів поміж собою, питання стосунків з батьками, шкільної успішності, розвиток здібностей, відхилення у поведінці та ін.

9. Професійне консультування та психологічна допомога у подоланні ускладнень і дезадаптивних станів в процесі виконання службових обов'язків.

10. Психологічна допомога, яка стосується крос-культурної проблематики: бар'єри в адаптації, подолання етнічних стереотипів у емігрантів тощо.

11. Управлінське консультування та допомога в прийнятті управлінських рішень, розвитку комунікативних вмінь, відстежуванні та розв'язанні конфліктів, роботі з персоналом та ін.

Психологічна допомога в діяльності внутрішніх військ спрямовується, перш за все, на підтримання та поновлення психічного і соматичного здоров'я військовослужбовців й надання їм практичної допомоги у вирішенні широкого кола проблем, які виникають у процесі життєдіяльності через застосування відповідних спеціальних методів впливу.

Об'єктом психологічної допомоги є військовослужбовці, які переживають труднощі особистісного росту, важкі життєві ситуації та розлади психічного здоров'я.

До завдань психологічної допомоги відносяться:

- відновлення психологічних і фізіологічних ресурсів організму людини у випадках втоми;
- емоційно-вольова мобілізація на активні дії;
- запобігання розладам психічних функцій організму;
- зниження рівня психоемоційної напруги;
- допомога у вирішенні проблемних ситуацій;
- зниження рівня індивідуальної і групової напруженості;
- зниження негативного емоційного рівня сприйняття подій, які пережили військовослужбовці в екстремальних ситуаціях;
- зняття актуальності наслідків стресової ситуації;
- навчання прийомам психічної саморегуляції організму;
- вплив на мотивацію поведінки;

- підвищення працездатності;
- полегшення психічного стану “душевної кризи”;
- позбавлення відчуженості, почуття образи, самотності;
- попередження розвитку посттравматичних розладів;
- профілактика невротичних реакцій та специфічних, патологічних змін особистості;
- профілактика негативних психоемоційних станів;
- психологічне виховання й самовиховання цілісної та гармонійної особистості;
- психологічний розвиток особистості та її самопізнання;
- психологічна реабілітація осіб, які отримали психічну травму під час виконання службово-бойових завдань;
- регуляція морального й психологічного стану:
- розвиток здібностей керувати власними психічними процесами;
- стабілізація психоемоційного стану.

Таким чином, головною метою психологічної допомоги, що надається психологами особовому складу внутрішніх військ, є збереження психічного здоров'я та запобігання професійній деформації, девіантній (делінквентній) поведінці особистості в умовах службової діяльності.

Умовою ефективності надання психологічної допомоги військовослужбовцям є поєднання методів і процедур спеціального психологічного впливу з повсякденною організаторською і виховною діяльністю всіх суб'єктів військового управління. При цьому результатом психологічної допомоги вважається розв'язання особистістю своїх психологічних проблем. Об'єктивними ознаками позитивного ефекту є численні вияви поведінкового й емоційного характеру, що свідчать про якісно інший рівень сприймання військовослужбовцем ситуацій життєдіяльності, високі результати в навчально-бойовій і службовій діяльності, хороші стосунки з товаришами по службі, позитивний настрій на службу, оптимізм, задоволеність умовами військової діяльності і т. п.

У психологічній літературі виділяють наступні **рівні психологічної допомоги:**

- мікро-рівень – надання індивідуальної психологічної допомоги клієнту;

- мезо-рівень – робота з малими за чисельністю групами клієнтів, які мають схожі проблеми та потребують моральної підтримки з боку не тільки психолога, але й інших людей;
- макро-рівень – робота з великими групами людей.

Таким чином, можна визначити *індивідуальну та групову* форми психологічної допомоги.

Окрім цього, психологічна допомога може набувати таких *організаційних форм*:

1. Пряма (безпосередня) психологічна допомога:

- індивідуально-консультативна та корекційна робота (один на один);
- консультативна та корекційна робота з малими групами (чисельністю 2-6 осіб);
- груповий тренінг (7-12 осіб) для військовослужбовців, які мають подібні проблеми.

2. Непряма (опосередкована) психологічна допомога:

- консультативна робота на рівні організації, наприклад – телефон довіри;
- професійно-психологічна підготовка особового складу.

При плануванні роботи треба враховувати, що психологічна допомога надається, перш за все, військовослужбовцям, які перебували в екстремальних умовах та ситуаціях, служба яких пов'язана з підвищеним ризиком та значними нервово-психічними навантаженнями, які застосовували зброю, або були поранені, які безпосередньо звернулися за допомогою до психолога, які знаходяться у стані дезадаптації та реакція яких на стрес пов'язана зі зловживанням спиртними напоями. Психологічна допомога може надаватися психологом військовослужбовцю також й ініціативно. Це випадки, коли психолог пропонує допомогу військовослужбовцю, який своїми вчинками та поведінкою викликає занепокоєння з боку керівництва та товаришів, а також на підставі результатів, що були отримані під час психодіагностичної роботи (бесіди).

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення поняття "психологічна допомога" та розкрийте її мету і

основний зміст.

2. Охарактеризуйте основні передумови та джерела становлення психологічної допомоги.
3. Сформулюйте основну проблематику психологічної допомоги у сучасному світі.
4. Розкрийте сутність та завдання психологічної допомоги особовому складу внутрішніх військ.
5. Охарактеризуйте рівні та форми психологічної допомоги військовослужбовцям внутрішніх військ.

Тема 2. ОСНОВНІ КАТЕГОРІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.

В науках про людину все більше стверджується думка, що між людиною та умовами її життя існує нерозривний зв'язок і щоб адекватно зрозуміти поведінку людини чи надати їй психологічну допомогу, необхідно враховувати особливості життєвої ситуації, в якій відбувається її буття та розвиток. Отже, поняття «життєвої ситуації» є однією з найважливіших категорій, яка має бути усвідомлена практикуючим психологом.

У сучасних психологічних дослідженнях життєва ситуація розглядається не просто як сукупність елементів об'єктивної дійсності, а як результат активної взаємодії людини та середовища. З цієї точки зору ситуація – це система об'єктивних та суб'єктивних елементів, об'єднаних в життєдіяльності суб'єкта в певний період часу.

Отже, *під життєвою ситуацією особистості* ми розумітимемо відрізок життєвого шляху з сукупністю об'єктивних та суб'єктивних елементів, які прямо або опосередковано впливають на поведінку людини, її стан і внутрішній світ, обумовлюючи зміст та напрями індивідуального розвитку, тим самим сприяючи виникненню та розв'язанню проблем.

Категорію *життєвого шляху* можна визначити як сукупність подій та обставин індивідуального розвитку, які вирішальним чином вплинули на формування особистості та зумовили її структуру й проблематику. До життєвих обставин слід віднести сукупність соціальних, біологічних та екологічних чинників,

що діють на людину протягом усього її життя, зумовлюючи індивідуально неповторну "особисту історію" та індивідуальність кожної особи.

У багатьох психологічних дослідженнях переконливо доведено, що кожна людина діє, виходячи зі свого власного бачення ситуації, тобто поведінка людини залежить не стільки від об'єктивного, скільки від суб'єктивного аспекта ситуації, - від того, як сама людина визначає дану ситуацію. При такому підході метою психологічної допомоги людині у важкій життєвій ситуації стає зміна всередині самого індивіда, тобто зміна його суб'єктивного образу світу, існуючого не тільки на когнітивному але й на образно-емоційному рівні. Суб'єктивний образ світу регулює життєві відносини і поведінку людини.

Таким чином, категорія *суб'єктивного образу світу* визначає уявлення людини про себе, свою долю і оточуючий світ в її житті, певний індивідуальний міф людини, який відображає її життєву позицію відносно себе, інших, світу в цілому. Саме образ світу може служити основою для дослідження людини в складній і екстремальній ситуаціях, а також для розроблення стратегії та тактики психологічної допомоги й побудови образу її життєвої перспективи.

Категорія *життєвої перспективи* визначає сукупність життєвих планів і програм людини, які побудовані на основі її уявлень про себе, своє минуле та зумовлені спрямованістю, життєвими цілями і життєвими прогнозами. Кожна з життєвих ситуацій особистості більшою чи меншою мірою обумовлює перспективу подальшого життя, вносить певні корективи у плани та цілі, що ставить перед собою кожна людина. Вирішення проблеми завжди веде до зменшення кількості альтернатив у розв'язанні життєвих ситуацій. Тому можна говорити про те, що ми живемо від однієї ситуації до іншої, розв'язання однієї ситуації породжує чимдалі нові й нові. При цьому наша поведінка характеризується певною соціальною активністю - ця категорія по суті є суспільною оцінкою дій людини у конкретному контексті її життя.

Під *соціальною активністю особистості* ми розумітимемо суспільну значущість поведінки конкретної людини в конкретних умовах її життєдіяльності при вирішенні існуючих проблем.

У процесі трудової діяльності, навчання й спілкування індивід стикається з багатьма життєвими проблемами. Кожна з них, як правило, має психологічну складову (психологічна проблема), без розв'язання якої неможливе розв'язання проблеми в цілому.

Категорія *психологічна проблема* визначає стан невизначеності, що виникає у процесі життєдіяльності індивіда як протиріччя між очікуваними та реальними результатами дій людини.

В одних ситуаціях психологічні проблеми не відіграють вирішальної ролі, в інших вони є центральними. Одні психологічні проблеми вирішуються легко і не потребують сторонньої допомоги, інші пов'язані з багатьма ускладненнями та можуть бути розв'язані тільки за допомогою спеціалістів.

Психологічна проблематика особистості є багатоаспектною. Насамперед, психологічні проблеми розрізняються *за рівнем їх усвідомлення* суб'єктом або оточуючими його людьми (у тому числі й психологом). Іноді людина з тих чи інших причин може й не усвідомлювати проблеми, а її оточення це усвідомлює. (До речі, однією з функцій психолога є надання допомоги клієнтові у глибокому усвідомленні власної проблематики). Буває й навпаки: переживання й усвідомлення проблеми людиною не помічається її оточенням. Коли ж людина або її найближче оточення усвідомлюють психологічну проблему, тоді й постає запит на роботу практикуючого психолога.

Найпоширенішими проблемами, з якими звертаються до психолога, є *проблеми спілкування та міжособистісних взаємин*. Процеси суб'єкт-суб'єктної взаємодії мають настільки складну природу, що породжують найрізноманітніші проблеми міжособистісного розуміння, адекватного сприйняття іншої людини, розуміння цілей та намірів партнера зі спілкування, розкриття психологічного змісту його дій, правильного усвідомлення його емоцій, станів та ін.

Наступне коло проблем — *проблеми саморозвитку й самоідентифікації*. Вони породжуються необхідністю особистісної рефлексії та самореалізації. Основу їх складає намагання суб'єкта розібратись у власних можливостях, здібностях, потенціях, необхідність побудови адекватного образу "Я" для планування своєї активності.

Психологічні проблеми можна також класифікувати за основними сферами активності людини: сімейні, професійні, особисті, пов'язані зі здоров'ям, навчанням, правовими відносинами, дозвіллям, політичною діяльністю та ін.

Основними психологічними проблемами, на вирішення яких спрямована психологічна робота у внутрішніх військах є:

1. *Особистісні проблеми* – це проблеми, які погіршують особистісний розвиток військовослужбовців, їх моральне та психічне здоров'я, самопочуття і потенційні бойові можливості. Вони можуть бути поділені на *мотиваційні проблеми* – відсутність належних стимулів для зразкового виконання службових обов'язків, спрямованості до військово-професійного вдосконалення; *професійно-кваліфікаційні* – непридатність чи невідповідність певної частини військовослужбовців до виконання функціональних обов'язків; *функціонально-психологічні* – негативні психофізіологічні стани військовослужбовців, виникаючі безпосередньо в процесі діяльності.

2. *Колективно-групові проблеми* – проблеми, погіршуючі морально-психологічний клімат військового колективу. До їх числа відносяться різні види порушень і деформацій внутрішньоколективних зв'язків (моральних, ділових, особистісних), розпад позитивних цінностей колективу, розрізненість військовослужбовців й т.і.

3. *Діяльнісні проблеми* – проблеми, притаманні службово-бойовій діяльності військовослужбовців через невідповідність психологічних характеристик військовослужбовців об'єктивним вимогам військової служби та військової спеціальності. Означені проблеми проявляються у зниженні ефективності діяльності, помилках і аваріях, проступках та злочинах при виконанні службових та навчально-бойових завдань.

З огляду значення для індивіда, його подальшої долі психологічні проблеми можуть бути *більш значущі, актуальні, й менш значущі*. Залежно від значущості проблеми вона переживається з більшою або меншою гостротою. Відносно життєвої ситуації та життєвого шляху особистості психологічні проблеми можуть бути *кризовими, критичними, значущими та малозначущими*.

В психології під **кризою** розуміють поворотний момент в житті людини, важкий перехідний стан, викликаний стресом, травмою й т.і., емоційно значиму подію чи радикальну зміну статусу в особистому житті. Криза характеризується різкими відхиленнями від звичного життя, несподіваними перериваннями нормального ходу подій в житті людини, які вимагають переоцінки моделей поведінки, дій, мислення.

Криза часто носить глобальний характер, тобто пов'язана не з якоюсь однією проблемою чи сферою життєдіяльності, а торкається всіх сфер особистості. Це призводить до зіткнення життєвого досвіду особистості з об'єктивною дійсністю, яка радикально протиставляється цьому досвідові. Процес адаптації людини до нової дійсності називають *кризовим переживанням*. Воно вимагає нового, творчого відношення до себе, свого життєвого шляху.

Процес подолання кризи може протікати у двох формах:

1) "нормальна" (розвиваюча) криза (людина набуває нового досвіду, розширює діапазон адаптивних реакцій);

2) затяжна (ускладнена) криза (людина реагує дезадаптивними реакціями, які можуть привести до невротичних і психосоматичних розладів, інших порушень, суїциду).

Часто перед особистістю виникає проблема, яку неможливо усунути або ж розрішити за допомогою раніше засвоєних способів адаптації. За таких обставин мова йде про «складну життєву ситуацію».

Саме питання про складну життєву ситуацію виникає тоді, коли зміни в оточуючому середовищі порушують або загрожують порушити діяльність особистості, відносини зі значимими людьми, звичний для неї хід життя. Під впливом цих порушень виникає розходження між зовнішнім світом та внутрішнім образом світу людини. А досягнута адаптація до життя втрачає свою ефективність, перестає «працювати».

Отже, *складною життєвою ситуацією* будемо називати таку ситуацію, в якій завдяки зовнішнім впливам або внутрішнім змінам відбувається порушення адаптації людини в житті, в результаті чого вона не в змозі задовольнити свої основні життєві потреби за допомогою моделей та способів поведінки, вироблених у

попередні періоди життя. Для всіх складних життєвих ситуацій характерним є порушення стійкого звичного способу життя та виникнення необхідності змін.

Орієнтація у ступені складності ситуації людини справа не проста але необхідна, адже від об'єктивності її оцінки залежить масштаб та глибина надання психологічної допомоги, вибір тональності спілкування, стилю і методів роботи з людиною, яка звернулася за допомогою.

У психологічній літературі зазначається, що визначення людиною рівня складності ситуації залежить від її віку, статі, соціально-групової приналежності, релігійної орієнтації, локусу контролю, розвитку відповідальності та рефлексії, психофізіологічного стану (при захворюваннях, перевтомленні, виснаженні людина може переоцінювати важкість життєвої ситуації). Центральним серед цих різноманітних внутрішніх умов, які впливають на визначення рівня складності ситуації, є ступінь зрілості особистості, що цілісно представлена у образі світу (перш за все у образі «Я»). Позитивний образ «Я» сприяє тому, що людина відчуває себе впевнено, може нести відповідальність за себе і контролювати ситуацію. Це дозволяє їй здійснювати адекватну оцінку проблемної ситуації та вибирати (в залежності від об'єктивних вимог ситуації та своїх можливостей) ефективну стратегію поведінки, а при необхідності звертатись до соціального оточення за допомогою та підтримкою.

У дослідженнях проблеми «людина у складній ситуації» оцінка ситуації здійснюється в єдності об'єктивного та суб'єктивного аспектів. На думку шведських дослідників Г. Бернлера та Л. Юнссона суб'єктивним результатом зустрічі з об'єктивно складною ситуацією можуть стати *відхилення у функціонуванні особистості різного ступеня складності*:

1. Тимчасове відхилення у поведінці людини пов'язане з нестатком ресурсів, які необхідні для того, щоб справитись з ситуацією. Адаптація людини у житті в цілому адекватна, але вона не може ефективно функціонувати в силу проблем з ресурсами у певний відрізок часу.

2. Хронічні відхилення – це більш складна та яскраво виражена відповідь людини на важку ситуацію (зазвичай у формі неврозів). До хронічних відхилень можуть привести такі особистісні особливості, погіршуючі адаптаційні можливості

людини, як надмірна спрямованість до стабільності, ригідність способів поведінки, внутрішня заборона на звернення по допомогу до інших людей.

3. Криза – це перехідна функціональна недостатність індивіда, викликана радикальними змінами життєвої ситуації, а значить, і змінами вимог до нього. При успішному проходженні кризи результатом цієї складної внутрішньої діяльності стає трансформація особистості. Людина по-новому визначає свій Я-образ, приймає нові цінності, виробляє нову стратегію життя.

4. Злам – стан людини в довготривалій хронічній важкій ситуації коли вона втрачає саму надію на можливі зміни. Тут необхідні як зміни зовнішніх умов, так і внутрішньоособистісні зміни, адже для людини стає неможливим самореалізуватись, втрачається сенс життя, розпадаються уявлення про себе та свої можливості.

Об'єктивно найбільш важкими життєвими ситуаціями є *екстремальні ситуації* (вони пов'язані з загрозою самому існуванню людини і найчастіше призводять до розпаду суб'єктивного образу світу особистості), а також ситуації «зламу». В цих ситуаціях подія виходить за межі звичних людських переживань і викликає інтенсивний страх, відчуття свого безсилля, приводить до відстрочених травматичних ефектів.

Н.Г. Осухова (2007) запропонувала за критерієм «рівень об'єктивної складності ситуації» розрізняти ситуації двох типів:

- ситуації першого типу: неприємності повсякденного життя; важкі життєві ситуації в нормальну циклі людського життя, які дають шанс на відновлення «порядку життя»;

- ситуації другого типу – це важкі і екстремальні ситуації, які провокують життєву кризу: ситуації «виживання» або «зламу»; важкі втрати в ході нормального циклу людського життя; екстремальні ситуації природного, техногенного, антропогенного характеру та їх відстрочені наслідки.

Така диференціація дозволяє більш адекватно підбирати варіант надання психологічної допомоги.

Поряд з цим, в нинішній період суспільно-історичних потрясінь виникає безліч складно вирішуваних проблем з якими люди раніше у своєму житті не стикалися. Це

робить актуальним вивчення того, яким чином людина без сторонньої допомоги може справитись з життєвими труднощами, з неочікуваними негативними подіями, які стратегії використовуються людьми, щоб подолати їх та попередити викликані ними емоційні порушення. Відповіді на ці питання важливі для розроблення системи психологічної допомоги людині.

В ході спостережень та спеціально проведених досліджень були виділені різноманітні *психологічні стратегії*, які використовуються людьми для подолання життєвих ситуацій різного ступеню складності.

В умовах, коли зовнішні впливи загрожують життю, цінностям, значимим відносинам людини, або сприймаються як катастрофа, автоматичною відповіддю психіки може стати *психологічний захист*. Дослідники розуміють психологічний захист як механізм несвідомого, основна функція якого – зниження тривоги, втеча від реальності, відхід від стресових ситуацій за допомогою перекручування або переривання контакту з реальністю. Це фіксована негнучка стратегія реагування на реальну або уявну загрозу за допомогою механізму відходу від реалій життя.

У психоаналітичній літературі найбільше розкрито такі способи психологічного захисту: регресія, придушення, реактивні утворення, ізоляція, проекція, інтроекція, реверсія. Зазначається, що вони спрямовані на захист від ситуацій, які порушують душевну рівновагу і загрожують розпадом образу «Я». Зовнішньоповедінковими проявами захистів є:

- а) нетерпимість, напруженість, рухове збудження, напруження м'язів;
- б) деструктивність, яка проявляється в агресивних діях;
- в) апатія, безчасне відношення до ситуації;
- г) фантазування про бажане, або відволікаючі марення;
- д) стереотипні форми поведінки – часте повторення одних і тих самих дій, повсякденних ритуалів;
- е) регресія – повернення до форм поведінки характерних для більш раннього віку.

Іншою стратегією, яка найбільше використовується у практичній психології є *оволодіння*. Воно означає використання волі людини в ситуації, яка вимагає сконцентрованості та контролю над собою, тобто над своїми думками, бажаннями,

почуттями і т.д. У визначенні Р. Лазаруса та С. Фолкмана (1984) оволодіння трактується як постійно змінні когнітивні та поведінкові зусилля індивіда з метою пристосування до дійсності, що дозволяє людині задовольнити свої життєві потреби. Вдале оволодіння підвищує адаптивні можливості суб'єкта, воно в достатній мірі реалістичне, гнучке, активне. На відміну від психологічних захистів оволодіння є усвідомленою поведінкою і служить засобом усунення та компенсації перешкод у досягненні мети чи самореалізації. У оволодінні прийнято розрізняти більш активний варіант – подолання та більш пасивний – пристосування.

Подолання – це стратегія перетворення важких життєвих ситуацій з допомогою дій у просторі зовнішнього світу. Мета подолання – привести світ у відповідність до своїх життєвих потреб. Використовуючи стратегію подолання, людина активно діє у зовнішньому світі, орієнтуючись на досягнення, на успіх, на практичну зміну складної ситуації. При цьому її дії передбачають високий рівень саморегуляції, пошук інформації, інтенсивні роздуми, втягування інших людей у сферу своїх дій.

Однак стратегія подолання має свої обмеження. Зовнішніми обмеженнями даної стратегії є її непридатність для ситуацій другого типу (за Н.Г. Осуховою), наприклад, при втраті близької людини. Щодо внутрішніх обмежень, то для використання цієї стратегії необхідно володіти певними особистісними якостями. Перш за все – особистісною зрілістю, впевненістю у собі і здатністю приймати життєві труднощі як виклик, як можливість випробувати свої сили.

Пристосування – це стратегія оволодіння, спрямована на зміну своїх характеристик або свого відношення до ситуації. На відміну від подолання, вона пасивна. Так, до більшості ситуацій другого типу (за Н.Г. Осуховою) можливо лише пристосуватись, їх можна лише пережити, здійснюючи в ході переживання «перебудову світу у собі» та себе у світі. В таких ситуаціях відбувається порушення цілісності душевного життя, унеможлиблюється реалізація основних потреб, установок, цінностей за допомогою наявних у людини способів дій. Проходження людини через таку ситуацію, визначає у якості продуктивної стратегії **переживання**. Це особлива внутрішня діяльність зміст якої – відновити функціональну рівновагу життя. Людина користується переживанням у особливих

життєвих ситуаціях, які не можуть бути вирішеними за допомогою процесів предметно-практичної та пізнавальної діяльності. Це система смислових дій, яка дозволяє усвідомити нову життєву ситуацію і забезпечити побудову нового варіанта життєвого шляху. Це певна відновлювальна робота, яка допомагає набутти психологічної можливості жити, реконструювати суб'єктивний образ світу особистості.

Ще одними принципово важливими поняттями, які широко використовуються у теорії та практиці психологічної допомоги є «психічне здоров'я», «психічна норма» та «патологія». Їх сутнісна характеристика і диференціація будуть розглянуті окремо у наступній темі.

Питання для самоконтролю

1. Розкрийте сутність категорій "життєва ситуація", "життєвий шлях" та "життєва перспектива" особистості.
2. Охарактеризуйте поняття "суб'єктивний образ світу" та "соціальна активність особистості".
3. Розкрийте поняття "психологічна проблема особистості" та назвіть основні психологічні проблеми, на вирішення яких спрямована психологічна робота у внутрішніх військах.
4. Дайте визначення та охарактеризуйте поняття "криза особистості".
5. Розкрийте зміст поняття "складна життєва ситуація" та наслідки зустрічі особистості з об'єктивно складними ситуаціями різного ступеня складності.
6. Охарактеризуйте психологічні стратегії, які використовуються людьми для подолання життєвих ситуацій різного ступеню складності.

Тема 3. ПОНЯТТЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОБЛЕМА РОЗМЕЖУВАННЯ ПСИХІЧНОЇ НОРМИ І ПАТОЛОГІЇ.

Як було зазначено вище, метою психологічної допомоги є збереження психічного здоров'я особистості та запобігання небажаних явищ у її поведінці і

розвитку. Тому доцільно буде детально зупинитися на розкритті поняття **психічного здоров'я та проблемі розмежування психічної норми і патології.**

Поняття психічного здоров'я тісно пов'язане з поняттям здоров'я взагалі та визначається як *стан психіки, що забезпечує гармонійне, успішне, стійке, гнучке функціонування у важких ситуаціях.*

У сучасному понятті психічного здоров'я підкреслюється, що для нього характерна індивідуальна динамічна сукупність психічних властивостей конкретної людини, яка дозволяє останній адекватно своєму вікові, статі, соціальному положенню пізнавати довколишню дійсність, адаптуватися до неї і виконувати свої біологічні і соціальні функції відповідно до виникаючих особистих і суспільних інтересів, потреб, загальноприйнятої моралі. Так, у наукових працях дослідники виділяють наступні критерії психічного здоров'я:

1. Інтерес до самого себе: чутлива і емоційно здорова людина ставить свої інтереси трохи вище за інтереси інших, в деякій мірі жертвує собою ради тих, про кого піклується, але не повністю.

2. Суспільний інтерес: якщо людина поступає аморально, не відстоює інтереси інших і заохочує соціальний відбір, маловірогідно, що вона побудує собі світ, в якому зможе жити затишно й щасливо.

3. Самоконтроль, здатність брати на себе відповідальність за своє життя.

4. Висока фрустраційна стійкість: надання права собі та іншим здійснювати помилки без засудження себе або іншої особистості.

5. Гнучкість: пластичність думки, готовність до змін.

6. Прийняття невизначеності: людина живе в світі вірогідності й випадку, в якому ніколи не існуватиме повної визначеності.

7. Орієнтація на творчі плани: творчі інтереси займають велику частину існування людини.

8. «Наукове» мислення: прагнення бути об'єктивнішим, раціональнішим. Регуляція своїх відчуттів і дій за допомогою оцінювання їх наслідків відповідно до міри впливу на досягнення близьких і далеких цілей.

9. Прийняття самого себе.

10. Ризик: здорова людина схильна ризикувати виправдано і прагне робити те, що вона хоче, навіть коли існує можливість невдачі; вона прагне бути заповзятливою, але не безрозсудно хороброю.

11. Тривалий гедонізм: людина шукає задоволення як від теперішнього моменту, так і від можливого майбутнього; вона вважає, що краще думати як про сьогоднішній день, так і про завтрашній, і не одержима негайним здобуттям задоволення.

12. Нонутопізм: відмова від нереалістичного прагнення до всеосяжних щастя, радості, досконалості або до повної відсутності тривоги, депресії та ворожості.

Російські психологи (Б.Д. Карвасарський, О.М. Громбах, О.Ш. Тхостов та ін.) виділяють чотири основні групи людей з різними показниками психічного здоров'я:

1) *абсолютно здорові, скарг немає;*

2) *з легкими функціональними порушеннями, про що свідчать епізодичні скарги астено-невротичного порядку, обумовлені конкретною психотравмуючою ситуацією;*

3) *люди з доклінічними станами і клінічними формами у стадії компенсації;*

4) *з клінічними формами захворювання у стадії субкомпенсації.*

Критерії психічного здоров'я за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я наступні:

- *усвідомлення і відчуття безперервності, постійності і ідентичності свого фізичного та психічного "Я";*
- *відчуття постійності та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;*
- *критичність до себе, своєї власної психічної діяльності та її результатів;*
- *відповідність психічних реакцій соціальним обставинам і ситуаціям;*
- *здатність керувати поведінкою відповідно до соціальних норм, правил, законів;*
- *здатність планувати власну життєдіяльність і реалізовувати її;*
- *здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій та обставин.*

Поряд з цим, у ряді наукових праць зазначається, що такі характеристики, як збереження функцій або соціальна адаптованість не мають прямого відношення до поняття психічного здоров'я. Так, деякі хворі на алкоголізм на початкових стадіях

можуть залишатися такими, що досягають успіху по службі, а люди з паранояльними проявами тривало виявляли підвищену працездатність. Більш того, відомо немало випадків наявності психічних захворювань у деяких видатних та навіть геніальних осіб (Ван Гог, С. Далі, Ф.М. Достоевський, Д. Свіфт, І. Ньютон, Ж. Русо, Ф. Шопенгауер та ін.).

Наявність патології зовсім не обов'язково свідчить про наявність хвороби. Якість психічного функціонування визначається адаптаційним потенціалом особистості та її компенсаторними можливостями. Так, проникаюче поранення черепа з пошкодженням ділянок мозку може не мати тривалих психопатологічних наслідків, а легкий струс головного мозку інколи здатний стати причиною інвалідизації.

На думку більшості дослідників, здорова особистість характеризується наступними якостями:

- самоконтролем, особистою відповідальністю, демократизмом і наявністю ідеалів;
- постійним розширенням свого усвідомлення самого себе, інших людей і навколишнього світу;
- розвитком своєї компетентності в задоволенні базових потреб та у реагуванні на небезпеку;
- виробленням реалістичних і таких, що відповідають їх потребам ролевих та міжособистісних стосунків.

Важливу характеристику психічного здоров'я людини надають соціальна поведінка, продуктивність праці, міжособистісні стосунки; особистісні цінності, творчість, еволюція особи, можливості реалізації її духовного і інтелектуального потенціалу.

Якість психічного здоров'я визначається сукупністю індивідуальних особливостей особи і стану внутрішнього середовища організму, що складається з взаємодії біологічних, психологічних і соціально-середовищних чинників (спадковість, вік, умови виховання, якість підготовки, тип характеру та поведінки, навички, придбані в подоланні стресових ситуацій, перенесені хвороби, травми, поранення, інтоксикації, психічна травматизація й т.ін.).

Багато з ознак, що характеризують якість психічного здоров'я, є відносно стійкими. Наприклад, наявність психічного захворювання у кого-небудь з родичів, жорстоке поводження в дитинстві або перенесена травма головного мозку у ряді випадків є підґрунтям, що призводить (хоча і необов'язково) до виникнення захворювання. Властиві здоровій психіці риси характеру - наприклад, вразливість, мінливість настрою, лідерські нахили, прагнення до успіху й ін. - під впливом соціального середовища можуть виявитися надмірно посиленими, обумовлюючи дисгармонію особистості та її уразливість відносно певних психічних травм. В той же час, психічне здоров'я вельми динамічне. Його якість безперервно змінюється під впливом багаточисленних зовнішніх чинників: соціальних, психологічних, економічних, екологічних і ін. *Людей, абсолютно несприйнятливих до стресу, не існує.* У кожного є строго індивідуальна межа опору, після досягнення якої психоемоційна напруга, перевтома або порушення функцій організму приводять до зриву психічної діяльності. При значній схильності людини до виникнення психічної патології буває досить дуже незначної зовнішньої шкідливості для її утворення. В осіб з високим рівнем психічного здоров'я розлад може проявитися лише при надзвичайно інтенсивній та (або) тривалій несприятливій зовнішній дії. Велику роль, крім того, грають суб'єктивна значущість події для конкретної особи, емоційно-смісловий контекст переживань, здатність знайти конструктивний спосіб подолання стресової ситуації. Настільки ж важливе значення має загальний стан організму, ступінь виснаження його функціональних систем.

Наявність певних хворобливих ознак у представників деяких вікових і соціальних груп є швидше правилом, чим виключенням. Так, у підлітків-безпритульників дуже часто спостерігаються погранична розумова відсталість і формування психопатичних рис; в осіб похилого віку "нормою" є деяке послаблення мнестичних функцій. Це заставляє використовувати при оцінці їх станів уявлення про норму здоров'я популяції.

Перед складанням відповідального іспиту багато людей відчувають хвилювання і невпевненість; під час епідемій гострозаразних інфекцій - страх захворіти; у ситуаціях великомасштабних катастроф або в бойовій обстановці закономірні тривога, екзальтація, тремор, тахікардія, звуження поля свідомості.

Аналогічні прояви при звичайних обставинах поза сумнівом розцінювалися б як симптоми хвороби. Таким чином, слід враховувати і таке поняття, як ситуаційна норма здоров'я.

Стиль мислення, світогляд, еталони поведінки й межі їх можливих варіацій знаходяться в тісній залежності від історичних, суспільних, етнічних, культуральних та регіональних умов, що вимагає розробки критеріїв соціальних норм здоров'я. Проте спеціальні знання в цій області ще недостатні.

Стосовно бойової діяльності необхідно відзначити, що при тривалому перебуванні військовослужбовця в екстремальних умовах закріплюються специфічні компенсаторно-приспосувальні зміни, які потім контрастують з вимогами мирного життя і стають причиною соціально-психологічної дезадаптації, у тому числі й основними проявами посттравматичних стресових розладів.

Таким чином, *психічне здоров'я військовослужбовця – це таке функціонування психіки, яке забезпечує його гармонійну взаємодію з навколишнім світом, адекватність поведінки, ефективність навчальної і службової діяльності та здійснення особистісного розвитку.* Психічно здоровим вважається військовослужбовець достатньо розумово розвинений, досить внутрішньо урівноважений, адекватний на службі та в побуті, здатний виконувати службові обов'язки, знаходитися в організованому військовому колективі та переносити підвищені психічні і фізичні навантаження без наслідків для свого соматичного стану.

В залежності від рівня складності вимог, які пред'являються до психічного ресурсу військовослужбовця у тій чи іншій ситуації, факторами порушення психічного здоров'я можуть бути:

- невідповідність навантажень та зовнішніх впливів на людину її психофізіологічним та особистісним можливостям;
- соматичні захворювання та дефекти фізичного розвитку;
- непристосованість осіб з відхиленнями характеру до певних типів ситуацій;
- деформація системи міжособистісних відносин у соціальному оточенні військовослужбовця;

- наявність амбівалентних, протирічливих відносин, мотивів і потреб, які породжують гострий внутрішній конфлікт і переживання через неможливість самотійно знайти продуктивний вихід зі складної ситуації, й ін.

Виявлено, що психічні ресурси у ситуаціях, пов'язаних з професійною діяльністю, вичерпуються прямо пропорційно наростанню стомленості, психічної травмованості і зворотно пропорційно професійній підготовленості та готовності до виконання завдань за рахунок сформованості необхідних психофізичних характеристик, уміння довільно входити в оптимальний психологічний стан та швидко і повністю відновлюватися.

Для визначення необхідності надання психологічної допомоги дуже важливими є як суб'єктивне відчуття психологічного неблагополуччя самою людиною, так і узагальнене уявлення про норму психічного здоров'я, яке дозволяє з певною вірогідністю встановити наявність відхилень від неї у конкретної особистості.

Вирішення питання *про розмежування психічної норми і патології* пов'язане з різноманіттям психічних проявів у тієї ж самої людини в різноманітних умовах життя, і у різних людей в однакових умовах.

Говорячи про норму будь-яких явищ, звичайно мають на увазі те, що з загальноприйнятої точки зору відповідає визначеним стандартам і вимогам (нормативам). Ці норми - результат усереднення індивідуальних функцій і проявів, які укладаються у визначений діапазон, що дозволяє індивіду нормально пристосовуватися (існувати) у звичайних і мінливих життєвих умовах. Їхня оцінка і значення залежать від біологічних і соціальних вимог.

В біології і медицині нормою вважається такий стан організму, показники життєвих проявів якого укладаються у рамки значень статистичного усереднення аналогічних показників, отриманих від максимально можливої кількості індивідів, «нормально» пристосованих до актуального середовища проживання. Найважливішою умовою нормального стану організму є відповідність його функціонування вимогам середовища, здатність до активної і продуктивної взаємодії.

У численній кількості досліджень звертається увага на наявність зв'язку між

здоров'ям і хворобою, на відсутність чіткої межі між ними і якісну відмінність між ними.

Поряд з поняттями «норма» і «патологія» використовують також (нерідко як синоніми) поняття «здоров'я» і «хвороба».

Поняття «здоров'я» («здоровий») припускає наявність «норми», якоюсь мірою збігається з нею, але воно ширше, тому що може включати і певні відхилення деяких показників від норми (за умовою наявності прийнятого ступеня функціональної адаптованості до навколишнього природного і соціального середовища), тобто воно являє собою континуум «ідеальне здоров'я - практичне здоров'я». «Хвороба» - поняття, безсумнівно, більш вузьке, ніж поняття «патологія». Перше припускає обов'язкову наявність в організмі активного хворобливого процесу з можливою динамікою до видужання або дефекту (це патологічні реакції і патологічні процеси), а друге - не тільки хвороба, але і різноманітні патологічні стани, що не мають активних патологічних змін (динамічних і процесуальних), проте з такими патологічними морфологічними і функціональними відхиленнями від норми, що обмежують або цілком виключають адекватне пристосування до існуючих умов життя. Поняття «патологія» включає патологічні реакції, процеси, стани і утворення.

Іншими словами, «нормальна людина» - це людина, яка відповідає у головних своїх психічних проявах основним критеріям статево-вікового розвитку і соціальним нормам конкретного суспільства, та забезпечує адекватну оточуючій дійсності регуляцію поведінки, а «психічно здорова» - людина, яка відчуває при цьому душевне благополуччя та відповідально виступає суб'єктом своєї життєдіяльності.

Питання про розмежування психічної норми і патології складне тому, що психічні функції виключно різноманітні й індивідуальні. Багатство духовного світу людини відбивається в його здібностях, вчинках, моральних установах, у творчій і виробничій активності, життєвій позиції, відношенні до себе і навколишнього середовища, вольовому контролю, поведінці в повсякденних і складних ситуаціях.

Поняття норми значною мірою залежить від історичної епохи, соціально-економічної структури суспільства, расової, національної і суспільної

приналежності, моралі і багатьох інших чинників. Зрештою, психіатрична клініка й особливо судово-психіатрична експертиза показують, що окремі «ненормальні» або «нормальні» переживання (недовіра, злість, туга) і вчинки (наприклад, агресія) можуть бути як у здорових, так і у психічно хворих осіб. Вихоплені з загального життєвого контексту і психічних процесів конкретної людини, вони можуть розцінюватися і як ознаки норми, і як ознаки психічної патології.

Спеціалістів завжди не задовольняв грубий розподіл людей на психічно здорових (нормальних) і психічно хворих (ненормальних, помішаних). В результаті цього були сформульовані концепції граничних і передхворобливих станів, акцентуованих особистостей. Але, на жаль, завдяки цьому не були вирішені питання, що стосуються діагностичних складностей, незважаючи на різноманіття використовуваних методів: спостереження, експериментальної оцінки психофізіологічних реакцій і психічних функцій, оцінки поведінки та ін.

Поки що не існує загальноприйнятих визначень психічної норми і психічної патології. Так, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, *психічно здоровою (нормальною)* варто вважати людину, у якій нормально розвинуті психічні функції, відзначається фізіологічний, духовний і соціальний добробут, а також збережена здатність адекватної адаптації до навколишнього природного і соціального середовища, активної виробничої та іншої діяльності. Виявляється, що так само важко визначити і психічну патологію. Інтуїтивно кожна здорова людина може відчувати хворобливий стан іншого, але це сприйняття не може бути чітко визначене. Підтвердженням цього є наявність множини формулювань таких психіатричних понять, як психічний розлад, психічна хвороба, психоз, психопатологічний дефект, граничні стани, аномалії розвитку, акцентуація особистості й ін. Проте необхідно пам'ятати, що психічна патологія - якісно інший стан, ніж психічна норма.

Отже, стосовно до психічної діяльності, **норма** - це оптимальний рівень психічного функціонування, що дає можливість повноцінної діяльності людини не тільки в повсякденних, але й в екстремальних природних і соціальних умовах («ідеальне здоров'я» у медичному і соціальному змісті). Психічне здоров'я включає й крайні варіанти психічних реакцій, що можуть виникати в екстремальних умовах у

акцентує на особистостях і обмежувати адекватне виконання ними соціальних обов'язків («практичне здоров'я»).

У своїй праці О.Г. Караяні та І.В. Сиром'ятніков (2006) вказують, що найбільш загальними критеріями, які характеризують норму психічного здоров'я є:

а) відповідність суб'єктивних образів відображених об'єктів дійсності цим об'єктам, а також відповідність характеру реакцій зовнішнім подразникам, значенню життєвих подій;

б) адекватний віковий рівень зрілості емоційно-вольової та пізнавальної сфер особистості;

в) здатність до адаптації у мікросоціальних відносинах;

г) здатність до самоуправління власною поведінкою, його зміни в залежності від зміни ситуації, розумного планування життєвих цілей і підтримання активності в їх досягненні;

д) критичний підхід до обставин життя, почуття відповідальності за близьких членів сім'ї.

Під **психічним захворюванням** (хворобою) варто розуміти непсихотичні (граничні) і психотичні (психоз, божевілля) психічні розлади, що мають у своїй основі активні патологічні функціонально-морфологічні або функціональні зміни в головному мозку (психопатологічні процеси і психопатологічні реакції), а під **психопатологічним станом** - стійке психопатологічне функціонування, що обумовлює постійну патологічну неадекватність психічних проявів і поведінки або помітно обмежену можливість адаптації до навколишнього природного і соціального середовища. У вузькому змісті психопатологічний стан - це стійкий психопатологічний дефект розвитку або розлади особистості внаслідок органічної поразки головного мозку.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення та сформулюйте критерії психічного здоров'я особистості.
2. Назвіть якості, якими характеризується здорова особистість.
3. Охарактеризуйте поняття "норма психічного здоров'я особистості".
4. Назвіть критерії, які характеризують норму психічного здоров'я.

5. Дайте визначення психічного захворювання та психопатологічного стану особистості.

Тема 4. СИМПТОМАТИКА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ЯК СФЕРА ПРОФЕСІЙНОЇ ОБІЗНАНОСТІ ВІЙСЬКОВОГО ПСИХОЛОГА.

Психічну діяльність людини можна уявити як цілий ряд процесів з одночасним або послідовним перебігом. Характерна особливість психіки - єдність цих процесів. Не можна собі уявити навіть найпростіше відчуття або сприймання (зорове, слухове та ін.) без одночасної участі в цьому акті пам'яті, уявлень, емоцій, мислення, тощо. Звичайно, перебіг вищих процесів, наприклад мислення, можливий без одночасного відчуття і сприймання, але лише за умови наявності слідів сприймання, тобто запасів пам'яті, яка зберігає всю інформацію й колись надійшла у мозок через зорові, слухові, нюхові, смакові, дотикові нервові апарати (аналізатори).

Нейрофізіологічні дослідження засвідчують, що зовнішній об'єкт, діючи на наші органи відчуттів нервовими елементами (сітчатка, органа слуху, шкіри та ін.), перекодовується у нервові імпульси. Ці імпульси у закодованій формі, зберігаючи всі деталі, що відносяться до сприйнятого об'єкту, надходять через численні мінейрональні синапси у кору великого мозку. В клітинах кори відбувається розшифровка, розкодування нервових імпульсів початкового об'єкта і таким чином створюється суб'єктивний образ.

Відсутність викривлень у суб'єктивному відображенні реально існуючого об'єкта характеризує нормальну психічну діяльність людини. Хвороба, патологічний процес в організмі і центральній нервовій системі на різних її рівнях порушує єдність психіки, відокремлює одні психічні функції від інших. Декілька генетично споріднених симптомів (ознак) таких порушень психічної діяльності утворюють синдром, який диференціює хворобливе функціонування психіки людини.

Переходячи до розгляду означених симптомів, слід підкреслити штучність їх виділення як ізольованих явищ. Робимо це, по-перше, для зручності вивчення, а по-друге, симптом часто є провідною ознакою синдрому і визначає його назву. Досить часто психічні порушення проявляються симптомами порушень пізнавальних

процесів особистості.

Порушення відчуття та сприйняття. Важливою умовою сприйняття й усвідомлення стану власного тіла, положення окремих його частин, сприйняття просторових і часових відносин є постійний синтез екстероцептивних, інтероцептивних і пропріоцептивних імпульсів. Вони беруть участь у саморегуляції і формують узагальнені образи фізичних і психічних якостей і особливостей, які представлені в структурі свідомості у кожний момент. Порушення синтезу сприйняття власного тіла, просторових і часових відносин одержало назву психосенсорних розладів. Порушення сприйняття власного тіла проявляється відчуттям невагомості або надзвичайної важкості, непомірного збільшення або зменшення голови, рук, ніг, викривлення тулуба, окремих частин тіла тощо. При цьому хворі можуть зберігати адекватність відчуттів справжнього положення окремих частин тіла, перевіряючи правильність химерних відчуттів. Вони обмацують голову, роблять спроби дотягтися до віддалених предметів, вимірюють кінцівки тощо. Розлади схеми тіла нерідко призводять до виникнення маячних ідей. Крім них, виділяють такі види психосенсорних розладів: симптом роздвоєння тіла, макропсії — коли предмети здаються незвичайно великими; мікропсії — предмети сприймаються у зменшених розмірах; поропсії — порушується сприйняття відстані до предметів; метаморфопсії — спотворення, перекручення форми предмета; дисмегалопсії — спотворення пропорцій у відчутті свого тіла.

До психосенсорних розладів слід також віднести розлади сприйняття часу, які проявляються відчуттям надзвичайного його прискорення, коли години здаються секундами, або ж уповільнення, коли хвилини здаються роками; дереалізацію — втрату відчуття реальності зовнішнього середовища (при цьому всі предмети, люди, події сприймаються як нереальні, безбарвні, чужі), і деперсоналізацію — втрату відчуття реальності власної особистості при збереженні усвідомлення власного Я. Власне тіло, голос, мова, уявлення здаються чужими, такими, що втратили зв'язок з особистістю. Деперсоналізація, як правило, поєднується з проявами дереалізації.

Психосенсорні розлади часто зустрічаються при органічних захворюваннях головного мозку (енцефалітах, черепно-мозкових травмах, променевої хворобі, грипі, нейроревматизмі, інтоксикаціях та ін.).

Порушення сприйняття найчастіше проявляються у виникненні ілюзій та галюцинацій.

Ілюзії (illusore — обманювати) — це викривлене, неправильне сприйняття реальних предметів чи явищ. Залежно від аналізатора ілюзії бувають зоровими, слуховими, смаковими. Ілюзії можуть бути і у здорових людей. Наприклад, рух сусіднього поїзда деякий час сприймається як поїзда, в якому ми перебуваємо; опущена у воду палиця здається зламанною. Але наше мислення швидко виправляє зламану палку, вносить корекцію у сприйняття руху поїздів.

Ілюзії можуть виникнути внаслідок дії надзвичайного подразника на той чи інший аналізатор. Ілюзії виникають при розладі психічної діяльності внаслідок інфекцій, інтоксикацій, травм. У випадку з ілюзіями на малюнках шпалер хворий бачить рух комах, птахів, дрібних гризунів; халат, що висить, здається людиною, що там заховалася. У хворого зі слуховими ілюзіями голоси людей, що його оточують, сприймаються як погрози на його адресу, вони виголошують його ім'я, роблять натяки на щось для нього небезпечне. У випадку нюхових ілюзій звичайні запахи речей чи харчових продуктів сприймаються як неприємні, незвичні, дуже огидні. При смакових ілюзіях хворий не сприймає їжу через «гидкий» смак. При патологічних ілюзіях ілюзорне сприйняття повністю зливається з реальним об'єктом і існує доти, доки існує цей об'єкт. Тому критичне ставлення до них зберігається лише при деяких захворюваннях: органічних ураженнях мозку травматичного, вірусного походження, новоутвореннях.

Ілюзії часто бувають з галюцинаціями. Це більш складні розлади сприймання і спостерігаються вони значно частіше, ніж ілюзії. Близькими до ілюзій є псевдоілюзії. Це викривлення сприймання, поєднане з фантазіями. Прості реальні малюнки чи фігури сприймаються у вигляді яскравих пейзажів, споруд з казковими контурами і деталями.

Галюцинації (hallucinatio — помилка) — уявні, неправдиві сприймання, сприймання без об'єкта. Звичайно, це не означає, що неправильно сприйняті об'єкти взагалі реально не існують або не існували раніше. Але в даний момент у межах доступного для огляду простору цих об'єктів немає. Хворий з галюцинаціями не сумнівається в реальності того, що він сприймає. Навпаки, реальні речі, що є

навколо нього, зникають, замінюються галюцинаторними образами. Галюцинації, так само як ілюзії, поділяються за органами відчуттів залежно від аналізатора, в якому вони виникають: зорові, слухові, нюхові, смакові, тактильні, загального відчуття. Вони бувають елементарними і складними.

Елементарні галюцинації, наприклад, зорові, бувають у вигляді іскор, світлих плям (фотопсії), слухові — у вигляді тріску, шуму у вухах, окремих звуків (акозми). Значно частіше спостерігаються складні галюцинації. Вони бувають у вигляді сцен, у яких задіяно багато людей, тварин, різних предметів тощо. Часом зорові образи поєднуються зі слуховими, нюховими, тактильними, що робить галюцинації дуже правдоподібними. Хворі при цьому поведуться то як глядачі, то як безпосередні учасники сцен.

Для складних слухових галюцинацій характерними є голоси багатьох людей — чоловіків, жінок. Вони можуть говорити між собою (індиферентні голоси), або, що буває частіше, мають відношення до хворого: кличуть його (оклики), коментують його дії (коментуючі галюцинації), наказують щось вчинити (імперативні галюцинації); лають, звинувачують у поганих звичках тощо. Справжні (істинні) галюцинації — це ті, що мають свою проекцію у навколишнє середовище: голоси вчуваються з певної частини простору, а видіння спостерігаються навколо хворого. Для справжніх галюцинацій характерною є наявність у об'єкта сприймання усіх властивостей реального: тілесності, яскравості, яскравої чуттєвості, тобто його сприймання супроводжується відповідними переживаннями.

Добре відомі розлади сприймання, для яких характерною є не зовнішня, а внутрішня проекція голосів чи образів: у самій голові, в животі чи в іншому органі. Такі розлади називають псевдогалюцинаціями, або несправжніми галюцинаціями. Природно, що, не маючи зовнішньої проекції, образи при псевдогалюцинаціях не мають тілесності та інших якостей реальних об'єктів. Зорові псевдогалюцинації — це ніби бачення внутрішнім зором. Слухові псевдогалюцинації хворий часто сприймає то як звучання власних думок, які внаслідок цього стали доступними для інших людей, то голосів, що «вкладені» у голову хворого за допомогою приладів чи навіювання, щоб «мислити його мозком», «говорити його язиком». Інколи хворі можуть визначити, з якого боку голови чуються голоси, але частіше встановити їх

локалізацію неможливо. Слухові псевдогалюцинації найкращим чином засвідчують штучність виділення їх як ізольованого психопатологічного симптому, бо такі явища, як звучання власних думок чи їх коментарі, дозволяють припустити, що ці обмани сприймання є одночасно і проявом розладів мислення.

Важливе значення у клінічній практиці мають уже названі імперативні галюцинації. Слід пам'ятати, що під впливом наказів хворі можуть виявляти агресію до людей чи до самих себе, здійснювати інші суспільно небезпечні вчинки.

Хворі не завжди розповідають про свої переживання. Інколи про них можна судити лише за поведінкою хворих. Так, при слухових галюцинаціях хворий закриває вуха, говорить сам до себе, відповідаючи своїм галюцинаторним образам; при тактильних—знімає зі шкіри комах чи ріже шкіру, щоб видалити з-під неї комах; при зорових — пильно придивляється до чого-небудь, вдивляється кудись.

Найбільш інтенсивними галюцинації бувають увечері і вночі, хоча можуть з'являтися і протягом доби. На початку психічних захворювань, особливо при інфекціях чи інтоксикаціях, першим симптомом можуть бути галюцинації, що з'являються у момент засинання, тобто в період переходу зі стану бадьорості до стану сну.

Галюцинації мають важливе діагностичне значення. По-перше, їх поява завжди свідчить про наявність психічних розладів. По-друге, за видом галюцинацій вдається орієнтовно визначити причини і характер хворобливого процесу. Так, справжні зорові галюцинації характерні для інтоксикацій, інфекцій, черепно-мозкових травм, тобто для екзогенних впливів на організм і центральну нервову систему. Те саме можна сказати і про справжні слухові й тактильні галюцинації. Слухові ж і зорові псевдогалюцинації є симптомами так званих ендогенних психозів, зокрема шизофренії.

Патогенетичні механізми галюцинацій складні і до кінця не з'ясовані. Нині галюцинації пояснюються явищами патологічної інертності подразнювального процесу у клітинах головного мозку.

Розлади пам'яті. Пам'ять — це властивість живих систем засвоювати і використовувати досвід, її функції: фіксація подразників, їх утримання (збереження), відтворення (репродукування) отриманої інформації. У загальній

психології виділяють ще такі важливі функції пам'яті, як упізнавання і забування. Пам'ять називають вхідними воротами інтелекту. Пам'ять завжди спрямована у минуле, незалежно від того, було це враження останніх хвилин чи давно минулих років. Внутрішні механізми функцій пам'яті ще не досить вивчені. Існують психологічні теорії (утворення асоціативних зв'язків), фізіологічні (в основі лежать умовні рефлекси), біохімічні (носіями пам'яті є рибонуклеїнова і дезоксирибонуклеїнова кислоти). Із трьох названих функцій пам'яті найважливішою є фіксація подразників (запам'ятовування). Як показали нейрофізіологічні дослідження, психологічні експерименти і клінічні спостереження, запам'ятовування можуть бути миттєвими, короточасними і довготривалими. Миттєве запам'ятовування має такий малий час збереження, що відтворення інформації стає неможливим. Короточасні запам'ятовування характеризуються утриманням слідів протягом короткого часу після сприйняття об'єкту, а потім сліди або зникають, або консолідується, переходячи у довготривалу пам'ять. Третій вид запам'ятовування — тривале (протягом місяців і років) утримання слідів інформації. Залежно від виду сприйняття виділяють зорову, слухову, смакову, нюхову і тактильну пам'ять.

Тривалість запам'ятовування залежить від значущості змісту інформації для суб'єкта, від його емоційного ставлення до неї, від загального стану організму: самопочуття, тону, віку.

Розлади пам'яті — найчастіший симптом при органічних захворюваннях головного мозку різного походження. Зниження пам'яті спостерігається в похилому віці. Французький вчений Т. Рібо (1881) встановив закономірність, властиву віковому зниженню пам'яті: спочатку виникає послаблення фіксації нових, останніх, сприйнятих, тоді як спогади про події далекого минулого зберігаються.

Розлади пам'яті умовно поділяються на такі групи: дисмнезії, або гіпомнезії, амнезії, гіпермнезії, парамнезії.

При гіпомнезії утруднюється фіксація чи відтворення, тобто пам'ять послаблюється. Амнезія—це відсутність пам'яті. Гіпермнезії - явище посилення пам'яті, що часто спостерігається при маніакальних синдромах. Хворі згадують найдрібніші, давно забуті подробиці, які стосуються минулого, а в запам'ятовуванні теперішніх, поточних подій змін не спостерігається.

Парамнезіями прийнято називати помилкові згадки: зміщення в часі, надумані фантастичні спогади, змістом яких є події, факти, яких не було і не могло бути у житті хворого, змішування в спогадах реальних і надуманих подій.

Патогенетичні механізми розладів пам'яті неоднозначні. Велике значення має зниження тону кори великого мозку, внаслідок чого сліди вражень стають нестійкими, легко гальмуються.

Розлади мислення. Мислення посідає особливе місце у процесі пізнання людиною об'єктивної реальності. Воно включає в себе аналіз, синтез, узагальнення, абстракцію. Мислення не є природженою здатністю, внутрішньою духовною функцією, незалежною від практичної діяльності. Процеси мислення перебігають у межах фізіологічних систем мозку: спочатку елементарні асоціації, а потім ланцюги асоціацій, що мають рефлексорний характер.

Розлади мислення бувають формальними і продуктивними. Формальні розлади мислення можна диференціювати за темпом, логічною стрункістю і цілеспрямованістю. Швидкість перебігу асоціацій у різних людей неоднакова. Індивідуальна різниця у темпі мислення залежить від конституційних особливостей людини (темпераменту), а також від виховання. Люди з підвищеним темпом мислення і відповідно мови у певній ситуації (наприклад, лектори) можуть його контролювати, а при психічних захворюваннях свідомо корекція прискореного мислення неможлива. При цьому асоціації виникають легко, частіше за зовнішньою подібністю, співзвучністю, вони різні і численні. Мова, попри багатослів'я, відстає від стрімкого потоку різних ідей. Хворі, не закінчуючи однієї думки, переходять до іншої, часто не помічаючи неповноти мовного виразу думки. Найвищий ступінь прискорення темпу мислення в поєднанні з відверненням уваги проявляється у скаканні ідей, коли вловити логіку думок хворого стає неможливим. Прискорення процесу мислення спостерігається при психічних порушеннях, що перебігають з підвищеним настроєм і сильним руховим збудженням.

Сповільнення темпу мислення можна спостерігати при розмові з хворим — він дає відповіді після довгих пауз зі зниженням гучності голосу до шепоту. Можна відзначити також бідність асоціацій, загальну загальмованість, сповільнення рухів, пригнічення афективних реакцій.

До розладів мислення за темпом можна віднести також зупинки мислення (sperrung) і напливи думок (ментизм), про що можуть розповісти самі хворі.

За логічною стрункістю розлади мислення розділяють таким чином: а) зісковзування думок, коли при розповіді про одні події хворий переключається на інші, не помічаючи, що першу думку він не довів до логічного кінця; б) розірваність мислення — коли хворий проказує фразу граматично правильну, але змістовний зв'язок між окремими частинами фрази відсутній — наприклад, «машина поїхала, тому що кіно загорілося з труби»; в) безладність мислення характеризується, на відміну від розірваності, глибоким розладом синтезу, внаслідок чого втрачається як змістовна, так і граматична побудова мови. Це проявляється невпорядкованим поєднанням окремих слів «земля... чоботи... пішов дощ... вперед». Безладність мислення частіше поєднується з розладами свідомості.

За цілеспрямованістю виділяють такі розлади мислення, як амбівалентність, резонерство і розважність.

Амбівалентність — це співіснування думок і асоціацій, які взаємно виключаються. Резонерством називають безпредметність мислення, коли відсутні конкретність думок, їхній пізнавальний зміст. Наприклад, на запитання про здоров'я хворий відповідає: «залежно від того, що означає це слово. Якщо від слова «здорово», то я не вельми здоровий, маю лише 60 кг маси, але це залежить від вагів і того, де вони стоять»:

якщо в нашому парку, то там гравітація висока, багато людей і неможливо довго там знаходитись...». Розважність мислення також відноситься до порушень цілеспрямованості. Вона проявляється у викладенні хворим непотрібних деталей своєї сповіді, зайвих дрібниць, невміння лаконічно висловити головну думку, яка часто губиться у великій кількості подробиць. Розважність мислення часто називають інертністю, вона спостерігається при епілепсії.

Патофізіологічні основи формальних розладів мислення пов'язані з тим, які нервові процеси переважають, — підвищена збудливість чи інертність.

Продуктивні розлади мислення характеризуються зміною змісту мислення, виникненням у ньому тієї чи іншої «продукції». Серед продуктивних розладів мислення виділяють невідчепні (нав'язливі) ідеї, надцінні ідеї та маячні ідеї.

Невідчепні (нав'язливі) ідеї — це думки, які з'являються у хворого незалежно від його волі і утримуються всупереч його бажанню. Хворий ставиться до них критично і бореться з ними. Найчастіше нав'язливі ідеї проявляються такими станами: невідчепне мудрування, невідчепне рахування, невідчепні спогади, невідчепний страх, невідчепні сумніви, невідчепні потяги та ін.

Надцінні ідеї - це помилкові міркування, що виникають на реальній основі, але переоцінені щодо їхньої значимості. Вони посідають у свідомості і діяльності людини необгрунтовано значиме місце. Надцінні ідеї супроводжуються високою емоційною напругою і визначають напрямок інших психічних процесів і поведінки. Саме інтенсивність емоційного тону процесу мислення є основною причиною переоцінки значення цих ідей. Зміст надцінної ідеї складає впевненість хворого, наприклад, у несправедливому ставленні до нього, ущемленні його інтересів, подружній невірності, у наявності соматичних захворювань, у своїх особливих заслугах, високих здібностях, винахідливості і т. ін. Звідси і назви надцінних ідей: ставлення, ревнощів, винахідливості, реформаторства. Надцінні ідеї можна скоригувати за допомогою зовнішнього впливу; з часом вони самі згасають.

Маячні ідеї — це помилкові, неправдиві твердження, що не відповідають реальній дійсності, виникають на хворобливій основі і не піддаються корекції. Критерій практики для встановлення істинності, правильності тверджень при маяченні не має значення, хворі його повністю ігнорують. І. П. Павлов визначав маячення як «викривлене відношення думки до середовища». Наявність маячних ідей свідчить про глибокі психічні розлади, до речі, не тільки в сфері мислення. При цьому порушуються й інші психічні функції, зокрема, афективна і вольова. Від інших неправдивих думок, переконань, що базуються на неправильному вихованні, маячні ідеї відрізняються тим, що вони є симптомом психічного захворювання і підпадають під закономірності перебігу патологічного процесу.

Маячні ідеї збитків, пограбування, крадіжки — найчастіше виникають при психічних захворюваннях у людей похилого віку. Хворі стверджують, що в них

украдено різні речі, взуття, гроші. Вони їх шукають, звинувачують сусідів, часто перевіряють свої речі, ховають їх, скаржаться в міліцію на уявних злодіїв.

Маячні ідеї самозвинувачення за своїм змістом бувають різними. Хворі звинувачують себе у нездійснених правопорушеннях, зараженні інших людей невиліковними хворобами, створенні страшних соціальних і природних катаклізмів. Хворі з маячними ідеями самоприниження принижують свої фізичні, моральні, інтелектуальні та інші якості.

Маячення має такі властивості: 1) воно завжди є ознакою хвороби; 2) не коригується, спроби коригувати тільки посилюють маячення; 3) в ньому присутня паралогічність - «крива логіка»; 4) виникає при ясній свідомості; 5) маячні ідеї міцно пов'язані з особистістю; 6) виникають при достатньому інтелекті.

Розлади уваги. Увага — це зосередження психічної діяльності на певних об'єктах. Увага відіграє значну роль як у пізнанні людиною навколишнього світу, так і в щоденній практичній роботі. Процес уваги має декілька складових: напрямок, або вибірковість, зосередженість, активність.

Увага буває активною і пасивною. Активна увага, як прояв вольової діяльності, передбачає спрямовану зосередженість на вибраному об'єкті. При пасивній увазі зосередженість на об'єкті зумовлюється випадковою зовнішньою подією - стуком, криком, яскравим світлом і т.і. Фізіологічною основою уваги є споріднена діяльність кори мозку і підкіркових центрів. Активність уваги визначається тонусом нервових клітин. Його послаблення, зниження оптимальної збудженості нервових клітин при втомі, виснаженні внаслідок хвороби призводить до зниження активності уваги.

Зустрічаються такі *види патології уваги*: слабкість активної уваги, підвищена зосередженість уваги, відвертання уваги.

Слабкість чи виснаженість уваги — характерний симптом грубих органічних уражень головного мозку, астенічних станів. Досить помітно це при виконанні хворим простого тесту — віднімання від 100 по 7 чи 13. Вже після перших 2—3 правильних відповідей хворий починає помилятися, а після короткого відпочинку може знову давати вірні відповіді.

Підвищена зосередженість уваги (застрявання, приковування) спостерігається

при депресіях, коли увага хворих зосереджена на невеликій кількості уявлень, як правило, неприємного змісту; при соматичних захворюваннях; при іпохондричних неврозах, епілепсії, що пояснюється малою рухливістю (інертністю) нервових процесів при цих недугах.

Відвертання уваги - характерний симптом маніакальних станів. При цьому порушується процес зосередження, що лежить в основі активної уваги. При цьому переважає пасивна увага, об'єктом якої бувають другорядні предмети і явища.

Одним з найвірогідніших патофізіологічних механізмів відвертання уваги слід вважати слабкість внутрішнього гальмування.

Розлади емоцій. Емоції (від лат. *emovere* - збуджувати, хвилювати) прийнято визначати як переживання нашого ставлення до зовнішнього середовища і до самого себе. Емоції належать до філогенетично найбільш ранніх форм відбиття об'єктивної реальності в структурах мозку і в свідомості.

Психічні процеси, практична діяльність, міжособистісні відносини неодмінно включають переживання, що виявляють суб'єктивний, особистісний бік процесу відбиття. Різнобічності діяльності людини в усіх її сферах відповідає розмаїтість емоцій і почуттів. Крім змісту, емоції мають ще іншу важливу якість - інтенсивність. Залежно від інтенсивності емоцій виділяють настрій і афект.

Настрій — відносно стійкий емоційний стан. Він формується під впливом різних сприйнять, вражень, інтероцептивних сигналів і складає головний емоційний фон. Настрій може коливатись у бік підвищення чи зниження. Відповідно до цього визначають і розлади настрою: *ейфорія* - підвищений настрій з відтінком благодушності, задоволення, радощів, що не відповідає ситуації і обставинам особистого життя хворого; *дисфорія* - стан похмурого, тужливо-злостивого настрою з відтінком невдоволення, роздратованості, що виникає часто несподівано, без зовнішньої причини і продовжується від декількох хвилин до багатьох днів; *депресія* - пригнічений, тужливий настрій, що може спостерігатися багато днів і місяців; *емоційна лабільність* - коливання настрою, легкі переходи від благодушності до гнівливого чи пригніченого стану.

Афект — інтенсивний, короточасний емоційний стан. Для нього характерні швидкий, бурхливий початок, виразні вегетативні симптоми. Афекти властиві всім

людям. За певних умов (сумна звістка, нещастя, радісна подія) адекватні подіям афекти (сум, відчай, бурхлива радість) вважаються нормальними емоційними реакціями. До розладів афектів відносять патологічний афект, страх і тривогу. Патологічним вважають афект, що виникає без достатньої зовнішньої причини, перебігає з ознаками порушення свідомості, значними вегетативними проявами без цілеспрямованої діяльності і амнезією своєї поведінки після закінчення афекту.

Патологічний страх — стан тривожного боязливого напруження, що виникає невмотивовано (нічний страх при неврозах, страх у хворих на шизофренію, судинні психози, при гіпертонічних кризах). *Патологічна тривога* - стан невмотивованого неспокою, хоча хворі намагаються пояснити свій стан і поведінку різними психологічно зрозумілими причинами. Спостерігаються й *інші розлади емоцій*. Серед них слід виділити слабодухість, неадекватність емоцій та апатію.

Слабодухість — підвищена виснажливність емоцій, їх нетримання. Досить якого-небудь незначного подразника, щоб з'явилося почуття розчулення зі слізьми. Часто це трапляється в транспорті, театрі, на вулиці. Розуміння недоречності такої поведінки не стримує хворих від надмірної слізливості.

Під *неадекватністю* емоцій розуміють парадоксальність емоційних реакцій: при сумних подіях спостерігається радісний настрій, а при радісних — тужливий. Такі розлади бувають у хворих на шизофренію.

Апатія — хвороблива байдужість, відсутність емоцій. При цьому емоційні реакції або не виникають, або слабовиражені. Апатія поєднується звичайно зі втратою активності, ініціативи, повною бездіяльністю.

Патофізіологічні механізми емоційних розладів неоднакові. В основі слабодухості, наприклад, лежить зниження тонуусу клітин кори великого мозку через недостатність кровопостачання та інші причини, які призводять до підвищеного виснаження, нестійкості подразливого процесу. Таким же чином виникає й емоційна лабільність. В основі ейфорії лежить позитивна індукція клітин кори півкуль із підкіркових утворень, які перебувають у стані подразливого збудження. Патологічний афект та інші гострі емоційні розлади виникають внаслідок позамежного гальмування кори півкуль і вивільнення з-під її регулюючого впливу підкіркових центрів.

Розлади волі. Людина з моменту народження постійно має різні потреби, спочатку найпростіші, а потім все більш різноманітні і складні, що мають значення не лише для підтримки гомеостазу, але й для самовизначення в умовах соціального середовища. Реалізація потреб була б неможливою без мотивів та різних видів і форм діяльності, що спрямована на досягнення певної мети, тобто на задоволення потреб. Активна цілеспрямована психічна діяльність одержала назву волі. Будь-який вольовий процес визначається потребами. Цілеспрямована діяльність людини є свідомою і включає уявлення про кінцеві або передбачувані результати праці. Вольовий процес можна уявити у вигляді трьох етапів: виникнення потягу (спонукання), постановка мети і мотивація, завершення дії - здійснення мети.

Фізіологічну основу вольових дій складає умовний рефлекс. Воля - психічний акт, що детермінується умовами соціального життя, а вольова діяльність людей, яка ґрунтується на свідомому сприйнятті реальної дійсності, активно впливає на природу і соціальне середовище. *Розлади волі* проявляються у вигляді надмірної активності, в її послабленні чи розладах потягу.

Хворобливе посилення вольової активності буває у наркоманів при пошуках наркотиків, у маніакальних хворих, психопатичних осіб і має назву гіпербулія. Ця активність має односторонній характер, її продукція є хворобливою, супроводжується підвищеною балакучістю.

Послаблення вольової активності – гіпобулія, спостерігається при депресивних станах та інших формах пригнічення психічної діяльності. При депресії хворі з великим зусиллям рухаються, довго добирають і на силу вимовляють слова, віддають перевагу перебуванню у ліжку.

Відсутність вольової активності – абулія, часто поєднується з моторною загальмованістю (ступором) або мутизмом (повною німотою).

Перекручення вольової активності - парабулія, зустрічається при шизофренії та деяких хворобах, що супроводжуються зниженням інтелекту.

Потяг лежить у руслі вольових процесів, тобто визначається потребами. Потяг - складне явище, воно формується на основі безумовних рефлексів - інстинктів, які опосередковуються корою великого мозку і відбиваються у вольовій діяльності. Крім інстинктивних потреб, потяг включає в себе потреби більш

високого рівня. Розлади потягу різноманітні. Серед них - послаблення і посилення харчового потягу, послаблення і посилення статевого потягу, перекручення потягу, імпульсивні потяг і дії.

Розлади харчового потягу проявляються зниженням чи відсутністю апетиту - анорексією (втратою бажання споживати їжу), відмовою від їжі. Відмова від їжі у хворого може бути пов'язана з наявністю у нього маячних ідей отруєння, самозвинувачення, нюхових чи смакових галюцинацій, ступору, тяжкої депресії, істеричного неврозу. Постійна відмова від їжі може призвести хворого до виснаження. Підвищення (посилення) харчового потягу проявляється підвищеним апетитом і почуттям голоду (булімія), а також багатоядністю (поліфагія).

Посилення статевого потягу (гіперсексуальність) часто спостерігається при маніакальних станах, при органічних захворюваннях головного мозку. Зниження статевого потягу (гіпосексуальність) буває при депресії, шизофренії, астенічних станах, неврозах.

Викривлення потягу торкаються різних інстинктів. Розлад інстинкту самозбереження проявляється прагненням нанести собі ушкодження гострими предметами, проковтнути неїстівні речі (цвяхи, голки, ложки, ножиці). Інколи це робиться через хворобливе прагнення стати об'єктом хірургічної операції для видалення проковтнутих предметів.

Зустрічається потяг до самогубства (суїцидоманія), до поїдання власних екскрементів (копрофагія). Перекручування статевого потягу (перверзії) торкаються різних форм статевого життя. Ми ж назвемо лише ті, що зустрічаються найчастіше.

Гомосексуалізм - потяг до особи однойменної статі (у жінок— лесбійське кохання).

Трансвестизм - хворобливий потяг до переодягання в одяг протилежної статі.

Ексігібіціонізм - потяг до оголення статевих органів у присутності жінок.

Садизм - потяг завдавати статевому партнеру больових відчуттів, щоб досягти статевого задоволення. Мазохізм - бажання зазнати від статевого партнера больових відчуттів.

Рідше зустрічаються такі перверзії, як педофілія - потяг до дітей, некрофілія - до трупів, зоофілія (скотолозтво) - до тварин, фетишизм - до предметів жіночого туалету і т. ін.

Імпульсивний потяг виникає раптово. За своїм змістом він вступає у протиріччя з усталеними міжособистісними і соціальними відносинами. Цим вони нагадують невідчепні ідеї. Але нездоланність прагнення до реалізації і втрата здатності боротися з потягом, що нерідко набуває кримінального характеру, відрізняють імпульсивний потяг від невідчепних станів. До імпульсивних відносяться такі види потягу: піроманія - потяг до підпалів; клептоманія - потяг до крадіжок без корисливої мети; дромоманія - потяг до бродяжництва.

Патофізіологічні механізми розладів потягу різні. Переважання процесу гальмування в півкулях з ірадіацією на підкіркові структури відіграє роль у патогенезі зниження потягу, ступора. Парадоксальна фаза лежить в основі мутизму та інших симптомів. Клінічна практика показує, що часто складний патологічний потяг пов'язується з ураженням відповідних центрів у мозку чи на рівні гіпокампа, лімбічної системи, сітчастого утворення.

Порушення особистості. Чіткої класифікації особистісних порушень на даний момент немає. Виділяють порушення ієрархії мотивів, тобто характерними є закономірності зміни мотиваційної сфери людини, що призводять до зміни позицій, інтересів, цінностей, потреб. Можуть формуватися патологічні потреби і мотиви. Наприклад, патологічний мотив до схуднення.

Характерним є порушення смислоутворення. Послаблення та спотворення смислоутворюючої та спонукаючої функцій призводять до порушень діяльності. Порушується саморегуляція та опосередкування, критичність та спонтанність поведінки.

Часто розлади особистості та поведінки мають місце при психопатіях.

Психопатії — це хворобливі стани, зумовлені біологічною (спадковою чи природженою) неповноцінністю нервової системи. Така неповноцінність нервової системи є необхідною передумовою розвитку психопатії, хоча сама по собі вона не визначає обов'язковості формування психопатії. Для розвитку психопатії ще однією умовою є вплив несприятливих чинників середовища. Між цими двома умовами

розвитку психопатії існують складні взаємовідносини.

Біологічна неповноцінність нервової системи психопатичних осіб може бути зумовлена несприятливою спадковістю, травмами, захворюваннями та інтоксикаціями матері в період вагітності, а також впливом зовнішніх шкідливостей на дитину в перші місяці життя. Непрямими свідченнями неповноцінності нервової системи можуть бути важкі захворювання, алкоголізм, емоційна неврівноваженість батьків, психічні захворювання і каліцтво в сім'ї.

Неповноцінність нервової системи у психопатичних осіб знаходить своє втілення в зниженні адаптивних можливостей і опірності інфекціям, наслідком чого стають часті захворювання на різні дитячі інфекційні хвороби, невтривалість до інтоксикацій (в тому числі й до алкогольних), велика залежність симптоматики від впливу соціальних факторів і зовнішніх шкідливостей.

Перші прояви психопатії виявляються в ранньому дитинстві у вигляді так званої дитячої нервовості — сноходіння, сноговоріння, тривалого енурезу. Частими ознаками психопатії в цьому віці є соматична інфантильність, вегетативні порушення, незграбність рухів, затримка вироблення диференційованих звичок, труднощі вироблення фізіологічного стереотипу (зокрема, правильного чергування сну і неспання), аномальна поведінка.

Особи, що страждають цим захворюванням відрізняються дисгармонійним складом особистості, вираженість якої призводить до порушень соціальної адаптації. Психопатичні прояви тотальні, проявляються у всіх сферах діяльності і стабільні.

У військовому колективі психопатичні особистості відрізняються нестриманістю, схильністю до порушень дисципліни, вживання алкоголю та наркотиків, конфліктністю, небажанням підпорядковуватися. Через незадовільну пристосовуваність до умов військової служби психопатичні особистості схильні до невротичних зривів та декомпенсації.

Етіологічними чинниками психічних захворювань можуть бути гострі і хронічні інфекції (вірусні захворювання, гнійна інфекція, сифіліс, ревматизм, бруцельоз та ін.), гострі і хронічні соматичні недуги (захворювання легень, серцево-судинної системи, ендокринних залоз, захворювання печінки, травного каналу та

ін.), гострі і хронічні інтоксикації (фосфорорганічні речовини, алкогольні напої, лікарські і промислові отруєння), психічні, термічні і черепно-мозкові травми, радіаційні впливи, ЗВЧ-випромінювання. Важливе місце серед чинників, що призводять до психічних розладів, посідають внутрішньоутробні ушкодження плоду і наслідки тяжких пологів.

Слід відзначити, що не завжди причини розвитку психозу можна обмежувати дією якогось етіологічного чинника. Так, відомо, що під час епідемій грипу у окремих осіб розвиваються короткочасні чи затяжні хронічні психози, а у переважної більшості населення психічних розладів не буває. Відомо також, що лише у невеликої кількості хворих на сифіліс розвивається сифілітичний психоз. Нарешті, та сама психогенна ситуація по-різному впливає на представників одного й того ж колективу: в одних випадках вона призводить до розвитку гострого реактивного психозу, в інших - до неврозів, а ще в інших - не спостерігається ні найменших відхилень з боку психічної сфери. Усі ці факти свідчать про те, що в генезі психічного захворювання крім головного етіологічного фактора істотну роль відіграє певний стан організму, його в першу чергу визначають індивідуальні особливості, перенесені раніше захворювання головного мозку, вік хворих, їх стать, конституція, імунобіологічна реактивність, спадковість.

Загальновідома роль вікових особливостей у виникненні та розвитку деяких захворювань, у тому числі й психічних. Окремі нервово-психічні захворювання зустрічаються тільки в дитинстві (наприклад, пікнолепсія, туберозний склероз); крім того, клінічна картина і перебіг ряду психічних захворювань (шизофренія, маніакально-депресивний психоз, прогресивний параліч) у дітей мають певні особливості. Деякі нозологічні форми зустрічаються тільки в похилому віці (пресенільні і сенільні психози). Давно також помічено, що вікові фізіологічні зрушення справляють помітний вплив на клінічну картину і динаміку багатьох нервово-психічних захворювань.

У ряді випадків у виникненні психічної хвороби певне значення мають гормональні особливості. Зокрема, зустрічаються психози у зв'язку з вагітністю і пологами. Окрім того, встановлено, що маніакально-депресивний психоз, гіпертонічні та інволюційні психози, а також хвороби Піка і Альцгеймера

переважають у жінок, тоді як інтоксикаційні, атеросклеротичні і старечі психози частіше спостерігаються у чоловіків.

Значну роль відіграють конституція і тип вищої нервової діяльності. Багаточисленні дослідження показують, що залежно від типу вищої нервової діяльності і співвідношення сигнальних систем можуть виникнути чи причепливі стани, чи істеричні явища.

Особливо слід підкреслити значення спадковості. Істотна роль цього фактора помітна в першу чергу в розвитку шизофренії, маніакально-депресивного психозу та епілепсії. Разом з тим факти свідчать про те, що в реалізації спадкової схильності певне значення мають додаткові шкідливості. В таких випадках психічні розлади найчастіше починаються безпосередньо після незначної психічної чи фізичної травми, інфекції, інтоксикації або пологів, а потім клінічна картина психозу, його перебіг і закінчення втрачають зв'язок з початковою причиною. Тут зовнішні шкідливості виступають не як провідний етіологічний фактор, а в ролі додаткових умов виникнення захворювання. Тому шизофренія, маніакально-депресивні психози, епілепсія належать до полігонних захворювань.

В останні роки одержані дані про біохімічні механізми розвитку спадкових недуг. Біохімічні дослідження дозволили з'ясувати, що гени регулюють метаболічні процеси в організмі, впливають на кінцеві результати метаболізму. Порушення нормального перебігу біохімічних процесів призводить до явища аутоінтоксикації. До числа таких хвороб, де провідна роль належить генетично зумовленому розладу обміну речовин, належать, наприклад, гепатолентикулярна дегенерація і фенілпіровиноградна олігофренія.

У розв'язанні проблем медичної генетики виростає також роль цитогенетики. Цитологічні дослідження допомагають переглянути уявлення про сутність деяких нозологічних форм. Зокрема, у виникненні хвороби Дауна «винні» хромосомні порушення, а раніше її пов'язували з патологією ендокринної системи. Тут маємо справу з моногенним захворюванням, тобто таким, що має одну причину.

Намагання багатьох дослідників знайти специфічну патологоанатомічну картину психічних захворювань довгий час були марними. Лише застосування в психіатричній клініці комп'ютерної томографії дало змогу виявити в багатьох

випадках шизофренії неспецифічні органічні зміни на томограмах.

ЕНДОГЕННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

До ендогенних психічних розладів відносять шизофренію, маніакально-дипресивний психоз (МДП), психічні захворювання пізнього віку, епілепсію, олігофренію.

Шизофренія (від грецького *shciso* — розщеплюю і *fpren* —душа) — це хронічне захворювання, що характеризується розладами психічних процесів і призводить (повільно чи швидко) до специфічних змін особистості. Окремі форми цього захворювання під різними назвами - кататонія, гебефренія, аменція, описані багатьма авторами ще в ХІХ ст. Шизофренія — одне з найпоширеніших психічних захворювань. В середньому вважають, що на неї хворіє від 0,1 до 1 % населення. У психіатричних лікарнях більше половини всіх хворих складають хворі на шизофренію.

Шизофренія проявляється різноманітними синдромами і формами, які часто зовні не мають між собою нічого спільного. Перебіг хвороби може бути і безперервним, і періодичним. Через це вже давно багато дослідників вважають шизофренію не «самостійною хворобою» а групою захворювань. Разом з тим, різноманітність синдромів і форм шизофренії не вступає в протиріччя з уявленням про її нозологічну єдність. Вивчення різних форм шизофренії в динаміці показує, що в їх клінічній картині на тому чи іншому етапі зустрічаються загальні ознаки, властиві даному процесуальному прогресивному захворюванню.

Симптоми шизофренії є зовнішніми проявами порушення фізіологічних механізмів психічних процесів. У патологічний процес втягаються різні функціональні системи. Від темпу, інтенсивності та екстенсивності (поширеності) патологічних змін залежать гострота початку захворювання, переважаючі синдроми, їх характер і багато інших клінічних ознак. Найбільш вірогідним є припущення, що при шизофренії порушується взаємний зв'язок і взаємообумовленість діяльності окремих функціональних систем мозку. Саме через це найбільш ранніми ознаками хвороби є симптоми порушення єдності психічних процесів, що проявляється в зміні характеру відношення особистості до середовища, якості реакцій на повсякденні життєві ситуації.

Зміни особистості при шизофренії характеризуються зниженням активності, ініціативи, живої зацікавленості своєю працею, навчанням, сім'єю. Інший поширений симптом хворобливого зрушення особистості - зниження чи втрата потреби підтримувати всілякі контакти з оточуючими - товаришами, знайомими чи родичами. Часто товариські люди ухиляються від компаній, уникають відвідування кіно, перестають зустрічатися з друзями тощо. Особливо це помітно в організованих колективах - шкільних, студентських, солдатських.

Розлади емоцій. Один із найбільш типових симптомів шизофренії — втрата адекватності емоційних проявів. Властиве людині переживання радісних, хвилюючих подій, особистих успіхів чи успіхів близьких набуває зовсім іншого характеру. Атрофується почуття прихильності до рідних, з'являється грубість, жорстокість. Такі хворі перестають листуватися з батьками і коханими, не виявляють властивих їхньому віку інтересів. Сумні події їх не засмучують, радісні — теж не викликають відповідного почуття. Інколи події, що всіх засмучують, у хворих викликають усмішку (парадоксальна реакція). Втрачається почуття сором'язливості, ніяковості. З прогресуванням хвороби емоційні реакції все більше втрачають живість, нівелюється їх якісний бік, формується афективний розлад, що має назву емоційної тупості: хворі стають байдужими до всього.

Другим проявом неадекватності емоцій є надмірна чутливість, крайня сенситивність. Найдрібніший привід, який часто не має прямого відношення до хворого, викликає бурхливий афективний вибух, гнівний протест, ридання. І навпаки, значні події, що глибоко хвилюють інших людей, у хворого викликають лише слабку схожість емоційної реакції.

Емоційним проявам при шизофренії властива амбівалентність, коли хворий перебуває під владою протилежних почуттів, наприклад, почуття радощів і страждань. Такі почуття можуть виникнути одночасно в однозначній ситуації. Явища амбівалентності можуть поєднуватися з вольовими розладами у вигляді амбівалентності — двоїстості бажань. При цьому втрачається можливість вибору переваги одного з них.

Крайнім проявом втрати адекватності емоцій є безпричинний сміх. Емоційні зрушення можуть проявлятися почуттям задоволення, маніакальною піднесеністю або, навпаки, дисфорічним станом, пригніченим настроєм, депресією.

Розлади мислення. Порушення єдності психічних процесів особливо виразно проявляється в мисленні, насамперед у розладах пізнавальної діяльності. Як показали дослідження, особливість процесу пізнання при шизофренії полягає у випадінні відомостей з минулого досвіду. Цим, мабуть, пояснюється протилежність суджень, що доволі часто спостерігається у хворих.

Одним із проявів розладу процесу мислення при шизофренії є символічне мислення. Процес мислення при цьому ґрунтується не на точних поняттях, почерпнутих із реальних обставин, а на внутрішніх асоціаціях, що їх хворий висловлює в розпливчастих, незрозумілих символах. Символічний тип мислення хворих відтворюється і в листах хворих, їхніх малюнках, архітектурних проектах тощо. В мові хворих трапляються чудернацькі сплетіння двох понять в одне нове словоутворення — неологізми.

Для шизофренії типовим є резонерське мислення, що ґрунтується на пустопорожніх міркуваннях і словесних зворотах. Нерідко спостерігається порушення асоціацій, змінюється усна і письмова мова хворого. Слід зауважити, що граматична будова речень при цьому помітно не змінюється. Зміни стосуються тільки змістовного боку мови.

Розірваність мови відбиває розірваність мислення. Самі хворі часто скаржаться на зупинку мислення, порожнечу в голові. Інколи це контрастує з іншим явищем - напливом думок, їх потоком, що пливе всупереч волі хворого, коли найрізноманітніші думки переповнюють голову, в них неможливо розібратися.

Одним із яскравих проявів розладу мислення при шизофренії є маячення. Маячні ідеї ставлення, переслідування, гіпнотичного чи фізичного впливу в різних поєднаннях зустрічаються при всіх формах шизофренії, але через властивий хворим аутизм виявити маячення часом буває дуже важко.

Розлади сприйняття. Важливе місце в симптоматиці шизофренії посідають справжні і особливо псевдогалюцинації. Голоси - чоловічі, жіночі - називають прізвище хворого, кличуть його, наказують («не йди», «не їж», «мовчи») або

констатують його дії («він курить», «він пішов», «почав читати»). Хворі повідомляють, що їхні думки «перехоплюють», наміри упереджують. У хворих виникає відчуття сторонності своїх думок, бажань, переживань.

Трапляються нюхові галюцинації. Хворі запевняють, що від них смердить кишковими газами, сечею або якимось «важким духом». Рідше спостерігаються смакові галюцинації. Зорові псевдогалюцинації при шизофренії бувають набагато рідше, ніж слухові.

Розлади самоусвідомлення. При шизофренії вони бувають у формі деперсоналізації. Хворі скаржаться на відчуття дискомфорту, зміну самовідчуття, невиразну тривогу, неясність думок і бажань. «Відчуття притупилися, стали одноманітними. Знайомі предмети здаються незвичними».

Сказаним не вичерпуються всі різноманітні симптоми шизофренії. В процесі хвороби ці симптоми спостерігаються в різних співвідношеннях, згладжуються, зникають, загострюються, змінюються іншими. Слід підкреслити, що синдроми, які вважаються характерними для шизофренії, зустрічаються й при інших психічних захворюваннях. Зате можна назвати синдроми, які не зустрічаються при шизофренії: психоорганічні синдроми порушення свідомості.

Постановка діагнозу передбачає детальне вивчення ранніх симптомів шизофренії. Адже це процесуальне захворювання, і нозологічний діагноз буде тим точнішим, чим правильніше буде визначено рух захворювання в часі. Діагностика початку шизофренії значно ускладнюється, якщо процес починається повільно, непомітно.

Маніакально-депресивний психоз (МДП), синоніми — циклофренія, циркулярний психоз - виникає переважно в молодому віці і характеризується періодичною зміною якісно контрастуючих фаз - маніакальної і депресивної, повним поверненням до норми в період світлих проміжків між ними і відсутністю ознак органічного ураження головного мозку. Тривалість фаз - від декількох днів до багатьох місяців, року, а в людей похилого віку— навіть довше. Світлі проміжки між фазами звичайно перевищують час перебігу фази і складають часто 3 — 8 років. Початок того чи іншого приступу інколи збігається в часі з яким-небудь соматичним захворюванням, перевтомою чи психічною травмою. Але часто МДП

розпочинається і без видимого зв'язку з екзогенними факторами. Біля 0,5 % населення світу хворіє на МДП. Коли у хворого спостерігається чергування маніакальної і депресивної фаз, то говорять про біполярний перебіг МДП. Воно буває у третини хворих на МДП. Коли ж спостерігається тільки одна фаза (маніакальна чи депресивна), то має місце монополярний перебіг. Він частіше буває при депресивних фазах. Серед хворих на МДП 60—70 % складають жінки.

Маніакальна фаза. Для неї провідними симптомами є триада Крепеліна: підвищений настрій, прискорення мови, прискорення рухової діяльності. Хворі відчувають приплив енергії і бадьорості, у них прекрасне самопочуття і стан безтурботності. Увага нестійка, у розмові хворі переходять від однієї теми до іншої. При вираженій фазі спостерігається вихор ідей, виникає багато різних планів, які звичайно лишаються нереалізованими, жодну розпочату справу хворі не доводять до кінця. Багато часу вони невтомно ходять, безперервно говорять, танцюють, співають, виконують фізичні вправи, переставляють з місця на місце речі, беруться за будь-яку справу і при цьому не виявляють ознак втоми. Рухи і міміка хворих живі і виразні. Рухове збудження може досягти високого ступеня, але воно залишається цілеспрямованим, ніколи не буває безглуздим (на відміну від збудження при шизофренії). При розвитку картини маніакального збудження у хворих легко і з незначного приводу виникають афекти гніву, що супроводжуються агресивними діями. Спалахи гніву короткочасні і швидко змінюються підвищеним настроєм.

Для маніакальних хворих характерною є переоцінка власної особи, своїх якостей і можливостей. Вони вважають себе дотепними, винахідливими, кмітливими і талановитими людьми, переконані, що володіють музичними, поетичними, художніми та іншими здібностями. Ці хворобливі розлади мають характер маячноподібних ідей, однак на відміну від маячення величі висловлювання хворих не бувають абсолютно безглуздими, крім того, у певний період хворих можна переконати в недоречності їхніх висловлювань і переконань. Мова хворих прискорена — вимовляють до 200 слів за 1 хв. З'являються невластиві хворому в нормі характерологічні особливості — сексуальна розбещеність, марнотратство. Підвищений настрій, психомоторна збудженість, переоцінка своїх сил і можливостей поєднуються зі зниженням, а інколи й повною відсутністю критики.

Внаслідок цього хворі перевищують свої права, не виконують службових обов'язків, дають необгрунтовані обіцянки, привласнюють чужі речі, розтринькують державні гроші, грубо порушують правила експлуатації машин, механізмів тощо.

Депресивна (меланхолійна) фаза. Симптоми цієї фази протилежні тим, що зустрічаються при маніакальній-це знижений настрій, загальмованість моторики і мислення. Клінічні прояви депресивної фази часто розпочинаються зі скарг на поганий апетит, безсоння, головний біль, погане самопочуття, загальну слабкість, тугу, відсутність бажання що-небудь робити. Домінує почуття туги і тривоги. Тривога проявляється слабше, ніж туга, і буває переважно у пацієнтів похилого віку. Тугу у хворих не можна пояснити психологічними причинами, і тому вона має назву вітальної туги. Міміка хворих виражає глибокий сум, тривожне очікування. Брови зсунуті, куточки рота опущені, сліз немає, очі сухі, голос тихий, незвучний, інколи хворий монотонно стогне. Він сидить в одній сумній позі з похиленою головою. Коли ходить, то рухи повільні, малодиференційовані. Якщо лежить на ліжку, то обов'язково вкривається ковдрою з головою. Спостерігається симптом «останнього слова», коли депресивний хворий не відповідає на запитання лікаря при безпосередньому спілкуванні, а коли лікар відходить, то хворий іде за ним, намагається щось відповісти.

Досить часто хворі висловлюють ідеї самозвинувачення, самоприниження. Зокрема, вони песимістично оцінюють стан свого здоров'я, вважають себе ні на що нездатними. Згадують незначні проступки минулого життя, перебільшують їх значення, чекають за них кари. Часто у зв'язку з цими маячноподібними ідеями з'являється повна відмова від їжі. Деякі хворі скаржаться, що втратили родинні почуття, стали нечутливими і дуже важко це сприймають. Скаржаться також, що їм важко зібратися з думками, про що-небудь думати, вони нездатні читати, оскільки не запам'ятовують прочитане.

Можливі ілюзії та галюцинації, що за змістом пов'язані з емоційним фоном (похоронна музика, плач, крик). Відповідно до усіх цих хворобливих явищ у хворих виникають думки про те, що вони є тягарем для сім'ї і суспільства, всім заважають, не мають права на лікування і життя, тобто легко виникають думки про самогубство. Ці думки хворі ретельно приховують, дисимулюють, а насправді

непомітно роблять все для їх реалізації. Небезпечним в цьому відношенні буває також меланхолійний вибух, який проявляється раптовим моторним збудженням, часто з суспільно небезпечними діями.

Вегетативна нервова система при даному захворюванні теж відповідно змінюється, що особливо помітно в депресивній фазі, яка супроводжується тріадою Протопопова - розширенням зіниць (мідріаз), закрепами, прискоренням пульсу (тахікардією). Для хворих жінок ще також типова аменорея.

Епілепсія - це полігенне захворювання, в основі якого лежить комплекс причин. Клінічні прояви епілепсії були відомі за багато віків до нашої ери. Вона належить до числа досить поширених захворювань (за даними різних авторів, на епілепсію страждають від 1 до 5 чоловік на 1000 населення). У наш час прийнято поділяти епілептичні прояви на власне епілепсію, чи епілептичну хворобу, і симптоматичну епілепсію. При симптоматичній епілепсії звичайно спостерігається лише судомний випадок, що є одним з проявів у клінічній картині органічного ураження головного мозку (травми, інфекції, пухлини, судинні захворювання та ін.).

Епілептична хвороба на відміну від симптоматичної, характеризується більш поліморфною картиною: до неї належать, крім великих і малих випадків, безсудомні форми, психічні розлади, що гостро виникають, своєрідні зміни особистості, а в ряді випадків і специфічна недоумкуватість.

Припадки. Вони можуть виникнути і зовсім несподівано, і після провісників. В останньому випадку за декілька годин і навіть за добу до появи припадків у хворих з'являються головний біль, загальна млявість, погіршується самопочуття, виникає подразливість, тужливість тощо. За цими симптомами хворі часто вгадують наближення припадків. У багатьох хворих припадок починається з аури, яка за декілька секунд до виключення свідомості проявляється сенсорними, слуховими, зоровими, нюховими, смаковими, психосенсорними, вісцеральними, моторними розладами.

Отже, під аурою розуміють різноманітні психопатологічні порушення, що у кожного хворого мають стереотипний перебіг. Зорова аура проявляється раптовими зоровими галюцинаціями (вогнь, яскраве світло, різні круги, кольорові плями, фігури живих істот). При слуховій аури хворі чують мелодії, звуки, слова. Для

нюхової аури характерні незвичайні, інколи невизначені запахи. Нерідко аура проявляється своєрідними парестезіями в різних частинах тіла: повзання комах, почуття заніміння, тепла, холоду тощо. При моторній аурі хворі відтворюють стереотипні моторні акції (намагаються кудись бігти, притупують і обертаються на місці тощо).

Великий судомний припадок. Він може виникати і без аури. Хворий раптово втрачає свідомість і падає. При цьому можливі травми голови, опіки, каліцтво. Спочатку йде фаза тонічних судом: судома м'язів голосової щілини спричиняє голосний крик, хворий перестає дихати; на обличчі судомна гримаса і блідість, а потім воно стає багряно-синім; щелепи зведені, очні яблука відведені в сторону і вгору, зіниці розширюються і не реагують на світло. Тонічна фаза продовжується декілька секунд (не більше півхвилини) і змінюється фазою клонічних судом. Остання починається з відновлення дихання. У м'язах кінцівок, тулуба і обличчя виникають сильні судомні поштовхи, як правило, синхронні і симетричні. Із рота виділяється піниста слина з червоними стяжками крові. Часто при цьому відбувається мимовільне сечовиділення і дефекація. Фаза клонічних судом продовжується 2 - 3 хв., після чого хворі залишаються в несвідомому (коматозному) стані протягом 15—20 хв. Епілептична кома поступово переходить у звичайний сон. Після сну хворі скаржаться на млявість, почуття загальної слабкості, немочі. При тяжкому перебігу епілептичної хвороби, при її ускладненнях може виникнути так званий епілептичний стан, при якому великі судомні випадки ідуть один за одним так часто, що в проміжках між ними хворі до свідомості не приходять. Епілептичний статус продовжується від декількох годин до 1-2 діб. Він являє собою значну небезпеку для життя хворого, оскільки при ньому розвивається набряк мозку, серцево-судинна недостатність і асфіксія.

Малий припадок. Як і великий, малий припадок характеризується раптовою втратою свідомості. Хворий залякає на одному місці, але не падає, його погляд спрямований в одну точку, обличчя бліде. В окремих м'язах обличчя і верхніх кінцівок виникають короткочасні судомні посмикування, інколи спостерігаються нецілеспрямовані рухи. Малий припадок триває декілька секунд, потім свідомість

швидко прояснюється і хворий продовжує перервану діяльність. Малий випадок супроводжується амнезією.

Олігофренія в перекладі з грецького (oligo — мало; phren — розум) означає недоумкуватість — стан психічного недорозвинення. Нині олігофренії визначають як група різноманітних за етіологією, патогенезом та клінічними проявами непрогресуючих патологічних станів, загальною ознакою яких є наявність вродженої чи набутої у ранньому дитинстві (до 3 років) загальної недорозвиненості психіки, і перш за все - інтелектуальної недостатності. Причиною олігофренії можуть бути несприятлива спадковість чи пренатальні ураження плода внаслідок гострих і хронічних інфекцій, інтоксикацій, травм материнського організму. Багато чинників, що негативно впливають на плід у період його внутрішньоутробного розвитку, ще не виявлені.

Таким чином, олігофренія етіологічно неоднорідна. Це група патологічних станів, що мають одну загальну ознаку — недорозвинення інтелекту. Причиною розумового і фізичного недорозвинення дитини також є пологові травми і тривала асфіксія плода. Мозок малюка відрізняється підвищеною чутливістю до ушкоджуючої дії інфекцій та інтоксикацій. Захворювання дитини в перші роки життя на енцефаліт, особливо коров'ячий, чи менінгіт може несприятливо позначитися на його розумовому розвитку.

Ступінь розумового недорозвинення багато в чому залежить від характеру патогенного чинника і від того, на якому етапі розвитку плода був уражений головний мозок. Ранні ураження призводять до більш значних дефектів психічного розвитку.

Для олігофренії характерні також і погана пам'ять, порушення уваги, емоційні та вольові порушення. Інколи на фоні загального психічного недорозвинення особи, яка страждає на олігофренію, виявляють окремі гарні здібності, наприклад, роблять складні арифметичні обчислення, запам'ятовують довгі вірші тощо.

Зовнішній вигляд хворих на олігофренію характеризується непропорційністю тіла, асиметрією мускулатури обличчя, великим чи малим черепом. Мислення визначається недостатністю аналітичної і синтетичної діяльності. Переважають нижчі емоції, афекти недиференційовані і неповноцінні. Вольові процеси

проявляються в нездатності до виконання цілеспрямованої діяльності. Психічні порушення є стабільними і зберігаються протягом всього життя. Виділяють три ступені психічного недорозвитку: ідіотію, імбецильність і дебільність.

Стан розумової недорозвиненості у призваних військовослужбовців може зустрітися лише у легкій формі – дебільності. Основні розлади при дебільності - знижена здатність до узагальнень, утворення абстрактних понять. У мисленні переважають конкретні зв'язки, які не виходять за рамки звичних уявлень. У бесіді виявляється прямолінійність, буквальне розуміння прислів'їв, схильність до наслідування. Відмічається зальна недорозвиненість особистості та зниження критики.

На службі ці військовослужбовці, не дивлячись на старання, відстають від інших у навчанні, важко адаптуються в новій ситуації, довго не можуть засвоїти професійні навички, часто стають об'єктом насмішок товаришів. У них легко розвиваються невротичні ситуації, вони невірно реагують на конфліктні ситуації та підпадають під негативний вплив.

Кожен військовослужбовець, поведінка та висловлювання якого дозволяють представити наявність у нього психічного захворювання, потребує систематичного нагляду, адже він може бути небезпечним для себе та оточуючих.

ЕКЗОГЕННІ ЗАХВОРЮВАННЯ.

До екзогенних психічних розладів відносять: психогенії, психічні розлади при інтоксикаціях, черепно-мозкових травмах, при інфекційних захворюваннях, соматичних та судинних захворюваннях.

Психічні розлади при гострих і хронічних інтоксикаціях. У сучасних умовах людині доводиться мати справу з величезною кількістю речовин, гостра і хронічна інтоксикація якими може призвести до порушення психічної діяльності. Ці порушення зумовлюються як безпосередньою дією токсину на мозкову тканину, так і різноманітними змінами метаболізму, що розвиваються внаслідок ураження отрутою внутрішніх органів.

При інтоксикаціях залежно від виду, кількості токсину, темпу його дії, стану захисних сил організму та інших умов можуть виникати різні за формою і ступенем виразності психічні порушення. Важливо знати, що для гострих масивних

інтоксикацій характерним є розвиток синдромів порушеної свідомості (сопор, кома), деліріозних і аментивних станів. При хронічних інтоксикаціях розвиваються затяжні астеничні, депресивно-параноїдні та інші патологічні стани, поступово формується психоорганічний синдром і стійкі зміни особистості.

Із численних речовин, що можуть спричиняти порушення психічної діяльності, виділяють групу речовин, різних за хімічною будовою, але близьких за однією важливою властивістю — при вживанні їх розвивається звикання і патологічний потяг до цих речовин. Хворобливі зміни психіки і всього організму, що їх зумовлюють ці речовини, називають *токсикоманіями*. Якщо ж ці речовини входять до списку наркотиків, затвердженого МОЗ України, то йдеться вже про наркоманію. Патологічний потяг до алкоголю формує алкоголізм.

Промислові і побутові інтоксикації. Окис вуглецю (CO) один із компонентів вихлопних газів двигунів внутрішнього згорання. Багато окису вуглецю міститься у вибухових газах, у приміщеннях він з'являється при порушенні пічного опалення. Головним механізмом токсичної дії CO є блокування гемоглобіну, внаслідок чого розвивається кисневе голодування мозку.

Клініка легких форм отруєння вичерпується запамороченням, головним болем, серцебиттям, нудотою, блюванням. У більш тяжких випадках швидко настає непритомний стан, починаються епілептиформні припадки, коми. Після виходу з коматозного стану у деяких потерпілих розвивається деліріозний синдром з руховим збудженням. Після закінчення делірію у хворих виявляють розлади пам'яті за типом корсаківського синдрому з вираженими явищами астенії. Корсаківський синдром часто розвивається і без делірію. Значні розлади пам'яті та інтелекту, що досягають іноді ступеня глибокої недоумкуватості, є найбільш характерними наслідками отруєння окисом вуглецю. Але описані й затяжні психічні розлади з маячними синдромами, подібними до шизофренії.

Психічні порушення при судинних захворюваннях. Судинні захворювання - гіпертонічна хвороба, гіпотонічна хвороба, атеросклероз - часто супроводжуються нервово-психічними порушеннями, клінічна картина і перебіг яких залежать, у першу чергу, від характеру і важкості судинної патології головного мозку.

Гіпертонічна хвороба належить до досить поширених захворювань. Зміни судинного тону, що зумовлюють гіпертонічну хворобу, пов'язані з психогенно обумовленими порушеннями вищої нервової діяльності. Крім тривалого й інтенсивного емоційного напруження в генезі гіпертонічної хвороби мають значення ендокринні зрушення, порушення діяльності нирок та деякі інші чинники. Неврологічні порушення проявляються різними за важкістю розладами мозкового кровообігу. Після важких судинних кризів спостерігаються вогнищеві ураження у вигляді паралічів, парезів, афазій, апраксій, порушень чутливості.

Неврозоподібні психічні розлади можуть виникати при будь-якій стадії захворювання. При гіпертонічній хворобі I і II стадій зустрічаються переважно неврозоподібні і психопатоподібні стани. Характерно, що неврозоподібні стани спостерігаються найчастіше при гіпертонічній хворобі в молодому віці. Для клінічної картини характерні роздратованість, підвищена стомлюваність, нестійкий і часом тривожний настрій. Хворі скаржаться на частий головний біль, запаморочення, біль у серці, серцебиття, ослаблення пам'яті, фізичної і розумової працездатності, порушення сну. У деяких хворих тривалий час домінують тривожні побоювання, кардіофобія, причепливий страх смерті, висоти, транспорту, що рухається, тощо. Щоразу доводиться враховувати, що наявність гіпертонічної хвороби, різні неприємні відчуття, які пов'язані з нею, можуть бути психогенними факторами і призвести до виникнення реактивної депресії, суїцидних думок і тенденцій.

При тривалому перебігу гіпертонічної хвороби часто загострюються характерологічні особливості — з'являються роздратованість, конфліктність, емоційна нестійкість, які раніше не були властиві хворому. Посилюються прояви егоїзму, педантизму, ревнощів та інших негативних рис характеру.

Психоорганічний синдром. У молодому віці при несприятливому перебігу гіпертонічної хвороби може формуватися клінічна картина психоорганічного синдрому: з'являються виснаженість, значна емоційна лабільність, швидка зміна добродушного веселого настрою злостивістю; надалі звужується коло інтересів, знижується пам'ять.

Деменція. При гіпертонічній хворобі III стадії, коли вже є склеротичне ураження судин головного мозку, у деяких хворих розвивається деменція, яка може бути як лакунарною, так і тотальною. При лакунарній недоумкуватості, незважаючи на наявність інтелектуально-мнестичних розладів, до певної міри зберігаються основні риси особистості, її соціально-етичні особливості, а також критичне ставлення до свого стану. У хворих виявляють ускладнення в міркуваннях, умовиводах, узагальненнях, вони відзначаються емоційною лабільністю, зниженням чи навіть втратою ініціативи й активності.

Тотальна недоумкуватість характеризується грубими змінами особистості, повною втратою критичного ставлення до свого стану. Хворі звичайно перебувають у піднесеному настрої, переоцінюють свої можливості, інколи висловлюють нестійкі ідеї величі. Така клінічна картина психічних порушень при гіпертонічній хворобі через зовнішню подібність до прогресивного паралічу одержала назву псевдопаралітичної недоумкуватості.

Після повторного інсульту може розвинутиися післяінсультна недоумкуватість, при якій зниження інтелекту поєднується з корсаківським синдромом, апатією, втратою набутих звичок, паралічами, афазією, апраксією та іншими локальними неврологічними симптомами випадання.

У період судинної кризи чи невдовзі після неї можуть виникати гострі гіпертонічні психози, що виявляється порушеною свідомістю, тривожною депресією і параноїдним синдромом

Порушення свідомості. Для клінічної картини порушень свідомості характерний значний поліморфізм: непритомні стани, оглушення, що переходить у сопор і кому; можуть спостерігатися короткочасні виключення свідомості типу абсансів. Трапляються також сутінкові затьмарення свідомості, що виникають, як правило, після судомних випадків. Інколи розвиваються деліріозні стани з яскравими зоровими і слуховими галюцинаціями, страхом, рухливим збудженням. Коли прояви порушення свідомості зникають, тривалий час спостерігається астеничний стан. Інколи після закінчення гострого психічного розладу вперше виявляють ознаки деменції.

Афективні розлади. Клінічна картина тривожної депресії при гіпертонічній хворобі, як і різні форми порушення свідомості, розвивається на фоні підвищення артеріального тиску і патології мозкового кровообігу, що виникає при цьому. Хворі розгублені, не знаходять собі місця, виявляють рухливий неспокій, відчувають тривогу, страх, перебувають у тужливому настрої. Всі ці симптоми надвечір посилюються. Триває тривожна депресія від декількох годин до кількох днів.

Маячні стани. Найбільш тривалими формами психозів при гіпертонічній хворобі є тривожно-параноїдні стани. У структуру їхньої клінічної картини, поряд з тривогою і тужливим настроєм, входять вербальні ілюзії, сенестопатії, маячні ідеї ставлення, переслідування. І тривожна депресія, і тривожно-параноїдні стани мають тенденцію до рецидивів, що кожного разу співпадають з розвитком гострих чи підгострих порушень мозкового кровообігу.

Церебральний атеросклероз. Психічні порушення, зумовлені атеросклерозом судин головного мозку, найчастіше зустрічаються у людей похилого віку, але слід враховувати, що вони можуть виникнути і в порівняно молодому віці (40 - 45 років). У динаміці розвитку нервово-психічних порушень при церебральному атеросклерозі виділяють початкову стадію атеросклеротичної неврастенії, стадію атеросклеротичної енцефалопатії і кінцеву стадію (атеросклеротичної деменції). Характерними можуть бути слабкість, виснаженість психічних процесів, емоційна лабільність, подразливість, мнестичні та індивідуальні розлади, депресивні стани, розлади свідомості, судомні випадки, дисфорії.

Психічні розлади при черепно-мозкових травмах. Черепно-мозкові травми, що складають близько 20 % усіх механічних травм, часто є причиною різноманітних психічних розладів. Нейрохірурги ділять їх на відкриті і закриті, а закриті — на струс, здавлення, удар. Патогістологічні зміни, патогенетичні механізми, а також психопатологічні симптоми при всіх механічних ушкодженнях головного мозку мають багато спільного. Особливо це помітно при закритих травмах мозку, де при будь-яких ушкодженнях часто спостерігається поєднання удару і струсу, локальних і дифузних, структурних і функціональних порушень.

Дослідженнями встановлено, що ушкодження мозку при нанесенні удару на обмежену ділянку голови буває не тільки в цій ділянці, але й на протилежному боці

(механізм контрудару). При цьому вогнища деструкції можуть бути масивними і глибокими. Поєднання локальних змін з дифузними зумовлює виникнення цілого ряду складних невропатологічних і психопатологічних синдромів.

Клінічні спостереження дозволили встановити залежність характеру психічних порушень від важкості травми. При важких ударах і струсах значно частіше спостерігаються глибокі і тривалі розлади свідомості (сопор, кома), гострі травматичні психози, менш сприятливий прогноз.

При ударах і струсах середнього ступеня важкості і особливо при легких спостерігаються, як правило, нетривалі і неглибокі розлади свідомості; гострі травматичні психози зустрічаються рідко, прогноз більш сприятливий. Глибина і тривалість втрати свідомості є одним із важливих критеріїв визначення важкості травми. Необхідно, однак, підкреслити, що не в усіх випадках спостерігається строгий паралелізм між видом і важкістю травми, з одного боку, і формою та ступенем психічних порушень - з іншого.

Клінічна картина черепно-мозкових ушкоджень характеризується різноманітністю і мінливістю. В перебігу травматичної хвороби виділяють три періоди (стадії): початковий, гострий і період віддалених наслідків. Зрозуміло, що це стосується не усіх травм. Психопатологічні симптоми можуть повністю зникати вже на першій чи другій стадії хвороби.

Віддалені наслідки черепно-мозкових травм можуть проявлятися у вигляді астенії, виснаженості, інтелектуально-мнестичних розладів, великих та малих судомних припадків, абсансів, можливі афективні психози у формі депресій, маній; афективно-маячні розлади.

Психогенії. Термін «психогенії» був введений у 1894 р. німецьким психіатром К. Зоммером. Реактивні стани, або психогенні захворювання — це психічні розлади, що виникають у зв'язку з переживанням несприятливих (негативних) ситуацій і обставин. При цьому мають значення не тільки зміст і характер зовнішніх обставин, а й склад особистості, преморбідні властивості хворого. Переживання, що травмують психіку, можуть бути пов'язані з втратою близьких і рідних, службовими і сімейними конфліктами, образами, загрозами для життя і благополуччя.

Дослідження І.П. Павлова дозволили обґрунтувати концепцію фізіологічних

механізмів неврозів, відповідно до якої це захворювання слід розглядати як зрив вищої нервової діяльності внаслідок перенапруження подразливого, гальмівного процесів чи їх рухливості. Говорячи про нервові зриви у людини, слід завжди мати на увазі, що сила травмуючого психіку впливу полягає в його індивідуальному життєвому значенні для даної особистості.

Психогенії поділяють на неврози, невротичні реакції і реактивні психози. Для всіх них характерним є те, що психотравмуюча ситуація супроводжується неприємними емоціями з негативним фоном. А самі негативні емоції за певних умов призводять до хворобливих станів. Крім того, емоції мають відношення до центрів регуляції гомеостазу — таламогіпофізарної системи, у зв'язку з чим при тривозі і страхах змінюється кількість адреналіну в крові. Тобто чинник психологічний адресується до біологічних систем і стає, крім етіологічного, ще й патогенетичним чинником, що зумовлює клініку і перебіг захворювання.

У неврологічній клініці ці розлади відносять до функціональних, але це не відповідає сучасному стану вивчення психогеній. Адже сам термін «функціональний» передбачає зворотність симптоматики, що часто і буває. Але ще І. П. Павлов говорив, що неврози — це по суті свої органічні захворювання, бо зворотні зміни можуть стати незворотними і захворювання набуває затяжного характеру.

Неврози. Цей термін існує з XVIII ст. Ним тоді визначали захворювання, при яких немає гарячки чи грубих ушкоджень якого-небудь органа. За сучасними уявленнями, невроз — це психогенне захворювання, що виникає внаслідок зриву вищої нервової діяльності.

Неврози виникають під впливом психічних травм, що супроводжується порушеннями загального самопочуття, соматовегетативних функцій, емоційної нестійкості, підвищеною психічною виснаженістю при збереженні оцінки оточуючого та усвідомлення свого хворобливого стану.

Виділяють три клінічні форми неврозів: істеричний невроз, неврастенія і невроз причепливих станів.

Неврастенія характеризується вираженою виснажливістю всіх психічних процесів, розладами сну, подразливою слабкістю, нестриманістю, астеною.

При невроті причепливості у хворих виникають мимовільні причепливі думки, страхи, дії, що сприймаються як чужі, від яких вони не можуть звільнитися.

В істеричному невроті значне місце займають соматовегетативні розлади, а саме: серцево-судинні розлади, порушення травлення, дихання, розлади рухів, чутливості.

Все наведене вище надає немало інформації для оцінки психічного стану військовослужбовців у практиці діяльності посадових осіб внутрішніх військ. У випадках, коли в ході первинної бесіди, послідуєчого спостереження в період проходження служби або за даними наявних документів виникає підозра про наявність у військовослужбовця психічних відхилень необхідне звернення до військового психолога та начальника медичної служби частини. Для оцінки психічного здоров'я необхідно кваліфіковано оцінити симптоми психічного розладу, що може зробити тільки лікар. Слід пам'ятати, що необгрунтоване направлення військовослужбовців на стаціонарне обстеження у психіатричний стаціонар недопустиме. Психіатричне обстеження, психіатрична допомога і госпіталізація у психіатричний стаціонар можуть здійснюватись тільки при добровільному зверненні військовослужбовця або з його згоди, за виключенням випадків коли його дії обумовлюють:

- безпосередню загрозу для себе чи оточуючих;
- безпорадність, тобто нездатність самостійно задовольняти основні життєві потреби;
- вагому шкоду його здоров'ю внаслідок погіршення психічного стану, якщо він буде залишений без психіатричної допомоги.

Підставою для поміщення у психіатричний стаціонар є наявність у військовослужбовця психічного розладу і висновок лікаря-психіатра про проведене обстеження чи лікування у стаціонарних умовах, або постанова прокурора чи визначення суду.

При направленні військовослужбовця на консультацію до психіатра в службовій характеристиці мають бути детально, при чому у вигляді фактів, а не розмірковувань викладені результати вивчення ділових та морально-психологічних якостей, особливостей характеру, поведінки, взаємовідносин, порушень дисципліни,

конфліктів, їх причин, прийнятих заходів, відхилень, які спостерігались у психічному стані, думку командира про їх вплив на виконання службових обов'язків і доцільність продовження військової служби.

Питання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте порушення процесів відчуття та сприйняття.
2. Розкрийте особливості розладів пам'яті.
3. Охарактеризуйте розлади мислення.
4. Дайте характеристику розладів уваги.
5. Розкрийте симптоматику розладів емоцій та волі.
6. Назвіть та опишіть прояви порушень особистості.
7. Назвіть етіологічні чинники психічних захворювань.
8. Опишіть особливості проявів шизофренії.
9. Охарактеризуйте психічні порушення при маніакально-депресивному психозі.
10. Опишіть картину протікання епілептичної хвороби.
11. Назвіть основні ознаки олігофренії.
12. Охарактеризуйте психічні розлади при екзогенних захворюваннях.
13. Дайте визначення психогеній та неврозів.

Тема 5. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВИДІВ, ФОРМ ТА НАПРЯМІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.

До основних видів психологічної допомоги відносять психологічне консультування, психологічну корекцію та психотерапію. Відповідно – **зміст психологічної допомоги може включати:**

надання клієнту допомоги через повідомлення йому об'єктивної психологічної інформації;

психологічне консультування, адресоване психічно здоровим людям для досягнення ними цілей особистісного розвитку;

психокорекцію, що передбачає організований вплив на клієнта з метою змін показників його активності у відповідності з віковою нормою психічного розвитку;

психотерапію, яка передбачає активний вплив психотерапевта та особистість клієнта.

У залежності від об'єкта психологічного впливу виділяють індивідуальну, групову і як її різновид - сімейну **форми надання психологічної допомоги**.

Будь-яка з форм діяльності складаються з трьох блоків-етапів: діагностичного (виявлення об'єктивного стану клієнта, групи), психологічного впливу і подальшого психологічного супроводу (виконання рекомендацій психолога).

Психологічне консультування проводиться психологом, як правило, у формі спеціальної бесіди з клієнтом, який звернувся за допомогою. Основні відмінності консультування від психотерапії і психокорекції зводяться до того, що:

- суб'єктами звернення є здорові люди, які не мають ознак відхилень від соціальної або психічної норми і несприятливих психологічних утворень;

- основна мета консультування - не подолання психотравмуючих чинників, а їхнє попередження; основна роль у подоланні складної ситуації належить самому клієнтові, його внутрішнім резервам, а завдання психолога полягає в психологічній просвіті клієнта, мобілізації шляхом спеціальних прийомів, що створять необхідний емоційний і мотиваційний настрій, зусиль людини на дотримання певної лінії поведінки, виробленої спільно з психологом;

- консультування охоплює більш широке коло проблем: це і проблеми адаптації до нових умов життєдіяльності, побудови найбільш оптимальної системи взаємовідносин у колективі, розв'язання міжособистісних конфліктів, проблеми особистісного, професійного зростання, виховання, навчання і т. п

У психологічному консультуванні допомога не передбачає глибинних змін в особистості людини, в той час як психокорекція та психотерапія орієнтовані саме на такі зміни. Відповідно різняться між собою інші суттєві характеристики цих видів психологічної допомоги: тип клієнта, з яким має справу спеціаліст, проблеми, що вирішуються, форми роботи, її тривалість тощо.

Розмежування названих понять не означає, звичайно, їх віддаленості одне від одного. Насправді, вони близькі між собою: психологічне консультування майже завжди містить у собі психотерапевтичні елементи, часто передбачає подальшу психокорекцію чи психотерапію; у свою чергу психокорекція і психотерапія не

обходяться без епізодів психологічного консультування. Однак, у світовому психологічному співтоваристві психокорекція і психотерапія вважаються більш глибоким рівнем психологічної допомоги і, отже, вимагають від спеціаліста, що їх здійснює, більш глибоких знань і більшої майстерності. Різні вимоги до системи підготовки психолога-консультанта і психотерапевта визначають як різні рівні їхньої професійної компетентності, так і різні галузі практики психологічної допомоги.

Психологічна корекція і психотерапія, на відміну від психологічного консультування, передбачають більш активний цілеспрямований вплив на особистісний, поведінковий та інтелектуальний рівні функціонування людини і, як правило, потребують більшого часу для здійснення. Розглядаючи терміни "психотерапія" і "психологічна корекція", варто пам'ятати, що у психологічній теорії і практиці вони часто вживаються як синоніми. Це пов'язане з тим, що поняття психотерапії у вітчизняній психології з'явилося порівняно недавно. Довгий час психотерапія розвивалась як галузь суто медичної допомоги. Щодо корекції, то, вийшовши з надр дефектології, згодом перейшовши у вікову й педагогічну психологію і активно використовуючись у роботі з дітьми (набувши оформлення як "психологічна корекція"), цей термін вийшов за рамки дитячої психології і став застосовуватись щодо дорослих при наданні їм психологічної допомоги.

Проникнення досягнень зарубіжної психології та її понять у контекст нашої науки внесло певне непорозуміння в існуючу термінологію. Так, стосовно психологічної допомоги в позамедичному аспекті у вітчизняній психології частіше вживався термін "корекція", тоді як у зарубіжній — "психотерапія".

Там, де психолог працює не з аномальними особами, а з тими, чий онтогенетичний розвиток перебуває в межах норми і котрі потребують допомоги не в інтелектуальному, а в особистісному розвитку, відокремлення психотерапії та корекції значно ускладнюється. Розглянемо два принципових моменти: цілі та методи цих видів психологічної допомоги. *Мета психотерапії — створення умов для повноцінного становлення особистості, мета психологічної корекції — усунення недоліків у розвитку особистості.* Як видно, завдання психологічної корекції мають

певну смислову відмінність, хоча можуть підпорядковуватися психотерапевтичній меті як більш загальній.

У загальному плані – *психологічна корекція являє собою тактовне втручання у процеси психічного і особистісного розвитку людини з метою виправлення відхилень у цих процесах і часто справляє вплив не лише на особистість, а й на її оточення, організацію життєдіяльності. Психотерапія спрямована на глибоке проникнення в особистість і здійснення прогресивних зрушень у взаємодії зі світом через зміну само- і світосприйняття.*

Що ж до методів, то *психологічна корекція на відміну від психотерапії не має своїх спеціальних методів, а користується залежно від потреб методами психотерапії, педагогіки, медицини.*

Таким чином, психологічна корекція наближається до психотерапії і навіть збігається з нею, коли здійснення корекційного впливу допомагає реалізації психотерапевтичної мети, а також коли вона використовує виключно (або переважно) психотерапевтичні методи допомоги людині.

Важливими ознаками психологічної корекції є *дискретність і орієнтація на вікові норми*. Дискретність означає вплив психолога на відносно незалежні конкретні складові внутрішнього світу людини. Вплив здійснюється на основі теоретичних уявлень про норми перебігу пізнавальних та емоційних процесів, про норми цілеутворення в тому чи іншому віковому періоді. Орієнтація на вікові норми визначає контингент корекційного впливу (переважно діти, підлітки, юнацтво) та використання психодіагностичних методик.

Завдання психологічної корекції формулюються залежно від свого адресату – особистості, яка має певні відхилення і труднощі в межах психологічної норми. Вони також визначаються змістом корекційної роботи: корекція розумового розвитку; корекція емоційного розвитку; корекція та профілактика невротичних станів, неврозів.

Існують різні недоліки характеру, які підлягають психокорекції. Вони привертають увагу оточуючих і часто є предметом їхньої турботи. *Розглянемо типології вад особистісного розвитку людей, що перебувають у межах психологічної норми*. Це підвищена збудливість, гнівливість; лякливість і хворобливі

острахи; песимізм або перебільшена веселість; нестійкість, підвищена імпульсивність; конфліктність; упертість; байдужість; неохайність; брехливість; постійна жадоба насолод; надмірна активність чи пасивність; замкненість; хвороблива сором'язливість; схильність до крадіжки; негативізм; схильність до блукання; неухажливість; деспотизм; надмірна безпорадність; жорстокість щодо тварин; знущання над оточуючими та ін. Названі вади можуть бути відносно дискретними і стосуватися лише певних аспектів емоційно-вольової сфери чи мати більш тотальний характер і бути пов'язаними зі становленням акцентуації, провідних переживань, системи ставлень і ціннісних орієнтацій. Цей момент є важливим для діагностики і вибору видів психологічної допомоги особистості — корекції чи психотерапії, або корекції у межах психотерапії.

Основними етапами психокорекційної роботи є діагноз, прогноз, створення психологічної корекційної програми, її виконання та аналіз її ефективності. У діагнозі (на основі психологічної діагностики з використанням тестів) фіксуються показники психічного розвитку, їхня відповідність нормам, формулюється гіпотеза щодо причин відхилень.

Психологічний діагноз включає також формування прогнозу. Прогноз є передбаченням подальшого розвитку особистості за умови своєчасної корекції та за відсутності такої.

Суть психологічного консультування полягає в тому, що психолог, використовуючи спеціальні професійні знання, створює такі умови для іншої людини, в яких вона переживає свої нові можливості у вирішенні власних психологічних проблем. Основною метою психолога, що проводить консультацію, є допомога клієнтові в усвідомленні його проблеми та в пошуку шляхів і способів її якнайскорішого розв'язання. Ця мета реалізується через виконання таких завдань.

По-перше, психолог має уважно вислухати клієнта. Важливість цього аспекту діяльності консультанта підкреслюється в усіх відомих працях із психологічного консультування. Максимально терпляче, з використанням спеціальних прийомів вислуховування клієнта не лише близько знайомить психолога з ним та його проблемою, а й допомагає клієнтові краще усвідомити свою ситуацію, приносить

йому полегшення і, в результаті, великою мірою визначає ефективність консультативної роботи.

По-друге, в процесі консультування психолог працює над розширенням уявлень клієнта про себе, свою конкретну життєву ситуацію, про навколишню дійсність. Саме таким шляхом здійснюється корекційний вплив психолога на клієнта, внаслідок чого останній починає по-новому бачити й оцінювати свою ситуацію, формулює альтернативні варіанти поведінки в ній.

По-третє, психолог проводить консультацію, маючи на увазі, що його клієнт – здорова людина, яка відповідає за себе і свої стосунки з оточуючими людьми. Але досягти того, щоб сам клієнт узяв на себе відповідальність за те, що з ним відбувається, — нелегке завдання, оскільки клієнти психологічної консультації, як правило, звинувачують у своїх життєвих труднощах когось іншого. Поступове й цілеспрямоване обговорення з клієнтом проблеми вини та відповідальності має підвести його до висновку, що він сам відповідає за ситуацію, яка склалася, і спонукати до змін у своїх ставленнях і поведінці, результатом яких може бути і зміна самої ситуації. Унаслідок консультування клієнт має не тільки краще зрозуміти свою проблему і уявити шляхи її розв'язання, а й повірити у себе і бути готовим до реалізації знайдених способів подолання своїх труднощів.

До принципів психологічного консультування відносять наступні.

Принцип добровільності означає, що клієнт сам звертається до психолога, оскільки суб'єктивно відчуває труднощі у своєму житті, сам хоче допомоги і шукає її, тобто він мотивований до прийняття психологічної допомоги.

Принцип доброзичливого і безоцінкового ставлення до клієнта означає виявлення теплоти й поваги, уміння прийняти клієнта таким, яким він є, не оцінюючи і не засуджуючи його норми і цінності, стиль життя, поведінку.

Повага до клієнта та його проблеми виявляється і в реалізації іншого принципу психологічної допомоги – *забезпечення конфіденційності зустрічі*. Цей принцип означає, що психолог зберігає у таємниці все, що стосується клієнта, його особистих проблем і життєвих обставин (за винятком випадків, коли йдеться про загрозу для життя і здоров'я клієнта чи інших людей, про що психолог має повідомити відповідні установи і про що клієнт попереджається на початку роботи).

Принцип професійної мотивованості консультанта означає, що він захищає інтереси клієнта, а не інших осіб чи організацій, не бере бік жодного з учасників конфлікту, уникає упередженого ставлення.

Ще одним важливим принципом є *відмова психолога від порад і рецептів*, оскільки він не може брати на себе відповідальність за життя іншої людини; його завданням, як уже зазначалося, є посилення відповідальності клієнта за те, що з ним відбувається, спонукання його до активності в аналізі проблеми, у пошуку виходу з кризи.

Нарешті, для консультанта дуже важливо *не вступати з клієнтом у будь-які особисті стосунки*. Цей принцип означає, що психологові слід уникати як встановлення дружніх взаємин із клієнтами, так і надання психологічної допомоги своїм друзям чи родичам.

Існує три варіанти позиції консультанта: *позиція "зверху"*, коли сильний, мудрий, досвідчений консультант, так би мовити, простягає руку допомоги слабкому, дезадаптованому, недосвідченому клієнтові; *позиція "на рівних"*, яка передбачає зняття дистанції між консультантом і клієнтом, їх взаємну відвертість, обмін особистісними проблемами і надає консультації характеру буденної розмови; *позиція "радника"*, за якої консультант виступає як особа, більш компетентна у проблемі клієнта, що допомагає йому розібратися в ній, знайти шляхи подолання труднощів. Якщо дотримуватися вищенаведених принципів психологічної допомоги, остання позиція видається найбільш адекватною. В етичному плані вона характеризується відсутністю оцінок, відмовою від прямого виховного тиску, намаганням створити атмосферу довіри, доброзичливості, співчуття.

В психологічному консультуванні предметом взаємодії є переживання та думки клієнта. Як правило, виділяють наступні **етапи психологічного консультування**: структурування та встановлення взаєморозуміння з клієнтом; опис та зміст проблеми; визначення бажаного результату, мети, обговорення змін після досягнення мети; пошук різних варіантів розв'язання проблеми; цілеспрямований вплив на клієнта з метою зміни його думок, переживань, дій.

Використовуються певні **методи впливу**. Це : інтерпретація (нове бачення ситуації); директива (вказівка на дію); саморозкриття (психолог ділиться власним

досвідом); зворотній зв'язок (як клієнта сприймає психолог і оточуючі); логічна послідовність (дає змогу клієнту передбачати результати власних дій); резюме (підсумок роздумів); відкриті та закриті запитання; повторення суті слів клієнта, його ключових фраз; відображення почуттів; узагальнююче резюме (повторення основних фактів і почуттів клієнта в процесі інтерв'ю).

При проведенні бесіди мають бути виконані такі **основні правила**:

- слухати дуже уважно. Звертати увагу не тільки на те, що говорить клієнт, але і як він це робить (тембр, ритм, паузи). Це допоможе вірно зрозуміти його емоційний стан, і те, про що він не говорить;
- визначати головні проблеми. Дати можливість військовослужбовцю відверто розкрити істинну проблему. Уточнити деталі допоможе використання відкритих та закритих запитань;
- звертати увагу клієнта на його бажання вирішити проблему, що виникла. При цьому користатись запитаннями: “Чому саме він обрав саме такий спосіб?”, “Які ще можна зробити кроки у подоланні цієї життєвої кризи?”, “На допомогу кого він розраховує?”, “Який результат бажає отримати після роботи з ним психолога?” тощо;
- проводити розмову на одинці у комфортних умовах;
- у ході розмови необхідно звертати увагу на інформацію про військовослужбовця, яка була б корисна для подальшої корекційної роботи.

За тривалістю виділяють наступні **види консультувань**: разова консультація, короткострокове та середньотривале консультування. Разова проводиться у випадках, коли більш тривала робота з людиною з якихось причин виявляється недоцільною або неможливою. Тривалість консультації – 45-60 хвилин.

Така консультація відбувається, *по-перше*, тоді, коли клієнт звернувся до психологічної служби помилково, оскільки йому насправді потрібна медична, юридична чи соціальна допомога.

По-друге, разова консультація проводиться у випадках, коли психолог інформує клієнта з тих чи інших питань, що належать до його компетенції.

По-третє, разова консультація може мати місце тоді, коли клієнт звертається до психолога за підтримкою рішення, яке він збирається прийняти з приводу певної життєвої ситуації.

Нарешті, *по-четверте*, єдина зустріч з клієнтом відбувається у випадках, коли він з якихось причин (віддаленість району, мешкання в іншому місті тощо) не може прийти до психолога повторно, хоча за характером його проблеми така зустріч була б бажаною.

Взагалі слід сказати, що разова консультація — дуже відповідальний вид психологічної допомоги. Психолог мусить працювати, не знаючи докладно ні обставин життя клієнта, ні справжньої його мотивації стосовно тих чи інших дій, ні значення цих дій для нього та його оточення.

Таким чином, проведення разової консультації вимагає від психолога надзвичайної спостережливості, проникливості, обережності, взагалі високого професіоналізму.

Виділяють наступний алгоритм дій при проведенні психологічного консультування:

1) встановлення контакту з клієнтом шляхом створення відповідного психологічного клімату;

2) визначення справжньої проблеми клієнта та ступеню його орієнтації в ній, спільне чітке її формулювання;

3) визначення мети клієнта, його можливостей в її досягненні, обговорення позитивних способів дій;

4) вироблення альтернативних варіантів поведінки;

5) узагальнення психологом результатів взаємодії з клієнтом, мотивування його на втілення прийнятого рішення ужиття.

Короткострокове консультування. Цей вид психологічної допомоги здійснюється протягом трьох-чотирьох зустрічей, кожна з яких триває приблизно годину.

Типовим варіантом такої роботи є випадки, коли клієнт потребує консультації просвітницько-рекомендаційного або діагностичного характеру. Консультування

будується на основі психодіагностичного обстеження клієнта, а інколи й оточуючих його осіб.

Розглянемо послідовність дій психолога у ході такого роду консультування.

1. Короткий контакт з клієнтом під час запису.

2 Перша зустріч з клієнтом.

У ході першої зустрічі відбувається вже ґрунтовне знайомство з клієнтом. Він викладає свої скарги, причини звернення за консультацією, свої очікування стосовно неї. Завданнями консультанта є, по-перше, встановлення психологічного контакту з клієнтом, по-друге, первинна діагностика, тобто складення враження про клієнта на основі аналізу його вербальної та невербальної поведінки і характеру спілкування з консультантом. Унаслідок діагностичного орієнтування психолог здійснює диференціацію клієнтів (визначає, чи зможе він сам надати допомогу конкретному клієнтові, чи його слід направити до іншого спеціаліста і якого саме), а також будує перші гіпотези щодо характеру проблеми клієнта і вибирає напрям подальшої діагностичної роботи.

3. Психодіагностичне обстеження клієнта.

Результати первинної діагностики можуть висунути перед психологом завдання подальшої спеціальної діагностики особистості клієнта (або діагностики членів його сім'ї, їх міжособистісних взаємин, спілкування, взаємодії і т. д.). З великого й різноманітного кола методичних засобів, що є в розпорядженні сучасної психології, консультант має вибрати ті, що найбільше відповідають специфічним завданням обстеження конкретного клієнта. При цьому консультант повинен урахувати, що: недоцільно застосовувати великий набір методик, оскільки це утруднює усвідомлення та узагальнення отриманої інформації; небажано застосовувати громіздкі за обсягом і часом проведення методики, оскільки це може викликати у клієнта лише втому й роздратування.

4. Заключна зустріч.

Під час такої зустрічі проводиться бесіда за результатами обстеження, в ході якої обговорюються загальний психічний стан клієнта, виявлені труднощі та їхні причини, прогнозуються варіанти подальшого розвитку особистості клієнта, його стосунків з оточуючими, розкриваються умови, за яких цей розвиток може набути

оптимальних форм. Іншими словами, предметом бесіди є психологічний діагноз, що відображає рівень актуального розвитку клієнта, і прогнозування цього розвитку.

Завдання психолога на заключній зустрічі такі:

- підтримка психологічного контакту з клієнтом, довірливих, відвертих взаєностосунків;

- залучення клієнта до співпраці, активності в обговоренні його проблем, їхніх причин, альтернативних варіантів розвитку його особистості та взаєностосунків з оточуючими;

- спільне вироблення програми дій, виконання якої сприятиме як профілактиці, так і подоланню негативних тенденцій і труднощів у розвитку. Просвітницька інформація та рекомендації психолога мають органічно вплітатися в контекст спільного обговорення системи заходів;

- мотивування клієнта на виконання розробленої програми, підтримка його віри в себе, в успіх своїх зусиль.

В консультативній допомозі використовуються наступні комунікативні техніки:

1. Мовчання. Смысл мовчання може бути різноманітним: ознака опору, ознака самоаналізу, вираз відчаю та безвиході, переддень інсайту. Найдоцільніше реагувати в ситуації мовчання кивком, повторенням останніх слів, перефразуванням останнього висловлювання, з повагою поставитися до поведінки клієнта.
2. Емпатійне слухання. Уважне слухання, слідування думкам і почуттям клієнта, важливо не співчувати, а співпереживати, створюючи емоційний резонанс переживанням клієнта.
3. Прояснення. Техніка спрямована на розкриття смислу для клієнта його власних дій. Допомагає відстежити амбівалентність почуттів та стосунків, особливості використовуваних захисних механізмів, мислення тощо.
4. Рефлексивна вербалізація спрямована на підсилення емоційно-смыслового резонансу висловлювань клієнта.
5. Інтерпретація. Техніка пояснення клієнтові прихованого смислу його висловлювань. Має потужний терапевтичний потенціал, допомагає

справитися з тривогою, усвідомити психологічні захисти. Інтерпретацію бажано починати словами “можливо”, “мабуть”, “складається враження”.

6. Саморозкриття. Техніка спрямована на підтвердження того, що його переживання розуміють та поділяють.
7. Конфронтація спрямована на оголення протиріч, ігор, нереалістичних захистів, які ускладнюють саморозуміння клієнта.
8. Підведення підсумків використовується як узагальнення та поєднання інколи нечітких, фрагментарних висловлювань клієнта. Допомагає структурувати процес консультативної бесіди.

Середньотривале консультування. Цей вид психологічної допомоги включає 10—15 зустрічей. Як правило, продовження зустрічей з клієнтом і перехід від короткострокового консультування до середньотривалого і далі означають, що розпочинається більш глибока психокорекційна чи психотерапевтична робота з людиною (групою).

Групове консультування проводиться з метою згуртування групи, зниження в ній загальної психологічної напруженості, поліпшення міжособистісних відносин, оптимізації соціально-психологічного клімату, підвищення групової згуртованості, поліпшення стиля керівництва, усунення небажаних емоційних станів або їхніх наслідків, підвищення ефективності виконання спільних завдань й ін..

Роль психолога полягає в тому, щоб знайти предмет взаємодії членів групи з урахуванням інтересів кожного з них. Для вирішення цього завдання психолог повинен володіти попередніми даними про колектив (про тип відносин між членами групи, існування мікрогруп, авторитетність лідерів і керівників і т. п.).

У *психотерапії*, як формі психологічної допомоги, розрізняють її *медичний напрямок*, охоплюючий лікування психологічними засобами нервово-психічних, психосоматичних хвороб та розладів людини, і *немедичний*, орієнтований на здорову людину та спрямований на подолання її психологічних труднощів, надання допомоги в її особистісному розвитку. Узагальнено особливості цих напрямків психотерапії можна представити у наступному вигляді.

Немедична психотерапія – засоби та методи роботи з практично здоровими людьми, які опинилися у ситуації життєвої кризи та потребують певної

психологічної допомоги:

- проблематика – особистісне та соціальне здоров'я;
- об'єкт та предмет діяльності – особистість і спільнота у проживанні критичних ситуацій;
- зміст діяльності – об'єктивація та рефлексія ситуації, структурування співпадаючих процесів і побудова умов для зживання психосоціальних травм і конфліктів;
- методи та психологічні парадигми допомоги: а) психотерапевтична бесіда; б) групи зустрічей; в) соціально-психологічні тренінги; г) групи інтенсивної терапії; д) аутотренінг; є) гуманістична, глибинна та трансперсональна психології;
- мета та результати – емоційне відреагування (зняття стресу), розробка нових життєвих смислів, зживання емоційних травм, вирішення конфліктів, подолання кризи.

Медична психотерапія – засоби та методи психологічної роботи з особам, які мають певні психічні захворювання або вади, що обумовлені соматичними захворюваннями, та потребують кваліфікованої допомоги медичного психолога (працівника) з використанням медикаментозного втручання з метою подолання кризового періоду перебігу психічного стану:

- проблематика – психічне та соматичне здоров'я;
- об'єкт та предмет діяльності – організм і психіка при конкретних захворюваннях;
- зміст діяльності – лікування основного та супутнього захворювання, усунення симптомів та причин страждання;
- методи та психологічні парадигми допомоги:
 - а) психотерапевтичний сеанс;
 - б) навіювання або гіпноз;
 - в) аутотренінг;
 - г) групова та глибинна психотерапія.

Індивідуальна психотерапія — це діалог між психотерапевтом і клієнтом з метою психологічної допомоги останньому. Мета психотерапії — сприяння у

становленні повноцінної особистості, здатної займати активну і творчу позицію відносно себе та своєї життєдіяльності, справлятися з травматичними ситуаціями та переживаннями, приймати рішення і продуктивно, нешаблонно діяти у відповідних соціально-культурних умовах, з баченням перспективи і почуттям людської гідності. Психотерапія покликана допомогти особистості вижити у різноманітних життєвих і соціальних ситуаціях, знайти своє місце серед людей і якнайповніше реалізувати свої потенції.

Як зазначалося, психотерапія орієнтована на роботу з глибинними особистісними проблемами, що лежать в основі різноманітних життєвих труднощів і конфліктів людини. Тому й період здійснення психотерапевтичної допомоги є досить тривалим – від десяти до сотні зустрічей протягом років.

До психотерапевта (порівняно із психологом-консультантом) висуваються відповідно й вищі кваліфікаційні вимоги. Бажано, щоб фахівець, що надає психотерапевтичну допомогу, був професійним психологом чи медиком (психіатром) і, звичайно, мав спеціальну психотерапевтичну підготовку. Необхідними для психотерапевта є власний досвід перебування в ролі клієнта і тривалої роботи під супервізорством. Підготовка в галузі психотерапії передбачає знайомство із загальною і конкретною клінічною теорією.

Оскільки єдиної психотерапевтичної теорії не існує, завдання психотерапії конкретизуються у декількох психологічних парадигмах (моделях), про які йтиметься нижче. Разом з тим, є певні *психотерапевтичні фактори, присутні в усіх видах психотерапії*, хоча й у різних пропорціях – це:

- встановлення особливого контакту між психологом і клієнтом; послаблення напруги у клієнта на першій стадії роботи; розширення когнітивних схем за рахунок інформації від психолога;

- зміна поведінки під впливом емоційного досвіду в терапевтичних взаєминах і позитивно-негативного підкріплення від психолога; набуття соціальних навичок завдяки ідентифікації з психологом; переконання й навіювання – явні чи приховані; засвоєння та закріплення адаптивних форм поведінки за емоційної підтримки психолога.

Виділяють *три основні фази психотерапії*. На першій фазі в емоційному плані відбувається встановлення контакту між психологом і клієнтом, у когнітивному – визначення психологічної проблеми, психотерапевтична діагностика. Друга фаза передбачає в когнітивному аспекті роботу над вирішенням проблеми, в емоційному — формування особливих психотерапевтичних взаємин. На третій фазі клієнт "визріває" для виходу з особливих емоційних взаємин з психологом і готується втілювати знайдені рішення в життя.

Конкретне психотерапевтичне наповнення кожної фази психотерапії визначається методологічними позиціями та індивідуальними особливостями психолога. На сучасному етапі оформилися декілька провідних **напрямів** у світовій теорії та практиці консультування і психотерапії. Серед них:

психодинамічний напрям, що включає психоаналіз З. Фрейда, індивідуальну психологію А. Адлера, аналітичну психологію К. Г. Юнга, транзактний аналіз Е. Берна та ін.;

гуманістичний напрям (роджерівська психотерапія, гештальт-терапія, екзистенціальна терапія);

біхевіоральний напрям (соціальне навчання, когнітивна терапія тощо).

У невеликому обсязі неможливо навіть коротко описати всі існуючі напрями та підходи психотерапевтичного впливу. Сьогодні у друкованих виданнях достаньно широко представлені сучасні теоретичні та методичні напрацювання за вказаними напрямками. Отже, ті хто серйозно зацікавлений цією проблематикою можуть отримати потрібні уявлення, попрацювавши з бібліографічними розділами відповідних книг. Тут же ми коротко наведемо характеристику деяких основних підходів до здійснення психологічної допомоги військовослужбовцям за названими напрямками психотерапії, які стали класичними.

Рациональна психотерапія полягає в психологічному переконанні й формуванні вірного розуміння причин тимчасового погіршення психологічного та фізіологічного станів військовослужбовців, що виконують службово-бойові завдання. Вона спрямовується на корекцію мислення військовослужбовця шляхом показу йому логічних помилок у його міркуваннях.

Рациональна психотерапія проводиться у формі діалогу між психологом і

клієнтом, у процесі якого психолог роз'яснює клієнтові причини його теперішнього стану. При цьому психолог знайомить клієнта з певними аргументами зі спеціальної літератури.

Психолог, звертаючись до розуму клієнта та опираючись на логіку, як науку про закони мислення, переконливо демонструє клієнтові помилки в його неправильній оцінці свого стану, навчає його правильному мисленню (виходячи з того, що в основі психічного розладу лежать логічні помилки, омани людини). Без логічної аргументації немає раціональної психотерапії. Вона містить у собі також навіювання, емоційний вплив, вивчення й корекцію особистості, дидактичні й риторичні прийоми.

При здійсненні психологом заходів раціональної психотерапії головне полягає у розробленні адекватного відношення до психосоматичних змін, розуміння природи виникнення цих порушень і формування стійкої установки на те, що такі відхилення в стані здоров'я ситуативно обумовлені й носять транзиторний характер.

Раціональна психотерапія характеризується відносно директивним підходом із залученням авторитету психолога, його досвіду й знань, а також методик переконання, роз'яснення й підбадьорення військовослужбовців. Раціональна психотерапія вимагає ерудиції психолога не тільки у своїй області, але й у таких науках, як медицина, логіка, педагогіка, література, соціологія й ін. Психолог, що ставить перед собою завдання корекції мислення пацієнта, повинен бути всебічно розвиненою людиною.

Індивідуальна раціональна психотерапія здійснюється в умовах конфіденційності. Спочатку особу необхідно переконати, що дана бесіда спрямована на її благо, а вся інформація не стане надбанням командування й товаришів по службі. Потім доцільно дати можливість військовослужбовцю виговоритися, “виплеснути” всі свої негативні емоції, які в нього накопилися. З цією метою психолог може використати методику “збудливих спогадів”, коли в процесі бесіди цілеспрямовано актуалізуються моменти, які особливо хвилюють військовослужбовця. У процесі індивідуальної раціональної психотерапії необхідно домогтися повної довіри пацієнта. Для цього психолог повинен уважно слухати, не

перебиваючи співрозмовника, усіяко демонструючи йому свою щирість і доброзичливість. Тому час однієї бесіди може досягати 1,5 години.

Для закріплення отриманого ефекту на завершальному етапі бесіди психологу доцільно аргументовано довести або спростувати основні положення, пов'язані з уявленням пацієнта про сутність тих або інших питань, що стосуються хворобливих станів, і обов'язково постаратися вселити впевненість у позитивному вирішенні проблеми.

Заходи раціональної психотерапії здійснюються і у груповому варіанті. У цьому випадку великий вплив робить не стільки сам психолог, скільки уміло спрямований ним груповий процес.

Групова раціональна психотерапія (15-20 чоловік) може здійснюватися в будь-яких приміщеннях, пристосованих для цього, або на відкритому повітрі, якщо дозволяють погодні умови. Орієнтовний час однієї бесіди 35-40 хвилин. При проведенні раціональної психотерапії психолог повинен упевненим тоном дохідливо пояснити з позиції вчення про вищу нервову діяльність та емоційний стрес причини й механізми виникнення невротичних симптомів і психосоматичних змін у військовослужбовців під час виконання службово-бойових завдань. Як правило, однієї бесіди буває цілком достатньо, щоб заспокоїти слухачів, які починають розуміти, що з ними не трапилося якоїсь особливої незрозумілої хвороби, а відбувається природна фізіологічна реакція на ситуацію бойового стресу. У процесі заняття психолог повинен довести до слухачів, що існують досить прості й діючі методи й способи зняття зайвого нервово-психічного напруження, які можуть застосовуватися в складній обстановці: активна й пасивна м'язова релаксація, використання деяких фармакологічних препаратів тощо.

Під час проведення раціональної психотерапії одночасно здійснюється й реконструкція порушених відносин військовослужбовців, корекція неадекватних поведінкових реакцій і форм їх проявів. Необхідно особливо підкреслювати, що наявність невротичних реакцій і станів може негативно позначатися на міжособистісних відносинах у службовому колективі. Тому психолог повинен робити особливий акцент на те, що в складних умовах необхідно більш уважно

ставитися до товаришів по службі, всіляко підтримувати й підбадьорювати товаришів, стримувати прояви власних негативних емоцій.

Основною перевагою раціональної психотерапії є те, що клієнт сам бере активну участь у процесі надання психологічної допомоги; недолік же методу в тім, що ефект настає відносно повільно.

Гештальттерапія традиційно розглядається як один з ефективних методів терапії тривожних, фобічних і депресивних розладів. Метою цієї роботи є зняття блокування й стимулювання процесу розвитку людини, реалізація її можливостей і спрямувань за рахунок створення внутрішнього джерела опори й оптимізації процесів саморегуляції. Гештальттерапія проводиться з метою більш чіткого усвідомлення клієнтом своїх потреб, доведення їх до цілісного образу (гештальта) та його завершення.

Основна психотерапевтична процедура полягає в створенні для клієнта умов переживання контакту з самим собою, з оточенням, підвищення усвідомлення різних установок, способів поведінки й мислення, які закріпилися в минулому й зберігають стійкість у теперішній час, а також перевірка їхнього значення й функцій у сьогоденні.

Основним теоретичним положенням гештальттерапії є переконання, що здатність індивіда до саморегуляції нічим не може бути адекватно замінена. Тому особлива увага приділяється розвитку у пацієнта готовності приймати рішення й робити вибір. Увага й активність терапевта концентруються на тому, щоб допомогти пацієнтові в розширенні та збагаченні здатності переживання свого контакту з навколишнім і внутрішнім світом. Традиційно гештальттерапія використовується в групових методах роботи, однак при роботі з особами, які страждають посттравматичними стресовими розладами (ПТСР), більш ефективна індивідуальна терапія.

Прийоми гештальттерапії припускають дотримання певних *принципів*:

Принцип "тут і тепер" - це головний принцип. Клієнта просять визначити, що він робить у цей час, що відчуває в цей час, що думає в цей час, що хоче в цей час. Події минулого просять викладати так, начебто вони розгортаються сьогодні.

Принцип безперервності (континуум свідомості) - навмисна концентрація на

спонтанному потоці змісту свідомості, змісту переживань, звіт собі у тому, що відбувається в дану хвилину. У такий спосіб здійснюється перенесення акценту на аналіз "чому" це відбувається так, а не інакше. Особливості процесу дій ("що і як") мають важливе значення, тому що їхнє усвідомлення й переживання створюють передумови для їх розуміння й спроби керування ними.

Прийоми гештальттерапії припускають також проведення спеціальних ігор. Це вправи, спрямовані на конфронтацію клієнта зі своїми переживаннями, що дають йому можливість експериментувати з собою й іншими людьми.

Істотне місце займає робота зі сновидіннями. Сновидіння звичайно аналізуються у формі розповіді від першої особи в теперішньому часі, так визначається актуальність переживання. Сон оцінюється як актуальне, а не минуле явище. Робота над сном може бути схожа на театральну дію, якщо в ній беруть участь кілька клієнтів, які грають різні частини сну.

Також може застосовуватись метод проєктивного малюнка як в індивідуальній роботі із клієнтом, так і при роботі з групою. Тема малюнка задається або ж визначається вільна тема. На малювання дається 30 хвилин. Потім малюнки вивішуються й починається обговорення. Спочатку про малюнок говорить група, а потім - автор. Обговорюються розбіжності в інтерпретації.

Можливі теми: який я; яким би я хотів бути; яким здаюся навколишнім людям; моя родина; мої батьки; я серед людей; моє уявлення про людину, яка страждає неврозом, моє уявлення про здорову людину; найнеприємніше переживання (вказати період життя або взагалі); моя головна проблема; що мені не подобається в людях; три бажання; острів щастя; життя без неврозу; мій улюблений герой; мій день народження й т.п.

Може бути й інший варіант малювання - вся група малює одну картину. У цьому випадку обговорюється участь кожного члена групи, характер внеску й особливості його взаємодії з іншими учасниками малювання.

Логотерапія або розмовна психотерапія. Психолог розмовляє з клієнтом, вербалізуючи для нього його емоційний стан. При цьому психолог особливу увагу приділяє створенню особливого емоційного клімату в спілкуванні з клієнтом. Для отримання психотерапевтичного ефекту необхідне емоційне тепло, визнання

цінності особистості клієнта й турбота про нього як про самостійну людину, готовність до співпереживання з ним, акцентування на особистих переживаннях, думках, почуттях, діях, бажаннях у висловлюваннях психолога. За допомогою цього клієнт сам справляється з важкою ситуацією. Внутрішній світ клієнта змінюється й він самостійно виявляє конструктивні зміни в самому собі, що приносить задоволення, підвищує ступінь самоповаги, сприяє становленню зрілої особистості.

Поведінкова психотерапія заснована на відпрацюванні необхідного компонента поведінки в змодельованих ситуаціях у поєднанні з релаксаційними процедурами. Її мета – формувати й зміцнювати здатність до адекватних дій, придбання навичок, що дозволяють поліпшити самоконтроль.

Методи поведінкової психотерапії включають позитивне й негативне підкріплення, покарання, систематичну десенсибілізацію й самоконтроль. Поведінкова психотерапія зосереджує увагу на заміні неприйнятних дій прийнятними та використанні деяких методів, що ведуть до зменшення або припинення небажаної поведінки.

Когнітивна психотерапія Залежно від того, яким чином пояснюються причини стресу, його подолання являє собою фокусування на проблемі (спробу змінити ситуацію) або концентрацію на емоційній стороні пережитої події (спробу змінити почуття, що явилися результатом стресу). Найважливішими детермінантами каузальної атрибуції є особистий атрибутивний стиль і локус контролю. Локус контролю може стримувати ефект події, що травмує. Каузальна атрибуція значно впливає на обрані стратегії подолання стресу. Когнітивна терапія заснована на теорії, відповідно до якої поведінка людини визначається його думками про себе й свою роль в суспільстві. Дезадаптивна поведінка обумовлена вкоріненими стереотипними думками, які можуть привести до когнітивних перекручень або помилок в мисленні. Ця теорія орієнтована на корекцію подібних когнітивних перекручень і поведінкових установок, що є їх наслідками, спрямованими на самозахист. Когнітивна терапія являє собою короткостроковий метод психологічної корекції розрахований на 15-20 сеансів, що проводяться протягом 12 тижнів. У цей період пацієнти повинні усвідомити власні перекручені уявлення й установки. Домашні завдання полягають у наступному: пацієнтів просять написати, що вони

почувають у певних стресових ситуаціях таких, як “я недосконалий” або “нікому до мене немає справи” і визначити на цій основі припущення, які частково неусвідомлювані та провокують появу негативних установок. Такий спосіб називається розпізнаванням і є корекцією мимовільних думок. Когнітивна модель депресії складається з когнітивної тріади, яка являє собою опис уявних перекручувань, характерних для людини, що перебуває в стані депресії. Ця тріада включає негативне відношення до самого себе, негативну інтерпретацію сьогодення й минулого життєвого досвіду й песимістичний погляд на майбутнє.

Психодинамічна психотерапія підкреслює роль конфліктів, які виникли через невідповідність особистісних цінностей і внутрішньої картини світу пацієнта ситуації дійсності, що травмує. Тому корекція в цьому психотерапевтичному напрямку включає: дослідження системи цінностей і потреб людини та того, як поведінка й досвід перебування в травмуючій ситуації порушили їх; вирішення виниклих у зв'язку з цим свідомих і несвідомих конфліктів; переведення руйнівної енергії у творчу в атмосфері розуміння, прийняття й емоційного комфорту.

Виведення витиснутих подій на рівень свідомості, емоційне відреагування звільняє людину від амнезії, пов'язаної з тенденцією уникати певних негативних спогадів. Для цієї мети широко використовуються проєктивні методики. Робота також спрямована на відновлення самоповаги й самовладання, розвиток здорового рівня особистісної відповідальності, відновлення цілісності “Я”.

Клієнтцентрована (роджерівська) психотерапія приділяє увагу повному пропрацюванню пацієнтом чотирьох етапів суб'єктивного переживання кризи:

1. Посилення відчуття психологічного дискомфорту – початок усвідомлення кризи. Прикладаються зусилля для того, щоб вийти зі стану, який травмує, призводять до збільшення кризи.

2. Підсилюється й наростає відчуття ізоляції й самотності.

3. Вживаються спроби використати більше легкі засоби для поліпшення емоційного стану (вітаміни, відпочинок тощо).

4. Депресія. Психічна енергія, яка витрачається на запобігання стану, що травмує, і придушення почуттів, сковує й розморює людину. Виникає почуття втоми

й безпорадності. На цій стадії людина звертається до психотерапевта – це початок прийняття кризи й пошуку виходу з неї.

Основне завдання психолога - допомогти пацієнтові усвідомити можливість трансформації його кризового стану, побачити нові перспективи й можливості повернення до нормального життя. Насамперед, він інформує пацієнта про необхідність дотримання психологічної гігієни, змінює його установку стосовно інших людей: вчить відокремлювати особистість від її поведінки. Психолог допомагає пацієнтові виразити свої почуття, подивитися на ситуацію з боку, завершити незавершене, знайти опору в собі. На наступній стадії йде робота над усвідомленням причин появи кризи й прийняттям відповідальності за стан самим пацієнтом. У результаті останній приходиться до розуміння, що відбувається й усвідомлює кінець кризи. Слабшає страх перед майбутнім. Таким чином, проходячи всі етапи кризи, психотерапевт трансформує, змінює стан пацієнта, вчить його, як не бути жертвою. Заключна стадія роботи - це кристалізація ідеї майбутнього, обговорення нових можливостей і нових дій, прийняття відповідальності за майбутні зміни, психологічна підтримка нових дій пацієнта.

Інтегративна трансперсональна психотерапія – напрямок групової психотерапії, в основі якого лежить інтеграція елементів дихальних технік, тілесно-орієнтованої терапії, арттерапії й психосинтезу, які взаємодоповнюють і потенціюють один одного, що дозволяє вести роботу на глибинному рівні, обійти механізми психологічного захисту й домогтися відреагування на тілесному й емоційному рівні, не виводячи у свідомість ситуацію, що травмує психіку.

Кататимно-імагінативна психотерапія (символдрама) – метод психотерапії, який інакше називається як метод сновидінь наяву. Перевагою даного методу є її глибоке теоретичне розроблення й детальна проробка всього комплексу психотерапевтичних дій. Метод кататимного переживання образів виявився ефективним при короткостроковому лікуванні неврозів і психосоматичних захворювань, а також при психотерапії порушень, пов'язаних з невротичним розвитком особистості.

З технічної точки зору, метод заснований на тому, що у пацієнта, лежачого в розслабленому стані на кушетці або зручно розташованого у кріслі, психотерапевт

може викликати схоже на сновидіння наяву утворення образів - імагінації. Якщо попередньо задати якийсь невизначений мотив уявлення, то це виходить значно легше. Пацієнта просять відразу ж повідомляти психотерапевта про зміст образів, які з'являються. Психотерапевт може зробити на них вплив і структурувати сновидіння наяву у відповідності зі спеціально розробленими правилами. Психотерапевтичний акцент робиться поряд з втручанням у кризових ситуаціях на коротку терапію, що не перевищує 30 сеансів.

Нейролінгвістичне програмування (НЛП) – психотерапевтична концепція, відповідно до якої за рахунок зміни представленого у свідомості психічного образу життєвої ситуації змінюється психічний стан людини для забезпечення можливості ефективної реалізації себе в житті й задоволення актуальних потреб. Нейролінгвістичне програмування – це система методичних прийомів, які дозволяють людині з допомогою слова програмувати себе й потім змінювати ці програми.

Одним з базисних положень НЛП є твердження, що кожна людина несе в собі сховані, невикористані психічні ресурси. Головними завданнями НЛП-терапевта є: забезпечення доступу пацієнта до цих схованих ресурсів, витяг їх з підсвідомості, доведення до рівня свідомості, а потім навчання пацієнта тому, як ними користуватися. Виконання цих завдань досягається використанням різних технік: інтеграція якорів, потрійна дисоціація, шестикроковий рефреймінг, змах тощо.

Метою **сімейної терапії** є гармонізація сімейних відносин, поліпшення взаєморозуміння в родині, ліквідація в подружжі негативних емоційних тенденцій один до одного. Завданнями групової сімейної психотерапії є:

- ліквідація неадекватних форм реагування, спілкування й поведіння, обумовлених особливостями особистості;
- встановлення адекватного відношення дружини до проблем чоловіка, пов'язаного з військовою службою у внутрішніх військах;
- ослаблення невротизації дружини;
- зміцнення установки на здоровий спосіб життя.

Основним методом є групова психотерапевтична дискусія, що відповідає орієнтації групи. Метод заснований на використанні групової динаміки, що виникає в результаті взаємин і взаємодії членів групи між собою й членів групи з психотерапевтом або психологом. Дуже важливо застосовувати допоміжні методи групової психотерапії: психогімнастику, музикотерапію.

Психотерапія будується в системі трьохкомпонентної структури міжособистісної взаємодії: когнітивного (інформаційного), афективного (емоційного) та поведінкового компонентів, що реалізуються в трьох площинах особистості: інтраіндивідуальної, інтеріндивідуальної і метаіндивідуальної. Таким чином, проводиться корекція характерологічних особливостей подружжя, корекція їх міжособистісних відносин і нормалізація процесу персоналізації.

Арттерапія - це терапія мистецтвом. Доцільно використовувати прикладні види мистецтва. Заняття при цьому проводяться у двох напрямках: завдання на певну тему при роботі з заданим матеріалом і завдання на довільну тему з довільним матеріалом (клієнти самі вибирають тему, матеріал, інструменти).

Закінчення занять необхідно супроводжувати обговоренням теми, манери виконання та ін. Особлива увага приділяється проявам негативізму.

Застосовуються й інші варіанти цього методу:

- з використанням вже існуючих творів мистецтва для їх аналізу і інтерпретації клієнтами;
- з використанням здобутків мистецтва і самостійної творчості;
- з використанням творчості самого психолога - ліплення, малювання й ін., спрямованого на взаємодію з клієнтом.

Бібліотерапія застосовується як лікувальний вплив на психіку клієнта за допомогою читання книг. У ході читання клієнт веде щоденник, аналіз якого допомагає об'єктивно оцінити стан клієнта. Цей метод можна застосовувати як в індивідуальній, так і в груповій формі роботи.

Список книг психолог підбирає сам відповідно до проблеми клієнта.

Музично-колірний вплив використовується з метою позитивного впливу на психологічний стан військовослужбовців. Музика впливає на нервову систему людини, а через неї - на організм у цілому. Прослуховування спеціально підібраних

музичних програм може сприяти нормалізації психічного стану, насамперед, сфери емоційних переживань, а також підтримувати працездатність, попереджати розвиток станів стомлення, допомагати найшвидшому відновленню сил під час відпочинку після важкої роботи. Музика може також допомогти швидко мобілізуватися, зібратися з силами, або навпроти - відволікти, заспокоїти, підняти настрій, у ситуації тривожного очікування, при надмірному хвилюванні та емоційному напруженні.

Загальні вимоги для функціональної музики такі: повинна бути незнайомою для слухачів і час від часу оновлюватися, тому що вплив асоціацій з минулого досвіду людини, пов'язаних зі звучанням знайомої музики, може вступати в протиріччя з впливом, який здійснюється при її прослуховуванні у якості функціональної. Функціональна музика повинна бути досить легкою для сприйняття, не містити багато незвичних для слуху звучань, але й не спрощеною. За емоційною насиченістю музика має бути середньої насиченості, не містити різких перепадів гучності. Композиції, що становлять одну програму, повинні бути схожі за стилем, не контрастувати за тональністю, тому що різкі контрасти завжди бувають сильним відволікаючим подразником, причому, найчастіше – негативно емоційно пофарбованим.

У приміщенні з підвищеним рівнем шуму бажано, щоб тональність музики збігалася з основною тональністю шумів, причому там кращими є електронні звучання. Найчастіше рекомендується використовувати інструментальну музику або вокальну з незнайомою мовою, не занадто великим але й не малим числом інструментів, що беруть участь. Музичний супровід використовується також при проведенні сеансів психологічної релаксації для формування стану аутогенного занурення на початковому періоді сеансу АТ, а також для виходу з цього стану в завершальній стадії, активації дихальної гімнастики й інших процедур, що активізують.

Крім музичного супроводу, доцільне використання методів **кольородинамічного впливу**. Ефективність такого комплексного впливу істотно зростає. Основний принцип візуального впливу, що використовується у методиці кольородинамічного впливу, полягає в проектуванні на екран звичайного розміру особливих кольорових рухливих плям різного розміру, у середині яких відбувається

плавна зміна кольорів за допомогою поступового заповнення поточної кольорової плями новою, причому такий рух відбувається як від периферії до центру, так і навпаки. Сам колірний набір мозаїчних плям, що чергуються, режим зміни колірної гами зображень, його темпоритміка, напрямок ефектів руху, час експозиції й освітленість підбираються залежно від завдання корекційного впливу за типом релаксації або активації.

Ефект кольородинамічного впливу реалізується за рахунок розмаїтості й декоративності цих зображень, закладених у конструктивні можливості нових оптичних принципів перетворення дискретних колірних рядів у кольородинамічне зображення. Їх істотною відмінністю від традиційних візуальних засобів є динамізм, неповторність і абстрактність зображень, відсутність конкретних образів на екрані. Це викликає активне включення в процес корекційного впливу розширеного поля зору, загальмовування мнемічних і когнітивних процесів, що призводить до зниження порогу сугестивності. Прослуховування та перегляд кольородинамічних музичних програм рекомендується сполучати з демонстрацією відеослайдів.

На завершення викладення даного матеріалу слід зауважити, що більшість військових психологів, які застосовують у своїй практиці індивідуальну та групову психотерапію, свідомо відмовляються від використання єдиної психологічної концепції. Тут є два шляхи:

1. Поєднання декількох напрямів у один – інтегративний підхід.
2. Використання широкого набору методів різноманітних напрямів у залежності від ситуації та особистих вподобань – еkleктичний підхід.

Питання для самоконтролю.

1. Назвіть основні види та форми психологічної допомоги.
2. Дайте загальну характеристику психологічного консультування, психотерапії та психокорекції.
3. Розкрийте сутність, принципи та правила здійснення психологічного консультування.
4. Охарактеризуйте алгоритм та комунікативні техніки, які використовуються у психологічному консультуванні.

5. Розкрийте сутність, фактори та основні фази психотерапії.

6. Назвіть основні напрями і проведіть порівняльний аналіз підходів до здійснення психотерапевтичної та консультативної роботи.

Тема 6. МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Методами психологічної допомоги вирішуються наступні завдання:

- вивчення особистості клієнта, його емоційного реагування, мотивації, системи відносин,
- виявлення причин, які сприяють як виникненню, так і збереженню невротичного стану;
- досягнення усвідомлення й розуміння клієнтом причинно-наслідкових зв'язків між особливостями його системи відносин і наявною психологічною проблемою;
- допомога клієнтові в розумному вирішенні психотравмуючої ситуації, зміні, при необхідності, його об'єктивної позиції й відношення до навколишніх;
- зміна відносин клієнта, корекція неадекватних реакцій і форм поведінки, що веде до поліпшення самопочуття клієнта й до відновлення його соціального функціонування.

Основні методи психологічної допомоги *за формою психотерапевтичного впливу* поділяються на дві групи:

- методи індивідуальної психотерапії;
- методи групової психотерапії.

Під груповою психотерапією ми розумітимемо надання психологічної допомоги невеликій організованій групі з метою зміни їх ставлення до соціального оточення й власної особистості. Психолог (психотерапевт) і учасники, використовуючи вербальні та невербальні методи впливу на особистість та групу в цілому, здійснюють спільну терапевтичну діяльність. При цьому саме спеціально організована група людей є основним інструментом психотерапевтичного впливу (на відміну від індивідуальної психотерапії, де таким інструментом являється тільки психотерапевт).

Серед розроблених та активно використовуваних у військовій практиці методів групової психотерапії найбільше розповсюдження отримали ті, що пов'язані з особистісно-орієнтованою психотерапією.

Вона включає в себе різноманітні групові й індивідуально орієнтовані засоби психологічного впливу, спрямовані на зміну ставлення військовослужбовця до того, що відбувається з ним та довкола нього, до його проблеми, навчання його терпінню і розумінню, вироблення та розвиток в нього здатності бачити позитивне у всьому й опиратись на це.

Групова психотерапія здійснюється стосовно військового колективу, офіцерів-керівників, членів сімей військовослужбовців та цивільного персоналу. Вона проводиться в спеціально підготовленому приміщенні. В умовах військової частини таким приміщенням може бути кімната психологічного розвантаження. Приміщення для занять має бути просторе, у достатній мірі звукоізольоване, обладнане зручними та легкими, розставленими по колу стільцями для учасників, знаходитись в місці, де забезпечується відсутність випадкового стороннього втручання чи перешкод роботі.

Зазвичай цикл занять у залежності від вирішуваних завдань розраховується на 24-50 годин. Заняття можна проводити з інтервалом у 1-3 дні (з середньою тривалістю кожного заняття 3 години). Ефективною формою організації роботи є також «марафон» (декілька занять підряд, до 8-10 годин на день).

Стосовно формування груп, доцільно реалізовувати принцип гетерогенності, тобто об'єднувати в групу людей, які відрізняються за статтю, ступенем знайомства, віком та військовими спеціальностями.

Серед значної кількості методів групової психотерапії нами будуть розглянуті такі важливі та часто застосовувані методи як *соціально-психологічний тренінг та психологічний дебрифінг*.

Початок використання груп **соціально-психологічного тренінгу** (СПТ) пов'язаний з іменем відомого соціального психолога Курта Левіна. В ході проведених досліджень він прийшов до твердого переконання, що більшість ефективних змін в установках особистості відбувається у груповому, а не індивідуальному контексті. Він стверджував, що для того, щоб виявити та

змінити свої неадаптивні установки та виробити нові форми поведінки, люди мають вчитися бачити себе такими, якими їх бачуть інші.

У військовому середовищі соціально психологічні тренінги проводяться для здійснення впливів у системі міжособистісних відносин військовослужбовців з метою розвитку їх соціально-психологічної компетентності, навичок спілкування та взаємодії для ефективного вирішення поставлених задач. В ході них обговорюються ті проблеми, з якими військовослужбовці стикаються у процесі життєдіяльності, ведеться пошук їх вирішення.

Основні завдання, які вирішують групи соціально-психологічного тренінгу (Т-групи): навчання діловій та особистісній взаємодії між військовослужбовцями, більш повному використанню ресурсів ефективного функціонування у спільній діяльності; здійснення психотерапевтичного впливу на особистість з метою зміни його індивідуальної психології й т.ін.

До основних принципів здійснення соціально-психологічних тренінгів відносяться:

1. *Принцип діалогізації взаємодії*, тобто рівноправного повноцінного міжособистісного спілкування на заняттях групи, заснованого на взаємоповазі учасників.

2. *Принцип постійного зворотного зв'язку*, тобто безперервного отримання учасником інформації від інших членів групи про результати його дій в ході тренінгу, що дозволяє корегувати неадекватний спосіб дій та виробляти найбільш оптимальну стратегію поведінки.

3. *Принцип добровільності участі* як у всьому тренінгу, так і окремих заняттях та вправах, адже з примусу особистісні позитивні зміни, як правило, не відбуваються.

4. *Принцип постійного складу групи*. Тренінгова група працює більш продуктивно, і в ній відбуваються особливі процеси, сприяючі саморозкриттю учасників, коли вона замкнута, тобто має постійний склад і не має притоку нових членів на кожному з занять.

5. *Принцип занурення*. Час на проведення заняття має бути визначеним на початку роботи. Найбільший ефект досягається при роботі крупними блоками-

зануреннями на 3-4 години за одне заняття і навіть більше, що обумовлено значними витратами часу на «розморожування» учасників, їхнє емоційне входження у групові процеси.

6. *Принцип ізоляваності*, тобто створення умов для формування впевненості учасників, що ніхто не підслухає та не буде випадковим свідком групової роботи.

7. *Принцип вільного простору*. У приміщенні для занять має бути можливість вільного переміщення учасників, їх розташування по колу, об'єднання у мікрогрупи по 3-5 чоловік, а також уособлення окремого учасника.

Основні етапи роботи Т-груп можна представити наступним чином.

1) Уявлення кожним учасником самого себе у певних видах діяльності («Який я?»).

2) Отримання реакції від інших людей на власні промови та поведінку («Яким ми бачимо тебе»).

3) Пошук кожним учасником нових форм міжособистісної поведінки з урахуванням думки та реакцій інших людей. Це етап експериментування над собою.

4) Закріплення та відпрацювання ефективних форм поведінки, що отримали схвалення зі сторони більшості членів групи.

Особливе значення в роботі Т-груп надається безпосереднім переживанням учасників, їх самопізнанням та усвідомленню того, що відбувається навколо. Обговорення відбуваються за принципом «тут і зараз», тобто аналізуються події, які відбуваються безпосередньо в групі, по можливості без звернення до минулого досвіду учасників.

Умовою успішної роботи Т-групи є клімат взаємної довіри, стимулюючий учасників на встановлення міжособистісних відносин відкритості та зацікавленості.

Проведення СПТ найбільш часто включає вільну дискусію, рольові ігри, психогімнастику й інші прийоми.

Психологічний дебрифінг - це групова форма роботи з відреагування, переробки та мінімізації наслідків надзвичайних і екстремальних ситуацій. Розвиток техніки дебрифінга пов'язують з іменами Дж. Мішелла (США) і А. Дірегрова

(Норвегія). Ось як А. Дірегров описує сутність дебрифінга і його цілі: «Це групова зустріч, організована для того, щоб висловити емоції та реакції людей, які вижили, або втратили родичів під час або після критичних подій чи катастроф. Групові цілі полягають у тому, щоб уникнути непотрібних психологічних анти-ефектів». Досягається це шляхом опрацювання вражень, реакцій і почуттів постраждалих; формування у них розуміння суті подій, що відбулися і усвідомлення свого психотравматичного досвіду; зменшення відчуття унікальності та патологічності власних реакцій шляхом обговорення почуттів та обміну переживаннями; мобілізації внутрішніх ресурсів, групової підтримки; зниження індивідуального і групового напруження; підготовки до переживання тих симптомів і реакцій, які можуть виникнути в подальшому.

Мета і завдання дебрифінга. Загальна мета групового обговорення - мінімізувати психічні страждання учасників екстремальної ситуації і свідків події та купірувати руйнівні наслідки травми, тим самим мінімізувавши ймовірність важких психологічних наслідків. Звичайно, дебрифінг не може гарантувати зцілення учасників екстремальної ситуації, але він допомагає їм відреагувати руйнівні емоції, допомагає зрозуміти, що з ними сталося під час трагічної події і відбувається зараз, і на основі цього усвідомити і намітити дії, які необхідно вживати в майбутньому для того, щоб допомогти собі і своїм близьким впоратися з психологічними наслідками екстремальної ситуації. Можна сказати, що дебрифінг одночасно є і методом кризової інтервенції, і методом профілактики наслідків екстремальної ситуації.

Під час обговорення у людей відбуваються процеси усвідомлення, переструктурування матеріалу травматичного досвіду і перевизначення його сенсу, які допомагають інтегрувати їх у свій цілісний життєвий досвід.

Сформулюємо *основні завдання*, які необхідно вирішити під час дебрифінга:

- створити в групі атмосферу емоційної відкритості і довіри, яка дозволить учасникам обговорення не лише виговоритися, а й отримати емоційну підтримку від людей, які пережили ту ж саму екстремальну ситуацію;

- шляхом обговорення почуттів та обміну переживаннями пропрацювати враження та переживання постраждалих; здійснити когнітивну організацію

пережитого досвіду за допомогою розуміння структури та змісту подій, що відбулися і реакцій на них;

- усвідомити за допомогою групи свою поведінку та міжособистісні відносини під час травмуючої події і після неї; розрішити міжособистісні конфлікти, які виникли в результаті екстремальної ситуації;

- на основі зворотного зв'язку в атмосфері емоційної відкритості і довіри підвищити самооцінку учасників;

- зняти ореол винятковості перенесених страждань, зменшити відчуття їх унікальності та патологічності (це допоможе учасникам перейти від позиції жертви до позиції «я один з людей»);

- мобілізувати як внутрішні ресурси людей, так і зовнішні ресурси групової підтримки;

- допомогти освоїти і апробувати нові способи поведінки та міжособистісної взаємодії;

- підготувати людей, які пережили екстремальну ситуацію, до переживання симптомів і реакцій, що можуть виникнути через деякий час; у разі необхідності визначити засоби подальшої допомоги.

Основним психологічним механізмом дебрифінга є перероблення і закриття минулого, а основним психотехнічним прийомом - переструктурування (Дж. Мішелл, А. Дірегров). Зрозуміти сутність прийому переструктурування допомагає простий приклад. Існує старий жарт про те, чим відрізняється песиміст від оптиміста. Обидва дивляться на один і той же стакан, але песиміст стверджує, що «склянка наполовину порожня», а оптиміст, - що вона «наполовину повна». З логічної точки зору, вирази «наполовину порожній» і «наполовину повний» означають одне і те ж, але з психологічної точки зору ці формулювання мають різний зміст і викликають різні емоції.

Так і в ході обговорення ми не можемо змінити трагічну ситуацію, яка вже відбулася, але можемо змінити сприйняття ситуації людиною, можемо вплинути на її почуття і поведінку. Оскільки учасник екстремальної ситуації інтерпретує її у світлі своїх почуттів, а не реальних фактів, застосування переструктурування допомагає поєднати факти з почуттями та усвідомити, як він реагував на ситуацію і

чому саме таким чином, а також знайти оптимальний баланс між тим, що відбулося насправді, що думає він з приводу того, що сталося і що він відчуває (так званий когнітивно-емоційний баланс).

Кожен з учасників бачить ситуацію по-своєму. За допомогою техніки переструктурування людина або група людей, що постраждали в екстремальній ситуації, отримують можливість побачити травмуючу подію і свою поведінку з різних точок зору. Оскільки в процесі групового обговорення виникає полілог (багатоголосся), то з'являється можливість почути голоси інших учасників ситуації (або очевидців), виділити різні інтерпретації трагічної події, по-новому поглянути на саму подію і на свою поведінку під час неї. Зауваження та коментарі ведучого в ході обговорення допомагають прийняти іншу точку зору, змінити установки учасників і підвести кожного з них до кращого розуміння себе і своєї поведінки. Все це призводить до «закриття минулого», людина як би переносить трагічну подію з психологічного сьогодення в психологічне минуле, а значить, інтегрує його в цілісну структуру свого життєвого досвіду.

Методика проведення дебрифінга. Учасники дебрифінга - це люди, які спільно пережили стресогенну або трагічну подію (учасники і свідки екстремальної ситуації природного чи антропогенного характеру). Зауважимо, що поняття «свідки ситуації» може поширюватися на тих, хто не був безпосередньо на місці події, але психологічно виявився включеним до неї (наприклад, після широко і в усіх подробицях показаного по телебаченню теракту на Дубровці (Норд-Ост) за психологічною допомогою зверталися багато москвичів, у яких були всі ознаки посттравматичного стресу).

У групі дебрифінга може бути до 15 осіб. Критерій для відбору - участь усіх членів групи в загальній екстремальній ситуації. Не слід підключати до роботи групи сторонніх людей, які не брали участь в інциденті і не пов'язані з ним певним чином. Виняток можна зробити лише для членів сімей постраждалих, які є «непрямими жертвами».

Якщо обставини вимагають роботи з великою кількістю учасників (після стихійного лиха, масового терористичного акту, катастрофи, в результаті якої постраждала велика кількість людей), не слід поєднувати їх у велику групу, так як

вона має зовсім іншу динаміку і непридатна для переробки травматичного матеріалу: у ній важко створити атмосферу безпеки, настільки необхідну для обговорення події, і неможливо почути голос кожного з учасників. Кращим рішенням у такій ситуації буде одночасне проведення процедури дебрифінга в декількох групах по 15 чоловік.

Час і місце. Оптимальний час для проведення дебрифінга - не раніше, ніж через 26-48 годин після події. До цього моменту завершиться період гострих реакцій, і учасники екстремальної ситуації, можливо, будуть в змозі здійснити рефлексію, переробити, «упорядкувати» свій травматичний досвід. Якщо пройде надто багато часу, спогади можуть стати розпливчастими, туманними. У таких випадках необхідно «оживити» пережиті почуття та стани. Для їх відтворення можна використовувати відеозаписи, документальні або художні фільми про аналогічні події.

Ідеальним місцем для проведення дебрифінга є невелика затишна кімната, де група повністю ізольована від будь-яких втручань ззовні (не може заглянути випадкова людина або пролунати телефонний дзвінок).

Добре, якщо в центрі кімнати знаходиться круглий стіл, навколо якого розташовуються учасники. Звичний для групової терапії простір (стілці розташовані по колу, а центр порожній) при проведенні дебрифінга недоречний: він провокує у людей почуття незахищеності і підвищує рівень тривожності. Якщо немає можливості поставити круглий стіл, можна заповнити порожній простір символічно, приміром, помістити в центр кола живі квіти і палаючу свічку (така композиція не лише заповнює порожнечу, але й несе символічне навантаження).

Ведучі. Для проведення дебрифінга необхідні як мінімум два фахівці (їх прийнято називати дебриферами) - ведучий та асистент. Це можуть бути як психологи, так і спеціально навчені волонтери. Головне, щоб вони чітко розуміли різницю між дебрифінгом та груповою терапією, добре володіли методикою його проведення і мали досвід роботи з тривожністю, психологічними травмами і горем. Важливо, щоб фахівці, які проводять дебрифінг, були психологічно стійкими, впевненими людьми, здатними зберігати спокій при інтенсивному прояві емоцій у членів групи.

Функції ведучих. Ведучий говорить, уважно слухає, організовує процес переструктурування висловлювань учасників, організовує навчальні моменти, суворо стежить за дотриманням плану роботи, тобто робить все, щоб забезпечити позитивний результат обговорення. Є в нього й інші функції, наприклад, використання закономірностей групової динаміки, контроль за переміщенням членів групи всередині і поза кімнатою, контроль за часом, індивідуальні контакти з тими, чий стан погіршився.

Функція асистента - спостереження за процесом зустрічі і запис того, що відбувається.

Організація групового обговорення. Звичайно, найважливішою з функцій ведучого є організація групового обговорення. У дебрифінгу обговорення починається з опису ситуації, яка передувала трагічній події; потім треба плавно перейти до самої події, використовуючи при обговоренні таку структуру «факти - почуття - реакції» (до - під час - після події). Після завершення розмови про подію треба надати необхідну інформацію про розглянуті реакції і переконати кожного з присутніх у тому, що його реакції є природною і нормальною для тієї екстремальної ситуації, яку йому довелося пережити.

Завершивши цю «роботу з минулим», необхідно перейти до майбутнього - до розмови про те, як жити після травми, яка допомога потрібна (або може знадобитися в майбутньому) і де її можна буде отримати.

Вже в наведеному описі ходу дебрифінга чітко виділяються *три основні частини процесу*:

- частина 1 - ввідна і діагностична - ведучий організовує роботу групи, а асистент відстежує поведінкові прояви учасників (вербальні та невербальні) і визначає їх психологічний стан;

- частина 2 - основна - в атмосфері довіри і підтримки відбувається детальне обговорення думок і почуттів постраждалих;

- частина 3 - завершальна - ведучий мобілізує ресурси учасників, забезпечує їх необхідною і достатньою інформацією та формує у людей плани на майбутнє.

Зміст основних фаз дебрифінгу представлено у Практикумі з психологічної допомоги даного навчального посібника.

Методи психічної саморегуляції

Психологічна самодопомога (психічна саморегуляція, самонавіювання) - вплив на психічні, фізичні й вегетативні функції свого організму за допомогою слів, уявних образів і вправ самостійно або під контролем психолога.

Механізми психічної саморегуляції. Дієвість психічної саморегуляції можлива лише при певних фізіологічних умовах м'язового розслаблення й деякого зниження рівня активності мозку, у зв'язку з чим формуються «зони рапорту». Останні дають можливість активного застосування словесних формулювань в умовах, які спонукають реалізацію вербального самонавіювання. В основі як навіювання, так і самонавіювання лежить зниження свідомого контролю за інформацією, що сприймається. Якщо при навіюванні зона концентрованого збудження у корі головного мозку виникає в результаті дії зовнішніх подразників, то при самонавіюванні вона може утворюватися внаслідок погасання й тренування внутрішніх асоціативних зв'язків. Виникаючі при м'язовій релаксації розширення судин, ослаблення активності кори головного мозку призводять до певного впливу на кору й підкіркові вегетативні утворення, ретикулярну формацію стовбура мозку й на весь організм у цілому. Самонавіювання - це аутосугестія, процес адресований самому собі. Самонавіювання дозволяє суб'єктові викликати у себе ті або інші відчуття, управляти процесами уваги, пам'яті, емоційними й соматичними реакціями.

Сутність самонавіювання, за І.П. Павловим, полягає в концентрованому подразненні певної області кори головного мозку, що супроводжується гальмуванням інших відділів кори у інтересах всього організму.

Деякі автори відзначають, що самонавіювання формується у філогенезі й онтогенезі на базі навіювання. Спочатку у відносинах між людьми складається гетеросугестія, а потім здатність індивіда навіювати іншим людям інтеріоризується, стає інтрапсихічною здатністю особистості. Це положення засноване на вченні Л.С. Виготського про походження психічних функцій.

Самонавіювання може бути *мимовільним* і *довільним*. Мимовільне самонавіювання звичайно опосередковане додатковими, посилюючими аутосугестію факторами й несе в собі потужний емоційний заряд. Довільне самонавіювання можливе, якщо

зосередити думки й увагу на якому-небудь одному уявленні. Шляхом самонавіювання можна впливати не тільки на психічні процеси, але й на деякі вісцеральні функції організму.

Класифікація методів саморегуляції:

1. Методи, спрямовані на оптимізацію психічних і вегетативних функцій організму (довільне самонавіювання (метод Куе), самогіпноз, аутогенне тренування (метод Шульца), психорегулююче тренування, ідеомоторне тренування, метод ритмогенної концентрації уваги, медитація, спеціальні методи - психом'язове тренування за О.В. Алексєєвим, психотехніка бойового трансу за О.Є.Тарасом).

2. Методи, спрямовані на керування м'язовим тонусом організму (прогресивна м'язова релаксація (метод Джекобсона), активна м'язова релаксація, пасивна м'язова релаксація, вплив на біологічно активні точки).

3. Фізичні методи психічної саморегуляції (самомасаж, вплив на біологічно активні точки, дихальні вправи).

4. Змішані методи (методика психофізичної гімнастики (за О.Л. Гройсманом), комплексні вправи).

Методи психічної саморегуляції, спрямовані на оптимізацію психічних і вегетативних функцій організму.

Довільне самонавіювання (метод Куе) – це метод свідомого впливу на самого себе, що дозволяє придушити хворобливі, негативні за своїми наслідками уявлення й замінити корисними, сприятливими, конструктивними.

Куе вважав, що головною причиною захворювання є хвороблива уява. Він стверджував, що всі люди перебувають під владою сили своєї власної уяви й що хвора людина, «озброївшись правильним уявленням, може знову досягти своєї душевної рівноваги, а успіх приносить не стільки сила волі, скільки сила власної уяви».

Дійсно, свідомі вольові зусилля, наприклад - при корекції мови не допомагають, а тільки заважають. Порада лікаря хворому, що страждає нав'язливими станами, або фобіями, «взяти себе в руки» найчастіше приносять тільки погіршення. Згідно Куе, лікувальні уявлення, які він назвав «формулою самонавіювання», є по своїй суті констатацією факту. Формула самонавіювання

повинна бути простою і не носити насильницького характеру, наприклад: «З кожним днем у всіх відношеннях мені стає усе краще й краще». При цьому неважливо, вважає Куде, чи відповідає формула самонавіювання дійсності чи ні, тому що вона адресується підсвідомому Я, яке відрізняється легковір'ям. Підсвідоме Я приймає цю формулу за істину, як наказ, який необхідно виконати. Чим простішою буде формула, тим кращий лікувальний ефект. «Формули повинні бути «дитячими» - говорить Куде. - Вони призначаються не для нашого свідомого критично налаштованого Я, а винятково як уявлення, як дитячі формули».

Куде неодноразово підкреслював, що довільне самонавіювання має здійснюватися без будь-яких вольових зусиль.

Техніка лікування. Лікування починається з попередньої бесіди, під час якої роз'яснюється вплив самонавіювання на організм, приводяться приклади цілющого впливу навіювання й самонавіювання при різних захворюваннях. Щоб переконати клієнта в тім, що його власні думки, уявлення можуть впливати на мимовільні функції організму, можна використовувати експеримент з маятником Шевроле - тягарець, підвішений на нитці розгойдується в «нерухомій» руці клієнта тільки при одній уяві про його рух. Це підсилює сугестивність клієнта й переконує його в дієвості вибраного методу лікування.

Далі психолог разом із хворим створює формулу самонавіювання, що може мінятися в процесі лікування.

Формула повинна бути простою, складатися з декількох слів, максимум з 3-4 фраз і завжди носити позитивний зміст. Наприклад: «Я здоровий» замість «Я не хворий». Іноді формула представляє своєрідний «код», зрозумілий тільки хворому. Так для посилення віри у свої сили може бути використана формула: «Я можу, я можу, я можу». В інших умовах формула може бути більше розширеною.

Умови реалізації:

- зручна поза сидячи або лежачи, закриті очі;
- вимова формули 20 разів пошепки;
- монотонія при вимові формули, без фіксації на змісті;
- сеанс 3-4 хвилини 2-3 рази в день 6-8 тижнів;
- вранці спростання або ввечері перед сном.

Щоб не відволікати своєї уваги на рахунок при двадцятиразовому повторенні формули, Куе рекомендував використовувати шнур із двадцятьма вузликами, які перебираються, як чіткі.

Лікування проводиться звичайно самостійно, але під спостереженням психолога.

Переваги методу: можна проводити в будь-якій обстановці й у будь-який час.

Самогіпноз. Методика Куе отримала розвиток Бодуеном, який припустив, що поведінкою людини керує уява й підсвідомі потяги. При уявному повторенні тих самих фраз автоматично виникає внутрішнє зосередження, що діє на несвідоме. Бодуен рекомендував учити хворих поринати в самогіпноз у момент пробудження або перед самим засипанням. Зануренню сприяє зосередження уваги на якомусь об'єкті - полум'ї свічки в темряві, на якійсь думці, досить яскравій, щоб не втримувати на ній увагу насильно, на монотонних звуках - тиканні годинника, на коротких фразах, що узагальнюють ціль самонавіювання. Коли увага стомлюється зосередженням, настає релаксація, що може перейти в сон. Релаксація сприяє «оголенню» несвідомого, і тепер легко досягти підсвідомого наказу. Схильність до таких дій залежить від емоційного, фізичного стану, особистісних особливостей, здатностей до гіпнозу.

Техніка лікування. Лікування починається з попередньої бесіди, під час якої роз'яснюється вплив самонавіювання на організм, приводяться приклади цілющого впливу навіювання й самонавіювання при різних захворюваннях. Щоб переконати клієнта в тім, що його власні думки, уявлення можуть впливати на мимовільні функції організму, можна використовувати експеримент з маятником.

Етапи:

1. Формування цілей.
2. Передгіпнотична бесіда з самим собою.
3. Фіксація внутрішнього образу з наділенням його бажаними якостями.
4. Закріплення нових образів і якостей реальними діями в постгіпнотичному періоді.

Умови реалізації:

лежачи в напівтемній кімнаті (комфорт), спокійна обстановка;
повне розслаблення м'язів, відсторонення від повсякденних турбот;

яскраве динамічне уявлення образу;

уявлення типових ситуацій;

підкріплення словесних команд формулами: «відпочивши - прокидайся».

Під час сеансу хворий займає зручну позу сидячи або лежачи, закриває очі, розслаблюється й пошепки, без усякої напруги 20 разів вимовляє ту саму формулу самонавіювання. Сеанс самонавіювання триває 3-4 хвилини, повторюється 2-3 рази в день протягом 6-8 тижнів.

Аутогенне тренування (метод Шульца) – метод самостійного викликання у себе особливого аутогенного стану, використання цього стану й самостійного виходу з нього. Слово "аутогенне" (ауто – сам, генос – народження) вказує, що джерелом позитивних впливів є сама людина, а слово "тренування" підкреслює необхідність регулярних занять.

Аутогенне тренування запропоновану у 1932 р. німецьким лікарем Й.Г. Шульцем. Вивчаючи самозвіти людей, занурених у гіпнотичний стан, Шульц помітив, що фізіологічні зрушення супроводжуються певними відчуттями. Наприклад, розслаблення м'язів супроводжується відчуттям важкості, а наповнення кров'ю капілярів шкіри – відчуттям тепла. Ним був запропонований метод, оснований на зворотному ефекті – викликанні фізіологічних зрушень шляхом пасивної концентрації уваги на зачатках відчуття, яке викликає це зрушення. Так, концентрація уваги на реальній важкості тіла сприяє поглибленню розслаблення м'язів, а концентрація на реальному теплі – притокові крові до капіляр шкіри. При цьому аутогенний стан є не штучно створюваним, а природним станом, виникаючим сам собою.

Ефекти аутогенного тренування (у тих, хто його засвоїв та регулярно займається):

1. Ефективне зняття фізичної та психічної напруги, заспокоєння, профілактика перевтомлення, психосоматичних захворювань та неврозів.
2. Швидкий відпочинок (відновлення сил в аутогенному стані відбувається набагато швидше ніж просто лежачи чи під час сну).

3. Самостійне регулювання таких функцій організму як кровопостачання мозку, частота скорочень серця й дихання, що дуже важливо для лікування психосоматичних захворювань.

4. Активізація психічних та фізичних функцій, творчих ресурсів особистості.

5. Подолання шкідливих звичок шляхом раціональної боротьби зі стресом, емоційної та інтелектуальної активізації.

Умови виникнення аутогенного стану:

а) перебування в тихому місці;

б) розслаблення в зручній позі;

в) зосередження уваги на чому-небудь;

г) здійснення концентрації уваги особливим чином, пасивно, не прагнучи до досягнення якого-небудь результату.

Знання цих умов є теоретичним обґрунтуванням пасивного підходу до занять аутогенним тренуванням.

Методика аутогенного тренування представлена у Практикумі з психологічної допомоги даного навчального посібника

Ідеомоторне тренування. Оскільки будь-який уявний рух супроводжується мікрорухами м'язів, то є можливість удосконалення навичок дій без їхнього реального виконання. За своєю сутністю ідеомоторне тренування це уявне програвання майбутньої діяльності. При всій своїй позитивності (економія сил, матеріальних витрат, часу) цей метод вимагає від клієнта серйозного відношення, здатності до зосередження, мобілізації уяви, уміння не відволікатися протягом всього тренування.

Психологові, який проводить дане тренування необхідно до його початку чітко уявляти ситуацію, або дію, що буде програватися. Можна навіть заздалегідь скласти текст опису ситуації, звернувши особливу увагу на створення емоційного фону. На початку тренування можна порекомендувати тим, кого навчають, розслабити м'язи, використовувати нижнє дихання і поринути в спокійний, злегка дрімотний стан. Після цього психолог приступає до опису ситуації.

При проведенні ідеомоторного тренування рекомендується дотримуватись наступних правил:

- той, хто навчається, повинен створити максимально точний образ рухів, які відпрацьовуються;
- уявний образ рухів повинен бути обов'язково пов'язаний з його м'язово-суглобними почуттями, тільки тоді це буде ідеомоторне уявлення;
- представляючи подумки рухи, потрібно супроводжувати їх словесним описом у слід за керівником заняття подумки, або промовляючи пошепки;
- приступаючи до тренування нового руху, потрібно подумки його бачити в уповільненому темпі, який можна прискорювати у процесі подальших тренувань;
- якщо під час тренування тіло саме починає робити якісь рухи, цьому не слід перешкоджати;
- безпосередньо перед виконанням реальної дії не слід думати про її результат, тому що результат витісняє зі свідомості уявлення про те, як потрібно виконувати дію.

Ідеомоторне тренування сприяє зниженню впливу фактора новизни, що приводить до більш швидкого оволодіння новими навичками, формування образу майбутніх дій і підвищує рівень психологічної готовності до них.

Метод ритмогенної концентрації уваги (за О. Соколовим) дозволяє людині досягати стану релаксації шляхом довільної концентрації уваги на створених уявою ритмах у представленому просторі поза власним тілом, у просторі всього тіла, його частин або окремих органів у результаті чого спостерігаються різні психологічні й психосоматичні профілактичні й лікувальні ефекти. Психотерапевтичний вплив релаксації багатосторонньо досліджено й описано в літературі з аутогенного тренування.

На основі цього методу виконуються вправи для зняття надлишкової м'язової й нервової напруги, підвищення стійкості до стресових впливів, посилення несвідомих механізмів психологічного захисту та ін.

Цей метод відноситься до групи активних тренувальних методів. Активність та усвідомленість дій людини самі по собі мають позитивне значення в попередженні й подоланні ряду патологічних станів. Рекомендується освоєння методу під наглядом психолога з наступним самостійним використанням.

На відміну від аутогенного тренування в пропонованому методі для досягнення стану релаксації людиною взагалі не використовуються вербальні формули самонавіювання такі як, наприклад, навіювання стану ваги. Це дозволяє уникнути деяких недоліків аутогенного тренування, наприклад, неприйняття частиною людей формул самонавіювання, тому що вони носять імперативний характер, або ж залишкового відчуття м'язової ваги, що зберігається протягом деякого часу після тренування у деяких людей.

Методика. Людина уявляє в просторі тіла або поза тілом деяку область, на якій концентрується увага. Зусиллям уяви ця область приводиться в рух з певною, інтуїтивно обраною амплітудою й частотою так, щоб ритм її руху підтримувався без свідомих зусиль, тобто став автономним.

У результаті рух області концентрації уваги повинен прийняти ритмічний характер. Якщо ця область буде перебувати в стані стійкого ритмічного руху і увага людини буде розподілена так, що більша її частина концентруватиметься на ритмі, а частина, яка залишилася, розсіюватиметься, тобто не буде спрямована на конкретний об'єкт, то через якийсь час повинен виникнути стан релаксації.

При цьому він виникає без використання вербальних формул самонавіювання, як реакція на виконання вправи.

Після засвоєння базисної вправи клієнтам пропонується освоїти й інші вправи. Метою їх є досягнення людиною лікувальних і профілактичних ефектів локального характеру.

Медитація. З позиції давньоіндійської психології не спляча свідомість людини має три можливих стани:

1. Нездатність зосередитися на одній думці (стан, протилежний медитації).
2. Нав'язлива думка, мотив, образ (мимовільна медитація).
3. Здатність довільно зосередитися на чому завгодно й не думати про те, що заважає в цей момент (медитація).

Інакше кажучи, медитація - це всяке зосередження думки, усяка концентрація уваги на чому б то не було. Техніка медитації йогів пов'язана з поняттями *янтри* й *мантри*:

Мантра - магічна формула викликання і закликання богів у давньоіндійській традиції. Звичайно це слово або група слів, що містять певну звукову вібрацію й енергію. Уявне або артикуляційне проказування або спів мантр звільняє цю енергію, що сприяє балансу тіла, розуму й свідомості. Спочатку мантри вимовляють голосно, у міру проникнення її енергії в серце - тихіше або й мовчки. Гарна балансує дія медитації досягається при регулярному занятті. Після підбору індивідуальної мантри застосування техніки медитації можливе як індивідуально так і груповим методом.

Янтри це спосіб матеріалізувати свої уявлення про світ у вигляді малюнків.

Відома досить велика кількість технік і видів медитацій, які мають свої особливості. Медитація буває пасивною й активною, змістовною й беззмістовною, відкритою й закритою. Більшість форм пасивні за зовнішнім проявом, але незвичайно активні за внутрішнім психологічним наповненням.

Форми медитації:

1. *Активна* - пов'язана з ритмічним рухом, наприклад у танці або бігові.
2. *Змістовна* - пов'язана з зануренням в об'єкт споглядання або яку-небудь думку. У цьому випадку ніяка інша думка, крім тієї, на яку спрямована увага, не повинна проникнути у свідомість.
3. *Беззмістовна* - пов'язана з тим, щоб у свідомості медитуючого не було ні однієї думки, тільки порожнеча, що створює лише відчуття прояснення розуму.
4. *Відкрита* - при ній медитуючий може прислухатися до всіх звуків, які доносяться до його слуху, або бачити всі подробиці об'єкта, що перебуває перед ним у цей момент. (Знаменита китайська чайна церемонія - один з різновидів відкритої медитації).
5. *Закрита* - при ній медитуючий з закритими очами не сприймає ніяких сторонніх звуків, предметів, відчуттів.

Медитація забезпечує психофізіологічний взаємозв'язок свідомості й тіла: чистота в оточенні, чистота тіла, чистота душі, збалансованість і здоров'я. Звільнення від емоцій зла й гніву звільняє від великої напруги, блоків у психіці й соматичі, робить чудеса з працездатністю.

Вправляючись у медитації, слід дотримуватися наступних *правил*:

- Приміщення для медитації має бути тихим, теплим і затишним. Надалі медитувати можна в будь-якій обстановці.
- Медитація повинна виконуватися до або через 1-2 години після їжі, краще вранці (до сніданку) і ввечері (перед вечерею).
- Не слід проводити тренувань, якщо Ви відчуваєте себе нездоровим або емоційно перевантаженим.
- Під час медитації не опирайтеся думкам, що спонтанно виникають у свідомості; нехай вони зникнуть самі.
- Не перетворюйте медитацію в «ідею фікс».
- Медитацією варто займатися 40-45 хвилин 3-4 рази в тиждень.

Займаючись медитацією не треба робити над собою ніяких зусиль, а тільки повністю розслабитися й зосередитися на внутрішніх думках і відчуттях.

Техніка медитації. Звичайно для медитації приймають особливу позу. Найпоширеніші з них - поза лотоса зі схрещеними ногами або положення сидячи на п'ятах. Можна сидіти на стільці, але у всіх випадках бажана вимога - випрямлений хребет і долоні розгорнуті назовні.

Починати медитацію краще зі звукових або зорових подразників. Звукові стимулятори медитації називаються мантрами («аум», «ом»), зорові подразники - це візерунки.

Найпростіший спосіб медитації - медитація з подихом. Глибоко вдихнути через ніс, опустити діафрагму. Потім подумки видихнути на рахунок 2, і так далі до 10-ти, причому з кожним видихом увагу треба зрушувати зверху вниз, із сонячного сплетіння до органів малого тазу.

Одним з варіантів дихальної медитації - зосередження всіх думок на диханні й прораховування на вдих - 1, 2, 3, 4, на видих - 5, 6, 7, 8; знову на вдих - 9, 10, 11, 12 і видихнув на рахунок 13, 14, 15, 16. Продовжувати до 248. На 249 відкрити очі й продовжувати вправу до рахунку 500.

Медитація на свічу. Цей вид медитації пов'язаний з концентрацією погляду й уваги на полум'ї свічки, що допомагає якнайшвидшому психічному заспокоєнню й входженню в змінений стан, властивий медитації. Зосередження погляду на полум'ї свічі - дуже сильний прийом впливу на психічний стан людини.

Янтра - медитація. Янтри – спеціальні геометричні малюнки, які в символічній формі передають зв'язок людини із Всесвітом.

Мантра - медитація використовує звукові стимулятори - мантри («аум», «ом»). Коли голосові зв'язки зайняті співом мантр, то вже ніяка інша думка в більшості людей не може ввійти ні в голосовий апарат, ні у свідомість.

Медитативне сприйняття мистецтва. Коли ми хочемо по-справжньому сприйняти який-небудь твір мистецтва, будь то музика, література, живопис або скульптура, то повинні постаратися перенестися з нашого повсякденного світу в уявлюваний світ художника й відчути все, що він почував, створюючи цей витвір. Для такого сприйняття потрібен час і відповідний душевний настрій, який треба в собі свідомо формувати. Медитативне сприйняття мистецтва - один із кращих шляхів особистісного вдосконалювання. Всі переживання й відчуття людина одержує сповна, коли вона цілком і повністю поринає в зміст прекрасного твору мистецтва. Один з варіантів медитації представлено у Практикумі з психологічної допомоги даного навчального посібника.

Спеціальні методи психічної саморегуляції (для військовослужбовців)

Психом'язове тренування (за О. В. Алексєєвим).

В техніці психом'язового тренування при розслабленні використовуються відповідні формули аутогенного та інших тренувань. Можливий варіант містить такі формули:

- 1) "Я розслаблююся та заспокоююся";
- 2) "Мої руки повністю розслаблені";
- 3) "Мої ноги повністю розслаблені, теплі, нерухомі";
- 4) "Мій тулуб повністю розслаблений, теплий, нерухомий";
- 5) "Моя шия повністю розслаблена, тепла, нерухома";
- 6) "Моє обличчя повністю розслаблене, тепле, нерухоме".

Після цього варто спокійно полежати декілька хвилин, поки не виникне почуття заспокоєння й дрімоти.

У другій частині психом'язового тренування здійснюється тренінг зосередження уваги на потрібному об'єкті, і вольове втримання її:

- зосереджено спостерігати за секундною стрілкою хвилину, а потім (якщо не будуть зафіксовані навіть миттєві відволікання) і довше, доводячи до 5 хвилин;
- уважно розглянувши який-небудь предмет, закрити очі й подумки в деталях представити його, а потім відкрити їх і перевірити, чи все знайшло відбиття в уявному образі;
- розглядаючи аналогічно який-небудь предмет, робити одночасно повільний вдих, подумки представляючи, що цей предмет "втягується" у мозок. Після цього закрити очі та на ще більш повільному видиху подумки представити в деталях цей предмет.

На завершальній стадії психом'язового тренування переходять до формул мобілізації на ефективні дії.

Метод уявного психологічного моделювання майбутніх дій (за О. В. Алексєєвим).

Саморегуляція може бути здійснена й методом уявного психологічного моделювання майбутніх дій. Вона служить цілям безпосередньої підготовки до майбутніх дій в екстремальній ситуації. Здійснюється детальне проговорювання (про себе) і одночасне образне уявлення дій та зовнішніх обставин:

- місцевості, приміщення, у якому будуть відбуватися дії, людей, з якими має бути взаємодія;
- цілей і завдань дій та того кінцевого результату, що повинен бути досягнутим у підсумку;
- плану основних етапів дій, що ведуть до досягнення мети;
- послідовного детального уявного програвання виконання окремих етапів (аж до окремих рухів і прийомів);
- можливих труднощів кожного етапу, і дій, що ведуть до успішного їхнього попередження й подолання;
- позитивних емоцій і інших наслідків, які очікуються при успішному досягненні мети.

Такий метод доцільний перед відповідальними діями в складних умовах. Тренаж у психологічному моделюванні майбутніх дій варто розпочинати за декілька днів до їхнього початку й повторювати щодня 5-10 разів і більше. При відсутності часу корисна навіть одноразова вправа перед початком дій.

Методи психічної саморегуляції, спрямовані на керування м'язовим тонусом

Прогресивна м'язова релаксація (метод Джекобсона).

Джекобсон виходив із загальновідомого факту, що емоційна напруга супроводжується напругою поперечно - смугастих м'язів, а заспокоєння - їхньою релаксацією. Природно було припустити, що розслаблення мускулатури повинне супроводжуватися зниженням нервово-м'язової напруги.

Займаючись реєстрацією об'єктивних ознак емоцій, Джекобсон помітив, що різному типу емоційного реагування відповідає напруга відповідної групи м'язів. Так, наприклад, депресивний стан супроводжується напругою дихальної мускулатури; страх - спазмом м'язів артикуляції й фонації.

На думку Джекобсона, знімаючи за допомогою довільного самонавіювання напруженість певної групи м'язів («диференційована релаксація»), можна вибірково впливати на негативні емоції.

Під релаксацією Джекобсон розумів не тільки релаксацію м'язів, але й стан, протилежний психічної активності. Методика Джекобсона погоджується з уявленнями, що м'язова релаксація є антифобічним фактором.

Методика занять представлена у Практикумі з психологічної допомоги даного навчального посібника.

Активна м'язова релаксація. Під терміном *активної м'язової релаксації* мається на увазі процес виконання ряду найпростіших вправ, які можуть знижувати мимовільну напругу поперечно смугастої мускулатури й тим самим приводити до значного зниження тривожності, надмірної нервово-психічної напруженості й зменшувати патогенну дію емоційного стресу. При постійних нетривалих за часом щоденних заняттях в індивіда відзначається прогресуюча тенденція до розвитку "звички відпочивати" у будь-яких умовах професійної діяльності, тим самим формується психологічна установка, що характеризується меншою збудливістю й схильності стресам у тому числі й в умовах екстремальної обстановки.

Використання методу активної м'язової релаксації наявності показано у випадках вираженої нервово-психічної напруги, а в окремих випадках і при невротичних реакціях, що супроводжуються фобіями й порушеннями сну. Крім

того, дана методика показана фахівцям, чия професійна діяльність супроводжується тривалим знаходженням у змушеній робочій позі або пов'язана з великими фізичними навантаженнями.

Навчання прийомам активної м'язової релаксації здійснюється психологом як у груповому (група по 8-10 чоловік), так і індивідуальному варіанті. Під час інструктивно-ознайомлювального заняття психологом даються загальні інструкції, пояснюються принципи дії активної м'язової релаксації, спрацьовуються основні прийоми, створюється позитивна установка про сприятливу дію даної методики на організм клієнта. Загальний час інструктивно-ознайомлювального заняття в цілому займає 25-30 хвилин. Загальний курс самостійних занять активної м'язової релаксації повинен по тривалості займати 2-3 тижні, по 15-20 хвилин щодня.

Методика занять представлена у Практикумі з психологічної допомоги даного навчального посібника

Пасивна м'язова релаксація.

Метод *пасивної м'язової релаксації* полягає в зосередженні уваги клієнта на сенсорних сигналах, що надходять із конкретних груп поперечно - смугастих м'язів і наступному їхньому розслабленні в процесі безпосередньої концентрації уваги на цих м'язових групах.

Показання до використання методу пасивної м'язової релаксації такі ж як і у випадку з активною м'язовою релаксацією. Однак, даний метод пасивної м'язової релаксації є найбільш діючим у плані нормалізації якостей сну, що в екстремальних умовах страждає в першу чергу. Перевага методу пасивної м'язової релаксації полягає в тому, що *індивід може займатися пасивною релаксацією в будь-яких умовах, не заважаючи навколишнім й не повертаючи до себе увагу.*

Навчання прийомам пасивної м'язової релаксації здійснюється психологом. Під час інструктивно-ознайомлювального заняття психологом даються загальні інструкції, пояснюються принципи дії пасивної м'язової релаксації, опрацьовуються основні прийоми й елементи даної методики. Загальний час інструктивно-ознайомлювального заняття в цілому займає 20-25 хвилин. Самостійні заняття пасивної м'язової релаксації клієнт здійснює, як правило, перед сном протягом 15-

20 хвилин. Крім того, дана методика може використовуватися вдень у зручний для них час із метою зняття зайвої нервово-психічної напруги.

Основним недоліком даного методу пасивної м'язової релаксації є те, що він, як і інші форми розумової уяви недостатньо ефективний з появою відволікаючих думок або при наявності низького рівня інтелектуального розвитку. У цьому випадку доцільно використовувати метод активної м'язової релаксації.

Фізичні методи психічної саморегуляції

Самомасаж біологічно активних точок.

До способів індивідуального користування варто віднести й методику самомасажу біологічно активних точок шкіри, що сприяє цілеспрямованій корекції психофізіологічного стану військовослужбовців; збереженню високої працездатності при стомленні; підвищенню рівня психічної активності й здатності до функціональної діяльності.

Позитивний вплив самомасажу біологічно активних точок полягає в зрівноважуванні основних нервових процесів (збудження й гальмування), нормалізації кровообігу й поліпшенні діяльності аналізаторів.

Самомасаж біологічно активних точок найбільш ефективний при відчуттях втоми, сонливості, при м'язовому дискомфорті, при "стомленні" зору, а також для приведення психіки в оптимальний стан. Додаткову інформацію щодо практичного використання самомасажу біологічно активних точок наведено у Практикумі з психологічної допомоги даного навчального посібника.

Рекомендації щодо проведення занять з саморегуляції.

Навчання навичкам саморегуляції при індивідуальних психологічних консультаціях менш ефективні, ніж у групах. У деяких випадках доцільно ділити групу на підгрупи з урахуванням психофізіологічних особливостей її членів. Наприклад, низький кров'яний тиск може бути причиною погіршення стану після сеансу аутотренінгу.

На початку занять проводиться співбесіда з учасниками групи, у ході якого виявляються їхні запити, індивідуальні властивості й уміння. Це дає можливість більш ефективно організувати навчання. На додаток до цього бажано провести

тестування за допомогою методик експрес - діагностики функціонального стану, наприклад, тесту шкали самооцінки Спілбергера - Ханіна.

На першій стадії рекомендуються фізичні вправи як ефективний засіб зняття м'язових затисків. Одночасно варто клієнтів спонукати до відстеження своїх відчуттів - м'язових, тактильних і т. і., що допоможе їм швидше опанувати навички візуалізації й релаксації, знайти досвід самодіагностики, а згодом і самокорекції.

При тривалій роботі з групою необхідно запропонувати всім клієнтам вести щоденники самоконтролю, у яких вони могли б фіксувати як свій фізичний і емоційний стан (апетит, сон, пульс, самопочуття, настрої), так і зміст занять, використовувані в них методи, враження від тренувань. Зміст щоденника дозволяє оцінити успішність навчання й дає корисний матеріал при проведенні індивідуальних консультацій.

Питання для самоконтролю

1. Розкрийте сутність групової психотерапії.
2. Охарактеризуйте основні завдання, принципи та етапи проведення соціально-психологічного тренінга.
3. Розкрийте сутність, завдання та психологічний механізм дебрифінга.
4. Опишіть методику та фази проведення дебрифінга.
5. Охарактеризуйте сутність, класифікацію та особливості методів психічної саморегуляції
6. Опишіть сутність, ефекти та алгоритм здійснення аутогенного тренування.
7. Охарактеризуйте спеціальні методи психічної саморегуляції.

Тема 7. СТРЕС ТА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ СТРЕСІ.

Для характеристики стану людини у важкій для неї ситуації найбільш широко використовується поняття «стрес». Термін «стрес» (від англ. stress — напруга) став інтернаціональним внаслідок того, що поняття, виражене ним, отримало широке визнання.

Більшість реакцій нашого організму на стрес достатньо однотипна. Як правило, прискорюється серцебиття, підвищується кров'яний тиск, напружуються м'язи тіла, ускладнюється дихання, розширюються зіниці, посилюється потовиділення. Це психофізіологічні ознаки стресового стану. У численних вітчизняних і закордонних дослідженнях відзначається, що стрес супроводжується мобілізацією енергії організму і викликає зміни в серцево-судинній, дихальній, м'язово-руховій, ендокринній й в інших системах. Ці зрушення можуть досягати особливої величини в небезпечних ситуаціях.

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

По-перше, це поняття може означати будь-які зовнішні стимули або події, які викликають у людини напругу. У цьому значенні частіше вживаються терміни «стресор», «стрес-фактор».

По-друге, стрес може відноситися до суб'єктивної реакції, і в цьому значенні він відображає внутрішній психічний стан напруги. Цей стан інтерпретується як емоції, оборонні реакції й процеси подолання, що відбуваються в самій людині. Такі процеси можуть сприяти розвиткові й удосконаленню функціональних систем, а також викликати психічну напругу.

Нарешті, *по-третє*, стрес — фізична реакція організму на пред'явлену вимогу або шкідливий вплив. Саме в цьому змісті і В. Кеннон, і Г. Сельє вживали цей термін.

У наукових джерелах виділяють *чотири групи симптомів стресу*: *фізіологічні* (напруження м'язів, тремтіння кінцівок, порушення дихання, процесів травлення, підвищені стомлюваність, пітливість, пульс та артеріальний тиск, больові відчуття невизначеного характеру й інш.), *інтелектуальні* (часті помилки у обчисленнях, важкість зосередження та підтримання уваги, погіршення пам'яті, порушення логіки, імпульсивність мислення, важкість прийняття рішень й інш.), *емоційні* (непокій, підвищена тривожність, депресія, роздратованість, зниження задоволеності життям особистої самооцінки, відчуття невпевненості, відчуженості й інш.) та *поведінкові* (втрата апетиту чи переїдання, прискорене чи загальмоване мовлення, підвищена конфліктність, втрата інтересу

до свого зовнішнього вигляду, порушення сну, низька продуктивність праці, більш інтенсивне паління та вживання алкоголю).

Згідно визначенню Ганса Сельє, який вперше висунув концепцію стресу, «стрес є неспецифічна відповідь організму на будь-які пред'явлені до нього вимоги», причому стресом являється все, що порушує нормальне взаємовідношення організму з середовищем. Відповідно, стрес можна розглядати як захисну реакцію на зовнішні і внутрішні стресори.

Г. Сельє звернув увагу на те, що організм як складна, високоорганізована система у відповідь на різні інтенсивні впливи реагує адаптивно-захисними реакціями, усю сукупність яких він назвав *адаптаційним синдромом*. Він виділив три його стадії: а) *тривоги*, коли після деякого зниження опірності організму починається мобілізація його ресурсів; б) *підвищеної опірності* організму (адаптації), коли організмові вдається справитися з впливами; в) *виснаження організму*, тобто зниження його опірності, оскільки запаси адаптаційної енергії обмежені. Якщо ж стресорний фактор продовжує впливати на організм чи навантаження продовжує збільшуватися, то може початися патологічний процес – психофізіологічні розлади. Такі психосоматичні захворювання як артеріальна гіпертонія, виразкова хвороба шлунку, неспецифічний коліт і ряд інших захворювань є наслідками затяжних психологічних стресів.

У психологічних роботах доводиться залежність поведінки під час стресу від ступеня значимості ситуації, від психологічної структури особистості (відношення людини до труднощів у роботі, успіхів і невдач, впевненості і непевності у своїх силах, спрямованості особистості, рівня її домагань і реальних можливостей і т.і.). Відзначається також особлива роль у виникненні психологічного стресу інтелектуальної діяльності і мотивації.

Стрес виникає як загроза, що дистанційно впливає на людину, викликаючи у неї те або інше емоційне відношення до неї і готуючи тим самим весь організм до можливих фізичних наслідків. Отже, стрес є для людини такою загрозою, емоційні переживання якої впливають на її здатність досить ефективно здійснювати свою діяльність.

По своїй сутності стрес – це спосіб досягнення стійкості організму у відповідь на дії негативного фактора. Це не просто нервова напруга, хоча остання теж є стресом. У людини найпоширенішим стрес-фактором є емоційний подразник, але стрес виникає не тільки у людини, але й у тварин, рослин, що підтверджується спеціальними дослідженнями. Тому цілком справедливим є поділ стресів на *фізіологічні* (вплив екстремальних температур, тиску, шуму, вібрації, болю й ін.) та *психологічні*. Останній прийнято поділяти на *емоційний* і *інформаційний*. Інформаційний стрес пов'язаний з неможливістю впоратися з потоком інформації, яка збільшується, коли людина не справляється з пошуком потрібного алгоритму дій у потрібному темпі. Емоційний стрес має місце у ситуаціях, які загрожують безпеці людини, її соціальному статусові, міжособистісним відносинам.

Емоційний стрес включає три взаємозалежних компоненти: 1) дистанційно виникаючої загрози; 2) її сприйняття й емоційного переживання; 3) фізіологічних (а можливо, і соматичних) наслідків цих переживань.

Підкреслюючи психологічний бік «стресу», слід зазначити, що людина реагує не тільки на дійсно існуючу небезпеку, але також і на загрози і символи небезпеки, пов'язані з переживаннями в минулому. Саме це і дозволяє їй знаходитися в стані певної готовності, пускати в хід свої захисні механізми за той часом незначний відрізок часу, який відокремлює виникнення стресу від прояву його механізмів. Ця готовність являє собою необхідну умову виживання.

Р. Лазарус спільно з С. Фолкманом встановили, що стресорні реакції можуть запускатися не тільки реальними подіями, але й вірогідними, тобто тими, які ще відсутні, але настання яких боїться людина. Часто психологічний стрес розвивається в ситуації вибору, коли людина стикається з необхідністю зробити складний вибір або з протиріччям якихось внутрішніх переконань.

Для розвитку психологічного стресу важливим фактором є стан мотиваційно-потребнісної, емоційно-вольової й когнітивної сфери суб'єкта діяльності, які обумовлюють суб'єктивну, особистісну значимість екстремальної ситуації, наявність готовності й можливості до її подолання, здатність вибору раціональної стратегії поведіння в цих умовах і т.д.

Специфіка станів психічної напруженості людини залежить від особистісного змісту, цілей її діяльності, домінуючих мотивів, оцінки ситуації, емоційного фону. Досить інтенсивна діяльність, що вимагає прийняття різних рішень в умовах необхідності переробки великих масивів інформації при певному дефіциті часу, тобто об'єктивно стресова ситуація не приведе до розвитку наслідків, характерних для стресу, якщо особистість перебуває в зоні емоційного комфорту й об'єктивний зміст діяльності збігається з її суб'єктивним змістом. Однак будь-яка конфліктна ситуація, невідповідність цілей і мотивів, суб'єктивна неузгодженість, що породжує емоційний дискомфорт, вносять у психічну напруженість той елемент, що і породжує стан психологічного стресу з усіма його наслідками.

У повсякденному житті Г. Сельє виділяє два види стресу: *еустрес* і *дистрес*. Еустрес – це виникнення бажаного, тобто позитивного ефекту (підвищує стійкість організму), а дистрес – негативного ефекту (веде до хвороби, загибелі).

Стрес може виникнути в результаті певного соціального впливу. Засобом захисту від стресу в цьому випадку можуть бути соціальні перетворення і перебудова людських взаємин. Стресові умови часто є наслідком визначених вимог і обмежень, які накладаються на поведінку людини роботою і сімейними відносинами. Причиною стресу може бути й розходження між нашими уявленнями про світ і реальністю. Разом з тим, дія стресів може мати внутрішні причини і виникати в результаті неможливості задовольнити нагальні потреби: фізіологічні, потреби у безпеці, в приналежності, повазі та самореалізації. Неможливість реалізації існуючої потреби приводить до фрустрації.

Як уже відзначалося вище, стрес характеризується наявністю трьох фаз: тривоги, фази опірності і фази виснаження. Люди зі стійкою емоційною сферою в стані перебороти фазу тривоги й активно включитися в боротьбу зі стресовими факторами. Емоційно нестійких людей відразу охоплює тривога, яка потім переходить у страх. За фазою тривоги в таких людей відразу наступає виснаження, що приймає форму приреченості і розпачу.

З одного боку, емоції — це необхідний компонент творчої активності, пов'язаної з визначенням перешкод, які стоять на шляху задоволення потреб. А з іншого боку, емоційні зміни в ряді випадків виступає як фактор, що дезорганізує

діяльність і поведінку. У цьому зв'язку проблема надійності психологічною мовою може бути зрозуміла як «проблема емоційної стійкості (ЕС)».

У широкому аспекті ЕС — це здатність керувати своїми емоціями, зберігати високу професійну працездатність, здійснювати складну або небезпечну діяльність без напруженості, незважаючи на емоціогенні впливи.

Емоційну стійкість поділяють на емоційно-вольову, емоційно-моторну й емоційно-сенсорну стійкість. Під першим поняттям мається на увазі ступінь вольового володіння особистості своїми досить сильними емоціями, під другим — властивість особистості, що виявляється в ступені порушень психомоторики під впливом емоцій, під третім — властивість особистості, що виявляється в ступені порушення сенсорних дій.

Таким чином, емоційну стійкість можна більш конкретно визначити як властивість особистості, що забезпечує гармонійне відношення між усіма компонентами діяльності в емоціогенній ситуації і тим самим сприяє успішному виконанню діяльності. Це, з одного боку, несприйнятливність до емоціогенних факторів, які мають негативний вплив на психічний стан людини, а з іншого боку - здатність контролювати і стримувати виникаючі астенічні емоції, забезпечуючи тим самим успішне виконання необхідних дій.

Отже, *емоційна стійкість* — це цілісна характеристика особистості, що забезпечує стійкість до фруструючого впливу ситуацій підвищеної психічної напруги, достатню психічну і соціальну адаптацію, необхідний рівень розумової і фізичної роботи.

Напруга, що виникла в результаті дії стресора часто зберігається досить довго після події. Багато людей або не розпізнають симптоми стресу, або не знають, яким чином можна позбутися від нього. Напруга в такий спосіб «вбудовується» у систему нашої особистості і ніяк про себе не нагадує, доки із системою щось не відбувається і ми не занедужуємо.

Стрес може виникати не тільки у виробничих чи службових ситуаціях, але і сімейних, побутових і т.ін.; не тільки в умовах сильного роздратування, але й в умовах прояву дрібних, постійних негативних впливів, що викликають у людини стани тривоги, образи, небезпеки, загрози. Вчені встановили, що хронічний малої інтенсивності стрес

шкідливіший для здоров'я ніж сильний. але недовго діючий стрес. При цьому стрес супроводжується різноманітними реакціями людей від стану підвищеної активності, агресивності, до замикання та заглиблення в себе.

У прояві стресу виявляються індивідуальні розходження людей. Немає двох людей, у яких реакції на стрес були б зовсім однаковими, тому що велика частина стресів ініціюється і відтворюється самою людиною, є продуктом їх власної свідомості.

У психологічних дослідженнях встановлено, що на характер стресових реакцій людей впливають:

- наслідковість (генетична обумовленість на 30% визначає наші стресові реакції);
- характер протікання вагітності у матері (якщо під час вагітності у жінок наявне перевищення стероїдних гормонів, то і дитина буде більш гостро реагувати на стрес);
- ранній дитячий досвід (психотравмуючі переживання перших семи років ускладнюють протікання стресових реакцій на протязі послідуєчого життя);
- характер людини (схильні до гніву, роздратованості, цинізму люди більше підпадають під стрес ніж відкриті та добрі люди з почуттям гумору);
- направленість людини (активні, нетерплячі, орієнтовані на успіх люди більше страждають ніж ті хто не претендують на високе положення у суспільстві);
- суспільний статус та найближче соціальне оточення (чим більше родичів та знайомих у людини тим вища її стійкість до стресу).

В.А. Бодровим встановлено, що психофізіологічний механізм виникнення й розвитку психологічного стресу визначається індивідуальними особливостями організації нейродинамічних систем мозку, особистісними психофізіологічними характеристиками й рівнем неспецифічних адаптаційних елементів центральної нервової системи.

У тріаді «особистість-стрес-захворювання» стан стресу виступає тим фактором, що з одного боку, детермінується певними рисами особистості й впливає на особливості їхнього прояву, а з іншого боку, може бути етіопато-

генетичним фактором розвитку ряду захворювань або ж виступати у формі психічного відбиття особливостей прояву хвороби.

Стрес може бути шкідливим та корисним. Завданням кожної людини є перебування на оптимальному для неї рівні стресу, адже коли витрачено запас адаптаційної енергії настає третя фаза стресу – виснаження. Отже, для збереження здоров'я треба не доводити свої стреси до хронічної стадії, а якомога швидше вирішувати проблеми, хай навіть з максимальним напруженням сил. Головне – це одразу організувати собі повноцінний відпочинок та відновити захисні сили організму.

За Г.Сельє, щоб усвідомити сенс нашого життя, *ми повинні поставити перед собою складну і довгострокову задачу*. Нам варто прагнути до мети, досягнення якої вимагає напруженої роботи. Відсутність такої мети – один з найсильніших стресів, які викликають виразку шлунку, інфаркт, гіпертонію або просто стан, що прирікає людину на безрадісне існування.

Традиційним способом боротьби зі стресом у лікарській практиці є транквілізатори й антидепресанти. Однак вони мають побічні дії і роблять той або інший руйнівний вплив на здоров'я пацієнтів.

Наймогутнішим і при цьому часто ігнорованим засобом рятування від стресу є свідомість людини.

У день, коли людина попадає в гостру стресову ситуацію, їй корисно спробувати зайнятися будь-яким простим видом діяльності: випрати білизну або прибрати в квартирі, вимити вікно і т.ін. Не зашкодять помірні заняття спортом, прогулянки, словом, будь-яка діяльність, що вимагає фізичної активності і зосередження. Деяким допомагають читання і прослуховування музичних творів.

Найважливішим заходом, спрямованим на боротьбу зі стресом, є психотерапія. Поради психотерапевтів пацієнтам погоджуються з рекомендаціями «розумного поведіння і спілкування», які висунув Г. Сельє: не ламати копій через дрібниці, не дружити з «важкими», нестриманими людьми, уникати пихатості і нещирості в спілкуванні, мати в житті інтереси, не нагнітати тугу, не «накручувати» нескінченні проблеми, частіше згадувати про приємні події свого життя й уникати неприємних колізій й т. і.

За допомогою психотерапевта людина повинна прийняти відповідальність за те, щоб поводитися адекватно стресовій ситуації, а також змінити до стресора своє відношення; зрозуміти, які стресори впливають на нього. При цьому пацієнт може уникнути, зменшити або модифікувати стресову реакцію.

Психологи і психотерапевти розділяють по типу поведження людей на «думаючих» і «реагуючих» у стресових ситуаціях. Лише 15% людей спочатку думають, а потім діють, 75% — найчастіше впадають у паніку, поводяться безглуздо, дезорганізовано на шкоду самим собі.

Інша галузь психотерапевтичного впливу пов'язана з вибором модифікацій поведінкового стереотипу. Вона сприяє можливості *свідомого* зниження ступеня впливу на людину стресорів перш, ніж вони викликають у неї стресову реакцію.

Психотерапію можна розглядати як визначене втручання, націлене на корінь проблеми, що лежить у когнітивній або афективній сфері. Це не що інше як розв'язання внутрішнього конфлікту особистості, що найчастіше є причиною стресової ситуації.

Стрес дозволяє зустріти виниклі труднощі у стані «бойової готовності» і пристосуватися до нових умов. При повторенні стресорів людина пристосовується до стресу, при цьому стресорні реакції слабшають. Це може означати, що у визначених межах можна тренувати стресостійкість психіки.

Профілактика стресу пов'язана з певними труднощами. Варто мати на увазі ту обставину, що людина зазвичай усвідомлює розбіжність між вимогами, що їй пред'являються в різних ситуаціях, і можливістю виконання їх. Зміна механізму сприйняття цього явища служить могутнім засобом керування стресом. У даному випадку сприйняття людини можна змінити в трьох напрямках: пред'явленої до людини вимоги, здатності виконати її і значимості виконаного.

Зміна значимості події, її оцінки людиною є одним з найважливіших шляхів свідомого керування стресом.

К. Юнг підкреслював, що більше третини його пацієнтів страждають не від неврозу, а від безглуздості і порожнечі життя. У відпущений термін життя на цій землі треба постаратися бути щасливим, але вже сьогодні, не відкладаючи на завтра.

Є мудре висловлювання, що використовував Д. Карнегі: «Не треба пиляти опилки».

Американський психотерапевт У. Ослер закликав *жити сьогоднішнім днем*: «Відгородіть минуле і майбутнє залізними дверима! Живіть в герметизованих сьогоднішніх відсіках!».

При інтенсивному або тривалому впливі стресу на поведінку людини вона стає погано керованою, а це впливає на спроби справитися з джерелом стресу. Наприклад, погіршення в даний час соціально-економічного життя в нашій країні може привести до ще більшого поглиблення впливу стресу. У цьому випадку створення визначених зразків поведінки (шаблонів) буде знижувати чутливість пізнавальної оцінки поведінки й емоційне відношення до довгостроково діючої ситуації, що створилася. Це буде носити характер психологічного захисту.

Керування стресом доступно для більшості людей. Як уже було зазначено вище, відволікання від стресогенної обстановки є одним із засобів уникнути стресу (активний відпочинок, активна діяльність, що виключає думки про причини, які призвели людину до стресу, улюблені заняття, психорегулюючі вправи і т.і.).

Аналіз літератури, присвяченої психологічній допомозі при стресі свідчить, про існування значної кількості антистресорних методик та рекомендацій зі зняття стресу. Серед найпростіших часто зазначається такий набір: умити обличчя холодною водою, зробити невелику фізичну розминку, розслабити м'язи, зробити декілька глибоких вдихів та видихів, подумати про щось хороше.

Ю.В. Щербатих пропонує у якості апробованого та результативного «антистресового набору» простий комплекс з наступних складових:

1. Медитація на диханні – 3-4 хвилини.
2. Загальне розслаблення за допомогою самонавіювання – 5-6 хвилин.
3. Формули впевненості – 3-4 хвилини.
4. Створення стратегії успішної поведінки – 7-8 хвилин.

У загальному плані антистресорні методики можна поділити на *психологічні* (аутотренінг, медитація, раціональна терапія), *фізичні* (масаж, лазня) і *біохімічні* (ліки, фітотерапія).

Також можна виділити методи самопомоги (наприклад – дихальні техніки) і методи зовнішньої допомоги (наприклад – психотерапія). При цьому виділяють два напрями у подоланні психологічного стресу: профілактичний і терапевтичний. Перший – це посилення захисних сил організму, зміна ставлення до психотравмуючих ситуацій, розвиток позитивного мислення. Другий – спрямований на нейтралізацію уже виниклого стресу і полягає у цілеспрямованому впливі на тілесні й емоційні прояви.

Комплексний підхід щодо профілактики стресів має включати наступне.

По-перше, мудре ставлення до життя: постійно ставити та добиватись відповідаючих нашим можливостям життєвих цілей; уміти відрізнити головне від другорядного; бути реалістичним у оцінці можливості свого впливу на ситуацію в якій знаходимося; уміти підходити до проблеми різнобічно; готувати себе до будь-яких неочікуваних подій завчасно; сприймати дійсність такою як вона є в реальності, а не в нашому уявленні; намагатися розуміти оточуючих; уміти отримувати позитивний досвід і уроки зі всього, що відбувається; жити повним життям в кожен даний його момент.

По-друге, активне конструювання своєї повсякденної реальності, що можливо через мужній, рішучий, прогностичний підхід до життєвих ситуацій.

По-третє, прогнозування стресогенних факторів власного життя та завчасна підготовка до стресів, що включає: використання різноманітних тестових методик, самоспостереження для пізнання себе та раннього виявлення стресу; ознайомлення з досвідом інших та спеціальною літературою з профілактики стресу; динамічне формування адекватного способу життя; фізичні вправи; наявність мережі підтримки особистості (сім'я, соціальне оточення, друзі, психолог, пастор й інш.); формування відповідних вольових якостей (цілеспрямованість, ініціативність, наполегливість, витримка, рішучість й інш.).

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення стресу та назвіть симптоми стресового впливу на особистість.

2. Охарактеризуйте адаптаційний синдром та компоненти розвитку емоційного стресу.
3. Розкрийте сутність та відмінності між еустресом та дистресом.
4. Дайте визначення емоційної стійкості особистості та назвіть її детермінанти.
5. Охарактеризуйте методи боротьби зі стресом.

Тема 8. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА У ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ.

Останнім часом поняття «*екстремальність*» почало вживатися досить часто як умова, що породжує емоційний стрес, хоча традиційно воно означає лише *надзвичайний вплив, який характеризується* крайніми граничними значеннями. Під екстремальною ситуацією прийнято розуміти такі ситуації, які виходять за межі «нормального людського досвіду» порушують звичну картину світу.

У екстремальних ситуаціях порушується звичний режим праці і відпочинку людини, психічні й інші перевантаження досягають меж, за яких можуть виникати перевтома, нервові виснаження, цілковитий зрив діяльності, афективні реакції, психогенії (патологічні стани).

Екстремальні ситуації небезпечні для життя, здоров'я, благополуччя людини, окремих груп людей або й значної частини населення. Їх створюють стихійні лиха, аварії, катастрофи, військові дії, пов'язані з застосуванням різних видів зброї, операції спецпідрозділів зі звільнення заручників, затримки озброєних злочинців, небезпечних психічних хворих і т.п.

Зростання кількості екстремальних ситуацій в останні роки диктує необхідність підготовки фахівців, здатних надати екстренну психологічну допомогу жертвам цих подій. Психологам та психотерапевтам все частіше приходиться працювати з людьми, які перенесли психічну травму – подію, яка сприймається людиною як загроза її існуванню, порушує її нормальну життєдіяльність, стає потрясінням, переживанням особливого роду. Головний

зміст психічної травми полягає у втраті віри, що життя організоване у відповідності з певним порядком та піддається контролю.

Психотравма впливає на сприйняття часу і під її впливом змінюється бачення минулого, теперішнього та майбутнього. За інтенсивністю пережитих почуттів травмуючий стрес здається найбільш вагомою подією життя, «водорозділом» між тим, що було до травмуючої події та буде після.

З людей, які перенесли психотравму, у більш ніж 20% через деякий час (2-6 місяців) виникають ті чи інші проблеми в одній або декількох сферах життя: афективній, психосоціальной, професійній, психосоматичній.

Негайне психотерапевтичне втручання, якомога ближче до перенесеної травми, дозволяє попередити значну кількість небажаних наслідків та перетікання процесу в хронічну форму.

За спостереженнями дослідників, на психічний стан найбільш важкий вплив мають катастрофи, викликані навмисними діями людей. Техногенні катастрофи, викликані необережністю, збігом обставин, переживаються менш важко, але все-таки важче ніж природні катаклізми.

Вплив екстремальних умов складається не тільки з прямої, безпосередньої загрози життю людини, але й опосередкованої, пов'язаної з очікуванням її реалізації.

Сучасна війна (воєнні дії) з погляду екстремальних умов, які викликають порушення психічної діяльності, поєднує психотравмуючі фактори, властиві майже всім стихійним лихам і катастрофам.

У війні з застосуванням навіть звичайної зброї такими психотравмуючими факторами можуть бути: руйнування будинків і пожежі в результаті дій артилерії й авіації, катастрофічні повені у зв'язку з ушкодженням гідротехнічних споруд, зараження великих територій радіоактивними й отруйними хімічними речовинами при руйнуванні атомних електростанцій і хімічних заводів. Масштаби надзвичайної загрози такі, що навіть коли людина не постраждала фізично, а була лише свідком події, вона переживає такі руйнівні почуття, як жах, страх, безнадійність.

Поняття «екстремальний» (від лат. *extremum* — крайність) вживається, коли мова йде не про нормальні, звичайні умови діяльності, а про такі, що істотно відрізняються від них обставинами. Екстремальність може створюватися не тільки «максимізацією» (надвпливом), а і «мінімізацією» (прикладом можуть служити дослідження в галузі авіаційної і космічної психології, присвячені проблемі функціонування психіки людини в умовах сенсорної ізоляції). Екстремальність обумовлюється не тільки інтенсивністю впливів на людину, але й іншими параметрами: *якісною своєрідністю середовища*, у якій може проходити людська діяльність (температурні; баричні впливи; гіпоксія — нестача кисню; гіподинамія — обмеженість рухів і т.і.); *характером впливів* (неприємність, монотонність і т.п.); *об'єктивною складністю самої задачі* (переробка величезних потоків інформації, необхідної для виконання тих або інших дій, високий темп роботи і т.п.).

Одним з найважливіших факторів екстремальності є *час*. Вважається, що цей фактор може істотно визначати екстремальність впливу і, отже, ступінь напруженості, а також її ефект. Це пояснюється тим, що доступний людині оптимальний темп діяльності у різних осіб неоднаковий і перехід через індивідуальні межі цього темпу веде до виникнення психічної напруженості.

Ефект впливу обумовлюється також особливостями особистості і ситуації. Так, безпосередня небезпека для життя, сильний біль, які є об'єктивно екстремальними, можуть не бути такими для окремої особистості у зв'язку з виконанням нею значимої соціальної ролі, переживанням почуття патріотизму, релігійними мотивами.

У психологічних дослідженнях доведено, що мотиваційні, інтелектуальні й інші психологічні характеристики особистості, життєвий досвід, знання і т.д. істотно коригують суб'єктивний зміст об'єктивних впливів.

Оцінюючи вплив різних несприятливих травмуючих факторів на психічну діяльність людини, варто *відрізнити непатологічні психоемоційні* реакції людини на екстремальну ситуацію *від патологічних* – психогенних станів.

Для перших характерна пряма залежність від ситуації, як правило, невелика тривалість, збереження працездатності (може бути знижена), можливість спілкування з оточенням і критичного аналізу свого поведіння. Типовими для

людини, яка побувала в екстремальній ситуації почуття страху, тривоги, подавленості і т.і.

На відміну від непатологічних реакцій *психопатологічні психогенні розлади* є хворобливими станами, що виводять людину з рівноваги, заважають їй продуктивно спілкуватися з іншими людьми і цілеспрямовано діяти. При цьому в ряді випадків мають місце порушення свідомості, виникають психопатологічні прояви, які супроводжуються широким колом психотичних розладів. В теперішній час психогенні реакції в екстремальних умовах прийнято розділяти на невротичні реакції і стани (неврози), реактивні психози й афективно-шокові реакції.

Переважає більшість людей *внаслідок психогенних розладів* є практично непрацездатними (особливо в перший період розвитку екстремальної ситуації). Це твердження змушує поставити питання про виведення людей за першою ж нагодою з зони екстремальних впливів.

Психологічні реакції людей у екстремальних ситуаціях нагадують початкові симптоми соматичних, а підчас і психічних захворювань. Особливо явно ці відхилення проявляються у порушенні механізму саморегуляції та появи афективних реакцій (гнів, агресія і інш.), викликаних дією автоматично виникаючих механізмів психологічного захисту.

Найбільш часто в екстремальних ситуаціях спостерігаються *психогенні розлади*, які можна об'єднати в чотири групи – *непатологічні* реакції (емоційна напруженість, психомоторні, психовегетативні прояви при збереженні критичної оцінки подій та здатності до цілеспрямованої діяльності); *психогенні патологічні реакції* (невротичний рівень розладів – гостро виникаючий астенічний, депресивний, істеричний та інші синдроми, зниження критичності оцінки та можливостей цілеспрямованої діяльності); *психогенні невротичні стани* (ускладнені невротичні розлади - невроз виснаження, астенічний невроз, невроз нав'язливих станів, депресивний невроз, у ряді випадків втрата критичного розуміння того, що відбувається і можливостей цілеспрямованої діяльності); *реактивні психози* (гострі – афективно-шокові реакції, сутінкові стани свідомості з руховим збудженням чи загальмованістю; затяжні – депресивні, параноїдні синдроми, істеричні та інші психози).

Основними характеристиками поведінки людини в екстремальній ситуації є:

- вузька, фіксована на отриманій травмі увага;
- хаотичний доступ до згадок, часом амнезія;
- рішення можуть різко мінятись у відповідності до будь-якої інформації ззовні;
- способи поведінки часто відповідають більш раннім етапам розвитку особистості;
- афективні реакції від глибокої депресії до яскравих проявів гніву та агресії;
- рольові уявлення розпливчаті, перекручені;
- прямі або опосередковані прохання про допомогу.

Аналіз наукової літератури дозволяє побачити певну динаміку виникнення і розвитку окремих психопатологічних проявів у постраждалих на різних етапах екстремальної ситуації. Виділяють наступні три фази розвитку відхилень у психічних станах та поведінці людей.

1. *Фаза «шоку та оцінення»*. Цей гострий період наступає відразу після події, зазвичай він короткий за часом. Зберегти себе, не допустити усвідомлення руйнівної дійсності – основна характеристика і психологічний зміст цієї фази. Людина як би відключається, в її свідомості з'являється відчуття нереальності того, що відбувається, душевне оніміння.

2. *Фаза ейфорії*. Цей період продовжується від декількох хвилин до декількох годин. У постраждалих, які не отримали важких фізичних травм, спостерігається короткострокове облегшення, «підйом настрою». Вони активно приймають участь у рятувальних роботах, багатослівні. Поступово ейфорія змінюється в'ялістю, загальмованістю. Однак, як і у попередній фазі, людина все ще не до кінця усвідомлює те, що сталося, вона «відключена», з трудом розуміє зміст запитань, затрудняється при виконанні простих завдань. На цьому фоні можуть спостерігатися різноманітні реакції. У одних – психоемоційне напруження з переважанням тривоги, у інших – тривога з активністю й ін. В цей час дійсність уже просочується у свідомість, починається когнітивне перепрацювання події, усвідомлення втрат, намагання якось адаптуватися до нових умов життя.

3. *Фаза реакції, або усвідомлення нової психотравмуючої реальності* – найбільш драматичний період, коли розвивається гостра реакція на катастрофічну

ситуацію. Саме у цей період людина переживає стрес усвідомлення, намагається зрозуміти, що відбулося та знайти хоч якийсь сенс в тому. У свідомості стикається сформований образ світу з новою постшоковою ситуацією реальних загроз, втрат та масованого дискомфорту, що викликає внутрішній конфлікт й випробування цілісності особистості. Дійсність настільки загрожуюча, що у людини може включитись фрустраційна регресія, яка викликає архаїчні страхи, афективні реакції, почуття вини "за те, що я вижив, а інші загинули".

Інша класифікація послідовності фаз в динаміці станів людей після психотравмуючих ситуацій запропонована у відповідності з роботами Національного інституту психічного здоров'я (США). Вона включає:

1. *Героїчну фазу*. Вона починається безпосередньо в момент події та триває декілька годин. Для неї характерні альтруїзм, героїчна поведінка, викликана бажанням допомогти людям, спастись і вижити.

2. *Фазу «медового місяця»*, яка наступає після катастрофи та триває від тижня до 3-6 місяців. Ті, хто вижили переживають сильне почуття гордості за те, що подолали всі загрози й залишились живі. В цій фазі постраждалі надіються і вірять, що скоро всі проблеми та труднощі будуть подолані.

3. *Фазу розчарування*, яка триває від 2 місяців до 1-2 років. Сильні почуття розпачу, гніву, обурення, виникають у результаті руйнування надій.

4. *Фазу відновлення*, яка починається, коли ті хто вижили усвідомлюють, що їм самим необхідно налагоджувати побут та вирішувати виникаючі проблеми, та беруть на себе відповідальність за виконання цих завдань.

У літературі досліджувачі виділяють наступні умови, знижуючі "захист особистості від екстремального стресора".

1. Формування концепта безвихідності.
2. Формування концепта унікальності своїх переживань та страждань у екстремальній ситуації.
3. Відсутність продуктивних ідей.
4. Приписування собі почуття вини за виникнення катастрофи .

Будь-яка екстремальна ситуація залишає після себе значну кількість постраждалих (фізично, психологічно, матеріально). За даними фахівців, у момент

критичного інцидента до 80% учасників впадають у травматичну стадію стресу. Тому закономірно постає питання про екстренну психологічну допомогу.

Екстренна психологічна допомога – це система короткострокових заходів допомоги постраждалим на місці екстремальної події або у найближчий час після того як вона сталась. Вони спрямовані, перш за все, на регуляцію актуального психологічного та психофізіологічного станів та негативних емоційних переживань, зв'язаних з цією подією, за допомогою професійних методів, відповідаючих вимогам ситуації.

Основна мета екстренної психологічної допомоги – попередження патологічної еволюції особистості, волею долі втягнутої у надзвичайну ситуацію.

Зміст та методи екстренної психологічної допомоги залежать від характеру екстремальної ситуації та ефекта травмуючого впливу на психіку людини. Однак, завжди слід враховувати загальні умови, в яких надається екстренна психологічна допомога:

По-перше, раптовість виникнення події, яка найсильнішим чином вплинула на емоційну, когнітивну, особистісну сфери людини, поставила перед обличчям смерті.

По-друге, обмеженість часу надання психологічної допомоги.

Подібно лікарю "швидкої допомоги" психолог має діяти орієнтуючись на ситуацію " тут і зараз", адже постраждалі знаходяться у гострому стані й дуже сприйнятливі до впливу тому кризове втручання (або інтервенція) рекомендується надавати якомога раніше, безпосередньо після події.

Прийнято вважати, що людина пережила психотравмуючу подію, коли виконуються одночасно дві вимоги:

1) людина пережила одну або декілька подій, коли виникла загроза смерті йому чи іншим людям, смерть іншої людини або серйозне власне поранення;

2) людина на це реагувала інтенсивним страхом та почуттям безпорадності.

Загальноприйнятий підхід при кризовому втручанні – вислуховування переживань та допомога у "нормалізації почуттів". Як правило, така підтримка одразу ж приносить полегшення.

Оскільки за даних обставин про діагностику у звичному розумінні мова йти не може, то психологові необхідний хоча б ознайомитися з інформацією про

особливості ситуації (особливості травмуючих впливів, кількість людей, що потребують допомоги і ін.) та умови роботи (дислокація постраждалих та їх родичів, місце де можна проводити роботу з постраждалими, місця розташування пунктів харчування та інформування про постраждалих й ін.).

Через неможливість надання психологічної допомоги одразу всім постраждалим необхідно виділити "групу ризику" – тих кому необхідно надати допомогу в першу чергу. Це люди, які знаходяться у стані шоку чи ступору, ті, у кого немає родичів, що могли б надати їм підтримку, батькам потерпілих дітей, людям, які втратили близьких і при цьому страждають захворюваннями, які можуть викликати приступ (серцеві та психосоматичні захворювання). Особливої уваги потребують очевидці, які знаходились в епіцентрі трагедії, але самі не постраждали, однак заряджають інших своїми афективними реакціями, мовною та руховою активністю чи агресивними проявами. Завдання фахівця виявити таких людей та направити їх активність в русло посиленої корисної діяльності, або ж за будь-якої нагоди видалити з місць масового скупчення людей.

Правила поведінки з людиною яка перенесла втрату включають наступне.

Якщо людина знаходиться на стадії шоку, її не можна залишати саму, тому що при виході з шоку можливі гострі реактивні стани. На стадії шоку у людини порушені контакти з зовнішнім світом, тому розмовляти з нею або намагатися втішати її не має сенсу. Якщо ж необхідно, щоб людина скоїла якусь просту дію (пішла з небезпечного місця, поїла і т.п.), треба говорити з нею чітким голосом, вживати короткі фрази зі стверджуючою інтонацією. При цьому необхідно уникати дієслів з часткою «не». Психологи пояснюють цю вимогу наступним чином: у стані шоку свідомість людини ніби «відключено», перебуває «не тут і не зараз»; і в силу цього поточна інформація може надходити тільки в несвідоме, яке «не розуміє» складних мовних конструктів та ігнорує їх. Зокрема, на думку представників нейролінгвістичного програмування (НЛП), воно не сприймає частки «не» (сказавши, «не вставай», можна отримати протилежний результат, так як несвідоме розпізнає лише дієслово «вставай»).

Проте як би не був порушений в людини, що знаходиться в стані шоку, зв'язок зі світом, зберігається можливість тактильного зв'язку з нею. А раз так, можливо

використовувати тактильний контакт (дотик, погладження по спині, голові). Іноді цього буває достатньо, щоб вивести з шоку. Якщо фаза шоку триває досить довго (її тривалість може становити від декількох хвилин до декількох днів), необхідно, щоб близькі стежили за прийомом їжі, допомагали приймати необхідні рішення. Вивести людину з шоку допомагають будь-які сильні почуття. Якщо вдається викликати у людини сльози, значить, вона починає виходити з фази шоку і переходить у наступну фазу. У цей час можливі гострі реакції (істерика, рухове збудження, нервові тремтіння, агресія і т.д.), які, як правило, лякають близьких, але для надзвичайної ситуації є цілком адекватними. Якщо людина змогла заплакати, необхідно встановити фізичний контакт з нею (взяти за руку, покласти свою руку на плече або спину, покласти її руку на своє зап'ястя). Всі ці нехитрі прийоми на несвідомому рівні допомагають людині відчуті присутність інших, їх турботу, що сприяє нормалізації фізіологічного стану, допомагає розслабитися і виплакати (тим самим відреагувати, виплеснути накопичилися біль і відчай).

Слід уникати занадто наполегливих питань, а тим більше порад. Головне – просто вислухати та забезпечити можливість "виходу горя".

Говорячи про цілющість сліз, необхідно пам'ятати про дві речі. По-перше, не треба прагнути до того, щоб людина перестала плакати. Адже сльози - це вихід внутрішнього болю на тілесному рівні, вони приносять деяке полегшення. Пояснення цього феномена лежить в сфері фізіології: при плачі в організмі виробляються певні речовини, які сприяють заспокоєнню. По-друге, дуже важливо розрізняти плач і істеричну реакцію (зовні вони дуже схожі). Основна відмінність істерики від плачу полягає в тому, що істерика протікає значно більш бурхливо; вона може супроводжуватися криками, погрозами на свою адресу або адресу інших. Так як істерика – демонстративна реакція, перше, що потрібно зробити – це видалити глядачів і створити спокійну обстановку. Відомий прийом, що допомагає зупинити істеричну реакцію – здійснити будь-яку несподівану дію, яка виходить за рамки «звичного» для даної ситуації (наприклад, з гуркотом упустити предмет, різко крикнути, а в деяких випадках навіть дати ляпас). Говорити слід короткими, імперативними фразами, упевненим тоном («Випий води!», «Дихай глибоко і

повільно!»). Оскільки зазвичай після завершення істеричної реакції людина відчуває занепад сил, її необхідно укласти спати.

Може виникнути питання про те, що робити при агресивній реакції. Якщо агресія виражається тільки у вербальній формі, не варто її зупиняти. Якщо ж гнів набуває занадто активного характеру, то головне завдання не «задавити його» (це може викликати фізичні симптоми або аутоагресію), а направити в безпечне русло. Неконтрольоване нервово-тремтіння – ще одна реакція, можлива під час гострої фази. Людина не може втримати у руках дрібні предмети, запалити сигарету. Нерідко «непрофесійні помічники», бачачи подібну реакцію, намагаються зігріти людини і заспокоїти її (притиснути до себе, накрити і т. п.). Не варто цього робити. Помічнику слід знати, що таке тремтіння – це спосіб, коли тіло намагається «скинути напругу». Тому психологічно грамотними тут будуть абсолютно протилежні дії: потрібно допомогти постраждалому посилити тремтіння. Приміром, можна взяти його за плечі і сильно, різко потрясти протягом 10 – 15 хвилин. Одночасно потрібно розмовляти з людиною, щоб вона зрозуміла сенс ваших дій і не сприймала їх як напад.

Рекомендації, якими слід керуватися при безпосередній роботі в місцях масових лих.

1. Дайте знати потерпілому, що ви вже поруч і що вже вживаються всі заходи для його порятунку. Постраждалий повинен відчувати, що в такій ситуації він не самотній. Підійдіть до потерпілого і скажіть приблизно таке: «Я залишусь з вами, поки не приїде швидка допомога». Він повинен бути проінформований і про те, що зараз відбувається: «Швидка допомога вже в дорозі».

2. Постарайтеся позбавити потерпілого від сторонніх поглядів. Цікаві погляди дуже неприємні людині в кризовій ситуації. Якщо глядачі 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 торкніться плеча. Торкатися до голови або інших частин тіла не рекомендується. Займіть положення на тому ж рівні, що і постраждалий. Навіть надаючи медичну допомогу, намагайтеся бути на одному рівні з постраждалим.

4. Говоріть і вислуховуйте. Уважно слухайте, не перебивайте, будьте терплячим, виконуючи свої обов'язки. Говоріть спокійним тоном, навіть якщо потерпілий втрачає свідомість. Не проявляйте нервозності. Уникайте докорів! Запитайте постраждалого: «Чи можу я що-небудь для вас зробити?». Якщо ви відчуваєте почуття жалю, не соромтеся про це сказати.

Кожному психологові, який працює з постраждалими в екстремальних ситуаціях необхідно дотримуватися *правил першої психологічної допомоги*.

Правило 1. У кризовій ситуації постраждалий завжди знаходиться в стані психічного збудження. Це нормально. Оптимальним є середній рівень збудження. Відразу скажіть пацієнту, що ви очікуєте від терапії і як скоро можна очікувати успіху. Надія на успіх краще, ніж страх неуспіху.

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

Правило 3. Точно скажіть, хто ви і які функції виконуєте. Узнайте імена тих, хто потребує допомоги. Скажіть постраждалим, що допомога скоро прибуде, що ви про це подбали.

Правило 4. Обережно встановіть тілесний контакт з потерпілим. Візьміть потерпілого за руку або торкніться плеча. Не повертайтеся до потерпілого спиною.

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

Правило 6. Професійна компетентність заспокоює. Розкажіть про вашу кваліфікацію та досвід.

Правило 7. Допоможіть потерпілому повірити в його власну компетентність. Дайте йому доручення, з яким він впорається. Використовуйте цей факт, щоб переконати його у власних здібностях, щоб у потерпілого виникло почуття самоконтролю.

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

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

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

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

Правило 12. Якщо стрес є тим, з чим постійно працює психолог, то він може негативно позначитися і на ньому. Напругу, яка виникає в ході такої роботи доцільно знімати за допомогою релаксаційних вправ і професійної супервізії. Групи супервізії повинен вести професійно підготовлений модератор.

Таким чином, надаючи екстренну допомогу людині, постраждалій в надзвичайній ситуації, психолог повинен брати на себе відповідальність і за дії, і за наміри потерпілого. На початковому етапі роботи мова йде про те, щоб мінімізувати наслідки психологічної травми, переробити важкі переживання і тим самим структурувати хаос, в якому перебуває клієнт.

Психолог, який надає швидку допомогу потерпілому, займає особливу позицію, яку можна порівняти з поведінкою дбайливого батька або опікуна. Його основне завдання - стати «тимчасовим заміником надії», показати людині, що життя продовжується, і у кожного, хто залишився живим, є можливість змінити свою життєву ситуацію. У людей, постраждалих у надзвичайних ситуаціях, через деякий час (і необов'язково короткий) може виникнути «відлуння пережитої травми» - важка життєва криза чи посттравматичний стрес. При цьому знову оживають ті події минулого, які викликали травму. Для подолання віддалених наслідків травми, нанесеної надзвичайними і екстремальними ситуаціями, людині може знадобитися більш тривала кваліфікована психологічна допомога.

Травмуючий стрес – це переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини з оточуючим світом. Це нормальна реакція на ненормальні обставини. Коло явищ, які викликають травмуючі стресові порушення, достатньо

широке і охоплює ситуації, коли виникає загроза особистому життю або життю близької людини, фізичному здоров'ю або образу Я.

Наслідки травми можуть проявитись через певний час, на фоні загального благополуччя людини, і з часом погіршення стану може стати все більш вираженим.

Психологічні наслідки травмуючого стресу в крайньому своєму прояві виражаються у посттравматичному стресовому розладі (ПТСР).

Під *посттравматичним стресовим розладом* розуміють відстрочену за часом психопатологічну комплексну реакцію на психотравмуючу подію, оформлену у цілісний синдром. ПТСР зафіксовано у міжнародному класифікаторі хвороб МКХ – 10 (код.309.81) Не дивлячись на те, що ПТСР формально є психічним захворюванням, його вивчення, діагностика та психотерапія відносяться до компетенції клінічного психолога.

Виділяють наступні чотири характеристики травми, здатної викликати травмуючий стрес:

- 1) травмуюча подія усвідомлюється, тобто людина знає, що з нею сталося та через що у неї погіршився психологічний стан;
- 2) цей стан обумовлений зовнішніми причинами;
- 3) пережите порушує звичний порядок життя;
- 4) подія викликає жах та відчуття безпорадності, безсилля що-небудь зробити.

Найважливішими клінічними симптомами ПТСР являються наступні.

1. Травматична подія постійно повторюється у переживаннях одним (або декількома) способами:

- причепливе відтворення подій, думок й сприйнять, які викликають важкі емоційні переживання;
- повтори важких снів про подію;
- важкі відчуття начебто травмуюча подія переживалась знову (часто з ілюзіями та галюцинаціями);
- інтенсивні важкі переживання, які викликаються ситуацією, що нагадує про травмуючі події чи символізує їх;

- фізіологічна реактивність в ситуаціях, які символізують аспекти травматичної події.

2. Постійне уникання стимулів, пов'язаних з травмою. Визначається за наявністю трьох (або більше) наведених нижче особливостей:

- прояв зусиль щодо уникнення думок, розмов, почуттів, пов'язаних з травмою;

- намагання уникнути дій, місць або людей, які нагадують про травму;

- нездатність згадати про важкі аспекти травми;

- помітно знижений інтерес до раніше значимої діяльності;

- почуття відстороненості, віддаленості від людей;

- знижена виразність емоцій та почуттів; відчуття відсутності перспектив у майбутньому.

3. Постійні симптоми зростаючого збудження (які не спостерігались до травми). Визначаються за наявністю по крайній мірі двох з нижче наведених симптомів:

- труднощі засипання або поганий сон;

- роздратованість чи спалахи гніву;

- ускладнення з концентрацією уваги;

- підвищений рівень тривоги, стан постійного очікування загрози;

- гіпертрофована реакція переляку.

Обов'язковою умовою для діагностики ПТСР являється встановлення часу протікання розладу. ПТСР діагностується лише у тому випадку, коли описані вище симптоми мають місце не менше одного місяця. Не менш важливою умовою для встановлення діагнозу є та обставина, що розлад викликає клінічно значимий важкий емоційний стан або порушення у соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності.

Крім цього, деякі автори виділяють так звані вторичні ознаки ПТСР. До них відносять: алкогольну, медикаментозну або наркотичну залежність, схильність до суїцидальних думок та спроб, депресій, захворювань серцево-судинної системи, сексуальних дисфункцій, девіантної поведінки й ін.

Загальні закономірності виникнення та розвитку посттравматичного стресу не залежать від того, які конкретно травмуючі події послужили причиною психологічних та психосоматичних порушень. Головним є те, що ці події носили екстремальний характер, виходили за межі звичних людських переживань та визивали інтенсивний страх за своє життя, жах та відчуття безпорадності.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення та розкрийте психологічну сутність екстремальної ситуації.
2. Охарактеризуйте психогенні розлади, які спостерігаються в екстремальних ситуаціях.
3. Розкрийте динаміку виникнення і розвитку окремих психопатологічних проявів у постраждалих на різних етапах екстремальної ситуації.
4. Розкрийте сутність та основну мету екстренної психологічної допомоги.
5. Сформулюйте правила поведінки з людиною яка перенесла втрату.
6. Наведіть правила першої психологічної допомоги постраждалим в екстремальній ситуації.
7. Дайте визначення посттравматичних стресових розладів, назвіть причини та основні симптоми їх прояву.

Тема 9. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В СИСТЕМІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ У ВНУТРІШНІХ ВІЙСЬКАХ.

Психологічна робота – це діяльність, яка проводиться в мирний і воєнний час командирами, офіцерами органів виховних структур (психологами) й спеціально створюваними структурами (підрозділами), що включає комплекс профорієнтаційних, психодіагностичних, психопрофілактичних та психокорекційних заходів, спрямованих на вивчення, формування й розвиток у військовослужбовців професійно важливих психологічних якостей і підтримку психічних станів, необхідних для успішного виконання службово-бойових завдань, та збереження психічного здоров'я.

Термін "*психологічна робота*" застосовується до діяльності відповідних фахівців, як у мирний, так і у воєнний час, фіксуючи спрямованість на діяльність, завдання (*психологічне забезпечення*) і на людину, її психічне здоров'я (*психологічна допомога*).

Психологічну допомогу надають психологи особам, які мають в ній потребу з метою вирішення їхніх психологічних проблем. Професійні дії психолога обумовлені характером проблеми військовослужбовця. Психологічна допомога, як складова психологічної роботи, включає психологічне консультування, психотерапію й психокорекцію.

Загальна спрямованість психологічної роботи на виконання службово-бойових завдань обумовлюється необхідністю всебічного забезпечення бойової готовності внутрішніх військ, а також характером конкретних проблем, що мають негативний психологічний вплив на бойові можливості особового складу, його психічне самопочуття й ефективність військової діяльності.

Вкажемо **основні психологічні проблеми**, на розв'язання яких спрямована психологічна робота.

1. *Особистісні проблеми* – це проблеми, що погіршують особистісний розвиток військовослужбовців, їх моральне й психічне здоров'я та самопочуття і потенційні бойові можливості.

Прояв особистих проблем знаходить своє відображення в труднощах соціально-психологічної адаптації військовослужбовця до умов військової служби у формі конфліктів, різних відхилень поведінки, почутті тривоги, розгубленості, безвихідності і т.п.

2. *Колективно-групові проблеми* – проблеми, що погіршують морально-психологічний клімат військового колективу. До них відносяться різні види порушень і деформацій колективних зв'язків (моральних, ділових, особистих), розпад позитивних цінностей колективу, роз'єднаність військовослужбовців, різні форми психологічної несумісності, існування мікрогруп, що характеризуються негативним стійким прагненням до вибору помилкових, асоціальних та антиармійських цілей і орієнтирів.

3. *Діяльнісні проблеми* – проблеми, властиві службово-бойовій діяльності військовослужбовців через невідповідність їх психологічних якостей об'єктивним вимогам військової служби й військової спеціальності. Дані проблеми проявляються в

зниженні ефективності діяльності, помилках і злочинах при виконанні службово-бойових завдань.

Виходячи з існування перерахованих проблем і необхідності їхнього першочергового вирішення, зміст психологічної роботи зводиться до *двох основних напрямків*:

– удосконалення психологічних умов, що впливають на психіку військовослужбовців;

– формування й розвиток індивідуальних і групових психічних утворень, що є найважливішим фактором підвищення ефективності функціонування людини в різних видах військової діяльності.

Особливістю психологічної роботи в умовах внутрішніх військ є її орієнтованість і на інтереси діяльності, і на інтереси людини.

Психологічна робота організовується відповідно до чинного законодавства України, наказів і директив Командувача внутрішніх військ.

Головними *завданнями психологічної роботи* у військовій частині є:

- вивчення індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців, соціально-психологічних процесів і явищ у військових колективах і прогнозування їхнього розвитку;

- психологічна експертиза професійної придатності військовослужбовців і молодого поповнення з метою їхнього раціонального розміщення за військовими спеціальностями і посадами;

- формування у військовослужбовців відповідних професійно важливих психологічних якостей, психологічної стійкості, навичок безпечної поведінки, уміння розв'язувати свої психологічні проблеми та управляти конфліктними ситуаціями з урахуванням особливостей несення служби та категорій військовослужбовців;

- психологічний аналіз службово-бойової діяльності і навчально-виховного процесу та вироблення заходів щодо підвищення їхньої ефективності, зміцнення дисципліни й законності, створення ефективної системи забезпечення психологічної та психофізіологічної надійності особового складу;

- психологічне забезпечення необхідного рівня бойової і мобілізаційної готовності, виконання службово-бойових завдань;
- формування здорового морально-психологічного клімату у військових колективах; надання психологічної допомоги військовослужбовцям, членам їхніх родин і цивільному персоналу, а також організація психологічної освіти військовослужбовців; протидія негативному інформаційно-психологічному впливу на військовослужбовців.
- проведення психопрофілактичної роботи, спрямованої на зміцнення й відновлення соціально-психологічного благополуччя та здоров'я військовослужбовців, попередження виникнення соціально-психологічної та особистісної дезадаптації.

Як видно з наведеного переліку, уся різноманітність завдань психологічної роботи може бути розглянута у вигляді двох основних напрямків:

а) сприяння вирішенню завдань, що стоять перед військовою частиною, безпосередньо пов'язаними з військовою діяльністю;

б) сприяння вирішенню проблем, не пов'язаних прямо, а опосередковано з військовою діяльністю. Сюди входить вирішення особистих проблем військовослужбовців і членів їхніх сімей, збереження рівня їхнього психічного здоров'я та підвищення соціально-психологічної компетентності, оптимізація психофізіологічного стану (що безумовно є сферою і психологічної допомоги).

Реалізація даних завдань здійснюється *суб'єктами психологічної роботи*. У військовій частині до них відноситься досить широке коло осіб, яке тією або іншою мірою здійснює психологічний вплив на військовослужбовців. Такими, зокрема, є: *командири, органи виховної роботи, медична служба, штаби, , військовослужбовці, військові колективи, суспільні організації*. Від погодженості їхніх дій багато в чому залежить ефективність психологічної роботи в цілому.

Реалізація цих завдань припускає організацію і здійснення певних *форм діяльності*. Форми психологічної роботи передбачають здійснення в частині та підрозділі певних погоджених дій усіх суб'єктів психологічної роботи з *отримання вірогідної психологічної інформації, а також здійснення безпосереднього впливу на окремих військовослужбовців (службовців, членів їхніх сімей) і військові колективи з метою оптимізації їхнього психологічного стану, що забезпечує ефективну*

військову діяльність. До числа основних *форм психологічної роботи в частині відносяться*: психодіагностика, психопрофілактика і психогігієна, психологічне консультування і освіта, психотерапія і психореабілітація. Кожна з них має свої особливості та певним чином спрямована на здійснення психологічної допомоги особистості чи групі військовослужбовців у повсякденній діяльності військ.

Психодіагностика представляє собою комплекс заходів, щодо виявлення й оцінки індивідуально-психологічних особливостей особистості військовослужбовця (службовця, членів сімей), соціально-психологічних характеристик діяльності військовослужбовця та військових колективів у відповідності до наявних норм і критеріїв, а також чинників, що впливають на ефективність службово-бойової діяльності з метою прогнозу подальшого розвитку об'єкта обстеження та пошуку найбільш ефективних методів роботи з ним; розробки конкретних рекомендацій для обстежуваних, а також посадових осіб з метою подальшої оптимізації існуючих форм, методів і способів навчання та виховання особового складу й режиму їхньої життєдіяльності.

Психопрофілактика і психогігієна - це система психолого-педагогічних і організаційних заходів, які сприяють попередженню різноманітних проблем (таких, як порушення психічного здоров'я військовослужбовців, конфлікти у військових колективах, відхилення поведінки, труднощі в адаптації і т. п.) та спрямованих на збереження нервово-психічного й психосоматичного здоров'я людей і створення здорових умов для життєдіяльності військовослужбовців. Психопрофілактичні заходи проводяться психологом у тісному взаємозв'язку з іншими посадовими особами.

У межах даного виду діяльності здійснюється:

- виявлення і постановка на облік військовослужбовців, схильних до неадекватної (девіантної) поведінки, а також осіб з низьким рівнем нервово-психічної стійкості;
- організація роботи кімнати психологічного розвантаження, в якій проводяться цикли бесід на психогігієнічні теми щодо збереження психічного здоров'я; навчання прийомам емоційно-вольової саморегуляції психічних станів, спеціалізованим формам мобілізації на дії в екстремальних ситуаціях або процедурам відновлення

психофізіологічних ресурсів; підготовка навчально-методичних матеріалів щодо індивідуального засвоєння прийомів аутотренінгу;

- психогігієнічна оцінка комфортності режимів праці і відпочинку; прийом психологом військовослужбовців під час медичної диспансеризації й інші заходи.

Психологічне консультування - це вид психологічної допомоги, що полягає в роз'ясненні військовослужбовцям (членам їхніх сімей) їх психологічних труднощів, знятті психологічної напруги, підвищенні їх компетентності і наданні безпосередньої допомоги у вирішенні особистих проблем, з якими вони зустрічаються в особистому житті, професійній діяльності й інших ситуаціях, профілактиці і подоланні кризових ситуацій, а також корекції неадаптивних способів поведінки.

Консультування здійснюється, як правило, у формі планомірного прийому військовослужбовців і цивільного персоналу психологом військової частини. Психологічно орієнтована бесіда, консультація відрізняється за своїм змістом від звичайної індивідуально-групової бесіди наявністю психодіагностичного компонента, а також націлюванням на більш глибокий психологічний аналіз ситуації, наявністю компетентної інтерпретуючої позиції фахівця. Психологічне консультування може проводитися також шляхом організації пошти або телефонів довіри в рамках військової частини.

Психологічне навчання і освіта - формування уявлень про закономірності функціонування людської психології, механізми виникнення негативних психічних станів, формування і вдосконалення навиків психолого-педагогічної і управлінської діяльності, а також навиків психічного саморегулювання, побудови оптимальних форм взаємовідносин і взаємодії з іншими людьми.

Психологічна освіта і навчання реалізується в системі командирської і бойової підготовки, а також у процесі повсякденної життєдіяльності: у ході бесід, лекцій, проведення демонстраційних психологічних практикумів, тренінгів, інформувань, групового психологічного консультування осіб, які звернулися з приводу тих або інших проблем.

Психотерапія і психокорекція - діяльність, спрямована на реконструкцію психічних утворень військовослужбовців (членів їх сімей), їхнє особистісне

зростання, відтворення гармонійних відношень з навколишнім середовищем, ослаблення дії психотравмуючих чинників, формування якостей, необхідних для військової служби, а також оптимізацію морально-психологічного клімату у військовому колективі.

Говорячи про психотерапію (як форму психологічної допомоги), розрізняють її *медичний напрямок*, що охоплює лікування психологічними засобами нервово-психічних і психосоматичних хвороб і розладів людини, та *немедичний*, що орієнтований на здорову людину і займається подоланням її психологічних труднощів, наданням допомоги в особистому розвитку. При цьому психокорекційні заходи проводяться тоді, коли психологом виявлені негативні відхилення від норми в розвитку і функціонуванні психіки конкретного військовослужбовця.

Психореабілітація, використовуючи методи і процедури психотерапії, спрямовується на відновлення психічних функцій, порушених внаслідок дії психотравмуючих чинників, і особистісного статусу людини.

Дослідження індивідуальних психологічних особливостей військовослужбовців дозволяє виявити осіб з тими або іншими психологічними труднощами, які потребують надання їм психологічної допомоги з метою збереження психічного здоров'я.

Це пов'язано з тим, що в умовах службово-бойової діяльності військовослужбовець стикається з численними проблемними ситуаціями, які вимагають певного рівня психічного ресурсу людини для їхнього успішного подолання. Чим більше енергетичних зусиль вимагає ситуація, тим більша імовірність зниження психічного ресурсу військовослужбовця та розбалансування психічного здоров'я в цілому.

Таким чином, *об'єктами психологічної допомоги* є військовослужбовці, які мають *проблеми особистісного зростання, труднощі* подолання важких ситуацій і розлади психічного здоров'я. При цьому під *психічним здоров'ям* в умовах військової служби розуміється комплексна багаторівнева якість життєдіяльності, яка виражає відповідність психофізичного стану і самопочуття, орієнтування і поведінки рівню розвитку психофізичної втоми, виснаженості, наявних адаптивно-компенсаційних можливостей психіки.

Як зазначалось вище, для визначення необхідності надання психологічної допомоги дуже важливими є як суб'єктивне відчуття психологічного неблагополуччя самим військовослужбовцем, так і узагальнені уявлення про *норму психічного здоров'я*, що дозволять з певною мірою імовірності визначити наявність відхилень від неї у конкретної людини. Відхилення від цієї норми можуть мати тимчасовий або постійний характер, а також різноманітний ступінь виразності: від більш "загострених" окремих рис характеру (акцентуації) до різноманітного роду невротичних станів і деформацій особистості. Дані психологічні особливості конкретної людини знаходять вираження в її поведінці, що відрізняється, як правило, від загальноприйнятих поглядів. У поєднанні з порушенням соціальних (правових і моральних) норм така поведінка характеризується як *девіантна* (що відхиляється). Саме ці військовослужбовці є об'єктом найбільшої уваги посадових осіб і, у першу чергу, психолога військової частини.

Однак коло осіб, які потребують надання їм психологічної допомоги, не обмежується суб'єктами з відхиленнями у поведінці. Дуже часто людина, потрапляючи в незвичні для неї умови, ситуації життєдіяльності, не може самостійно знайти вихід з ситуації, що склалася, правильно визначити для себе найкращу лінію поведінки або просто не володіє необхідними навиками (прийняття рішень, взаємодії з іншими людьми і т. п.).

Найбільш типовою для більшості військовослужбовців за суб'єктивним рівнем важкості є *ситуація адаптації до умов військової служби*. Під терміном "адаптація" розуміється, з одного боку, стійкість особистості до умов середовища, з іншого - процес пристосування біосистеми людини до обстановки, що змінюється. Процес адаптації військовослужбовця до умов служби вимагає величезної нервової праці, пов'язаної з відмовою від багатьох звичок і схильностей, вироблених протягом багатьох років, підпорядкування своєї поведінки новим вимогам. Процес адаптації протікає довше і частіше супроводжується різноманітними нервово-психічними розладами у осіб, які перенесли ураження центральної нервової системи, мали відхилення в домашньому вихованні, а також слабкий адаптаційний потенціал.

Посиленню негативних психологічних виявів можуть служити не тільки індивідуальні особливості конкретного військовослужбовця, але й ті умови макро- і

мікросоціального середовища, в яких здійснюється його життєдіяльність (відношення у військовому колективі, розрив звичних зв'язків, несприятливі вісті з дому, відсутність уваги і дефіцит поваги з боку командирів й т. п.).

Для забезпечення ефективності психологічної допомоги вона повинна мати комплексний характер, що виявляється:

- у здійсненні профілактичних заходів: систематичній і погодженій роботі психолога й інших посадових осіб зі створення сприятливих умов для навчання і виховання військовослужбовців, попередження їхнього психологічного перевантаження; вчасному виявленні осіб, які потребують надання їм психологічної допомоги і постійного психологічного супроводу;
- у безпосередньому застосуванні спеціальних процедур з надання психологічної допомоги конкретним військовослужбовцям методами психологічного консультування, психотерапії і психореабілітації.

Особливим предметом уваги психолога й інших посадових осіб повинні бути військовослужбовці з ознаками нервово-психічної нестійкості (НПНС).

Під "*нервово-психічною нестійкістю*" розуміють схильність до зривів функціонування нервової системи військовослужбовця при значних фізичних і психічних навантаженнях. НПНС як інтегральний показник психічного стану піддається динаміці і може змінюватися під впливом багатьох чинників. НПНС не рівнозначна психічному захворюванню, а є тимчасовим, зворотним явищем. Її можна порівняти з межею, за якою починається хвороба.

Найбільш важливими чинниками, що сприяють розвитку НПНС є:

- слабка підготовка до військової служби і негативне відношення до неї; психотравмуючі конфлікти між молодими воїнами і військовослужбовцями більш раннього призову; грубість і педагогічні помилки командирів;
- особливості рис характеру самого військовослужбовця (надмірна образливість, підозрливість, невпевненість, упертість і ін.), у тому числі і фізіологічні особливості організму, які зумовлюють ненадійність адаптаційних і компенсаційних механізмів;
- психологічний клімат до призову (у родині, колі однолітків і у військовому підрозділі);

- зловживання алкоголем, приводи в міліцію, ранній негативний сексуальний досвід, вживання наркотиків;
- факт розлуки з родиною, близькими людьми, несприятливі звістки з дому й ін.

Організація роботи щодо виявлення військовослужбовців з ознаками НПНС повинна передбачати планові заходи в період прибуття молодого поповнення в частину, у період адаптації до військової служби, а також у період подальшого проходження військової служби.

З прибуттям молодого поповнення в частину психолог проводить інструктивно-методичне заняття з посадовими особами підрозділів. На цьому занятті він у доступній формі розповідає про сутність і ознаки вияву НПНС у спілкуванні, поведінці, діяльності, зовнішньому вигляді військовослужбовців, а також вказує, на що звернути увагу при вивченні документів, спостереженні і в процесі бесіди з поповненням.

Так, наприклад, у результаті вивчення документів можуть бути отримані побічні ознаки нервово-психічної нестійкості: психічні захворювання у батьків і близьких родичів, перенесені травми і інфекційні захворювання головного мозку, спостереження в психоневрологічному диспансері, нічне нетримання сечі, виховання в неблагополучній родині, відсутність одного з батьків, наявність відстрочки від призову за станом здоров'я, приводи в міліцію, труднощі в навчанні і засвоєнні професії, належність до антисоціальних груп, складні відношення з товаришами, низька суспільна активність, вузькість і невідповідність віковій інтересів і захоплень, гарячність, дратливість, нестійкість настрою, образливість, замкненість, безініціативність, зайва принциповість, слабовілля, рання пристрасть до алкоголю, паління, вживання препаратів, що містять наркотики.

За наявності 1-2 ознак військовослужбовець заслуговує на більш пристальну увагу і спостереження, а за наявності 3-5 ознак - заноситься до списків для більш глибокого обстеження психологом частини.

Спостереження в ході бесіди або проведення психологічного обстеження також надасть можливість виділити ряд ознак, що свідчать про нервово-психічну нестійкість військовослужбовця. До таких ознак слід віднести: зухвалу поведінку, легку дратливість, запальність, нетерплячість і метушливість, театральність,

демонстративність, соромливість, замкненість, плаксивість, неспритність, незграбність і різкість рухів, скованість пози, незручна постава, немотивовані рухи руками і ногами, часте моргання, посіпування повік і щік, закушування губ, почервоніння шкіряних покривів обличчя і шиї, підвищену пітливість; недостатню кмітливість і тямучість, відповіді на питання не по суті; вираз розгубленості і переляку; часте звертання до товаришів за роз'ясненнями; спізнення, затримки з початком роботи або її припинення при тестуванні; примітивність висловлювань.

Спостереження за поведінкою військовослужбовців у повсякденній обстановці повинно бути спрямованим на виявлення осіб, схильних до замкненості, відокремленості, сором'язливих, нерішучих, боязких, плаксивих або, навпаки, конфліктних, що вступають у сперечання, відмовляються виконувати накази, порушують розпорядок, розв'язних у поведінці.

За наявності навіть однієї з перерахованих ознак, що стійко виявляється в процесі всього спостереження, особливо у осіб, які вже мали за результатами вивчення документів 1-2 побічні ознаки НПНС, військовослужбовець заноситься до списку для поглибленого вивчення психологом частини.

З метою отримання конкретних відомостей про особливості поведінки представників молодого поповнення до спостереження можна залучати і сержантський склад, заздалегідь провівши відповідний інструктаж.

За результатами проведеної роботи психологом спільно з командирами підрозділів і їхніми заступниками з виховної роботи складається список військовослужбовців, які потребують поглибленого психологічного обстеження, щодо обмеження використання цих військовослужбовців за окремими спеціальностями і в певних ситуаціях. Військовослужбовці з різко вираженими ознаками нервово-психічної нестійкості подаються для медичного освідчення щодо здатності до військової служби.

У період адаптації до військової служби і подальшого проходження служби триває вивчення військовослужбовців, динамічне спостереження за особами з ознаками НПНС з метою контролю їхнього поточного стану і вироблення психологом пропозицій посадовим особам про міри індивідуально-виховного характеру щодо психопрофілактичних і психокорекційних заходів.

Предметом особливої уваги посадових осіб повинні бути військовослужбовці, які знаходяться в *депресивному (пригніченому) стані*. Досвід вивчення пригод, пов'язаних з *суїцидальною поведінкою* військовослужбовців показує, що напередодні самогубства або його спроби більшість з них знаходились у психічному стані, який може бути охарактеризований як депресивний. Причинами такого стану можуть служити високозначимі для людини психотравмуючі події, що створюють конфліктну ситуацію, єдино можливим подоланням або виходом з якої здаються суїцидальні дії.

Найбільш імовірними причинами для прийняття рішення про самогубство можуть виступати: ускладнена адаптація військовослужбовця; знущання з боку товаришів по службі; втрата соціального статусу у військовому колективі; побоювання відповідальності за скоєний злочин, провину; смерть або зрада близької людини; тривале соматичне або психічне захворювання; слабкий фізичний розвиток. Імовірність виникнення суїциду значно вища на початковому періоді служби, під час несення служби у варті, а також якщо в підрозділі спостерігається важка морально-психологічна обстановка.

Командирам, які відповідають за життя і здоров'я підлеглих, необхідно знати, що суїцидальна поведінка, як правило, має певну тривалість і характеризується такою динамікою. Спочатку (під впливом конфліктної ситуації) у військовослужбовця виникають *суїцидальні думки*, що характеризуються міркуваннями про відсутність сенсу життя, фантазіями на тему своєї смерті. Після цього виникають *суїцидальні задуми* (розробка плану самогубства) і *наміри* (прийняття рішення про самогубство). І лише після цього здійснюються суїцидальні дії.

Період від виникнення перших суїцидальних думок до намірів вчинити самогубство - найбільш імовірний період, коли оточуючим вдається зупинити від скоєння задуманого потенційного суїцидента. У цей період, як правило, у самого військовослужбовця спостерігається гостра потреба в теплих дружніх відношеннях, у співпереживанні й емоційній підтримці.

Офіцерам і військовослужбовцям підрозділу необхідно зважувати на *такі ознаки, які можуть свідчити про лихо, що наближається*:

- відкриті висловлювання про бажання покінчити з собою;
- побічні натяки на можливість суїцидальних дій, демонстрація матеріальних атрибутів самогубства; приховування патронів, накопичування лікарських препаратів, пошук отруйних рідин, приладнання мотузки і т. п.;
- підвищений інтерес, часті розмови про самогубство; прагнення до самотності, розірвання звичних зв'язків, зміна стереотипу поведінки;
- надзвичайно наполегливі прохання про переведення в інший підрозділ, військову частину, про госпіталізацію, надання відпустки за сімейними обставинами; раптова поява щедрості (роздача особистих речей), що супроводжується символічним прощанням; втрата інтересу до навколишнього і т. д.

Запрошуючи такого військовослужбовця на бесіду (обов'язково особисто), необхідно встановити тісний емоційний контакт, виявляти істинну зацікавленість, терпимо, без критики вислухати людину. Після відновлення послідовності подій, що призвели до кризової ситуації, необхідно показати (не зменшуючи значимості цієї ситуації для військовослужбовця), що подібні ситуації виникають і у інших людей, що це тимчасове явище, що його життя потрібне його близьким, іншим людям. Головну увагу зосередити на способі і спільному плануванні подолання цієї ситуації. У кінці бесіди висловити свою підтримку і сформулювати певність людині в своїх силах і можливостях.

Після проведення бесіди необхідно продумати питання про направлення цього військовослужбовця, при необхідності - в лікувальну установу. При цьому будь-яка інформація, повідомлена під час бесіди, не може бути передана будь-кому без згоди самого військовослужбовця. Не залишати його без уваги, створити на деякий період режим і умови для діяльності без навантажень (не ставити в наряд, особливо зі зброєю, не посилати в рейс і т. п.).

Для того, щоб вчасно попередити суїцидальну поведінку військовослужбовців, необхідно організувати її профілактику.

В діяльності посадових осіб щодо *профілактики суїцидальної поведінки* має бути чітка система роботи. Вона повинна включати найрізноманітніші заходи безпосереднього й опосередкованого впливу командирів, психологів, офіцерів структур виховної роботи і медичних працівників на військовослужбовців, у

поведінці яких спостерігається суїцидальний ризик або помітні окремі елементи його вияву.

Спершу у військовому підрозділі (частині) слід усунути діяльнісні, соціально-психологічні, психічні та інші фактори, які можуть провокувати суїцидальній поведінці військовослужбовця.

Серед цих заходів суттєве місце має посідати робота з молодим поповненням, яке необхідно в перші два місяці служби оточити особливою увагою. У роботі з ним потрібно враховувати труднощі адаптаційного періоду, оволодіння військовою спеціальністю, не допускати фізичних і психічних перевантажень, тим паче нічим невиправданих. Під час роботи з молодим поповненням слід виявляти такт, терпіння, чуйність, увагу, витримку.

Необхідно дуже уважно ставитися до заяв і скарг військовослужбовців та членів їхніх родин, своєчасно реагувати на них, більше уваги звертати на індивідуальні особливості та психічні якості своїх підлеглих, глибоко розбиратись у мотивах, якими вони керуються у своїй поведінці та службовій діяльності.

У цей період посадовим особам військової частини слід звертати особливу увагу на *ситуаційні реакції військовослужбовців*, які за своєю картиною і динамікою можуть бути поділені на *шість типів*:

реакція емоційного дисбалансу — характерна для молодого поповнення. Загальне тло настрою військовослужбовця пригнічене, він відчуває дискомфорт та має інші негативні переживання, такі як пригніченість, роздратованість, безпомічність. Такий вид реакції характеризується скороченням кола контактів. Нерідко втрачається і глибина контактів — вони набувають поверхового і частково поверхового характеру. Це завжди відчуває той, хто систематично зустрічається і розмовляє з підлеглими. Тривалість цієї реакції — до 2 місяців. Перш за все необхідно виявити причини, що викликають цю реакцію, і постаратися їх усунути або пом'якшити вплив;

песимістична ситуаційна реакція — виражається передусім у зміні світосприймання, появі негативних і песимістичних аспектів у світогляді, судженнях і оцінках, системі цінностей військовослужбовця. Вона характерна для періоду його адаптації у випадках постійного глуму і знущань, порушення

статутних правил взаємин між військовослужбовцями, що мають місце у підрозділах. Така реакція несприятлива передусім тому, що мішає продуктивному плануванню діяльності на час служби, поступаючись неоптимістичним прогнозам. Тяжкі емоційні перевантаження сприймаються як удари долі, протидії яким бути не може. Цей тип ситуаційної реакції найбільш суїцидонебезпечний, оскільки будь-які втручання сприймаються у дусі власної песимістичної концепції і не можуть повністю нейтралізувати психотравмуючі причини. При цьому як спосіб реалізації суїцидального рішення зазвичай використовуються найтяжчі його види (самостріли, самопідриви, самоповішання). Такі епізоди найменше містять елемент «крик про допомогу» — суїцидальні рішення кінцеві, стрімкі і безконтрольні. Військовослужбовці з цією формою ситуаційної реакції найчастіше залишають посмертні записки, що містять роздуми про власне життя. Записки ці відверті і нерідко виявляють справжні причини і приводи для самогубства. Бувають випадки, коли така реакція настає на тлі завищеної самооцінки своїх можливостей, тобто надмірних, що не відповідають потенційним можливостям особи;

реакція негативного балансу — передбачає раціональне «підбиття підсумків життя» військовослужбовцем, оцінки ним власного пройденого шляху і перспектив. Вона найхарактерніша для офіцерів, прапорщиків, одружених військовозобов'язаних, пов'язана зі службовими та родинними негараздами, протиправною поведінкою або тяжкою хворобою. Підготовка до самогубства має досить прихований характер. У випадку невдачі зберігається твердий намір повторити самогубство;

реакція пониження комунікативності — характеризується найрізкішими змінами у сфері міжособистісного спілкування або значним його обмеженням, що викликає стійкі, тривалі переживання самотності, безнадії. Найхарактерніша при зраді коханої дівчини, розлученні, хворобі, що пов'язана з фізичною вадою, а також знущаннями з боку товаришів по службі, образі начальником, коли військовослужбовця прилюдно осоромили. Тривалість цього типу реакції у середньому один місяць;

реакція опозиції — характеризується тим, що військовослужбовець усе, що відбувається навколо нього, сприймає в опозиційному дусі. Всі події, явища та

інформацію має схильність трактувати у вигідному для нього руслі. Складність цієї ситуації полягає в тому, що такі погляди на життя лежать в основі його світосприйняття і світорозуміння, оцінки життєвих цінностей. Під впливом таких переконань і емоційних переживань схильний до різкого суїцидального вчинку;

реакція дезорганізації — військовослужбовець повністю самозанурений та відсторонений, життєві цінності не впливають на його поведінку і діяльність.

На основі цих реакцій можна виокремити такі *характерні риси особистості суїцидента*:

- невпевненість у собі;
- занижений рівень самооцінки;
- висока потреба в самореалізації;
- висока значущість теплих, емоційних зв'язків, відвертості, емпатичності, розуміння і підтримки з боку довколишніх;
- труднощі вольових зусиль під час прийняття рішень;
- зниження рівня оптимізму й активності у складних життєвих ситуаціях.

Знання змісту цих реакцій та адекватне їх розшифрування допомагає командирам та іншим посадовим особам своєчасно виявити військовослужбовців, схильних до суїцидальної поведінки, та організувати з ними цілеспрямовану профілактичну роботу.

Загальними опосередкованими превентивними заходами проти суїциду насамперед є:

- висока якість бойової і гуманітарної підготовки у військовому підрозділі;
- чітка організація, службової діяльності особового складу;
- повноцінне забезпечення військовослужбовців усіма видами постачання;
- створення і підтримання у підрозділах здорового морально-психологічного клімату та утвердження позитивних традицій;
- якісна організація психолого-педагогічної роботи з усіма категоріями особового складу, підвищення їх психолого-педагогічної культури і компетентності;
- ефективне і всебічне морально-психологічне забезпечення всіх видів діяльності особового складу.

Окрім загальних заходів необхідно також проводити конкретні *організаційні, правові, соціальні, педагогічні, психологічні й медичні заходи*, спрямовані на своєчасне виявлення у військовому підрозділі (частині) суїцидентів або потенційних суїцидентів та надання їм своєчасної професійної допомоги.

Ці заходи мають бути спрямовані на:

— організацію заходів психогігієнічного і психопрофілактичного характеру, орієнтованих на збереження психічного здоров'я військовослужбовців;

— забезпечення соціально-правового захисту військовослужбовців;

— попередження порушення статутних правил взаємин між військовослужбовцями у підрозділах;

— здійснення заходів, спрямованих на виявлення військовослужбовців з суїцидальним ризиком і суїцидальною поведінкою;

— здійснення психодіагностичної роботи з такими військовослужбовцями, надання їм своєчасної кваліфікованої медичної, психологічної та іншої допомоги;

— організація для них психологічних консультацій, проведення з ними цілеспрямованої психокорекційної і психореабілітаційної роботи;

— з'ясування передумов, причин і обставин, які можуть сприяти суїцидальній поведінці військовослужбовців, та їх усунення;

— здійснення різноманітних психологічних і соціально-психологічних заходів, спрямованих на оптимальну психічну, фізіологічну і військово-професійну адаптацію молодих військовослужбовців у військовому середовищі;

— вивчення соціально-психологічних явищ у військових колективах, з'ясування їх тенденцій і викриття тих, що підштовхують чи провокують суїцидальну поведінку;

— здійснення психологічного аналізу кожного випадку суїцидальної поведінки військовослужбовців;

— залучення фахівців інших сфер діяльності, наприклад медиків, соціальних працівників, правознавців, до профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців та здійснення з ними цілеспрямованої індивідуальної превентивної роботи;

—проведення занять з офіцерами, прапорщиками і сержантами підрозділів щодо формування у них психологічної культури і системи роботи з профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців, оптимального розв'язання конфліктних ситуацій у підрозділах, розпізнавання і вирішення міжособистісних і внутрішньо особистісних конфліктів військовослужбовців та ін.

Таким чином, проблема суїциду є актуальною і вимагає від командирів (начальників), офіцерів структур виховної роботи, психологів, медичних працівників професійного ставлення до його діагностики і профілактики. Профілактична робота має бути безперервною, послідовною і системною та проводитися за участю всіх посадових осіб військової частини.

У загальному плані надання психологічної допомоги військовослужбовцям виділяються *два напрямки роботи*:

1. Виховна робота командирів всіх рівнів та їх організаторська діяльність зі створення у військовій частині і підрозділах умов, які запобігають негативним виявам НПНС і кризових станів.

2. Проведення психологом військової частини спеціального психологічного впливу.

До першого напрямку відносяться такі заходи з профілактики нервово-психічних зривів:

- уважне, чуйне відношення до підлеглих, повага до їхніх почуттів, думок, суджень, пропозицій і т. д., недопущення на їх адресу різких образливих висловлювань, кривди і т. п.;

- раціональний розподіл військовослужбовців за підрозділами і спеціальностями з урахуванням їхньої підготовки й індивідуальних особливостей;

- виключення необгрунтованих фізичних і морально-психологічних перевантажень військовослужбовців;

- рівномірний розподіл нарядів на службу і роботу, урахування при призначенні до наряду фізичного стану і психологічного самопочуття військовослужбовців;

- постійне вивчення соціально-психологічних процесів у підрозділах, запитів, настроїв військовослужбовців; створення здорового морально-психологічного

клімату у військових колективах - атмосфери поваги, доброзичливості і взаємодопомоги;

- створення умов для вияву творчих здібностей військовослужбовців, надання можливості відпочинку за власним планом; аналіз обстановки в сім'ях військовослужбовців, обмін листами з батьками, прийом військовослужбовців з особистих питань;

- роз'яснення військовослужбовцям типологічних рис їхнього характеру, можливих негативних виявів, пов'язаних з ними, і формулювання рекомендацій для самоконтролю і корекції (*проводить особисто психолог*);

знання найбільш типових ситуацій, в яких поведінка військовослужбовців з ознаками нервово-психічної нестійкості буде неадекватною.

У межах другого напрямку психологом військової частини використовуються різноманітні прийоми і процедури, об'єднані в рамках таких методів психологічної допомоги, як *психологічне консультування, психотерапія і психореабілітація*. Деякі з них, пов'язані з завданнями психологічного забезпечення службово-бойової діяльності, ми вже розглядали раніше.

Командиром військової частини визначається порядок прийому особового складу, членів родин військовослужбовців та цивільного персоналу психологом у частині, в якому встановлюються дні, години і місце прийому.

Як правило, місцем для проведення індивідуальної роботи є кабінет для психологічного консультування або робочий кабінет психолога. Заходи, пов'язані з груповими формами роботи, проводяться у спеціально обладнаному приміщенні (кімната психологічного розвантаження, кімната для проведення соціально-психологічних, психофізичних тренінгів).

Будь-яка з форм діяльності (індивідуальна або групова), а також методи діяльності психолога складаються з трьох блоків-етапів: діагностичного (виявлення об'єктивного стану військовослужбовця, групи), психологічного впливу і подальшого психологічного супроводу (виконання рекомендацій психолога).

Вирішення даних завдань можливе за тісної взаємодії посадових осіб, які реалізують у своїй діяльності широкий арсенал методів і засобів психологічної роботи на двох **методичних рівнях** її організації й проведення:

1) на рівні застосування спеціалізованих методів і процедур психологічного вивчення й впливу, здійснюваних *кваліфікованими фахівцями*, що мають відповідну психологічну освіту й досвід діяльності;

2) на рівні заходів, реалізованих *посадовими особами* в рамках традиційної організаторської діяльності, виховної роботи та навчання особового складу й на основі обліку інформації, отриманої від психолога.

При цьому особливого значення набуває *проблема взаємодії заступників командирів з виховної роботи, психолога з командирами*, які відповідають за виховання і навчання підлеглого особового складу. Успіх психологічної допомоги визначатиметься бажанням командира використовувати інформацію психологічного характеру в інтересах справи та його вмінням її кваліфіковано застосувати. Кожному із них слід пам'ятати, що ця інформація є інформацією особливого характеру, бо вона стосується конкретної людини, її життя і здоров'я, долі і життєвих перспектив, внутрішнього світу. Тому невміле або неетичне її використання може заподіяти більше шкоди, ніж користі. Ця обставина має орієнтувати всіх суб'єктів психологічної роботи на дотримання етичних норм діяльності.

Питання для самоконтролю

1. Вкажіть основні психологічні проблеми, на розв'язання яких спрямована психологічна робота у внутрішніх військах.

2. Обґрунтуйте спрямованість на здійснення психологічної допомоги змісту психологічної роботи в частині внутрішніх військ.

3. Розкрийте сутність нервово-психічної нестійкості та особливості роботи з військовослужбовцями з ознаками НПНС.

4. Розкрийте зміст роботи з профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців.

5. Охарактеризуйте напрямки роботи у загальному плані надання психологічної допомоги військовослужбовцям.

Тема 10. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ У ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ СЛУЖБОВО-БОЙОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.

Службово-бойова діяльність в екстремальних умовах різко підвищує вимоги до інтелектуальної, особливо емоційно-вольової сфери особистості військовослужбовця. Діяльність у складних, відповідальних і несподіваних ситуаціях вимагає наявності у нього високорозвиненого володіння собою, уміння не піддаватися діям об'єктивних і суб'єктивних стрес-факторів, в короткий термін знаходити шляхи зниження їхнього впливу, вчасно приймати рішення і впевнено, без коливань, адекватно їх реалізовувати.

Крім дискомфорту і суворого лімітування часу, виконання службових функцій в екстремальній ситуації ускладнюється почуттям підвищеної відповідальності, яка виникає в результаті того, що помилки, зволікання, відстрочки можуть викликати збільшення наслідків надзвичайних подій, кількості постраждалих.

Досвід свідчить, що в екстремальних умовах службово-бойової діяльності на військовослужбовців впливають психологічні подразники, які викликають безперервний ланцюг гострих стресових ситуацій, небувалих труднощів. Стан надзвичайної внутрішньої напруги, страх за своє життя можуть спричинити скованість психічної діяльності, порушення координації рухів і дії, неадекватність оцінки інформації про обстановку, зниження швидкості і точності реакцій, погіршення пам'яті, уваги, мислення та інше.

Втрата емоційно-вольової стійкості перед уявною небезпекою може призвести до реальної поразки. Цей психологічний стан – основна причина розгубленості, і попередити його можливо тільки через формування у військовослужбовців постійної внутрішньої психологічної готовності до виконання службово-бойових завдань у будь-який час.

Службово-бойова діяльність, що здійснюється в екстремальній ситуації, пов'язана з небезпекою для життя, можливістю поранення, контузії, каліцтва. Під час виконання службово-бойових завдань порушується ритм харчування, сну, відпочинку, фізичних і нервово-психічних навантажень. Все це також впливає на психічний стан, протікання психічних процесів, психофізіологічні характеристики особистості.

Діяльність військовослужбовців правоохоронних органів, які виконують службові завдання в зонах екстремальних ситуацій, носить яскраво виражений бойовий характер. Їм доводиться реально стикатися з військовою активністю протидіючої сторони, брати участь у таких діях, як перевірка паспортного режиму, деблокування військових і міліцейських нарядів, оточених збройними бандитами, несення служби на контрольно-перепускних пунктах, участь у розвідувально-пошукових заходах у населених пунктах, на місцевості й ін. Тому службова діяльність в районах надзвичайного стану й збройних зіткнень становить небезпеку не тільки для здоров'я, але й для життя, містить фактори несподіванки, раптовості, високої ймовірності виникнення непередбачених подій і ситуацій, що підсилює негативний психологічний вплив на військовослужбовців та їх високу психологічну напругу.

Службово-бойова діяльність військовослужбовців внутрішніх військ в екстремальних умовах характеризується підвищеним моральним, психологічним і фізичним навантаженням. Службові завдання виконуються безупинно, у будь-яких умовах. У нічний час оперативна обстановка викликає ряд додаткових труднощів, негативно впливаючи на їхню психіку.

Службово-бойові завдання найчастіше виконуються у відриві від місць постійної дислокації. Військовослужбовці нерідко перебувають в умовах обмеженої рухливості, монотонності й одноманітності вражень від навколишньої місцевості, об'єктів які охороняються. Недолік відчуттів і сприйняття сприяє зниженню працездатності, погіршується пам'ять та увагу.

Ритми життєдіяльності в цей період порушуються, вони визначаються не природними потребами, а потребами служби. Санітарно-гігієнічні умови, організація побуту, харчування також значно відрізняються від звичних.

Відбувається зміна ряду звичайних способів задоволення потреб й спілкування, обмежуються можливості психологічної компенсації негативних умов діяльності.

Найважливішими факторами, що впливають на діяльність військовослужбовців при виконанні завдань бойової служби в районах надзвичайного стану, в умовах збройних конфліктів, є наявність контактів з

правопорушниками, необхідність діяти проти вороже налаштованої частини громадян своєї ж держави. Все це викликає природне внутрішнє психологічне протиріччя, моральний конфлікт з власними переконаннями. Цей процес, як правило, супроводжується негативними емоційними переживаннями знижується психологічна готовність до діяльності.

Чим слабкіша професійна підготовка особового складу, чим більший вплив стресогенних факторів на людей, тим більше уваги варто приділяти психологічній готовності співробітників до службово-бойової діяльності в екстремальних ситуаціях.

Психологам в екстремальних умовах доводиться зіштовхуватися з різними варіантами психічних станів військовослужбовців, до числа яких відносяться:

- перевтома — стан, при якому рівень працездатності різко знижений, діяльність здійснюється на рівні фази субкомпенсації, порушена зміна фаз працездатності;

- тривога — відчуття невизначеної загрози, що перешкоджає формуванню адаптивного поведіння;

- страх — стереотип «аварійного» поведіння, що сформувалося в процесі біологічної еволюції (розум повністю відключений, і людина діє нерационально, неконтрольований страх змушує тремтіти, кричати, плакати, сміятися, при цьому трясуться руки, стають «ватними» ноги, дзенькає у вухах, особа блідне, частішає серцебиття, перехоплює подих, розширюються зіниці, по спині біжать мурашки);

- паніка — прояв масового страху перед реальною або уявною загрозою, безглузді метання, хаотичні дії, вчинки, що абсолютно виключають їхню критичну оцінку, раціональність і етичність.

Вивчення досвіду діяльності підрозділів внутрішніх військ у складних, небезпечних для життя ситуаціях дозволяє зробити висновок про те, що військовослужбовець відчуває себе впевнено, якщо можлива ситуація йому знайома з попереднього досвіду або навчання, якщо він має досить повні відомості про те, що відбувається, де перебувають його бойові товариші й що роблять сусідні підрозділи. Психологічне значення такої поінформованості величезне, особливо при діях уночі, у населених пунктах, у гірських умовах.

Недостача відомостей, неадекватне їхнє сприйняття ведуть до нерозуміння обстановки, а це - додаткове джерело грубих помилок у діяльності командирів і їхніх підлеглих (стрілянина по своїх, виникнення паніки й ін.).

Таким чином, основними стресогенними факторами для військовослужбовців правоохоронних органів в екстремальних умовах є реальна загроза життю, висока напруженість діяльності й відсутність повноцінного відпочинку, невизначеність і динамічність оперативної обстановки, постійна готовність до відбиття раптового нападу, тривала відірваність від родин і недостатнє матеріальне забезпечення, побутова невпорядкованість.

Характеристика основних психологічних факторів, які впливають на діяльність військовослужбовців при виконанні службово-бойових завдань в екстремальних умовах наведені нижче.

1. *Фактор небезпеки.* Під небезпекою варто розуміти усвідомлювану загрозу життю, здоров'ю або благополуччю. Почуття небезпеки може виникати не тільки стосовно власного життя, але й у відношенні підлеглих або взаємодіючих у діяльності людей. Фактор небезпеки є основним (або первинним), що визначає психологічну специфіку службово-бойової ситуації.

При виконанні службово-бойових завдань *небезпека* сприймається як об'єктивно існуюча наявність обставин або предметів, що загрожують життю й здоров'ю. При цьому вона може бути реальної або мнимою.

Сприйняття небезпеки залежить від індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців: одні схильні перебільшувати ступінь небезпеки, інші - недооцінювати. І те й інше при виконанні службово-бойових завдань в однаковій мірі неприпустимо, тому що в екстремальних умовах небезпека майже завжди реальна.

Її безпосереднє сприйняття повинно бути адекватним. Для цього небезпека не повинна застати зненацька або викликати почуття страху. Відповідно, у ході психологічної підготовки необхідно формувати у військовослужбовців здатність реально оцінювати небезпеку.

Неадекватне сприйняття небезпеки веде до професійних помилок, росту психологічної напруженості, паніки й в остаточному підсумку до зриву діяльності.

2. *Фактор раптовості.* Раптовість - несподівана для військовослужбовця зміна обстановки в ході виконання службово-бойового завдання.

Розглянемо психологічний механізм впливу цього фактору. Перш ніж почати що-небудь робити для досягнення поставленої мети, людина представляє послідовність своїх вчинків, дій, динаміку зовнішніх умов, створює певну програму особистого поведіння. У цьому випадку виключаються автоматизовані дії, адже людина сприймає зовнішні умови з огляду можливості досягнення бажаної мети, вносить свої корективи. Однак у процесі професійної діяльності умови можуть змінитися настільки кардинально, що буде потрібна постановка іншої мети й, відповідно, іншої програми поведіння. Військовослужбовець повинен передбачати зміни обстановки й зобов'язаний бути готовим до необхідності зміни програми своєї діяльності.

Зовсім інша справа, якщо він не передбачив навіть можливості виникнення умов, що приводять до необхідності зміни мети дій. Саме така ситуація сприймається як раптовість.

3. *Фактор невизначеності.* Під невизначеністю мається на увазі відсутність, недостатність або суперечливість інформації про зміст або умови виконання службово-бойових завдань, про супротивника (злочинців, організовану злочинну групу) і характері його дій.

Ступінь інтенсивності впливу фактору невизначеності буває різною й залежить від безлічі умов. Різноманітні й ситуації, у яких вона виникає. У службово-бойовій обстановці цей фактор присутній завжди.

Негативний вплив невизначеності може зменшуватися, якщо військовослужбовці володіють психологічними прийомами контролю емоційної напруженості.

4. *Фактор новизни засобів та способів реалізації діяльності в екстремальних умовах.* Новизна визначається досвідом військовослужбовця і його знаннями.

Негативний вплив фактору новизни в службово-бойових умовах частково можна зменшити, якщо в процесі психологічної підготовки військовослужбовці вивчають реальний досвід дій інших у подібних ситуаціях. Такі заняття повинні будуватися не абстрактно, а мати вигляд детального розбору й психологічного аналізу службово-бойової ситуації, помилок, допущених тим або іншим фахівцем, можливих варіантів розвитку ситуації й необхідних дій військовослужбовців. Особливо важливі подібні заходи для керівників всіх рівнів.

5. *Фактор збільшення темпу дій.* Під ним варто розуміти здатність військовослужбовця виконати поставлене (або виникле) завдання за рахунок сформованих раніше навичок і вмінь. Цей фактор реалізується в тому випадку, якщо різко скорочується час на виконання необхідних для досягнення мети дій. Такі ситуації в службово-бойовій обстановці виникають дуже часто. Найчастіше успіх у цьому випадку визначається психологічною готовністю, швидкістю й злагодженістю дій як окремого співробітника, так і підрозділу в цілому.

6. *Фактор дефіциту часу.* Цей фактор виникає в умовах, при яких успішне виконання службово-бойових завдань неможливе при збільшенні темпу дій, а необхідна швидка зміна самої психологічної структури діяльності. У цьому випадку мова йде не просто про збільшення темпу виконуваних дій, а в першу чергу про зміну їхньої послідовності.

Діяльність в екстремальних ситуаціях може мати ряд *негативних психологічних наслідків*.

Так, під час війни в Кореї й В'єтнамі від 30 до 45 % американських військовослужбовців приймали наркотики або зловживали алкоголем. Багато хто згодом ставали залежними від них. На думку ряду авторів, вживання психоактивних речовин дозволяло комбатантам тимчасово впоратися з психологічними проблемами. В початковий період війни у В'єтнамі всі психічні розлади становили тільки 5 % від числа бойових санітарних втрат. Однак надалі, коли війна прийняла затяжний характер, цей показник зріс до 60 %.

Проблема росту *аддиктивної поведінки* серед військовослужбовців досить гостро стояла й під час воєнних дій французьких військ в Алжирі, у британських військах у ході фолклендського конфлікту. Вивчення досвіду колишніх локальних

війн спонукало ізраїльських військових лікарів зосередити зусилля на підвищенні ефективності роботи психіатрів і наркологів серед військовослужбовців.

Аддиктивна поведінка й наркологічна патологія, разом узяті, у структурі психічних розладів посіли друге місце після психогеній. Аддиктивні розлади постали великою й несподіваною проблемою для радянських військ в Афганістані, так і не вирішеною в повному обсязі за роки війни. У перші півроку служби 12,1 % військовослужбовців починали вживати наркотики (гашиш, препарати опію або те й інше), причому 60,5 % — у перші три місяці; переважно в цей же період вони направлялися на лікування. Очевидно, у більшості випадків формуванню аддиктивних розладів сприяла не стільки тривалість стресів, скільки їхній дестабілізуючий вплив на осіб з недостатністю захисних механізмів у період їхньої адаптації до умов служби в Афганістані. Для іншої частини військовослужбовців, навпроти, більш патогенним виявився пролонгований стресовий розлад.

Аддиктивні розлади, що формуються в умовах бойових дій, у значній частині випадків мають виразну стресогенну природу. Інтенсивний вплив такої обстановки приводить до розвитку цих порушень у осіб з підвищеною стресовразливістю.

Аддиктивна поведінка є вторинною стосовно стресового розладу й до певного моменту виконує захисно-приспосувальну функцію, блокуючи на певний час поглиблення стресової симптоматики, попереджаючи запуск більш важких процесів.

У своїй праці М.І. Мар'їн та Ю.Г. Касперович (2007) вказують, що ретроспективний аналіз нервово-психічного стану у обстежених осіб дозволяє розцінювати їх перебування в Афганістані як період знаходження у стані хронічного емоційного стресу не залежно від конкретних умов служби. Цьому сприяла загальна специфіка афганської ситуації: тривала відірваність від Батьківщини, незвичні географічні, кліматичні, культурні умови, особливості взаємин з місцевим населенням, недолік інформації про реальну військово-політичну ситуацію, у якій виявилися наші військовослужбовці, її динамічність і часом важка прогностичність, невизначеність поняття «супротивник», відсутність чіткого поділу фронту й тилу і т.д.

Більшість військовослужбовців по-різному відзначали почуття постійної напруги, що не залишало їх навіть у періоди, вільні від бойових дій. Почасти такого роду психогенні переживання були причиною для епізодичного або систематичного прийому наркотичних засобів або алкоголю (без формування клінічних ознак алкогольно-наркотичної залежності).

Діючи з різною інтенсивністю протягом усього періоду служби в Афганістані, постійна психотравматизація при взаємодії з юнацькими пластичними особистісними структурами приводила до зміни життєвих цінностей, до появи інших (порівняно з «довоєнною особистістю») установок, що в сукупності сприяло виробленню індивідуального способу адаптації до екстремальної ситуації, при якому вживання алкоголю й наркотиків (епізодичного характеру) розглядалося як природна форма поведінки в таких умовах.

Після повернення додому, у період ранньої адаптації до мирних умов, характерними були епізоди масової алкоголізації, які, будучи психогенно обумовленими, супроводжувалися гротескними формами сп'яніння й вираженою ейфорією. Надалі форми вживання алкоголю й динаміка алкогольної залежності визначалися характером і специфікою так званої інституціональної взаємодії (особистість - суспільство), особистим переробленням й осмисленням афганського періоду життя, рівнем адаптації в соціальному мікросередовищі, ступенем виразності соматичних і неврологічних наслідків війни й індивідуально-біологічною схильністю до розвитку алкоголізму.

Развиток алкоголізму у ветеранів бойових дій є варіантом формування залежності на зміненому у соціально-психологічному й біологічному відношенні нервово-психічному підґрунті. Важкість й швидкість розвитку алкоголізму прямо пропорційні виразності й стійкості посттравматичних стресових розладів.

У період інтенсивних бойових дій в ситуації гострого стресу з безпосередньою загрозою для життя у військовослужбовців розвивалася продуктивна психопатологічна симптоматика тривожного радикала: зі значною частотою зустрічалися конверсійні розлади, тривожно-ейфорична симптоматика, установки на зміну ситуації, проєкція переживань у минуле. Регресія, таким чином, зачіпала переважно «нижчі» рівні психіки – сенсомоторні й афективні.

Формувалися глибинні стійкі особистісно-характерологічні зміни: стан хронічної тривоги, приховане або явне загострення агресивності, порушення в сфері міжособистісних контактів. Переважали спрямованість тривоги в майбутнє, тенденція до зосередження на власних проблемах, схильність до домінування.

Таким чином, напруженість, невідповідність до діяльності в екстремальних ситуаціях, недостатність часу для відпочинку, погане харчування й матеріально-технічне постачання, відрив від родини - потужні фактори, які, накопичуючись, викликають негативні психічні зміни (невротичні реакції, агресивність, апатію, суїцидальні думки) у певної частини військовослужбовців. Необхідно попереджати такі зміни, зневага ними може привести до незворотних наслідків, викликати серйозні захворювання.

Дані, узагальнені в період участі органів внутрішніх справ Російської Федерації в антитерористичних операціях на території Північно-Кавказького регіону, свідчать про те, що основними проявами психічної дезадаптації військовослужбовців були неспсихотичні психогенні розлади, що носили різноманітний характер. Найбільш типовими серед них були гострі реакції на стрес, адаптаційні невротики й інші невротики розлади.

Гострі реакції на стрес характеризувалися швидко минаючими неспсихотичними розладами, які виникали у відповідь на екстремальне психічне й фізичне навантаження, як правило, у процесі виконання складного завдання, і спонтанно редукувалися через кілька годин. Ці реакції у своїй структурі мали емоційні порушення (страх, тривогу, пригніченість або неадекватну збудженість).

Адаптаційні реакції виражалися в легких неспсихотичних розладах, які тривали довше, ніж гострі реакції на стрес, - до 3-5 днів. Такі розлади, як правило, зворотні й відносно обмежені в клінічних проявах і можуть повторюватися при думці про можливість знову потрапити у подібну ситуацію. Звичайно ці стани виникають у ході або безпосередньо після участі в активних діях з припинення масових безладь, особливо в тих випадках, коли військовослужбовці були змушені застосовувати зброю.

Вивчення поширеності станів психічної дезадаптації серед особового складу залежно від строків перебування в районах надзвичайного стану й збройних конфліктів свідчить про значне наростання подібного числа випадків при тривалому безперервному знаходженні в такій ситуації. При цьому стійко знижувалася кількість осіб, у яких на момент обстеження не виявилися симптоми нервово-психічних розладів.

Найбільш підпадаючими під емоційно-стресовий вплив виявився керівний склад (який був відповідальний за прийняття рішень, життя й здоров'я особового складу) і військовослужбовці, які не пройшли попередню спеціальну професійну підготовку для виконання завдань в екстремальних ситуаціях.

Керівний склад, у порівнянні з підлеглими, більш важко переживав ризик, пов'язаний з небезпекою для життя. Найбільшою мірою підпадали психологічному впливові бойової обстановки ті, хто мав високий рівень освіти, був більш старшого віку, а головне, мав велику кількість соціальних зв'язків (дружина, діти, родичі на утриманні, старі батьки).

Як показує аналіз діяльності військовослужбовців у екстремальних умовах, багато хто з них, виявившись у складній оперативно-службовій обстановці, демонструють розгубленість, особливо в небезпечних для життя й здоров'я ситуаціях. Військовослужбовцям потрібен якийсь строк для придушення страху, формування вміння розрізняти небезпечні ситуації, передбачати їхній розвиток і наслідки, будувати відповідно до них свою поведінку. Цей час було б значно скорочено за умови систематичної й свідомої роботи з оволодіння професійною діяльністю в умовах, що моделюють психологічні фактори реальної службово-бойової обстановки.

Будучи під впливом психотравмуючих факторів екстремальної ситуації, військовослужбовець може одержати розлади психіки різного ступеня важкості. Це, як правило, веде до часткової або повної втрати працездатності. Причому кількість потерпілих таким чином виявляється досить великою (при тривалому впливові стрес-факторів - до 60 % від усього особового складу). Ця цифра може коливатися залежно від часу знаходження під впливом стрес-факторів і їхньої інтенсивності.

До ключових понять, які використовуються у даному контексті належать:

Психічні захворювання — це розлади психічної діяльності військовослужбовців, у виникненні та перебігу яких провідне значення мають стрес-фактори бойової обстановки.

Психогенії — психічні захворювання, виникнення і перебіг яких обумовлені, по-перше, впливом стрес-факторів бойової обстановки та, по-друге, психічною травмою, що виникає унаслідок дій цих факторів.

Бойові психічні втрати — це втрати особового складу, пов'язані з втратою боєздатності (повної або часткової) внаслідок психічної травми (розладу), викликані стрес-факторами бойової обстановки, що травмують психіку.

Бойові психічні травми (психічні розлади) — це порушення психічної діяльності військовослужбовців під впливом факторів зовнішнього середовища (часткова втрата зору, пам'яті, слуху; неадекватне сприйняття і реакції; емоційний шок тощо).

За своїми видами психогенні розлади, пов'язані з виконанням службово-бойових завдань, аналогічні психогеніям, що виникають у гострих, небезпечних для життя ситуаціях (при стихійних лихах, катастрофах і т.п.).

Основним психотравмуючим фактором у таких умовах є, як було відзначено вище, фактор небезпеки. Почуття страху неминуче присутнє у свідомості кожного військовослужбовця в службово-бойовій обстановці. Одні зусиллям волі придушують його, а інші не вміють або не можуть зробити цього. Страх, усвідомлення небезпеки для життя й здоров'я приводить до актуалізації потреби в самозбереженні. Її сила багато в чому визначає поведінку й діяльність особового складу при виконанні службово-бойових завдань. Чим сильніша потреба в самозбереженні, тим сильніший страх, тим менш боєздатний військовослужбовець.

Причина психогенного розладу найчастіше лежить у конфлікті між сильною потребою в самозбереженні й неможливістю її задоволення. Перешкодами до її задоволення можуть бути переконання людини, усвідомлена необхідність виконувати службово-бойові завдання, відношення до товаришів і т.п. У військовослужбовця, який контролює свій страх, мотиви реалізації службово-

бойової діяльності виявляються сильніші за прагнення до самозбереження. Але від цього *внутріособистісний конфлікт не розрішується й за певних умов неминуче веде до психогенного розладу.*

Інакше кажучи, діяльність в екстремальних умовах ніколи не проходить безслідно для психічного здоров'я людини. Питання тільки в ступені важкості й часі виникнення психогенних розладів. За умовами й часом появи *психічні розлади*, пов'язані з виконанням службово-бойових завдань, прийнято ділити на наступні групи.

1. *Психогенії, які виникають внаслідок отримання психічної травми у відносно короткий проміжок часу* (практично в момент виникнення психотравмуючої ситуації) — несподіваний вибух, рикошет кулі, легке поранення й т.п. Дана ситуація може привести до такого психологічного впливу, при якому військовослужбовець виявляється в стані ступору й випадає з процесу виконання службово-бойових завдань.

Зовнішні *симптоми* психічних розладів, отриманих безпосередньо при виконанні службово-бойових завдань або при тривалому перебуванні в екстремальних умовах, бувають різними. Співробітник, що одержав психічну травму, може впасти у повну загальмованість, слабко реагувати на навколишнє оточення. Але можлива й зворотна ситуація: прояв високої рухової активності, метання, лемент і т.п. Нервово потрясіння, яке у цей момент переживає військовослужбовець, настільки сильне, що він тимчасово втрачає здатність критично оцінювати події, тверезо мислити про що-небудь. Згодом психічна травма може виявитися на соматичному рівні (погане самопочуття, головні болі, розлади шлунка й т.п.).

Симптоми психічних розладів, викликаних високою нервово-психічною напругою безпосередньо в ході виконання службово-бойових завдань:

поведінкові реакції — сильне тремтіння, метання в пошуках укриття, стан «паралічу», дитяча ейфорія після виконання службово-бойового завдання, апатія, загальмованість рухів, слізливість, лементи в сполученні зі збільшеною активністю, непритомні стани, дратівливість і злість, лякливність, надмірна обережність, нескладне бурмотання, буйство;

психічні реакції — нездатність концентрувати увагу, часткова або повна втрата пам'яті, ускладнення з запам'ятовуванням інформації й утриманням її в пам'яті, чутливість до шуму, порушення логіки, швидкості мислення й критичного сприйняття навколишнього оточення, ослаблення волі, безсоння;

соматичні реакції — ослаблення зору й слуху, часте сечовипускання, розлади шлунка, утруднене дихання, порушення циркуляції крові (анемія ніг і кистей рук, сильна напруга м'язів, прискорене серцебиття, болі в попереку, від хірургічних шрамів, старих ран).

Наведений перелік симптомів є далеко не вичерпним. У кожному випадку екстремальних умов службово-бойової діяльності конкретні прояви психогенії багато в чому залежать від їхнього характеру, індивідуально-психологічних і групових особливостей військовослужбовців.

2. До другої групи відносяться *психогенії*, які розвиваються відносно тривалий час під впливом слабких, але постійно діючих психотравмуючих факторів.

Накопичення психічної напруги відбувається поступово, іноді непомітно для військовослужбовця. До цього випадку застосовується термін «*бойове виснаження*», що означає розлади психіки, які викликані тривалим перебуванням особи в екстремальних умовах службової діяльності.

Поводження людини, що отримала такий психогенний розлад, сильно змінюється. Вона може стати замкнутою, похмурою, грубо реагувати на звертання до себе з боку товаришів. Часті випадки, коли військовослужбовці без достатніх на те причин починають кричати один на одного, сваритися, проявляти ознаки агресії. Спілкування за допомогою лементів поступово стає нормою поведіння. Раптові вибухи гніву, агресії можуть супроводжуватися соматичними реакціями (головним болем, відчуттям розбитості у всьому тілі, запамороченням, нудотою й т.п.), високою руховою активністю, за якої швидко наступають виснаження й апатія.

Іноді психічні розлади другої групи проявляються трохи по-іншому. Навіть ті військовослужбовці, які мають солідний бойовий досвід, можуть раптово відчути сильні приступи страху перед виконанням нового службово-бойового завдання, стають занадто обережними, схильними до «ритуальної» поведінки.

3. В окрему групу можна виділити *посттравматичні стресові розлади (ПТСР)*. До основних симптомів таких розладів відносяться:

- повторювані сни й нав'язливі спогади про психотравмуючі події, які іноді асоціюються з якими-небудь вчинками, подіями й т.п.;

- прагнення уникати думок, переживань, дій, ситуацій, які можуть нагадати про психотравмуючі обставини; нездатність відтворити в пам'яті події, що супроводжують психотравмуючі ситуації; втрата інтересу до значимих раніше форм життєдіяльності (наприклад, до спорту); відчуття «укороченого майбутнього»; нездатність до співпереживання з іншими людьми, до сімейного життя;

- труднощі засипання й порушення сну, вибухи гніву й агресії стосовно інших людей або предметів, ослаблення пам'яті й труднощі в концентрації уваги, постійна підвищенасторожкість.

Велике значення для розуміння природи відстрочених психологічних реакцій після стресу у ветеранів війни мали дослідження синдромів стресової реакції. Під стрес-фактором розумілася стресова подія, що стала причиною психологічної травми. У відповідній реакції на стресову подію в когнітивних процесах мозок доти продовжує процес переробки інформації, поки не зміниться ситуація або її модель, поки реальність і модель не будуть відповідати одна одній.

Людина знаходиться в стані стресу або періодично повертається в цей стан доти, поки інформація про стресові (психотравмуючі) події переробляється.

У процесі відповідної реакції на стресову подію можна виділити:

— фазу первинної емоційної реакції;

— фазу «заперечення», що виражається в емоційному заціпенінні, придушенні та уникненні думки про те, що трапилося, униканні ситуацій, що нагадують про психотравмуючу подію;

— фазу чергування «заперечення» і «вторгнення». «Вторгнення» виявляється в спогадах, що прориваються про психотравмуючу подію, снах про подію, підвищеному рівні реагування на усе, що нагадує психотравмуючу подію;

— фазу подальшої інтелектуальної й емоційної переробки травматичного досвіду.

Тривалість процесу відповідного реагування на стресову подію обумовлюється значимістю для індивіда пов'язаної з цією подією інформації. При сприятливому здійсненні даного процесу він може тривати від декількох тижнів до декількох місяців після подій, що відбулися (припинення психотравмуючої дії). У цьому випадку говорять про нормальну реакцію на стресову подію. При загостренні відповідних реакцій і збереженні їхніх проявів протягом тривалого часу можна говорити про патологізацію процесу відповідного реагування. Це стало імпульсом у вивченні відстрочених реакцій на психотравмуючий вплив стрес-факторів у бойовій обстановці.

Подолання індивідом психотравмуючого впливу стрес-факторів залежить не тільки від успішності когнітивної переробки травматичного досвіду, але і від впливу таких факторів, як характер психотравмуючих подій, індивідуальних характеристик особистості й особливостей умов, в які людина потрапляє після стресу. Цю модель дослідники назвали інтеракціоністською.

До характеристик психотравмуючої події був віднесений ступінь загрози життю; важкість втрат; раптовість події; ізолюваність у момент події від інших людей; ступінь впливу навколишнього оточення; наявність захисту від можливого повторення психотравмуючої події; моральні конфлікти, пов'язані з подією; пасивна або активна роль людини в цій ситуації; безпосередні впливи даної події.

Негативний вплив екстремальних умов діяльності на психіку військовослужбовця не вичерпується тим, що він може отримати психічний розлад. Складні умови службово-бойової діяльності позначаються насамперед на її ефективності.

Надмірна психічна напруга у військовослужбовців при виконанні службово-бойових завдань сповільнює їхню реакцію, погіршує увагу й пам'ять, викликає невиправдану обережність, що, у свою чергу, веде до зростання кількості помилок у діях і операціях, а іноді повного зриву діяльності, руйнування її психологічної структури. Військовослужбовець як би «випадає» з загального погодженого режиму дій. Це має особливо негативні наслідки там, де службово-бойова діяльність носить груповий характер. Зовні зрив діяльності може проявлятися в надмірній

метушливості рухів, найчастіше не обміркованих, в «лавинному» наростанні помилок.

Зрив діяльності - це завжди передумова до виникнення паніки й інших негативних психологічних явищ при виконанні службово-бойових завдань. Умовою не допущення зриву діяльності є психологічна підготовленість військовослужбовців до реальної професійної діяльності в екстремальних умовах. Як основні елементи психологічної підготовленості розглядають наступні компоненти:

мотиваційний компонент: гуманістична спрямованість службово-бойової діяльності; глибоке розуміння й усвідомлення державного значення й важливості виконуваних завдань; громадянська мужність, принциповість; свідоме прагнення до подолання труднощів;

емоційно-вольовий компонент: емоційна стійкість до тривалих напружених навантажень; готовність до ризику, небезпеки, віра у свої сили і у можливість надання допомоги товаришами по службі; відповідальність, самостійність і рішучість при виконанні професійних завдань;

когнітивний компонент: стійкість пізнавальних процесів, правильне уявлення про майбутні труднощі, умови, вимоги служби; уміння правильно розуміти й оцінювати мотиви поведінки товаришів і соціально-психологічні явища у колективі; знання хитрощів та прийомів, які застосовуються протиборчою стороною;

регулятивний компонент: уміння управляти своїми емоціями, знімати нервово-психічну напругу й втому; мобілізуватися на виконання завдань і підтримання високої працездатності; здатність викликати бажані психічні стани;

поведінковий (операційний) компонент: уміння орієнтуватися й адекватно поводитися в психологічно складній ситуації; адаптивність до умов виконання завдань в екстремальних умовах; здатність швидко аналізувати й упевнено діяти при впливові екстремальних стрес-факторів; внутрішня зібраність, відповідальність; урівноваженість, самооцінка.

Ще однією умовою забезпечення ефективності службово-бойової діяльності особового складу в екстремальних умовах є її **психологічний супровід** — це комплекс

психологічних заходів, спрямованих на дослідження, оцінку, прогнозування динаміки й корекцію психічного стану військовослужбовців, соціально-психологічних процесів, визначення ступеня боєздатності й підтримання оптимального її рівня в підрозділах у різні періоди професійної діяльності.

Нижче наведені основні напрямки психологічного супроводу службово-бойової діяльності військовослужбовців.

1. Моніторинг їхнього психічного стану, виявлення осіб, що перебувають у стані емоційного стресу, з дезадаптивними нервово-психічними станами.

2. Проведення заходів щодо корекції психічного стану, профілактики синдрому посттравматичних стресових порушень.

3. Психологічний аналіз причин неадекватного поведіння військовослужбовців (прояву страху, паніки, зниження мотивації, психічного стомлення й ін.) і попередження їхнього розвитку.

4. Вивчення соціально-психологічного клімату й міжособистісних відносин у колективах, розробка рекомендацій з оптимізації структури міжособистісних відносин «по вертикалі» і «по горизонталі».

5. Надання допомоги керівникам підрозділів у згуртуванні колективів, підвищенні ефективності групової діяльності військовослужбовців.

6. Психологічну підготовку військовослужбовців до виконання найбільш складних професійних завдань.

7. Виявлення факторів, що негативно впливають на психічний стан військовослужбовців і ефективність їхньої службово-бойової діяльності.

8. Вироблення рекомендацій з:

- попередження міжособистісних і міжгрупових конфліктів, нормалізації соціально-психологічного клімату в підрозділах;

- організації роботи з особовим складом з урахуванням його психологічних особливостей і психоемоційних станів;

- тимчасового звільнення військовослужбовців від виконання службових обов'язків або участі в спеціальних операціях для проведення короткострокових відновних заходів у зв'язку з розладами психічного стану й зниженням працездатності.

При необхідності психолог рекомендує командирові підрозділу направити таких осіб на медико-психологічну реабілітацію в спеціальні заклади або евакуювати до постійного місця служби для надання медико-психологічної допомоги в стаціонарних умовах.

Для психологічної діагностики й моніторингу психологічного стану військовослужбовців у ході психологічного супроводу використовуються психодіагностичні експрес-тести САН, шкала реактивної й особистісної тривожності, шкала астенії, різні проєктивні й рефлексометричні тести, орієнтовані на поточну (оперативну) оцінку динаміки зміни актуального психологічного стану й психологічних резервів організму та ін.

Зміст психологічної допомоги в екстремальних умовах службово-бойової діяльності визначається психічною стійкістю військовослужбовця і конкретно отриманими ним психічними та психофізіологічними травмами.

У даному випадку *психологічна допомога* — це комплекс психологічних, організаційних, медичних та інших заходів, спрямованих на забезпечення успішного подолання військовослужбовцями обставин сучасного бою, які травмують психіку, для збереження боєдатності та попередження розвитку у них посттравматичних психічних розладів. Вона включає *психологічну підтримку і психологічну реабілітацію*.

Психологічна підтримка спрямована на активізацію наявних психічних ресурсів та на створення додаткових, які забезпечують активні дії особового складу в умовах сучасного бою. Здебільшого вона має профілактичний характер і скерована на попередження розвитку негативних психічних явищ. Психологічна підтримка спрямовується на весь особовий склад.

Основними способами психологічної підтримки є *комунікативні, організаційні, медикаментозні, аутогенні*.

Комунікативні способи психологічної підтримки:

— *вербальні* (у формі повідомлення певної інформації, переконань у вигляді висловлювань «Ми подолаємо ці труднощі!», навіювання «Ти впораєшся з цим завданням», «Ти мужчина чи ні?», підбадьорення «Герой», «Богатир», жартів, наказів, погроз тощо);

- *візуальні* — контакт очима, підбадьорення мімікою, пантомімікою тощо;
- *тактильні* — дотик, потискання руки, плескання по плечу тощо;
- *емоційні* — перебування у важку хвилину разом з підлеглим, співпереживання, приязна усмішка тощо;
- *діяльнісні* — особистий приклад командирів у активних і рішучих діях, підтримка вогнем і діями, пригощання цигаркою тощо.

Організаційні способи психологічної підтримки:

- зупинення чи послаблення інтенсивності дій факторів, що травмують психіку військовослужбовців у бойовій обстановці (виведення особового складу у безпечне місце, ліквідація або усунення джерела травматизму, тощо);
- недопущення контактів військовослужбовців з деморалізованими особами;
- тверде і постійне управління діями підлеглих, постановка конкретних завдань на продовження виконання бойового завдання;
- оптимальне чергування різних видів діяльності військовослужбовців, сну, відпочинку тощо.

Медикаментозні (фармакологічні) способи полягають в посиленні та корекції психологічного ресурсу військовослужбовця за рахунок використання фармакологічних засобів, вітамінів, психотропних препаратів.

Фармакологічні засоби можуть бути використані в наступних цілях:

- підвищення активності особового складу в умовах небезпеки та хронічної стомленості (психостимулятори);
- зняття надмірної психічної напруженості (релаксатори й ін.);
- прискорення процесу адаптації військовослужбовців до екстремальних умов життєдіяльності, підвищення працездатності.

У сучасних розвинених арміях широко застосовується медикаментозний спосіб допомоги військовослужбовцям, які отримали бойові психічні травми. Це пов'язується з тим, що в умовах дій довготривалих стрес-факторів на психіку військовослужбовців тільки у 2 % учасників бою практично не виявили психічних розладів. У цьому аспекті багатий досвід мають американські збройні сили. Наприклад, для цих цілей у В'єтнамі широко використовувалися такі психотропні засоби, як нейролептики (мелсрил, стелазин, проліксин, компазин); транквілізатори

(мільтаун, лібриум, валіум, атаракс); антидепресанти (тоф-ранил, дезиміпрамін, авентил) тощо.

Аутогенні способи психологічної підтримки (самодопомога) на сьогоднішній день є найбільш відомими, доступними і достатньо ефективними засобами регуляції психічної діяльності. До них відносять: методи саморегуляції (заспокійливе та мобілізуюче дихання, розслаблення м'язів за контрастом й ін.); формули самопереконання, самонавіювання, самонаказу; складні психорегуляційні комплекси (аутогенне тренування, самогіпноз, медитація, нервово-мязова релаксація).

Як свідчить сучасний бойовий досвід, наявність навичок і вмій самоуправління перебігом психічних процесів, оптимального встановлення рівня самопочуття та саморегуляції психічним станом є важливою передумовою як ефективного виконання завдань сучасного бою, так і збереження психічного здоров'я кожного окремого військовослужбовця. Бойова обстановка пред'являє жорсткі вимоги до засобів і методів саморегуляції психіки. Вони мають бути простими та ефективними (за короткий строк, наприклад 3-5 хв., давати позитивний результат), не повинні давати побічного результату (наприклад, розслабленості, в'ялості, зниження уваги, пам'яті, швидкості розумових операцій, а навпаки — підвищувати їх).

У разі отримання військовослужбовцями більш важких психічних розладів необхідно здійснювати заходи ***психологічної реабілітації***.

У зв'язку з чим виникає необхідність здійснення психологічної реабілітації військовослужбовців?

По-перше, у військовослужбовців, які протягом певного часу перебувають під впливом бойових стрес-факторів, виникає елементарна стомленість, що знижує ефективність їхньої бойової діяльності. *Стомленість* — це відчуття слабкості, безсилля, в'ялості, дискомфорту, що супроводжуються негативними емоційними станами, втратою інтересу та мотивації до бойової діяльності.

Стомленість негативно впливає на всі психічні та психофізіологічні процеси, наприклад, знижується увага, порушується пам'ять, мислення, можуть виникати ілюзії, конфліктні ситуації з товаришами по службі тощо. Коли ця стомленість не

компенсується відпочинком, вона має схильність акумулюватися і досягати критичних рівнів. У дослідженнях німецького вченого Е. Динтера встановлено, що перебування особового складу безпосередньо на передньому краї більше ніж 30-40 діб стає непродуктивним. Це пов'язано з тим, що після досягнення максимуму морально-психічних можливостей, який настає через 20-25 діб, починається їх швидкий спад, обумовлений виснаженням духовних і фізичних сил. По-друге, у військовослужбовців можуть виникати *бойові психічні травми*, під якими, як зазначалось вище, розуміють психічні розлади, порушення і захворювання, що ведуть до часткової або й повної втрати їхньої бойової здатності у результаті впливу факторів бойової обстановки, що травмують психіку військовослужбовця, та умов військової служби під час ведення бойових дій, а також після їх закінчення. У зв'язку з цим необхідно докладно знати передумови та причини виникнення бойових психічних травм, форми їх вияву, наслідки та прийоми, способи та форми надання кваліфікованої допомоги.

Виникненню *бойових психічних травм* сприяють:

а) психічні перевантаження військовослужбовців у бойовій обстановці:

- постійна реальна загроза життю;
- жорстка відповідальність за виконання бойового завдання;
- недостатність і невизначеність інформації, що надходить;
- дефіцит часу під час ухвалення рішення;
- невідповідність рівня військово-професійної підготовленості особистості

військовослужбовця реальним умовам бойової діяльності;

- психічна неготовність військовослужбовця до дій у бойових умовах;
- кумулятивний, індукований варіант перебігу реакцій у групах людей,

наприклад, миттєве поширення паніки;

- повна або часткова ізоляція військовослужбовців від основних сил тощо;

б) бойові фізіологічні перевантаження:

— фізичне виснаження в результаті перенапруження та порушення режиму харчування;

- порушення режиму сну;

в) умови бойової діяльності:

- виконання розпорядку дня і дисциплінарних вимог;
- незвичні умови служби, організації побуту та бойових дій;
- переживання особистого характеру (хвороба і смерть близьких, службові негаразди тощо).

Знання цих причин практично визначає основні напрями роботи з психологічної реабілітації військовослужбовців.

Внаслідок дії цих стрес-факторів у військовослужбовців виникають труднощі у функціонуванні психіки. Можна навести таку *психологічну класифікацію розладів їхньої психіки у бойових умовах*:

1. *Розлади психіки*, провідною ознакою яких є **фобія** — патологічний страх, характерними симптомами якого є серцебиття, холодний піт, сухість у роті, тремтіння кінцівок, мимовільне виділення сечі та калу, паралічі кінцівок, заїкання, німота.

Виділяють три *основні клінічні форми страху*:

рухова — виявляється у неконтрольованих діях і рухах, наприклад, втеча від небезпеки; *ригідна* — виявляється в пасивності, недостатності міміки, байдужості, оціпенінні тощо;

прихована — виявляється у гарячковій пасивності, безглуздій активності, які призводять до зриву виконання бойового завдання. У штабах така форма активності паралізує результативну роботу, породжує протирічиві накази, розпорядження тощо.

Коллективною формою страху є **паніка** — стан масового страху перед реальною або уявною небезпекою, яка наростає в процесі взаємної індукції, що блокує здатність військовослужбовців реально оцінювати обстановку, мобілізацію вольових ресурсів і організацію спільних цілеспрямованих дій.

2. *Бойовий шок і бойове стомлення*. Бойовий шок має *три стадії*:

перша розвивається протягом кількох годин (дів) і характеризується почуттям тривоги, що поступово зростає, страхом і погіршенням настрою;

друга — гостра стадія — продовжується від кількох днів до кількох тижнів, виявляється розвитком психосоматичних порушень невротичного характеру;

третья — хронічна стадія — характеризується тривалою психічною декомпенсацією зі змінами особистості. Під *бойовим стомленням* розуміють психічні розлади, які виникають у військовослужбовців через кілька тижнів бойових дій середньої інтенсивності.

3. *Посттравматичний синдром* включає групу психічних розладів, які виникають внаслідок неусвідомлених намагань суб'єкта «витіснити» зі свідомості найбільш несприятливі епізоди.

Основні форми вияву посттравматичного синдрому: часткова або повна соціальна дезадаптація, зниження пам'яті, думки про самогубство та суїцидальні дії, почуття постійної стомленості, неспроможність концентрувати увагу, порушення сну, зловживання алкоголем, прийом наркотиків, головні болі, шлунково-кишкові розлади, сексуальні розлади тощо.

За важкістю можна класифікувати такі бойові психічні травми:

—*легкого ступеня* — виявляються в надмірній дратівливості, замкненості, втраті апетиту, головних болях, швидкій стомлюваності;

—*середнього ступеня* — характеризуються легкими істеричними реакціями, агресивністю, тимчасовою втратою пам'яті, депресією, підвищеною чутливістю до шуму, сильним страхом, втратою почуття реальності дій, що відбуваються;

—*тяжкого ступеня* — характеризуються порушеннями слуху, зору, координації рухів і психоруховими розладами від безглузких вчинків до розвитку ступору.

Характерні ознаки змін психічного стану військовослужбовців і заходи щодо надання їм психологічної допомоги наступні.

1. Гостре психічне або фізичне стомлення:

- погіршення уваги, пам'яті, мислення;
- млявість або безладна квапливість рухів, погіршення їхньої точності й координованості, непевність ходи;
- ослаблення вольових зусиль, рішучості, наполегливості, активності;
- погіршення самоконтролю, витримки;
- скарги на розбитість, загальну слабкість, неможливість надійно виконувати свої обов'язки.

Заходи: тимчасове звільнення від обов'язків служби; забезпечення умов для повноцінного відпочинку протягом не менше доби; тілесно орієнтована й мануальна терапія; допуск до діяльності - після індивідуального психологічного контролю.

2. Перевтома:

- посилення ознак гострого стомлення;
- безпричинні коливання настрою, дратівливість;
- скутість, напруженість, виражена тривожність, занепокоєння;
- байдужність до навколишнього, пригніченість, відсутність інтересу до роботи;
- розлади сну (важке засипання й пробудження, переривчастий, поверхневий, що не приносить полегшення сон, часті ситуаційні сновидіння, безсоння вночі, сонливість вдень);
- почервоніння (поблідніння) шкірних покривів, задишка, серцебиття, пітливість;
- зниження апетиту, нудота;
- хворобливі відчуття в області серця, у м'язах, ломота в попереку й суглобах;
- головні болі, запаморочення.

Заходи: тимчасове звільнення від обов'язків служби; надання першої психологічної (при необхідності - долікарської) допомоги відповідно до характеру розладів; евакуація для проведення спеціалізованих відновних заходів; психологічна підтримка, несугестивна психотерапія; допуск до виконання обов'язків повсякденної служби - за висновком відповідних фахівців.

3. Афективні реакції, конфліктність:

- напруженість, занепокоєння, дратівливість;
- дріб'язкові причіпки до всього;
- «вибухове» реагування на зауваження, претензії.

Заходи: тимчасове звільнення від обов'язків служби; психологічна експрес-корекція стану; психологічна регуляція релаксуючого типу; режим, що щадить,

індивідуальної роботи з боку керівництва; направлення на консультацію до психіатра, невропатолога.

4. Надмірна «передстартова» мобілізація:

- незвичайні для даного військовослужбовця психоемоційна напруженість, збудження, говіркість, метушливість.

Заходи: тимчасове звільнення від участі в підготовці до операції; індивідуальна психологічна регуляція й саморегуляція релаксуючого типу; спостереження; допуск до роботи - після індивідуального психологічного контролю.

5. Недостатня передстартова мобілізація:

- байдужість, відсутність інтересу до підготовки, цілей і завдань операції (без психопатологічних ознак, зазначених у п. 1).

Заходи: тимчасове звільнення від участі в підготовці до операції; індивідуальна психологічна бесіда й експрес-діагностика; при відсутності ознак психічної демобілізації - індивідуальна або групова психічна регуляція активуючого типу; активне включення в процес підготовки до операції; допуск до операції - після індивідуального психологічного контролю.

6. Психологічний шок (стресовий стан, безпосередньо після події):

- поведіння, неадекватне обстановці, байдуже відношення до навколишнього;

- замкнутість, мовчазність;

- загальмованість реакцій, неухважність;

- тривожність, неспокійний сон;

- «відсутній» вигляд, ускладнена «включуваність»;

- звуження уваги, інтересів, контактів.

Заходи: тимчасове звільнення від обов'язків служби або участі в бойових операціях; індивідуальна психологічна бесіда, мануальна й тілесна терапія; при необхідності - евакуація для поглибленого дослідження й надання спеціалізованої допомоги; допуск до виконання обов'язків служби - після індивідуального психологічного контролю; направлення на консультацію до психіатра, невропатолога.

7. Психічна демобілізація:

- втрата контролю над ситуацією, дезорієнтація в обстановці, розгубленість;
- незвичайні для даного співробітника характер мови, зміст висловлювань, інтонації, що свідчать про переживання страху;
- поспішні, хаотичні, не координовані, помилкові дії й вчинки;
- сповільненість або відсутність необхідних дій і вчинків;
- відсутність волевих зусиль, апатія, загальмованість, пригніченість, сонливість;
- відсутність самоконтролю, нестриманість, неадекватний ситуації настрій;
- відмова від продовження діяльності.

Заходи: тимчасове звільнення від виконання обов'язків; психологічна експрес-корекція стану; спостереження за станом, при необхідності - евакуація для надання спеціалізованої допомоги; направлення на консультацію до психіатра, невропатолога.

8. Деморалізація:

- зниження моральних критеріїв;
- розв'язність, вульгарність, зневага нормами службової етики, субординації;
- озлобленість, немотивована брутальність;
- відмова від догляду за собою, занедбаність, неохайність;
- неконтрольоване пияцтво.

Заходи: раціональна психотерапія, негіпнотичне навіювання; застосування заходів виховного характеру; направлення на консультацію до психіатра, невропатолога.

У випадках, якщо немає умов для проведення необхідних корекційних і реабілітаційних заходів, компетенція й кваліфікація психолога не відповідають ступеню виявлених розладів, а заходи першої психологічної допомоги не приводять до нормалізації психологічного стану й працездатності, рекомендується здійснити евакуацію військовослужбовця до місця постійної дислокації.

При проведенні психологічної корекції в цей період використовується широкий арсенал психокорекційних методів, серед яких найбільше часто застосовуються *психологічне консультування, раціональна психотерапія, різні методи регуляції психічного стану, а також соціально-психологічні й психологічні тренінги.*

Крім того, психолог підрозділу бере участь у забезпеченні постійного одержання відомостей різного характеру із засобів масової інформації, вчасно реагує на повідомлення негативного характеру про діяльність підрозділу, розвиток ситуації в регіоні й т.п. Варто пам'ятати, що тенденційна напівправа про діяльності підрозділів внутрішніх військ в «гарячих точках», розтиражована засобами масової інформації, породжує у військовослужбовців почуття провини, провокує сумніви в моральній виправданості власного перебування й проведення оперативних заходів у зоні відрядження.

У період «оперативного спокою» необхідно приділити увагу організації спортивних заходів і дозвілля особового складу (бажано з урахуванням його інтересів), здійснювати груповий аналіз випадків порушення дисципліни, пов'язаних з вживанням алкоголю, організовувати й проводити бесіди психолога з особовим складом.

Як засоби профілактики психічних перевантажень і професійного «вигорання» для військовослужбовців в останні роки активно рекомендується проходження в рамках психологічної підготовки тренінгу з копінг-поведінки. Здатність переборювати стрес у більшості випадків більш важлива, ніж природа й величина стресу, частота його впливу.

У вітчизняній психології копінг-поведінка розглядається як усвідомлене раціональне поводження, спрямоване на усунення стресової ситуації. Воно залежить від трьох факторів - особистості суб'єкта, реальної ситуації й умов соціальної підтримки - і може проявлятися на поведінковому, емоційному та пізнавальному рівнях функціонування особистості. Основні функції оволодіння - забезпечення й підтримка зовнішнього й внутрішнього благополуччя людини.

До особистісно-середовщних адаптивних ресурсів (копінг-ресурсів) відносять рівень когнітивного розвитку, «Я-концепцію», локус контролю,

емпатію, афіліацію, здатність здійснювати й сприймати соціальну підтримку, наявність соціально-підтримуючої мережі і її ефективність, а також психологічні особливості особистості, що забезпечують стресостійкість.

Подоланню психологічних труднощів, як правило, сприяють: високий інтелектуальний розвиток; рівень соціальної адаптації військовослужбовця; такі особистісні якості, як почуття обов'язку, здатність до гнучкого реагування, пунктуальність, розвинені навички соціальної взаємодії й т.п.

У працях В.В. Ягупова (2004) виділяються такі основні напрями профілактики бойових психічних травм.

1. Навчання командирів, а через них і всіх військовослужбовців основам психології та практичним навичкам і вмінням своєчасного розпізнання психічних розладів з використанням найпростіших методик оцінки бойового стресу, опрацювання навичок самоконтролю і спостереження за навколишніми.

2. Роз'яснення військовослужбовцям природи стресових ситуацій та переконання їх у персональній відповідальності за власний психічний стан, опанування найпростішими прийомами релаксації, медитації тощо. Така робота має здійснюватися безпосередньо перед боєм і в періоди затишшя.

3. Оптимальне забезпечення військовослужбовців всім необхідним, формування у них впевненості у власних силах, турбота про харчування й відпочинок, надання своєчасної психологічної та психіатричної допомоги.

4. Своєчасне розпізнання осіб з бойовими психічними травмами, надання їм оперативної психологічної допомоги та евакуація їх у тил.

Основними критеріями для евакуації є: неспроможність військовослужбовця виконувати функціональні обов'язки, неадекватна оцінка оточення, відсутність контакту, його деморалізуючий вплив, загроза з його боку для навколишніх.

Як свідчить світовий досвід, бойові психічні травми необхідно лікувати безпосередньо на передньому краї. В основі цього лікування мають лежати *три основні принципи:* своєчасність надання психологічної допомоги, максимальне наближення місця лікування до місця виконання службово-бойових завдань, мінімальні терміни лікування.

Особи, що дістали бойові психічні травми, мають отримати медичну допомогу безпосередньо в бойових порядках. Ті військовослужбовці, які підлягають евакуації, збираються на медичний пункт, де їм надається перша психологічна, долікарська, а за можливості — перша лікарська допомога з використанням методів психокорекції та мінімальної кількості ліків.

Військовослужбовці, боєздатність яких не відновлюється протягом кількох годин, мають евакуюватися до медичного пункту, де вони мають перебувати від кількох годин до кількох діб залежно від важкості травми, кількості потерпілих і бойової обстановки. Для їхнього лікування використовують методи психокорекції, раціональної трудотерапії з обов'язковими елементами бойової та фізичної підготовки. Головним завданням колективних та індивідуальних бесід має бути переконання уражених в можливості їхнього швидкого відновлення і повернення у підрозділ та попередження про те, що термін лікування не може перевищувати 10 діб.

Найбільш уражені військовослужбовці підлягають евакуації в спеціалізовані відділення шпиталів.

Психологічне забезпечення відновного періоду включає:

— психологічне інформування особового складу про можливі психічні наслідки бойової діяльності та шляхи їх подолання;

— діагностику психічного стану військовослужбовців, що складають групу ризику (які виконували найважчі та стресогенні завдання, раніше отримували бойові психічні травми, мають складне становище в родині, допускали суттєві помилки у виконанні бойових завдань, перебувають в ізоляції; військовослужбовці-жінки, військовослужбовці старшого віку тощо);

— психологічне консультування військовослужбовців з питань, які виникають через переживання у відновному періоді;

— психологічну й соціально-психологічну підтримку військовослужбовців, які переживають труднощі відновного періоду;

— використання спеціалізованих психологічних методів, спрямованих на прискорення відновних процесів у військовослужбовців (психофізіологічний тренінг, тренінг саморегуляції, групи інтенсивного спілкування та ін.).

Види та форми психологічної допомоги залежать від психічного і психофізіологічного стану військовослужбовця. Коли останній усвідомлює свої психологічні труднощі та стан, що переживає, до нього застосовуються *психопрофілактичні методи*, які виражаються у психологічному інформуванні, психологічній і соціально-психологічній підтримці військовослужбовця та членів його родини, використанні спеціалізованих психологічних методів, що прискорять відновлення.

У разі виникнення у військовослужбовця певних відхилень від нормального розвитку процесів відновлення з ним здійснюється *психокорекційна робота*, а при появі стійких психічних труднощів надається *психотерапевтична допомога*. Ці дві форми психологічної допомоги можуть здійснюватись у військовій частині психологом у взаємодії з медичним персоналом цієї ж частини. У даних випадках суб'єктом відновного періоду залишається особистість військовослужбовця.

У разі отримання важких бойових психічних травм психологічна реабілітація організовується спеціалістами. Вона може надаватися в традиційному вигляді й бути частиною медико-психологічної реабілітації та провадитися з військовослужбовцями, які лікуються у зв'язку з пораненнями, контузіями, травмами, опіками, психічними розладами. Вона може доповнюватися *професійною та соціальною реабілітацією*.

У одному варіанті *психологічна реабілітація* — це специфічний вид психологічної допомоги, що надається військовослужбовцям, які переживають або гострі реакції на актуальний стрес, або загострення відстрочених негативних психічних наслідків, відстрочених реакцій та розладів, що зумовлені раніше пережитим, як правило, психотравмуючим стресом. Безперечно, що й у другому варіанті психолог співпрацює з військовими або цивільними лікарями, а військовослужбовець під час психологічної реабілітації звільняється від виконання службових обов'язків і перебуває у стаціонарі медичного підрозділу, або у реабілітаційному відділенні шпиталю.

У другому варіанті *психологічна реабілітація* є центральною ланкою реабілітаційного процесу і доповнюється медичною реабілітацією або тільки певною медичною допомогою. За наявності відповідних умов у медичному

підрозділі військової частини здійснюється неспецифічна психологічна реабілітація, яка може початися і закінчитися в умовах військової частини або бути першим етапом наступної, спеціалізованої психологічної реабілітації в умовах військового шпиталю. Неспецифічність або специфічність психологічної реабілітації визначається глибиною і важкістю бойових психічних травм військовослужбовця і ступенем спеціалізації способів психологічного впливу, які необхідні для вирішення проблем психологічної реабілітації.

Узагальнюючи сказане, *психологічну реабілітацію можна визначити* як комплекс психофізіологічних, психотерапевтичних, організаційних та медичних заходів, спрямованих на відновлення порушених психічних функцій та корекцію соціального статусу військовослужбовців, які отримали бойові психічні травми. Вона націлена на відновлення психічного здоров'я й може здійснюватись як в бойовій обстановці, так і в стаціонарних медичних закладах.

Основними завданнями психореабілітації є:

- виявлення та діагностика психічних розладів у військовослужбовців;
- евакуація психотравмованих військовослужбовців, які цього потребують, з місця виконання службово-бойових завдань;
- відновлення порушених психічних функцій особистості;
- корекція самосвідомості, самооцінки, самопочуття військовослужбовців, які отримали психічні розлади та психічні травми;
- надання допомоги військовослужбовцям у підготовці до хірургічних операцій;
- формування у осіб, які підпали під бойовий стрес ефективних моделей поведінки в різних ситуаціях, навиків саморегуляції психічних станів і ін.

Основні принципи психореабілітаційної роботи:

- невідкладності;
- наближеності місця реабілітації до місця виконання завдань;
- системності, координованості зусиль командирів, органів виховної роботи, військових медиків в інтересах реабілітації.

Способи психореабілітації поділяються на:

- фізіологічні (глибокий сон, відпочинок, якісна їжа, лазня і т.і.);

- аутогенні (психічна саморегуляція, аутотренінг і т.і.);
- медикаментозні (застосовують седативні препарати – заспокійливі; транквілізатори – подавляючі великої сили емоції; ноотропи – посилюючі функціональну активність головного мозку, розумові операції; антидепресанти; психостимулятори);
- організаційні (встановлення режиму роботи та відпочинку, втягнення в активне бойове навчання, несення служби, збереження військової форми);
- психотерапевтичні (індивідуальна та раціональна психотерапія, музико-, бібліо-, арттерапія й т.і.).

Здійснюючи *психологічну реабілітацію після завершення бойових дій*, обов'язково необхідно враховувати такі *фактори*:

— ступінь активності військової частини, підрозділу і конкретного військовослужбовця в бойових діях (чим більше та активніше діяли військовослужбовці в зоні бойових дій, тим оперативнішою, масштабнішою і повноціннішою має бути психологічна допомога; ступінь активності визначається за характером і кількістю бойових дій, в яких брали участь військовослужбовці, за рівнем їх бойової інтенсивності та значущості для виконання більш масштабних бойових завдань);

— кількість бойових втрат у військовій частині, а також характер і причини поранень, контузій, травм, опіків та інших форм фізичного впливу на здоров'я військовослужбовця. Під час надання психологічної допомоги у відновний період щодо кожного військовослужбовця враховуються: а) ситуація, в якій було отримано ушкодження здоров'я; б) ступінь впливу на нього випадків смерті товаришів (особливо близьких по службі та життєдіяльності); в) характер його ставлення до явищ, що визначені в пунктах а) і б); г) особливості ставлення до цього командування; д) нагороди та заохочення, що тією чи іншою мірою пов'язані з цим явищем; е) характер відбиття даних явищ у свідомості товаришів по службі тощо;

— час виходу військової частини, підрозділу, військовослужбовця із зони бойових дій (чим раніше та оперативніше буде надано психологічну допомогу учасникам бойових дій, тим меншою буде ймовірність виникнення згодом психічних проблем, зумовлених бойовим стресом);

— особливості соціально-психологічного клімату і міжособистісних взаємин у військовій частині, підрозділі, характер взаємин конкретного військовослужбовця з оточуючими;

— особливості та умови діяльності військової частини, підрозділу, військовослужбовця після виходу з бойової обстановки (нормальна і добре продумана організація життєдіяльності військової частини, підрозділу, конкретного військовослужбовця сприятиме психічному здоров'ю всього особового складу і зменшуватиме необхідність психологічної допомоги та реабілітації);

— особистісні переживання конкретного військовослужбовця, що може бути пов'язано з фізичним знищенням солдат супротивника, загибеллю товаришів по службі, веденням бойових дій у оточенні супротивника, перебуванням у полоні, здійсненні протиправних вчинків;

— соціальні, етнічні, релігійні, родинні та інші обставини, що мають суттєвий вплив на процес психологічної реабілітації кожного конкретного військовослужбовця.

Хід та результат бойової діяльності у значній мірі визначають поведінку і психічні стани військовослужбовців після бою. В цей період відбувається поступове повернення здатності критично мислити, намагання відволіктись від переживань бою через виконання певної роботи (написання листів, догляд за технікою, спорядженням, одежею і т.і).

У випадку невдалого завершення бойової діяльності у військовослужбовців можуть розвиватись стани невпевненості у своїх силах, в успішності службово-бойової діяльності, компетентності командирів і т.і. Ці переживання особливо посилюються у випадку великих втрат в людях та бойовій техніці.

Але у будь-якому випадку в період після виконання бойового завдання йде відновлення сил та бойових можливостей особистості. Стани більшості військовослужбовців характеризуються стомленістю, сонливістю, низькою рухливістю, важкими сновидіннями, униканням контакту очима, намаганням відволіктися від роздумів про травмуючі події.

Подолання негативних психічних станів сприяє: роз'яснення військовослужбовцям причин невдач, шляхів поновлення боєздатності, активна

підготовка до подальших дій, посилення ненависті до ворога, актуалізація широких соціальних мотивів поведінки військовослужбовців.

У цей період рекомендується: дати можливість військовослужбовцям відпочити, щоб відновити фізичні та психічні сили, після відпочинку втягнути в активну нескладну діяльність, підбадьорити хорошим словом, уникати нарікань за помилки під час виконання бойових завдань, організувати надання швидкої допомоги пораненим, психотравмованим, їх евакуація, урочисте поховання загиблих.

Актуальним постає питання *соціально-психологічної реадaptaції учасників бойових дій*.

Участь людей в службово-бойовій діяльності в екстремальних умовах в значній мірі змінює їх картину світу, життєвий зміст, трансформує систему цінностей, актуалізує комплекс специфічних потреб. Гостро постає проблема бути почутими, понятими, оціненими психологічно захищеними. Психіка учасників бойових дій як би оголюється, стає особливо чутливою до фальші, несправедливості, легко ранимою. Якщо ці особливості не будуть враховані то можливе виникнення складних соціальних і психологічних наслідків.

Разом з відчаєм, фрустрацією, апатією у військовослужбовців може розвиватись патологічна, викривлена картина світу, формуватись агресивна конфліктна поведінка. Тобто, можливість такої психотравматизації потребує особливої психологічної допомоги, що полягає в корекції ціннісно-мотиваційної структури особливості та психічних станів для повернення в ритм і атмосферу повсякденного життя.

Таким чином, *соціально-психологічна реадaptaція* (перепристосування) представляє собою організоване психологічне "повернення" військовослужбовців до звичних умов життєдіяльності після виконання спеціальних складних завдань службово-бойової діяльності, які супроводжувались травматизацією їх психіки.

Соціально-психологічна реадaptaція включає вирішення *двох основних завдань*:

- 1) реконструкцію ціннісно-орієнтаційної системи самих учасників бойових дій;

2) створення навколо них реадаптуючого соціального середовища.

Перше завдання вирішується в період після закінчення бойових дій і вступу в мирне життя в так званий період "психологічного карантину". Метою діяльності командирів, заступників з виховної роботи, психологів, медиків є задоволення основних потреб військовослужбовців у розумінні, визнанні, престижі, знятті психічної напруженості і психологічна підготовка до повсякденної діяльності. Найбільш доцільними заходами даного періоду є:

- ґрунтовний аналіз бойової діяльності військовослужбовців та позитивна оцінка внеску кожного з них у вирішення поставлених завдань підрозділу, частини;
- зустрічі військовослужбовців з політиками, представниками трудових колективів, родичами, діячами культури, що має підтвердити високу соціальну значимість зробленого ними;
- жорстка селекція періодичних видань, радіо- та телепередач, парціальний, поступовий пропуск до військовослужбовців інформації негативно оцінюючої ті чи інші сторони бойової діяльності;
- включення військовослужбовців у динамічну нескаладну діяльність, недопущення бездіяльності, здійснення спеціальної психологічної підготовки до зустрічі з людьми з "мирною" психологією.

Друге завдання визначає, що незалежно від того чи повернувся військовослужбовець переможцем чи переможеним його має гідно зустріти країна, військовослужбовці, родина, знайомі. Бажано, щоб зустрічаючі розуміли прояви психіки та поведінки військовослужбовця, були навчені елементарним прийомам психологічної підтримки. Не допускати, щоб учасники бойових дій сприймалися як "ненормальні" чи "травматики". Відношення до них має всебічно сприяти розрядці накопиченої психологічної напруги, попередженню додаткової психотравматизації. Родичі мають бути психологічно та морально підготовлені до довготерпіння, встановлення контактів з друзями, втягування в активну культурну, дозвільну, суспільну діяльність частини. Морально-психологічний стан учасників бойової діяльності необхідно постійно відстежувати та корегувати.

Таким чином, соціально-психологічна реадаптація – це процес відновлення в учасників бойових дій психологічного ресурсу, необхідного для повноцінного життя і активного соціального функціонування в умовах мирного життя.

Питання для самоконтролю

1. Надайте психологічну характеристику службово-бойової діяльності військовослужбовців внутрішніх військ у екстремальних умовах.
2. Охарактеризуйте основні психологічних фактори, які впливають на діяльність військовослужбовців при виконанні службово-бойових завдань в екстремальних умовах.
3. Розкрийте негативні психологічні наслідки діяльності військовослужбовців в екстремальних ситуаціях.
4. Охарактеризуйте психічні розлади, пов'язані з виконанням службово-бойових завдань, за умовами й часом появи.
5. Охарактеризуйте основні умови забезпечення ефективності службово-бойової діяльності особового складу в екстремальних умовах.
6. Розкрийте характерні ознаки змін психічного стану військовослужбовців у екстремальних умовах і заходи щодо надання їм психологічної допомоги.
7. Розкрийте зміст психологічної підтримки та психологічної реабілітації в бойових умовах діяльності особового складу.
8. Розкрийте сутність та завдання соціально-психологічної реадаптації.

ПРАКТИКУМ З ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Методика "40 КРОКІВ"

Методику "40 кроків" розробив В.В. Сулицький у межах конструктивної психології.

Конструктивна психологія – комплексна галузь психологічних знань, яка спрямована на позитивну побудову особистості на підставі трансформації її негативного життєвого досвіду у позитивний з урахуванням системи взаємодії між собою психологічних якостей особи у будь-яких типових чи нетипових ситуаціях.

В основу конструктивної психології автором покладена філософія софізму. Софізм – вчення мудрості, що належить до класичної філософської традиції Сходу. Він дав світу алгебру, письменність, від нього беруть початок три світові релігії. Головним у вченні є правило: "Не говорити, а діяти". Вчинками, справами та власним життям особистість повинна сіяти любов та зберігати світло величі у всьому, що її оточує.

Головним завданням конструктивної психології є поновлення та збереження соматичного і психічного здоров'я особистості через її постійну роботу над собою як під наглядом вчителя, так і самотійно.

Методика "40 кроків" – це вид індивідуально-психологічної допомоги, що передбачає безпосереднє спілкування психолога з клієнтом та під час їх спільної роботи застосування новітніх психотехнік в залежності від психологічних особливостей особистості з метою збереження соматичного та психічного здоров'я останнього.

Цей метод включає такі *етапи*:

- 1 етап – Підготовка матеріалів справи клієнта.
- 2 етап – Первинна психологічна бесіда.
- 3 етап – Психодіагностичне тестування.
- 4 етап – Розробка індивідуально-психологічної програми роботи з клієнтом.
- 5 етап – Реалізація індивідуально-психологічної програми роботи з клієнтом.
- 6 етап – Індивідуальна робота клієнта під наглядом психолога.
- 7 етап – Заключна психологічна бесіда. Підведення підсумків.

Якщо психолог є справжнім професіоналом, він до кожної зустрічі з клієнтом готується заздалегідь. На кожного клієнта він заводить психологічну справу, яка передбачає такі розділи:

- схема дослідження клієнта;
- дослідження психологічного стану клієнта;
- результати психодіагностичної роботи з клієнтом;
- реабілітаційна програма та її виконання;
- результати індивідуально-психологічної роботи.

Первинна психологічна бесіда є одним із найскладніших етапів роботи з клієнтом, так як передбачає встановлення контакту, з'ясування проблем, обговорення умов співпраці.

Під час першої зустрічі відбувається знайомство психолога з клієнтом. Психолог розповідає про власну діяльність, свої можливості, умови праці з клієнтом, вимоги до клієнта. Наприклад: “Доброго дня. Мене звать Бровченко Іван Сергійович. Я психолог практик, який займається психологічним консультуванням та наданням індивідуально-психологічної допомоги. Моя спеціалізація – профілактика та попередження негативних наслідків життєвих криз, у тому числі, запобігання самогубствам. Я дію у межах конструктивної психології з використанням відповідних до кожного конкретного випадку та з урахуванням індивідуальних психологічних особливостей особистості психотехнологій, що спрямовані на вирішення проблемних ситуацій клієнта. Психологічним консультуванням займаюся більше десяти років. Я є кандидатом психологічних наук. Наші зустрічі та робота з вами буде щоденною. Всі інші умови передбачені угодою, яку ми з вами підпишемо, якщо ви згодні на нашу співпрацю й я вас задовольняю як фахівець.”

Далі первинна бесіда будується за таким сценарієм.

Збір та узагальнення інформації про клієнта. Клієнту пропонується заповнити таблицю “Зміни у житті, що можуть викликати стресові ситуації у людини”. Під час проведення первинної психологічної бесіди відбувається спостереження за психологічним станом клієнта.

У ході первинної бесіди психолог повинен зібрати інформацію про клієнта, яка була б корисна для розробки індивідуально-психологічної програми та подальшої корекційної роботи з ним.

Наступним прийомом використовується психодіагностичний метод. Тести обираються в залежності від проблем, з якими звертається клієнт.

За результатами тестування будується подальша розмова з клієнтом. Приблизний перелік питань:

1. Як Ви себе почуваєте?

2. Чи задоволені Ви умовами життя?

3. Чи є у Вашому житті проблеми, які вирішити важко? У чому їх суть?

4. Чи можливо вирішення Ваших проблем за допомогою членів родини, товаришів, друзів?

5. Чи виникають у Вас конфлікти з:

- рідними та близькими,

- співробітниками,

- керівництвом,

- знайомими.

З чим вони пов'язані?

6. Чи з'являлась хоч раз у Вас думка, що життя не має сенсу?

7. Чи виникають у Вас сумніви, що Ваші друзі - це справжні друзі?

8. Чи відчуваєте Ви підтримку з боку своєї сім'ї у всіх своїх справах?

9. Чи маєте Ви змогу розповісти кому-небудь про свою душевну травму?

10. Які події чи обставини викликали кризу? Що саме трапилося з Вами?

11. Чи була ця криза раптовою? Чи була можливість запобігти кризі?

12. Чи можете Ви контролювати перебіг подій, власними силами розв'язати проблеми, що виникли?

13. Які засоби розв'язання проблеми були вже Вами використані та до яких наслідків це призвело?

14. Що саме тепер викликає найбільше занепокоєння (загроза матеріальних чи моральних втрат, відчуття небезпеки тощо)?

15. Чи бачите Ви реальні шляхи виходу з кризи? Як Ви уявляєте собі подальший перебіг подій? Що в цій ситуації залежить від Вас, а що від когось іншого?

16. Чи потрібна Вам допомога лікаря або психолога у вирішенні Ваших проблем?

Таким чином, у ході первинної психологічної бесіди визначаються проблеми, що потребують вирішення за допомогою психолога, надаються первинні рекомендації та задається домашнє завдання, наприклад, скласти перелік власних життєвих проблем та ранжувати їх за ознаками важливості (від головної до незначної). Мета – усвідомлення клієнтом власних проблем.

Після першої зустрічі з клієнтом заповнюється “Схема дослідження клієнта”.

Підготовка до другої зустрічі будується з урахуванням результатів первинної бесіди:

Наприклад: *Незадоволеність своєю зовнішністю та станом здоров'я.*

1. Психологічні рекомендації для розвитку впевненості у собі.

2. Рекомендації щодо виходу з депресивного стану.

3. Рекомендації "Як долати стрес".

4. Індивідуальна гра "Якщо ..."

Під час другої зустрічі:

А. Визначається настрій клієнта.

Б. Відбувається перевірка домашнього завдання.

В. Продовжується робота з клієнтом. Проводяться:

- перша вправа: "Якщо б ...". Після письмових відповідей на запитання йде їх обговорення з психологом.

Визначається **головна проблема** клієнта.

Проаналізувавши та обговоривши відповіді на запитання психолог звертає увагу клієнта на особливості його особистості та їх проявів у поведінці;

- друга вправа: "Аналіз стосунків". Головна мета якої – подолання труднощів встановлення контакту та спілкування з іншими людьми.

Далі заняття будується у формі гри "Адекватне сприйняття інших людей":

а) уявіть собі ідеальну людину. Якими, на Ваш погляд, вона повинна володіти якостями? Розташуйте їх за вагомістю.

1. Порядність (вміння будувати стосунки, бути чесним у відносинах).

2. Розум (розуміння, сприйняття світу, людей, глибина пам'яті, зібраність мислення).

3. Ґрунтовність (мати життєві принципи та постійно керуватися ними у повсякденному житті).

4. Доброта (коли у діях людини не має злого умислу).

5. Контактність (вміння довго, красиво, цікаво спілкуватися, давати живий відгук на інтереси інших).

6. Тактовність (не бути надто надійливим, докучливим, відчувати коли і що казати, коли піти тощо).

7. Раціональність (вміти не витратити власні сили даремно).

8. Мудрість (результат роботи розуму та душі).

9. Чуттєвість (прояви реальної турботи).

10. Почуття гумору.

б) Яка людина у Вас викликає незадоволення?

- з диктаторським ставленням до людей (доброта з садистським обличчям);
- яка потребує до себе поваги за все, що робить (я своє "відшнуркував", зараз Ваша черга);
- яка принижує гідність інших людей за будь-яких обставин (ніщо так не радує, як пригнобленість інших);
- неохайна;
- нетактовна у відносинах (стосунках).

- третя вправа: "Я збираю друзів":

а) уявіть, що на обід Ви запрошуєте гостей, яких бажаєте бачити. Складіть їх список;

б) розташуйте їх за столом;

в) чому Ви їх так розсадили?;

г) який подарунок Ви підготуєте для гостей?

- четверта вправа: "Побудова власного Я". Вона включає:

- встановлення позитивних якостей клієнта;
- встановлення негативних якостей клієнта;
- встановлення нейтральних якостей клієнта.

- п'ята вправа: "Лист до себе":

- який я є;
- яким я хочу бути;
- що треба змінити;
- ЯЯЯЯ....

Г. Під час другої бесіди краще обговорити питання: як змінити власне життя, як контролювати свою поведінку, шукати та приймати відповідальні рішення, піклуватися про інших і про себе. Щоб змінити стереотипи поведінки пропонується клієнту програма "40 кроків із минулого у майбутнє". Після зустрічі клієнт розпочинає вести щоденник самоспостереження. У ньому він описує не події, а власні реакції на них, свої відчуття, емоції, бажання, роздуми тощо. Через 40 днів психолог разом з клієнтом аналізує нотатки та виробляє наступний план дій.

Щоденник має такий вигляд:

Подія	Моє реагування на подію
-------	-------------------------

Таким чином, прийоми та методи конструктивної психології допомагають клієнту змінити не тільки ставлення до проблеми, але й визначити своє місце та певну роль у ній і у засобах її вирішення. Таким чином будується нова особистість, яка легко адаптується до зовнішніх (політичних, економічних, соціальних, екологічних, культурологічних тощо) змін.

2. Можливі варіанти ігрових ситуацій соціально-психологічних тренінгів.

"ДУМКИ". Це вправа-розминка застосовується на перших заняттях як вступна перед більш серйозними вправами. Для кожного з присутніх всі члени групи по черзі називають одну - дві із властивих йому позитивних якостей, що відразу створює необхідну доброзичливу обстановку.

Вправа може бути продовжена й тоді вона стане методом корекції поведінки присутніх. Після повторення першої її частини (позитивних характеристик) і невеликої перерви учасники по черзі називають по одній негативній якості кожного з присутніх. Для того, щоб це не призвело до конфлікту, можна порекомендувати неприємні характеристики висловлювати метафорично - "вовк-одинак", "їжачок у тумані", "нічого не бачу, нічого не чую, нічого нікому не скажу" і ін.

"ІНТЕРВ'Ю". У кожного зі членів групи всі бажаючі по черзі беруть інтерв'ю. Тема його довільна, але не занадто інтимно-особиста. Кількість питань, що задаються, не повинна перевищувати 5 - 7. Необхідно, щоб по можливості через цю вправу пройшли всі члени групи. Для того, щоб викликати необхідну розкутість у того, кого інтерв'юють, на перших етапах заняття рекомендується запропонувати йому відповідати із частковою відвертістю або в "масці" - не за себе, а за когось іншого. Досить ефективним для "розгойдування" військовослужбовців термінової служби виступає тут інтерв'ювання "у ролях", коли й питаючі, і ті, хто відповідають говорять не від своєї особи, а від імені якоїсь персоніфікованої категорії або персонажа: Інопланетянин, Робот, Супермен й т.п. Подібне інтерв'ю може стати прекрасною розминкою перед більш складними іграми й вправами й служить гарним засобом пізнання товаришами по службі один одного.

"ПОЧЕСНИЙ ГІСТЬ". Учасникам гри оголошується, що через якийсь час один із членів групи (на роль протагоніста бажано вибирати осіб, які не належать до числа "зірок") покине приміщення й увійде тільки тоді, коли його покличуть. З інших будуть обрані п'ять чоловік - журі, що по п'ятибальній системі повинні оцінити всі наступні дії кожного з учасників.

Людина, яка перебуває за дверима, - почесний гість підрозділу (іноземець, представник цивільного відомства й т.п.), що сам вибирає собі національну

приналежність. Ще один з учасників стане гідом і перекладачем гостя, а інші члени підрозділу повинні зробити так, щоб почесний гість почував себе як дома.

Члени журі незалежно один від одного вправі знижувати оцінку тим, хто поводить зайво сухо або занадто фамільярно, піддесливо або грубо, сковано або розв'язно. Грубих, фамільярних або розв'язаних можна виводити з гри. За оцінками членів журі буде виведена середня оцінка для кожного з учасників.

Гра ця нескладна й, при свідомо комічних ефектах (незвичайна мова, зміни у формі одягу), робить явну приємність учасникам. Однак поряд з цим вона й досить серйозна, тому що вимога ввічливості стосовно почесного гостя далеко не завжди виконується, причому в першу чергу тими, хто недобррозичливо настроєний до "протагоніста". Їх зачіпають знаки уваги до гостя, і за показною привітністю вони часто ховають глузування або навіть прямий укол, поступаючись заради цього оцінкою журі. Подібне поводження заслуговує обов'язкового обговорення групою по закінченні гри.

"ДРАМАТИЗАЦІЯ КОНФЛІКТУ". За допомогою цього прийому виявляється можливим виділити й виявити реальні конфлікти, які існують у середовищі військовослужбовців. Рекомендується трьохетапне використання техніки драматизації конфлікту.

На першому етапі військовослужбовець, який незадоволений сформованою ситуацією, у присутності опонента виконує його (опонента) роль, віддавши власну роль кому-небудь іншому. При цьому, у випадку якщо опонент протестує проти наявного виконання його ролі (а це буває часто, тому що зображення "защемленим" "затискувача" звичайно носить виражений гротескний характер і взагалі досить шаржоване), йому самому пропонують зіграти свою роль, але не із самим незадоволеним, а знову-таки з "актором". Явна ідеалізація власних дій з боку "затискувача" викликає протест "защемленого", і драматизація конфлікту закономірно й природно переходить до свого другого етапу.

На цьому етапі "винуватець" конфлікту сам відіграє роль "защемленого", відтворюючи зміст і тон його відповіді в діалозі з "актором", що раніше зображував його самого. Звичайно це викликає протест з боку "защемленого", який вважає, що його дії також явно шаржовані, після чого йому самому пропонують їх відтворити із

замінюючим "затискувача" "актором". Явна ідеалізація "защемленим" власних дій породжує протест у "винуватця" розбіжності, що звичайно підтримується всіма присутніми.

Починається третій етап драматизації конфлікту. Психолог пропонує учасникам конфлікту зобразити те, як саме варто було б противній стороні звертатися й діяти в ситуації конфлікту. Почати можна з виконання "незадоволеним" ролі його опонента, а відразу після цього дати можливість всім бажаним надати власну версію поведінки "затискувача". "Затискувач" же далі сам представляє, як саме "незадоволеному" варто було б поводитися в ситуації, після чого добровольці з групи також демонструють свої більше правильні форми реагування.

Результатом подібної драматизації конфлікту звичайно виступає не стільки розрішення розбіжності (тому, що конфлікт може виявитися дуже стійким і зберігатися без видимих на те причин), скільки корекція взаємного поведінки й взаємних очікувань учасників, а також підвищення їхньої психологічної чутливості й точності поведінкових реакцій. Однак, для того щоб цей результат виявився досягнутим, психологові необхідно постійно пам'ятати про чотири найважливіші принципи драматизації:

1. Відмова від розповіді на користь показу.
2. Переклад вираження агресивності на особу, що заміняє ("актора").
3. Обмін ролями партнерів по розбіжності.

4. Активне залучення аудиторії, причому не тільки для ігрового відтворення конфлікту, але й (найбільше) для спільного пошуку адекватних форм взаємодії в конфліктних ситуаціях.

"КЕРУВАННЯ КОНФЛІКТОМ". Як основа для цієї вправи може послужити художній або публіцистичний конфлікт, що може бути розіграний двома учасниками. У присутності взводу (з якого доцільно виділити журі) ці двоє грають розбіжність, застосовуючи у взаємодії принципи керування конфліктом, запропоновані нижче:

1. Визначення необхідності загострення конфлікту, що досягається за рахунок чесної й безсторонньої відповіді на наступні питання (відповіді ці можна давати вголос або записувати, обговорювати ж їх не можна):

а) Можливо й чи бажано усунення протиріччя (як відомо, протиріччя - двигун прогресу)?

б) Якщо так, то чи немає більш мирних, ощадливих і "чистих" шляхів його розрішення?

в) Якщо ні, то чи вистачить у Вас сил на те, щоб виграти конфлікт?

г) Якщо ні, то як довго він може тривати (це потрібно знати для того, щоб вийти з конфлікту з мінімальною витратою щиросердечних і фізичних сил)?

2. Повний контроль за власними емоціями, які, як правило, заважають оцінювати те, що відбувається.

3. Аналіз справжніх причин конфлікту, які опоненти можуть приховувати за причинами мнимими.

4. Локалізація конфлікту, тобто встановлення його чітких рамок і максимальне прагнення до звуження області протиріччя.

5. Відмова від концентрації на самозахисті, оскільки захоплення власними захисними діями звичайно заважає людям вчасно помітити зміни в обстановці й поведженні "противної" сторони.

6. Переформулювання аргументів опонента, які просто не варто спростовувати в тім порядку й у тих пропорціях, у яких вони викладені - краще спробувати "перевести" їх на зрозумілу Вам мову, виділяючи опорні значимі моменти.

7. Достатня активність, оскільки навіть "відступаючи по всьому "фронтові", можна зберігати ініціативу, задаючи:

а) емоційний тон відносин ("Давай говорити спокійно");

б) тему розмови ("Ми не про те говоримо, вернемося до...");

в) мовний стиль (без брутальності й вульгарності);

г) ролі й ступінь суворості правил гри.

Виконання вправи обов'язково оцінюється й обговорюється за всіма сімома складовими керування конфліктом.

"ДИСКУСІЯ - ЗМАГАННЯ". Члени групи розбиваються на дві команди й виборне журі, що повинне розробити критерії оцінки висунутих у дискусії аргументів (доказовість, логіку, чіткість формулювань, відповідність темі й т.п.) і систему оцінки (у балах). Визначається предмет дискусії, команди розбиваються на групу "про" і "групу-контра"(тобто за й проти), після чого починається саме дискусія-змагання. Наприкінці її журі повідомляє й коментує результати та відбувається колективне обговорення ходу дискусії.

"СТРАТЕГІЯ В ДІАЛОЗІ".

а) Двоє з учасників викликаються психологом і в таємниці від аудиторії та від іншого учасника одержують завдання: першому - підтримувати діалог у своїй звичайній манері, а другому - будь-якими способами втримувати лідерство у взаємодії. Тему може запропонувати аудиторія чи психолог, або її можуть вибрати самі діючі особи. Хід і результати діалогу обов'язково обговорюються всією групою.

б) Протилежний варіант: другий партнер повинен змусити напарника стати лідером діалогу.

"РОЛЬОВЕ ОБГОВОРЕННЯ". У цій грі психолог роздає учасникам листочки з позначенням ролей, у яких вони повинні виступати в обговоренні (Філософ, Дипломат, Ерудит, Скептик, Громадський працівник, Попелюшка й т.п.; ролі бажано підбирати незвичні). Далі домовляються про предмет обговорення, який може бути найрізноманітнішим, наприклад обговорення фільму, книги або газетної статті. Він не повинен бути занадто складним або надто хвилюючим. Після 10-15 хв. дискусії учасники повинні визначити, хто був у якій ролі (список їх повинен бути повідомлений присутнім), причому непізнані гравці вважаються такими, що не впоралися із завданням.

"ПОХМУРИЙ НАСТРІЙ". Грають двоє. У одного похмурий настрій. Завдання іншого: надати підтримку й розвеселити.

"РОЗДРАТОВАНІСТЬ". Грають двоє. Один з них напружений і чимсь роздратований (чим саме, необхідно оголосити заздалегідь). Завдання іншого: зняти напругу, з'ясувати його причину, надати підтримку.

"НЕПРИЄМНОСТІ ПО СЛУЖБІ". Грають двоє. У одного трапилися неприємності по службі, про які говорити він не хоче. Завдання іншого: розговорити й надати підтримку.

"ДВОЄ У КОНФЛІКТІ". Грають троє. Основний граючий приходить у розташування, коли конфлікт (причини невідомі) між двома товаришами по службі вже завершився, вони розійшлися по кутках і сердяться один на одного. Його завдання: з'ясувати причину розбіжності, зняти напругу й погасити знову розгорілу сварку (її вони грають), надати підтримку обом і домогтися конструктивного розрішення конфлікту.

Кожна вправа завершується, як правило, широким обговоренням у групі. Учасники діляться враженням про почуття, які виникли під час виконання ролей, глядачі розповідають про побачене і допомагають оцінити дії учасників. Часом обговорення приносить більше виховного ефекту, ніж сама динаміка гри, особливо якщо виникає відверта розмова про особисті проблеми, про моральні явища у колективі.

Перелік вправ для СПТ у військових колективах не вичерпується вищеописаними сценаріями. Психолог може й повинен підбирати вправи й рольові ігри з урахуванням специфіки військової діяльності конкретного військового підрозділу.

Релаксаційний тренінг.

Учасників групи спочатку навчають методу прогресивної м'язової релаксації:

"Сядьте в крісло. Розслабтеся. Закрийте очі. Кілька разів повільно й глибоко вдихніть, фіксуючи свою увагу на проходженні повітря по дихальних шляхах. Потім витягніть праву руку, міцно стисніть її в кулак. Відчуйте напругу м'язів. Розтисніть кулака. Відчуйте розслаблення м'язів. Знову стисніть кулака й усвідомте напругу. Через 5-10 секунд розтисніть кулака й усвідомте розслабленість, тепло, почуття комфорту. Зосереджуйтесь тільки на м'язах, які напружуєте й розслаблюєте. Намагайтесь в цей час не напружувати інші групи м'язів.

Такі вправи у вигляді циклів напруга - розслаблення пропрацюйте на інших групах м'язів (плечі, шия, рот, очі, чоло, ноги, живіт і ін.). Далі спробуйте розслаблювати все тіло. Відчуйте, як розслабленість "тече" від рук через плечі,

груди, живіт до ніг. Запам'ятайте пов'язаний з загальною розслабленістю стан заспокоєності й почуття психічного комфорту. Після цього повільно порахуйте від 10 до 1, подумки давши собі перед цим завдання, що після закінчення рахунку ви знову будете бадьорим і зібраним."

Після освоєння техніки м'язової релаксації учасникам пропонують закрити очі й подумки уявити собі ситуацію, що викликає у них страх і тривогу. Як тільки емоційна напруга досягає високої межі, учасникам пропонують припинити уявлення й розслабитися. Розслаблення зазвичай приносить заспокоєння.

Тренування починають з уявлення сцен, які викликають легке хвилювання, і закінчують сценами, які супроводжуються вираженим психічним дискомфортом, тривогою й страхом. Вправа вважається відпрацьованою тільки в тому випадку, якщо учасник при уявленні всієї ієрархії психотравмуючих сцен не відчуває тривоги й хвилювань.

Замість уявлення конкретних ситуацій учасникам можна запропонувати набір слайдів, що викликають у них страхи або інші негативні емоційні переживання. Чергуючи показ слайда, що викликає страх або нав'язливість, з наступною релаксацією, можна домогтися зникнення хворобливих явищ.

Така методика широко використовується для вироблення впевненості в собі при всіляких ситуаціях, наприклад при ускладненні міжособистісних контактів, при хвилюванні перед публічним виступом або іспитом, прийнятті рішень і т.д.

Перебудова переконань починається з "атак" на ортодоксальні установки й переконання, якими клієнт керується у своєму житті, але які є для нього не раціональними й ведуть до психічного дискомфорту або неврозу.

Підсумком цього етапу роботи з клієнтом є формування в нього більш раціонального погляду на життя, більше адекватних переконань.

3. Практичні рекомендації зі збереження працездатності та підтримання здорового способу життя військовослужбовців.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оприлюднила звіт про стан здоров'я мешканців планети. Був складений "чорний рейтинг" з десяти найнебезпечніших загроз, чинників, що найчастіше призводять людей до літального кінця:

1. Недостатнє харчування.
2. Небезпечний секс (без засобів захисту).
3. Підвищений тиск крові.
4. Вживання тютюну.
5. Алкоголь.
6. Вода для повсякденного вживання, що не відповідає санітарним нормам.
7. Антисанітарія.
8. Нестача заліза у крові.
9. Забруднення оточуючого середовища.
10. Високий рівень холестерину та зайва вага.

У звіті ВООЗ констатується, що 40% смертей на планеті є наслідком десяти вищезгаданих причин. Наступні – від 11 до 20 – чинники ризику призводять до 10% смертей.

Серед національних хвороб в Україні найбільш поширеними є:

- серцево-судинні. Щорічно в установах охорони здоров'я серцевий діагноз встановлюють 2 мільйонам осіб, а чисельність звернень з жалобами на хворобу серця складає 20 мільйонів. Спостерігається збільшення кількості хворих на ішемію серця у чоловіків віком 40-70 років, а у жінок – 55-70 років;
- онкологічні захворювання є другою за масштабами причиною смерті: 14-17% - серед чоловіків, 12-14% – серед жінок.
- СНІД, який став епідемією, адже щорічно виявляється біля 10000 нових ВІЧ-інфікованих;
- сухота (туберкульоз). Щорічно кількість осіб хворих на туберкульоз збільшується на десятки тисяч. Фактом є те, що третина населення земної кулі інфікована бактеріями туберкульозу;

- травми та отруєння. Вони складають 6-8 % від загальної кількості захворювань. Це, у першу чергу, самогубства, випадкове отруєння алкоголем, нещасні випадки, вбивства тощо. У 2001 році в наслідок нещасних випадків загинуло 75000 осіб, а чисельність тих, хто звертався за допомогою в наслідок травми або отруєння складає 2,2 мільйона осіб (приблизно 5% українців);

- артеріальна гіпертензія. Загальна кількість таких хворих в Україні складає 15 мільйонів осіб;

- нікотин. Серед чоловічого населення України віком від 14 років і більше палить 57% (середньоєвропейський показник – 38%). У державі від паління щорічно гине від 107 до 123 тисяч осіб;

- алкоголізм. Починаючи з 1992 року загальна кількість тих, хто захворів алкогольним психозом збільшилася у два рази. Щорічно на диспансерному обліку знаходиться до 900000 осіб, 86% з них – особи працездатного віку.

Як відомо, велика кількість соматичних хвороб супроводжуються психічними розладами, а деякі з них мають психогенний характер. Їх початком є різного виду чинники стресу, що викликані не стільки соціально-економічними, політичними, культурологічними негараздами у суспільстві, скільки тим, що більшість громадян нашої країни не можуть протистояти (або пристосуватися), у психологічному плані, до процесів, що відбуваються у країні. Багатьом з них не відомі поняття "психологічний захист", "психопрофілактика", "психодіагностика", "психологічна допомога" та "психокорекційна робота", та те, що у скрутну годину вони можуть звернутися за допомогою до спеціаліста-психолога й отримати відповідну кваліфіковану допомогу. З одного боку це пояснюється тим, що в Україні не вистачає фахівців, які спеціалізуються на наданні психологічної допомоги населенню, а з іншого – менталітет наших людей такий, що їм краще звернутися до знахаря, чим до фахівця. Майже на всю України нараховується 5000 психологів і майже 200000 "народних цілителів".

Головною проблемою психології є те, що люди усвідомлено руйнують власне психологічне та соматичне здоров'я. Вони не тільки не шукають позитивних шляхів у вирішенні повсякденних проблем, а навпаки, заганяють себе у глухий кут безнадії,

розпачу, тривоги, негативізму, що посилює небезпеку стресових реакцій на події, що відбуваються.

Проведені дослідження серед персоналу силових структур країни дозволили встановити, що рівень його захворювання є результатом не тільки професійного стресу, а й безвідповідального ставлення до власного здоров'я. Найбільш поширеними хворобами є: виразка шлунку, захворювання нирок, серцеві захворювання, різного виду невротичні реакції, артеріальна гіпертензія тощо. Серед інших причин, що негативно впливають на стан здоров'я треба зазначити: надмірне вживання алкоголю, паління, нерегулярне заняття фізкультурою та спортом, нерегулярне вживання їжі, не знання та не вмінні використовувати індивідуальні прийоми психологічної допомоги, що призводить до передчасного руйнування захисних психічних сил організму, незадовільні побутові умови; втрата відчуття соціальної захищеності й інші.

Зміст соціально-психологічних заходів збереження працездатності.

1. Формування психологічної сумісності військовослужбовців та оптимізація емоційного стану й психологічного клімату.

Психологічна сумісність передбачає таке поєднання особистих властивостей та якостей людей, яке сприяє успішному виконанню ними соціально-рольових функцій і професійних обов'язків в колективі. Швидкість, спрямованість і ступінь зміни процесів внутрішньогрупової міжособистісної взаємодії військовослужбовців при виконанні службових завдань суттєво залежить від об'єктивних та суб'єктивних факторів. До об'єктивних факторів відносять специфіку діяльності, умови життєдіяльності об'єктів, інтенсивність та характер професійної діяльності, тривалість та напругу при виконанні завдань, численність групи та її організацію, ступінь ізоляції колективу.

Суб'єктивними факторами є індивідуальні якості особистості, професійна придатність спеціаліста, характер, настанова на роботу, ступінь спільності індивідуальної мети, ідеалів, потреб, спрямувань, інтересів, стиль керівництва колективом, взаємовідносини між офіційними та неофіційними лідерами, характер й вираження міжособистісних відносин в колективі.

Комплектування колективу за принципом психологічної сумісності є найбільш ефективним засобом забезпечення оптимальних й персональних відносин й психологічного сприйняття спеціалістів у відповідності з метою та завданням їх діяльності. Цей спосіб регуляції міжособистісних відносин повинен застосовуватись при комплектуванні найбільш важливих, невеликих за кількісним складом колективів. На першому етапі формування колективу проводиться оцінка потенційної сумісності шляхом вивчення їх особистих якостей в процесі професійного відбору за допомогою методик Кеттелла або Леонгарда—Смішека.

На другому етапі формування колективу проводиться оцінка актуальної психологічної сумісності за допомогою соціометричного методу, не раніше ніж через 6 місяців після їх спільного навчання (служби), протягом яких з урахуванням соціальних факторів, особистих та ділових якостей та рівня професійної підготовки в основному складаються внутрішньогрупові міжособистісні відносини.

Оптимально можливий рівень психологічної сумісності в колективі при комплектуванні обмеженої по кількості групи спеціалістів досягається шляхом: обов'язкового розосередження по різних колективах осіб звзаємно-негативними або негативно-нейтральними взаємовідносинами; бажаного розподілу в різних колективах осіб з взаємонейтральним ставленням один до одного; переважного розподілу в різних колективах осіб з позитивно-негативним характером відносин; підбору спеціалістів з взаємопозитивними та в окремих випадках позитивно нейтральними відносинами.

Психологічна сумісність досягається рядом загально-організаційних заходів. Так, гуманітарна підготовка спрямовується на формування спільності поглядів, соціальних настанов, мотивів поведінки, колективної мети й цінностей, моральних якостей. Індивідуальні та колективні тренування військовослужбовців у складних та незвичайних умовах (дефіцит часу, нестача чи надлишок інформації, дія перешкод і т.д.) дозволяють закріпити не тільки раціональні дії з обслуговування озброєння та техніки, але й сформувати міжособистісні відносини, адекватні специфіці взаємодії в цих умовах.

Психологічна підготовка має бути спрямована на розвиток емоційної стійкості, почуття товаришкості, взаємодопомоги, дружби, впевненості в своїх силах. Крім того, заняття аутотренінгом сприяють регуляції самопочуття, поведінки, негативних емоційних проявів на дію різних стрес-факторів.

Змістом заходів щодо підтримки психологічної сумісності військовослужбовців під час виконання службової діяльності є підбір складу змін з урахуванням міжособистісних стосунків, які вже склалися, контроль за зміною психологічної сумісності. Можливе й використання аутотренінгу, спеціальної фізичної підготовки окремо або ж в поєднанні.

Значні емоційні навантаження можуть призводити до змін в організмі, сприяти швидкому розвитку вираженого стомлення та перевтомлення, а в деяких випадках навіть викликати психічні порушення. Надійність професійної діяльності досягається в першу чергу вихованням у кожного члена колективу високих моральних і психологічних якостей, дисциплінованості й ініціативи, що включає: всебічний розвиток сукупності вольових якостей (цілеспрямованості, активності, ініціативи, самовладання, витримки, наполегливості); формування особливих якостей психофізіологічної надійності (стійкості до тривалого напруження організму, до небезпеки, ризику, готовність до негайних дій); розвиток здатності до оптимальної мобілізації особистих можливостей та самоконтролю організму; набуття досвіду подолання перешкод при виконанні завдань в екстремальних умовах; всебічний розвиток якостей професійного мислення в аварійних ситуаціях; розвиток стійкості до монотонії в звичайних умовах.

Встановлено, що зміни в організмі менш виражені, якщо військовослужбовець тренований, професійно досвідчений, фізично загартований й підготовлений до подолання перешкод.

Оптимальний емоційний стан потребує створення в колективах психологічно сприятливих умов для професійної діяльності, основу яких складає ділова атмосфера, взаємна підтримка, справедлива вимогливість. Під час тренувань особлива увага приділяється нормалізації взаємовідносин, попередженню й виключенню конфліктних ситуацій й емоціональних зривів.

Ефективним засобом профілактики астеничних емоційних станів вважається проведення загально-організаційних заходів, які підвищують емоційну стійкість організму військовослужбовців до несприятливих факторів діяльності (раціональний режим праці та відпочинку, систематичні заняття фізпідготовкою, повноцінний сон).

Для поліпшення емоційного стану суттєве значення мають доповнення: правильний вибір фарб (кольорової гами) житлових приміщень, «живі» куточки, режим освітлення. Добре впливає на емоційний стан військовослужбовців організований відпочинок з урахуванням індивідуальної схильності людей.

Зменшенню вираження емоційних реакцій на екстремальні подразники сприяє аутотренінг, завдяки чому досягається довільна концентрація уваги на функціональних обов'язках, переключення з одного виду діяльності на інший, свідомий виклик протилежного емоційного стану. Не слід забувати й про можливість ефекту переносу, наслідування при зовнішній дії керівників та досвідчених спеціалістів.

Позитивний вплив на емоційний стан чинять мотиви. Підтримка й підвищення мотивації, стимулювання інтересу й потреби до якісного виконання службових обов'язків — один з головних напрямів в роботі керівного складу. Постановка завдань колективу в цілому та за етапом діяльності, їх конкретизація з урахуванням специфіки роботи військовослужбовців, шляхів та засобів їх досягнення — важлива умова формування у них мотивів якісного виконання функціональних обов'язків. Важливе місце в оптимізації емоційного стану військовослужбовців займають постійний контроль за їхньою роботою, підведення підсумків за етапами виконання елементів завдання та аналіз допущених помилкових дій на попередніх етапах. Таким чином, необхідність згаданих соціально-психологічних заходів зумовлена тим, що висока мотивація спрямована на ефективне та безпечне виконання службових обов'язків, вона є тією базою, на якій формується соціально-психологічна сумісність колективу, і одним з головних завдань в діяльності керівного складу.

2. Організаційні та психологічні заходи збереження працездатності

Група заходів, яка включає контроль за станом працездатності, організацію та проведення всіх видів відпочинку (до, під час та після виконання службових завдань), спрямована на забезпечення ефективної та безпечної діяльності військовослужбовців. Цілеспрямований комплекс соціально-психологічних, психофізіологічних, медичних заходів базується виключно на результатах динамічного спостереження та дослідження стану працездатності, що дозволяє оцінити ефективність цих заходів.

Контроль за станом працездатності військовослужбовців здійснюють керівники усіх рівнів під час перевірки виконання обов'язків, реєстрації помилкових дій (їх кількість, характер, причини, вагомість), аналізу взаємовідносин з колегами, начальниками, підлеглими, при ознайомленні з результатами опитувань, анкетувань; в процесі медичного та психологічного спостереження; при проведенні обстеження контрольних груп та груп ризику та ін.

Аналіз даних, одержаних в результаті контролю за станом працездатності військовослужбовців, допомагає встановити причини, які викликали зміну працездатності, та прийняти конкретні засоби щодо їх усунення.

Відпочинок та виконання завдання. Період перед виконанням службового завдання завжди супроводжується значними фізичними та нервово-емоційними навантаженнями. Тому підготовку до нього потрібно спланувати так, щоб військовослужбовці передчасно не були стомлені.

Головні вимоги, котрі пред'являються в цей період до режиму праці й відпочинку, - це необхідність забезпечення безперервного 8-годинного нічного сну й надання часу на повноцінний відпочинок. Організація відпочинку перед виконанням службового завдання повинна передбачати проведення комплексу культурних та спортивних заходів, які нервово-психічну розрядку особового складу.

Фізична підготовка військовослужбовців. Головна мета фізичної підготовки (ФП) полягає в підвищенні та підтримці фізичних можливостей

військовослужбовців на рівні, необхідному для збереження їх здоров'я, професійної працездатності та подовження професійного довголіття. Головна мета ФП досягається шляхом розв'язання конкретних завдань у відповідності до настанов та рекомендацій з фізичної підготовки. Так, шляхом ФП досягається підвищення фізіологічних резервів організму й покращення фізичного розвитку; перед виконанням — підвищення загальної витривалості й стійкості до несприятливих факторів діяльності; під час виконання в залежності від професійних обов'язків — зменшення нервово-психічної напруги, підтримка професійно важливих фізичних якостей, компенсація гіпо- або гіперкінези.

Для оцінки відповідності фізичного навантаження функціональним можливостям організму на кожному занятті має здійснюватися медичний контроль та самоконтроль. В ході виконання вправ необхідно слідкувати за правильним диханням. Дихання повинно бути вільним, глибоким, не можна допускати його затримки й натуги; несприятливим є й часте поверхнєве дихання. В разі появи під час ФП утруднення дихання, болю в зоні серця, нудоти, холодного поту тренування потрібно негайно припинити й звернутися до лікаря.

Необхідно враховувати, що перед фізичним навантаженням і після нього не варто вживати міцний чай, каву, категорично забороняється вживати спиртні напої та палити. Взагалі фізична підготовка організується й проводиться у відповідності до вимог Настанови з фізичної підготовки (НФП), а також з врахуванням специфіки професійної діяльності спеціалістів й відповідних методичних рекомендацій.

10 років тому американські вчені довели, що рівень фізичної підготовки зумовлює рівень надійності професійної діяльності в екстремальних умовах.

Раціональний режим праці й відпочинку в період виконання службових завдань. Фізіологічна суть регламентованого режиму праці й відпочинку полягає у виробленні нового динамічного стереотипу, який відповідає умовам діяльності колективу в період виконання завдань.

Доведена необхідність забезпечення часу для активного відпочинку, та одного вихідного дня за неділю з наданням максимально можливих умов для відпочинку, спортивних та культурних заходів. При цьому у вихідний день повинні

виключатись всі заняття й роботи, крім чергувань, вахт, й аварійних робіт, викликаних дійсною необхідністю.

Активний відпочинок (АВ). Особливо актуальний АВ для груп військовослужбовців з дефіцитом м'язових зусиль та одночасним збільшенням нервово-психічного навантаження. Однією з головних форм активного відпочинку є фізичні вправи. Фізична підготовка організується й проводиться з урахуванням характеру діяльності, має спеціальну спрямованість та забезпечує розвиток фізичних та вольових якостей.

Одним з важливих заходів активного відпочинку є водні процедури (обтирання й обливання водою, душ, купання), які, як правило, застосовуються разом з фізичними вправами або самостійно. Вони посилюють кровообіг, підвищують обмін речовин, зміцнюють нервову та м'язову системи, покращують апетит, полегшують терморегуляцію. Систематичне проведення водних процедур сприяє доброму самопочуттю й бадьорості, має тонізуючий вплив, активізує функції організму в цілому.

Спеціальний відпочинок. Специфіка служби деяких військовослужбовців така, що виникає необхідність в наданні їм спеціального відпочинку через розвиток стомлення (у деякого перевтомлення), яке виявляється в погіршенні функціонального стану, збільшенні помилкових дій, уповільненні швидкості робочих операцій, для чого військовослужбовцям надається спеціальний відпочинок під час робочого циклу.

Головна мета спеціального відпочинку — відновлення здоров'я та працездатності. При цілеспрямованій організації його проведення відпочинок забезпечує відновлення працездатності військовослужбовців до 95% її рівня.

Ефективність відпочинку залежить від конкретних умов його проведення й забезпечується комплексом відповідних заходів (режим праці й відпочинку, повноцінне харчування, культурні, спортивні заходи, фізична підготовка, екскурсії, сонячні ванни, купання, повітряно-теплові процедури, призначення адаптогенів, вітамінізація, дихання киснем під нормальним чи підвищеним тиском, електропроцедури).

Контроль за організацією проведення відновлювальних заходів і за якістю їх виконання лягає на командирів, структуру медичної служби.

Відпочинок після виконання тривалого завдання. Ступінь вираженості функціональних зрушень, зниження працездатності й погіршення стану здоров'я залежить від тривалості, гідрометеоумов, умов життєдіяльності, технічних об'єктів, напруженості та характеру службової діяльності. Для нормалізації функціональних зрушень, відновлення працездатності й здоров'я, наприклад, всьому складу нарядів надається організований відпочинок у відповідних закладах.

Тривалість відпочинку після виконання завдання, його місце й порядок проведення регламентується керівними документами.

Ефективність реадaptaції залежить від своєчасного її надання, а також повноти й якості проведення комплексу відновлюваних заходів. Головними з них вважаються: раціональний розпорядок дня, повноцінне харчування, цілеспрямована фізична підготовка, ультрафіолетове опромінення (сонячні ванни), додаткова вітамінізація, повітряно-теплові процедури. В разі призначення можуть проводитись гіпербарична оксигенація, дія імпульсним електричним струмом на ЦНС, застосовуватись фармакологічні препарати.

Відновлювальні заходи в цей період проводяться організовано, комплексно, систематично, з урахуванням функціонального стану військовослужбовців та оцінки їх ефективності.

Головними завданнями під час реабілітації є організація самого відпочинку, застосування активних його форм, контроль осіб з групи ризику, психологічна консультація, організація гуманітарної підготовки, культурних та спортивних заходів.

Для психологічної служби головними завданнями в цей час є організація медичного забезпечення та динамічного спостереження за станом здоров'я та працездатності військовослужбовців, проведення реабілітаційних заходів, оцінка функціональних можливостей ефективності відпочинку й обґрунтування рекомендацій щодо збереження працездатності в інші періоди.

3. Психофізіологічні заходи підтримання та відновлення працездатності.

Психофізіологічні заходи умовно можливо розподілити на повсякденні (ультрафіолетове опромінення, додаткова вітамінізація, загартування) та ті, що застосовують за призначенням: оксигенація (вдихання кисню з підвищеним та нормальним тиском), електрофізіопроцедури (дія імпульсним електричним струмом на ЦНС, електросон, електроакупунктура) та фармакологічні препарати (адаптогени, стимулятори, транквілізатори та ін.).

Додаткова вітамінізація. Однією з причин, що призводить до зниження працездатності, є вітамінний нестаток, зумовлений підвищеною витратою в специфічних умовах професійної діяльності спеціалістів. Під час тривалого виконання робочого циклу весь колектив повинен регулярно одержувати комплекс вітамінів А, В₁, В₂, С, РР. Для цього необхідно систематично контролювати стан вітамінозабезпеченості та своєчасно проводити профілактичну вітамінізацію. Якщо в першому випадку потрібно проводити медичні огляди та проби на вітамінну забезпеченість, то у випадку профілактичної вітамінізації треба не тільки забезпечувати необхідну потребу організму в вітамінах, але й враховувати підвищені їх витрати й виведення в несприятливих умовах професійної діяльності.

Загартування. Загартуванням називається підвищення стійкості організму до фізичних факторів навколишнього середовища шляхом періодичної дії зростаючої інтенсивності. Головними його принципами вважаються поступовість в зростанні величини діючого фактора, систематичність, індивідуалізація й різнобічність загартовуючих засобів.

До процедур, які загартовують, відносять повітряні, сонячні ванни, водні й банні процедури. Для досягнення ефекту загартування застосовують різнобічні фактори середовища, оскільки підвищення стійкості до одного з них (наприклад до низької температури) не завжди супроводжується виробленням достатньої стійкості до іншого. Як правило, природні фактори поєднуються зі штучними. До водних процедур відносять вологі обтирання, обливання, душі й ванни. В теплий час року це може бути купання в природних водоймах (морі, річці, озері і т.д.).

Для підвищення стійкості організму до перепадів температур та щоб зняти почуття стомлення після фізичних навантажень застосовуються контрастні душі та ванни.

Оксигенація. Заходи щодо збереження працездатності військовослужбовців розробляються й проводяться з урахуванням знання фізіологічних механізмів дії на організм умов та особливостей професійної діяльності. Дія природних, технічних, соціально-психологічних та медико-біологічних факторів тією чи іншою мірою супроводжується кисневим голодуванням або сприяє його розвитку. Відомо, що гіпоксія як патологічний стан характеризується зниженою напругою кисню в клітинах та тканинах організму, носить універсальний характер і вважається загальним механізмом відповідної реакції організму на дію різнобічних факторів: умов праці та середовища спеціалістів.

Дихання киснем застосовується періодично, веде до покращення загального самопочуття, нормалізації сну, апетиту. При цьому відмічається позитивний ефект з боку окисно-відновлювальних процесів, діяльності серцево-судинної системи (покращуються показники спірометрії, проби Штанге, нормалізується кров'яний тиск, зростає насиченість організму киснем).

4. Десять секретів щирого щастя

Ви перетинаєте увесь світ у пошуках щастя, а воно завжди поруч, на відстані витягнутої руки від будь-якої людини.

Горацій.

Перший секрет Щирого Щастя - ставлення до життя.

Моє щастя засноване на власному ставленні до життя. Я настільки щасливий, наскільки налаштований на це мій розум. З цього моменту я почну налаштовувати свій розум на відчуття щастя. Якщо я буду ВІРИТИ у кращий результат, найчастіше я буду домагатися його!

Можна знайти таку точку зору, з якою кожне переживання буде мати позитивне значення. Починаючи з цієї хвилини, я буду шукати у всьому і в кожному щось позитивне.

У будь-якій важкій чи стресовій ситуації варто задати собі чотири питання:

1. Що у цій ситуації чудового?
2. Що в ній могло б бути чудовим?
3. Що ще не зовсім?
4. Що я можу зробити, щоб виправити ситуацію й одержати задоволення від цього процесу?

Зерном щирого щастя є подяка. З цієї миті я буду шукати те, за що можу бути вдячним. Нещасливим чи щасливим мене роблять тільки мої думки, а не зовнішні обставини. **КЕРУЮЧИ СВОЇМИ ДУМКАМИ, Я КЕРУЮ СВОЇМ ЩАСТЯМ.**

Щастя - це вибір, що я можу зробити у будь-яку мить і у будь-якому місці, усюди.

Другий секрет Щирого Щастя - сила тіла.

Рухи впливають на почуття. Мої почуття впливають на постать. Бадьора поза тіла викликає відчуття щастя.

Фізичні вправи полегшують стрес і викликають у тілі хімічні реакції, завдяки яким ми відчуваємо себе добре. Займатися треба регулярно - за можливістю, щодня, - як мінімум 30 хвилин (і не менш 4 разів у тиждень).

Почуття щастя можна свідомо викликати у будь-яку мить за асоціаціями. Варто поміркувати вживати такі продукти як кава, чай, алкоголь, уникати - багатих

цукром штучні добавки, і намагатися їсти побільше фруктів і овочів, грубих зерен і бобових.

Недолік природного освітлення може викликати почуття пригніченості. Необхідно, не менш 1 години на день, проводити під відкритим небом.

Третій секрет Щирого Щастя - життя в поточній миті.

Щастя криється не в роках, місяцях, тижнях і навіть не в днях, але його можна знайти кожної миті. Ми можемо витягти краще зі свого життя тільки у тому випадку, якщо будемо витягати краще із кожної миті. Спогади складаються з особливих моментів - накопичуйте якнайбільше таких митей.

Життя у поточну мить розсіює жалю, переборює занепокоєння і знижує стрес. Пам'ятайте, що кожний новий день є новим початком, новим життям.

Четвертий секрет Щирого Щастя - бути задоволеним собою.

Кажуть, що «Людина є тим, що він про себе думає». Ми такі, якими себе вважаємо. Якщо я незадоволений собою, то я незадоволений і всім своїм життям. Тому для того, щоб знайти щасливе життя, варто навчитися бути задоволеним собою.

Кожна людина унікальна. Люди, звичайно, є нашими дзеркалами, але це нерідко криві дзеркала.

Щоб перебороти комплекси та негативні переконання про самого себе, щоб створити позитивний образ себе, необхідно:

1. Визначити, як виникли негативні уявлення, чи справедливі вони (якщо для них маються підстави, варто почати змінювати себе).
2. Щодня висловлюйте самому собі позитивні твердження про те, якою людиною ви хотіли б стати.
3. Поводитися так, начебто ви вже такий, яким хотіли б бути.

П'ятий секрет Щирого Щастя - правильна постановка мети.

Цілі додають нашому життю смисл і зміст. Якщо у нас є мета, ми зосереджуємося на її досягненні, а не на рятуванні від страждань. Цілі стають тим, заради чого варто підніматися у ранці з ліжка. Цілі роблять важкі періоди більш легкими, а гарні часи - ще більш приємними. Метод міркувань і планування

дозволяє вибрати цілі як на все життя, так і на визначені, більш короткі терміни.

Запишіть усі свої цілі та перечитуйте (згадуйте) їх:

- як тільки прокинулися ранком;
- час від часу протягом дня;
- перед самим відходом до сну.

Шостий секрет Щирого Щастя - почуття гумору.

Почуття гумору полегшує стрес і викликає відчуття щастя. Сміх підсилює здатність до зосередження і підвищує уміння вирішувати завдання. У будь-яких обставинах, напевно, можна знайти смішні моменти, якщо тільки пошукати їх.

Замість питання: «Що поганого у цій ситуації?», запитуйте себе: «Що в ній смішного?» чи «Що в ній могло б бути смішним?»

Частіше звертайтеся до «двокрокової формули антистресу».

Перший крок: не хвилюйся про дріб'язки.

Другий крок: пам'ятай - велика частина життя складається з дріб'язків, їх треба враховувати, але не фіксувати увагу на них!

Сьомий секрет Щирого Щастя - умійте прощати.

Уміння прощати є ключем, що відкриває двері Щирого Щастя. Неможливо бути щасливим, якщо у вас залишилися ненависть і образа. Пам'ятайте, що від ваших образ не страждає ніхто, окрім вас самих.

Помилки та невдачі являють собою уроки життя. Прощайте інших. Прощайте самого себе.

Восьмий секрет Щирого Щастя - уміння давати.

Щастя не можна знайти у володінні та придбанні чогось для самого себе. Воно криється в умінні давати та допомагати іншим. Чим більше радості та щастя ми приносимо іншим, тим більше знаходимо самі.

Щодня можна будувати власне щастя, відшуковуючи засоби дарувати його оточуючим.

Дев'ятий секрет Щирого Щастя - взаємини з людьми.

Якість життя визначається якістю стосунків з людьми. Ніхто не живе на незаселеному острові. Кожна людина відчуває потребу в інших.

Близькі взаємини роблять гарні часи ще більш приємними, а важкі періоди - більш легкими.

Радість, якою поділяються - подвійна радість, проблема, якою поділяються - половина проблеми. Ставитися до кожної людини так, немов ніколи більше його не побачите.

Десятий секрет Щирого Щастя - Віра.

Віра є фундаментом Щирого Щастя. Без віри не може бути тривалого щастя. Віра викликає довіру до людей, заспокоює розум і звільняє від сумнівів, тривоги, занепокоєння і страху.

5. Телефон довіри

Робота служби телефону довіри (ТД) спрямована на надання консультацій абонентам, які опинилися у кризовому стані. Найбільша кількість дзвінків спостерігається від осіб, які перебувають у дезадаптованому психічному стані та висловлюють бажання позбавитись життя самогубством (предиспозиційна фаза суїциду – 86%).

Методологічною основою роботи консультантів, на наш погляд, може слугувати методика самаритян. Їх філософія побудована, за словами Чад Вари, на повазі та терпимості у ставленні один до одного.

Активне слухання (А.С.)

Активне слухання – це мистецтво розуміння. Активний слухач має запевнити того хто говорить, що усе сказане буде вірно зрозуміло ним. Слухач як би повідомляє тому хто говорить: "Я піклуюся про Вас, я приймаю Вас. Я хочу зрозуміти Вашу проблему, Ваші почуття і, особливо, Ваші потреби". Таке посилення, дається людині як базова основа розмови, що вплине на напрям її думок і почуттів (стосовно себе й інших).

А що в результаті?

- підвищиться самооцінка клієнта;
- зросте його емоційна зрілість;
- ширше стане доступ до власного досвіду;
- збільшиться наполегливість у досягненні особистісних цілей;
- знизиться захист;
- знизиться авторитарність;
- підвищиться готовність почути інших;
- людина стане більш чутливою до інших.

Які цілі А.С.?

Раз А. С. – це розуміння, то, щоб досягти його, ми повинні:

- 1) хотіти зрозуміти;
- 2) створити навколо себе атмосферу розуміння;
- 3) бути готовими отримувати інформацію та перевіряти почуте, щоб прояснити те, що ми "розуміємо".

Звідси випливає, що мета А. С. – підтримати чи створити довірчу атмосферу в розмові. Для цього ми повинні бути турботливими і, одночасно, поважати та приймати того хто говорить і те, що він говорить.

"Усе, чим ви поділитесь зі мною, залишиться в таємниці". "Я хочу зрозуміти вас". Ми повинні шукати інформацію та слухати, щоб зрозуміти, без висування гіпотез і дій.

"Я буду думати та співпереживати з вами, а не про вас і не для вас". Це означає – обробляти і повертати назад те, що ми почули, щоб прояснити зміст сказаного. "Я сподіваюся, що пояснення, які я у вас попрошу, допоможуть вам самому краще зрозуміти те, про що ми говоримо".

Які навички необхідні для оволодіння А. С.?

Забезпечувати підтримку, використовуючи:

- справжній інтерес до того, що Вам повідомляють;
- "знаки" розуміння: короткі вербальні висловлення - "Так", "У-гу" тощо.
- демонстрацію підтримки, більш довгі вербальні "зв'язки" - "Я з вами", "Я вас чую", "У мене багато часу. Я нікуди не поспішаю";
- валідизація: давайте почуттям статус нормальних, природних, що мають право на існування "Я можу зрозуміти те, що ви відчули саме такі почуття. Якби подібне сталося зі мною, я б теж відчував злість".

Шукати інформацію, використовуючи:

- повторення - повторювати сказане дослівно;
- парафраз - нові слова з тим же змістом, особливо у зв'язку з почуттями, що необхідно прояснити - "Я чую, що ви говорите...", "Тобто, ви хочете сказати, що...";
- відкриті питання - питання, що вимагають відповіді без "ні" чи "так". Питання, що починаються на "Що...", "Хто...", "Як...", "Коли...";
- рефлексія - ваші інтуїтивні здогадки й емоційні відчуття, що не виражаються словами. "Виразіть, як ви відчуваєте це, інакше";
- метафори та порівняння - використовуйте порівняння з реальним, щоб допомогти краще визначити почуття чи відчуття. "Це схоже на відчуття маленької дитини, яку кинули одну на вокзалі".

Умови, при яких А. С. корисно:

- коли вам необхідно перевірити, чи вірно ви сприймаєте емоційний стан іншої людини;
- коли ви маєте справу з сильними емоціями;
- коли проблема іншої людини емоційна по своїй суті;
- коли клієнт намагається змусити вас прийняти те ж рішення, що і він/вона сам/сама.

За допомогою А. С. ви зможете:

- прояснити для себе почуття іншої людини;
- структурувати складні емоційні стани;
- визначити проблему більш точно;
- дозволити клієнту вирішити проблему чи зрозуміти, у якому напрямку її потрібно вирішувати;
- підвищити самооцінку клієнта.

Вимоги успішного А. С.:

- щирий інтерес до людини і бажання допомогти;
- велика увага до найменших проявів емоційного стану клієнта;
- тимчасовий відхід від будь-яких сторонніх особистих думок, суджень, почуттів;
- вірити в здатність людини самостійно прийняти рішення і справитися зі своєю проблемою, даючи їй час і створюючи сприятливі умови.

Складності при використанні А. С.:

1. Відповідь клієнта "так" з наступною паузою. Задайте інформаційне запитання (Як), щоб спонукати клієнта говорити далі.

2. Відповідь клієнта "ні". Якщо клієнт не дає пояснень, поставте інформаційне запитання. Якщо ви одержали ряд відповідей "ні", то, напевно, клієнт не бажає говорити про свою проблему чи не намагається ретельно розібратися в ній.

3. Ви ступнули занадто далеко вперед, виразивши свій аналіз, а не почуття клієнта. Поверніться у ситуацію спілкування та простежите за станом клієнта.

4. Клієнт говорить, говорить і говорить. Якщо він виражає дуже сильні почуття, слухайте його не перериваючи, навіть заради вираження думок, почуттів.

5. А.С. закінчується, коли проблема вирішена чи досягнуте рішення, клієнт на визначений час зосередився на даній проблемі, діалог стає циклічним і повторюється.

Комунікативні бар'єри:

1. Давати поради – пропонувати іншій людині рішення його проблем. Поради рідко бувають прийняті, припускають перевагу радника, позбавляють людину можливості взяти на себе відповідальність за прийняте рішення.

2. Аналіз чи інтерпретація – пояснення клієнту, що ж насправді являє собою його проблема. Пояснення абоненту, чому вона/він відчуває, чи чому він/вона має ту проблему, що має. Часто інтерпретація створює нову проблему, викликає захисні реакції, часто не приймається, заважає розумінню, навіть якщо ваш аналіз правильний. Питання "Чому?" звернені не тільки на пошук інформації, але і ведуть до виправдань, що породжують захисні реакції, спонукують людину до раціоналізації (руху від вираження почуттів до вираження думок), ведуть клієнта від реальної ситуації, вимагають інформації, якої вона часто не має.

3. Логічне переконання – використання послідовності питань, що мають логічні відповіді та направляють клієнта, який переживає сильні емоційні переживання, до рішення консультанта. Людям невластиво раціонально міркувати, часто вони нездатні слідувати логіці, консультант контролює діалог, клієнт відчуває, що питаннями його заганяють у пастку. Цей метод веде клієнта від його/її почуттів, породжує захист, фрустрацію, почуття образи.

4. Наставляння і резонерство – пояснення клієнту, наскільки добре чи погано погоджується те, що він/вона робить з вашою системою цінностей, що звичайно починається словами "треба б", "варто було б". Це породжує захисні реакції, почуття провини, почуття образи, перевага "проповідника".

5. Погрози – натяки і пряма заява, що клієнт матиме важкі наслідки, якщо не прийме визначене рішення. Це породжує захист, ворожість, образу, веде від вирішення проблем.

Деякі нагадування для покращення слухання:

1. Припиніть говорити. Ви не можете слухати, коли говорите.

2. Допоможіть клієнту розслабитися. Допоможіть йому відчутти, що він може говорити вільно. Створіть " обстановку, що допоможе розслабитися".

3. Покажіть абоненту, що ви хочете слухати. Використовуйте паравербальні компоненти, що виражають ваш інтерес "оклики", "подихи". Слухайте, щоб зрозуміти, а не щоб відповісти.

4. Не відволікайте абонента. Не шарудить папером, не стукаєте олівцем. Буде спокійніше, якщо ви закриєте двері.

5. Емпатуйте клієнтові. Постарайтеся поставити себе на місце абонента, і ви зрозумієте його точку зору.

6. Будьте терплячі. Дайте абоненту висловитися. Не переривайте його.

7. Ухиляйтеся від агресії. Агресія не може зашкодити вам особисто – абонент вас навіть не знає.

8. Уникайте критики і суперечки. Це викликає у абонента захист. Він/вона може "закритися" чи розлютитися. Не сперечайтесь: навіть якщо ви переможете, ви програли.

9. Задавайте питання. Це додає абоненту сміливості і показує, що його слухають. Це допомагає прояснити і розвинути сказане.

10. Будьте особистістю, будьте відповідальні. Виділяйте ваші особистісні реакції. Використовуйте посилки з "Я".

11. Будьте справжні. Не висловлюйте знання того, чого не знаєте.

12. Не прикидайтесь.

Зворотний зв'язок (3.3.)

"Зворотний зв'язок" є засобом допомогти клієнту задуматися над корекцією своєї поведінки. Це повідомлення клієнту (чи групі), що несе інформацію про те, як його/її сприймають інші. 3.3. допомагає клієнту підтримувати адекватне уявлення про свою поведінку і, таким чином, вдало досягати своїх особистісних цілей.

Деякі критерії корисного 3.3.

1. Він скоріше описовий, чим оцінюючий. Даний будь-кому опис його власної поведінки надає клієнту волю вибору в використанні чи невикористанні його. Уникаючи оціночної мови, ми тим самим зменшуємо потребу клієнта захищатися.

2. Він скоріше специфічний, чим загальний. Навіть, коли ми робимо загальний огляд типу "ви визначили ваші почуття", буде корисніше запитати "Які почуття це викликало у вас" замість констатації: "Повинно бути вам боляче".

3. Він спрямований на поведінку, з якою абонент здатний що-небудь зробити. Фрустрація лише зросте, якщо клієнту вказати на ті недоліки, які знаходяться поза його контролем.

4. Він враховує інтереси поведінки клієнта. З.З. може бути деструктивним, якщо служить вашим потребам і не враховує недоліків клієнта, на якого спрямований. З.З. - це двосторонній процес.

5. Він своєчасний. В основному З.З. максимально корисний, коли видається відразу слідом за відповідною реакцією абонента, у залежності, звичайно, від готовності клієнта почути його.

6. З його допомогою можна перевірити ясність діалогу. Один зі способів – запитати клієнта: "Що Ви почули?"

7. Коли З.З. здійснюється у групі, в обох учасників цієї комунікації є можливість справитися в групі про точність З.З.: чи поділяють і інші виникле враження?

8. Ви повинні бути хазяїном вашого З.З. Використовуйте посилки з "Я", уникайте починати фразу, що містить З.З. з "Ви...".

9. З.З. повинен бути мінімально повторюваним. Не використовуйте вдруге вже один раз виданий З.З. Використовуйте З.З. лише стосовно до 1 чи 2 випадків.

10. З.З. не може бути тільки негативним чи тільки позитивним.

З.З. не ефективний, якщо:

- немає емоційної залученості консультанта;
- робиться на основі інформації, зібраної занадто швидко чи механістично;
- занадто багато простих питань чи занадто багато часу витрачається на питання;
- консультант обриває абонента на середині фрази;
- присутнє почуття дискомфорту під час паузи (як короткої, так і довгої);
- консультант занадто емоційно виражає осуд;
- в діалозі занадто часті прохання клієнта про допомогу;

- має місце неухважність консультанта: він спостерігає за тим, що діється навколо телефону і це заважає концентрації на діалозі;
- консультант не знає того, що діється за спиною абонента;
- занадто велика закритість терапевта;
- нездатність твердо триматися з абонентом чи нерозуміння тих моментів, коли необхідно виявити твердість;
- консультант ніколи не виявляє емоцій у процесі діалогу, чи навпаки, консультант продемонстрував дуже сильне потрясіння;
- має місце тривожне закінчення розмови.

Знайте про:

- "червоний оселедець": це проблема, за якою ховається правда. Абонент здатний пережити сильний біль, аби тільки уникнути розмови про реальну проблему. Вслухуйтеся в повторювані слова, фрази. Допоможіть йому просунути по шляху до реальної проблеми, якщо його опір не дуже великий;

- „ага”-досвід: це трапляється, коли консультанта раптово осяює геніальне рішення проблеми абонента. Пам'ятайте, ми не діагности, ми не повинні шукати реальне рішення проблеми, повідомляючи його як одкровення абоненту; ми повинні допомогти абоненту самостійно прийняти рішення з приводу його проблеми чи його переживань;

- пастку балакучості: абонент докладно і багатослівно висвітлює свою проблему, демонструючи при цьому легкий, вільний тон розмови, гарне почуття гумору. Він, здається, може говорити нескінченно, описуючи все нові і нові подробиці, створюючи враження інтенсивної роботи, насправді не просуваючись при цьому ні на крок у розумінні своїх переживань;

- пастку "як би ви діяли на моєму місці?": людина хоче бачити вас чарівником, що знає довгоочікувану відповідь. Якщо ви підете на це і дасте пряму пораду, абонент може повернутися до вас зі словами: "Ви порадили... і це не допомогло, тому...";

- відповідальність: пам'ятайте, що ви є основною надією абонента;
- мовчазний дзвінок: завжди відносьтеся до такого дзвінка, начебто абонент збирається з силами, щоб почати говорити. Не сприймайте це як чийсь жарт. Не

вішайте трубку раніше абонента: "Я буду тут у вівторок, якщо я вам буду потрібний". Дотримуйтесь цього правила! Ви не просто працівник сфери обслуговування. Ви один з членів найближчого оточення абонента.

Концентрація уваги.

Присвятіть перші 3-5 хвилин тільки слуханню, надаючи абоненту тільки необхідну підтримку. Дозвольте абоненту висловитися. Після цього абонент або зупиниться на якій-небудь одній базовій темі для подальшої розмови, або застрягне, не знаючи, що робити далі. Тоді ви можете задавати питання. Питання допоможуть вам краще почути і прояснити проблему. Питання можуть показати абоненту, що ви бажаєте його зрозуміти, прагнете надати можливу підтримку. Виражайтеся вашою власною мовою: "Чому ви дзвоните сьогодні?", "Яка ваша основна скарга?" Те, що відповість абонент, не обов'язково є його реальною проблемою. Коли це реально почалося? Це питання має на меті зрозуміти, чи з'явилася проблема недавно, чи дуже давно, тобто гостра вона чи хронічна. Що послужило каталізатором? Цей каталізатор зовнішній чи внутрішній? Причина цього в абоненті чи в інших людях? Як часто це відбувається? Яка тривалість? Це покаже вам, наскільки справляється з проблемою сам абонент.

Після того як потрібне взаєморозуміння встановлене, от деякі корисні питання:

Які, як Вам здається, причини Ваших труднощів? Що Ви робили весь цей час, щоб налагодити ситуацію? Що допомагало? Що мінялося після застосування "корисних" дій? Стало від цього краще чи гірше? Чи ставало від цього гірше чи краще раніше? Від чого положення може погіршитися? Від чого положення може покращитися? Чи траплялося подібне раніше? Що саме траплялося? Які зараз ваші потенційні сили?

Перелік емоційних станів

Пропонуємо Вам перелік прикметників, що описують емоційні стани:

люблячий

злісний

ображений

чуттєвий

дратівливий

побитий

приймаючий

докучливий

подавлений

дружелюбний	антагоністичний	розстроєний
турботливий	цинічний	зганьблений
співчуваючий	зухвалий	відкинутий
співчутливий	незгодний	пихатий
близький за духом	обурений	скривджений
сприяючий	гнівний	відкинутий
делікатний	лютий	зачумлений
миролюбний	що бурчить	обійдений
мирний	буркотливий	принесений у жертву
безтурботний	сварливий	задоволений
що ненавидить	обтяжений	обновлений
ворожий	депресивний	розслаблений
сердитий	самотній	звільнений
обурений	нещасливий	заспокоєний
роздратований	зневірений	покірний
неспокійний	подавлений	нагороджений
усунутий	сумовитий	безпечний
ниючий	несміливий	удоволений
провокуючий	пригноблений	спокійний
що бунтує	стурбований	негідний
уразливий	с упалим серцем	зв'язаний
розсерджений	похмурий	обманутий
тривожний	безнадійний	обділений
зляканий	покинутий	подавлений
стурбований	хворобливий	зломлений
змучений	сумний	відкинутий
що передчуває	засмучений	беззахисний
полохливий	привабливий	розчарований
збожеволілий	чарівний	самотній
зляканий	задоволений	покинутий
нервовий	приймаючий	недружелюбний
вражений	приємний	поранений
невизначений	що радує	заяканий
непростий	оживлений	відкинутий
засмиканий	незрозумілий	що сподівається
щасливий	винуватий	що дерзає
що іскриться	апологетичний	що наслідюється
батьорий	присоромлений	звільнений

радісний	перепрошуючий	оптимістичний
веселий	захисний	прийнятий
радісний	примирний	цинічний
святковий	співчутливий	схвалюваний
що сміється	що кається	задовольняючий
життєлюбний	сп'янений	обласканий
дивний	нудьгуючий	утомлений
торжествуючий	несміливий	виснажений
ощасливлений	прагнучий	виснажений
тріпотливий	твердий	ледачий
здивований	що жахається	перевантажений
здивований	нетерпимий	завалений
уражений	песимістичний	повільний
одурманений	гордий	упевнений
що змішався	невгамовний	самовпевнений
сконфужений	доброчесний	сміливий
вражений	шокований	спокійний
дезорієнтований	незацікавлений	що дерзас
схвильований	приголомшений	позитивний
збуджений	розгублений	ошелешений

6. ТИПОВИЙ ПЛАН

дій посадових осіб органів внутрішніх справ щодо попередження суїцидального акту, залежно від рівня та форм дезадаптації, виду конфлікту, психоемоційних особливостей потенційного суїцидента

Типовий план дій посадових осіб щодо попередження суїцидального акту, залежно від рівня та форм дезадаптації, виду конфлікту, психоемоційних особливостей потенційного суїцидента - це комплекс заходів, спрямованих на збереження, зміцнення або відновлення (попередження загострення хворобливого стану) психічного здоров'я людини та повернення її до службової діяльності та виконання посадових обов'язків. Згаданий комплекс дій містить такі заходи, як:

- соціально-економічні;
- організаційно-службові;
- правові;
- адміністративно-виховні;
- психологічні;
- медичні.

В умовах діяльності органів внутрішніх справ *дії посадових осіб з цього напрямку* включають такі етапи:

1. Ретельний кадровий і медико-психологічний відбір осіб для праці в органах внутрішніх справ (проведення спеціального професійного відбору).
2. Використання працівників з урахуванням їх психологічних особливостей, установок і стану нервово-психічного здоров'я (проведення заходів з професійної орієнтації).
3. Формування згуртованих, працездатних службових колективів.
4. Своєчасне вирішення конфліктних ситуацій на службі й у побуті.
5. Раннє виявлення осіб з нервово-психічними розладами та нестійкістю, занесення їх до "групи ризику", постановка на облік, динамічне спостереження.
6. Дослідження, лікування й експертиза у відповідності з медичними показниками.

Складовими частинами роботи щодо попередження суїцидальних актів серед працівників органів внутрішніх справ є:

1. Ретельна організація повсякденної служби, побуту, відпочинку підлеглих.
2. Попередження й усунення конфліктів між членами колективу.
3. Забезпечення соціальної та правової захищеності працівників, турбота про особовий склад.
4. Організація заходів психогігієни і психопрофілактики, що включають:
 - раннє встановлення осіб з нервово-психічною нерівновагою, акцентуаціями характеру, проблемною поведінкою;
 - використання працівників з урахуванням їх психологічних особливостей;
 - планомірний розподіл фізичного і психологічного навантаження;
 - попередження безмірної емоційної напруги членів колективу.

Спеціальна профілактика суїцидальних актів, залежно від рівня та форм дезадаптації, виду конфлікту, психоемоційних особливостей потенційного суїцидента включає:

- встановлення осіб з підвищеним суїцидальним ризиком;
- прогнозування суїцидальної активності співробітників;
- своєчасне надання адекватної допомоги працівнику, який знаходиться у стані психологічної кризи.

Загальний план дій посадових осіб органів внутрішніх справ щодо попередження суїцидального акту, залежно від рівня та форм дезадаптації, виду конфлікту, психоемоційних особливостей потенційного суїцидента включають:

1. Проведення індивідуальної бесіди з підлеглим з метою встановлення причин та обставин, що викликали негативний психоемоційний стан, з'ясування труднощів особистісного та службового характеру.
2. негайно у письмовій формі або телефонограмою повідомляти Центри психіатричної допомоги та професійно-психологічного відбору про працівників, які мають певні відхилення у поведінці, зловживають алкогольними напоями, висловлюють наміри позбавитися життя самогубством (Наказ МВС України від 12.08.1996 року);
3. Залучати практичних психологів Центрів (груп) практичної психології УМВС України в областях до роботи з підлеглими з метою надання первинної

психологічної допомоги та прийняття рішення про подальшу психопрофілактичну роботу з ним.

4. Направляти до Центрів психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору осіб, які знаходяться у стані дезадаптації або висловлюють суїцидальні наміри (Директива МВС України від 24.12.1997 року № 1):

- заборонити видавати та отримувати службову зброю підлеглому;
- звільнення від виконання службових обов'язків до двох діб;
- покласти контроль на психолога за отриманням відповідної психологічної допомоги працівником;
- докласти зусиль для вирішення проблемної ситуації підлеглому та надання йому конкретної практичної допомоги.

5. На підставі висновків і рекомендацій фахівців Центру психіатричної допомоги та професійно-психологічного відбору приймати рішення щодо подальшого проходження служби підлеглим, а також організації та проведення з ним індивідуальної роботи та психологічного супроводження виконання ним службових обов'язків.

6. Контроль за виконанням прийнятого управлінського рішення.

Якщо була зроблена суїцидальна спроба:

1. Вийзд на місце надзвичайної події.
2. Контроль за наданням первинної медичної допомоги (у разі незавершеної суїцидальної спроби).
3. Індивідуальні бесіди зі свідками або особами, які причетні до надзвичайної події.
4. Призначення службового розслідування.
5. За результатами службового розслідування прийняти управлінське рішення щодо усунення причин та обставин, що сприяли виникненню цієї надзвичайної події.

Типовий план дій посадових осіб щодо попередження суїцидальної активності серед працівників органів внутрішніх справ включає такі напрямки як:

A. Візуальне вивчення суїцидальних проявів у працівників органів внутрішніх справ здійснюється за методом візуальної експертної оцінки емоційних станів

підлеглих. Він включає положення про створення експертних груп із профілактики та попередження суїцидальних проявів серед працівників органів і підрозділів внутрішніх справ. До складу групи (3-5 осіб) повинні залучатися керівники підрозділів, їх заступники, провідні фахівці, які мають достатній досвід роботи в міліції, та психологи після проходження початкових курсів із візуальної психодіагностики.

Комплекс поведінкових ознак, що піддаються обліку за допомогою спостережень визначають характерні для схильних до самогубства наступні властивості: замкнутість, незручні але не змінюючи постави, нервовість, “порожній погляд”, монотонна невразлива мова із однозначними відповідями, перебір пальців, пошук поглядом відповіді на запитання, котре не задане, але малось на увазі, сльозливість, страх. Негативний стан спостерігається у вигляді втрати апетиту, схуднення, безсоння, придушеність, скарг на втому від життя впродовж дня перед смертю. Суїциденти намагаються привернути до себе увагу, як би говорячи: “Я вирішив вмерти, але ви мене врятуйте, не дайте загинути”.

Б. Навчання персоналу органів внутрішніх справ з питань профілактики самогубств.

Навчання персоналу органів внутрішніх справ з питань профілактики самогубств проводиться не рідше одного разу у квартал в рамках службової підготовки у формі лекцій, семінарів, тренінгів, практичних занять тощо. Планування та організація навчання покладається на заступника начальника підрозділу по роботі з персоналом.

До проведення занять обов’язково залучаються психологи Центру практичної психології УМВС України у м. Києві, медичні працівники, представники соціальних служб, медичних та навчальних закладів, релігійні діячі.

Навчання повинно передбачати такі напрямки:

- соціально-психологічні основи суїциду;
- візуальна діагностика суїцидальних проявів серед персоналу;
- надання первинної психологічної допомоги персоналу при суїцидальних проявах;
- надання первинної медичної допомоги при суїцидальних спробах.

В. Постанова на профілактичний облік працівників, схильних до

самогубства.

У разі виявлення ознак суїцидальних тенденцій серед персоналу органів внутрішніх справ, працівник, який виявив ознаки такої поведінки, подає начальнику підрозділу мотивований рапорт про необхідність оцінки суїцидальних намірів конкретної особи.

Начальник підрозділу дає відповідне доручення заступнику по роботі з персоналом та психологу щодо виявлення можливих причин суїцидальної поведінки працівника, оцінки суїцидальних намірів та доцільності постановки на профілактичний облік даної особи.

Заступник по роботі з персоналом та психолог протягом однієї доби з моменту отримання доручення вживають необхідні заходи та доповідають начальнику підрозділу про доцільність постановки особи на профілактичний облік як схильної до самогубства, необхідні у зв'язку з цим профілактичні заходи.

У разі необхідності постановки дослідженої особи на профілактичний облік начальник підрозділу дає доручення керівникам відповідних служб і відділів (відділень) щодо вжиття певних організаційних і практичних заходів.

Термін перебування на обліку працівника, схильного до самогубства, у період проходження служби не обмежується та визначається проведенням відповідних профілактичних заходів і оцінкою ймовірності здійснення ним самогубства.

Зняття працівника, схильного до самогубства, з профілактичного обліку в період проходження служби здійснюється начальником підрозділу за мотивованим рапортом психолога.

Г. Розслідування самогубств серед працівників органів внутрішніх справ.

Розслідування самогубства починається з моменту встановлення факту його здійснення. Начальниками органів та підрозділів органів внутрішніх справ підписується наказ про створення комісії з розслідування причин й обставин надзвичайної події до складу якої повинні входити: працівник відділу (відділення) по роботі з персоналом, працівник служби внутрішньої безпеки, психолог Центру практичної психології УМВС України в області, лікар-психіатр. Головою комісії призначається заступник керівника по роботі з персоналом.

Комісія розробляє та затверджує план проведення службового розслідування. Члени комісії діють суворо у межах власної професійної компетенції, організують власну роботу на принципах поваги прав та свобод особистості, правової захищеності працівника.

Після прибуття у підрозділ органу внутрішніх справ комісія вивчає причини, умови й обставини самогубства, перевіряє матеріали досудового слідства, визначає відповідність класифікації загибелі обставинам, що передували суїциду, встановлюють взаємодію з органами прокуратури.

Члени комісії мають право запрошувати та отримувати документи і матеріали, що мають значення для вивчення надзвичайної події, що розслідується.

Основні напрямки службового розслідування.

Вивчення службових документів:

- особової справи працівника, який загинув;
- службової характеристики;
- медичної картки;
- висновків лікаря, який обслуговує даний підрозділ;
- документів, що відображають стан роботи з персоналом підрозділу щодо профілактики самогубств;
- пояснювальних записок осіб, причетних до цієї події;
- довідок про стан соціально-психологічної обстановки у колективі;
- матеріалів та висновків фахівців оперативно-слідчої групи;
- результатів судово-медичної експертизи за фактом смерті;
- картки психологічного супроводження діяльності працівника;
- матеріалів з організації роботи психолога у підрозділі;
- письмових рекомендацій психолога керівникам підрозділів відповідно працівника, який скоїв самогубство.

Вивчення побутових, соціальних, службових, медико-психологічних і соціально-психологічних чинників:

- біографічних соціально-побутових і психологічних умов формування особистості;
- фактів суїцидів або суїцидальних спроб у близьких родичів;

- наявності черепно-мозкових травм, нервово-психічних, нейроінфекційних та тяжких соматичних захворювань;
- фактів застосування вогнепальної зброї або випадків поранення під час виконання оперативно-службових завдань;
- наявності конфліктів або інших неприємностей у сім'ї працівника;
- характеру листування з близькими родичами за останній рік життя;
- наявності психотравмуючих подій у житті працівника;
- фактів суїцидальних спроб, усних чи письмових суїцидальних висловлювань;
- соціально-психологічної обстановки у підрозділі де працював суїцидент;
- соціально-психологічного статусу й оцінки рівня соціальної адаптації у період перед самогубством;
- місця та ролі працівника у неформальній структурі службового колективу;
- особливостей поведінки працівника перед здійсненням самогубства;
- змісту передсмертного листа (якщо є).

Оцінка діяльності посадових осіб, які відповідальні за організацію та проведення роботи з персоналом

Особливу увагу членам комісії слід звертати на:

- рівень організації посадовими особами психологічного забезпечення діяльності працівників у підрозділі;
- використання посадовими особами рекомендацій психолога щодо роботи з працівниками, які скоїли самогубство;
- застосовані безпосереднім керівником заходи з формування здорової соціально-психологічної обстановки у колективі;
- роль та місце керівників вищої ланки у формування здорової соціально-психологічної обстановки у підрозділі, де працював суїцидент;
- якість роботи психолога з діагностики рівня суїцидального ризику, психологічного супроводження і психокорекційної роботи з особами, які мають суїцидальні наміри;
- застосовані керівництвом заходи щодо усунення адміністративно-керівних причин суїцидальної поведінки підлеглого;

- рівень організації професійно-психологічної підготовки керівного складу, її ефективність.

Підсумкові документи службового розслідування.

Доповідна записка, де вказується:

- місце та обставини надзвичайної події;
- соціально-демографічні відомості про працівника;
- індивідуально-психологічні, особистісні особливості та соціально-психологічна характеристика працівника, його ділові та моральні якості;
- адміністративно-управлінські причини суїцидальної події та їх вага у скоєні самогубства;
- перелік заходів, що проводилися раніше з метою профілактики самогубств у підрозділі серед особового складу, зниження впливу негативних чинників, що формують суїцидальні наміри.

Доповідна записка у десятиденний термін направляється до ДРП МВС України.

Висновки службового розслідування.

За результатами роботи комісії у місячний термін затверджується висновок службового розслідування з конкретними висновками і пропозиціями з організації профілактичних заходів. За кожним фактом суїциду надається персональна оцінка керівному складу всіх ланок, і, у випадку встановлення недоліків та безвідповідального ставлення до виконання посадових обов'язків, дані керівники притягуються до відповідальності, навіть до кримінальної.

Після завершення розслідування факту самогубства всі документи направляються до Центру практичної психології ДРП МВС України.

Якщо відсутні або неможливо встановити ознаки суїциду, або, якщо під час проведення службового розслідування встановлені факти, що містять ознаки наявності складу злочину, комісія передає матеріали службового розслідування у відповідні органи з метою юридичної оцінки надзвичайної події, що мала місце.

Таким чином, комплексний план дій посадових осіб органів внутрішніх справ щодо попередження суїцидальних актів, залежно від рівня й форм дезадаптації, виду конфлікту, психоемоційних особливостей потенційних суїцидентів уявляє собою

комплекс заходів, що забезпечують збереження психічного та соматичного здоров'я працівників.

План дій керівників органів та підрозділів внутрішніх справ з метою **попередження суїцидальної активності** серед підлеглих включає такі заходи:

1. Ґрунтовне вивчення в системі службової підготовки наказів, розпоряджень, вказівок МВС України щодо профілактики самогубств серед працівників органів внутрішніх справ.
2. На оперативних нарадах заслуховувати керівників органів і підрозділів в яких були здійснені суїциди з метою виявлення умов і причин самогубства та усунення недоліків.
3. Забезпечення контролю щодо якісного проходження працівниками щорічних медичних оглядів, обліку результатів та врахування їх у психопрофілактичній роботі.
4. Періодично (1 раз у квартал) проводити зустрічі з працівниками місцевих медичних закладів з метою отримання інформації щодо кола працівників, які потребують особливої уваги.
5. Щомісяця організовувати заходи індивідуально-виховної роботи з працівниками, які входять до "групи посиленої психологічної уваги", мають проблеми адаптації до умов службової діяльності.
6. Планувати роботу підрозділу на квартал щодо попередження та профілактики самогубств серед працівників органів внутрішніх справ.
7. Звертати увагу на відбір кандидатів на службу в органи внутрішніх справ, вивчення наявного психологічного стану у працівників з метою запобігання психічного перевантаження та втоми, підвищення конфліктності.
8. Проводити зустрічі з членами сімей працівників, надавати їм психологічні консультації.
9. Організовувати та проводити досконалі службові розслідування за фактом самогубства серед працівників органів внутрішніх справ.
10. Постійно знайомитися з матеріальним станом працівників, які мають багатодітні сім'ї, у разі потреби надавати їм матеріальну допомогу.

11. Здійснювати періодичні перевірки житлових умов працівників, надавати допомогу у розв'язуванні сімейно-побутових конфліктах.
12. Знайомитися з результатами психофізіологічного обстеження осіб, які мають право на носіння та зберігання табельної зброї.
13. Знайомитися з результатами діагностичної роботи, яка здійснюється медичними психологами при вирішенні питань щодо переміщення працівників на інші посади.
14. Надавати інформацію до Центрів психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору про працівників, які зловживають алкоголем, мають відхилення у поведінці, психічні розлади, висловлюють суїцидальні наміри.
15. Застосовувати дієві заходи щодо комплектування служб психологічного забезпечення діяльності органів внутрішніх справ висококваліфікованими фахівцями, які мають спеціальну освіту.
16. Надавати конкретну допомогу у обладнанні та створенні кімнат психоемоційного розвантаження для працівників органів внутрішніх справ.
17. Періодично (не менш одного разу у три роки) проходити на базі Національної академії внутрішніх справ спеціалізовані психологічні тренінги щодо запобігання, профілактики та попередження самогубств серед персоналу органів внутрішніх справ.
18. Залучати психологів Центрів (груп) практичної психології УМВС України в областях для проведення занять та психологічних тренінгів з особовим складом органів і підрозділів внутрішніх справ для навчання персоналу подоланню негативних емоційних станів під час виникнення життєвих труднощів та особистісної кризи, надання алгоритмів виходу з кризи.
19. Виявлення працівників із девіантною поведінкою та своєчасне надання їм необхідної психологічної та медичної допомоги.
20. Проводити профілактичну та індивідуально-виховну роботу з особовим складом з метою усунення суїцидонебезпечних чинників.
21. Навчати працівників формуванню психологічної витривалості, здатності працювати в екстремальних умовах, вмінню адекватно оцінювати події та знаходити правильні шляхи вирішення проблеми.

22. Надавати всіляку допомогу у створенні належних умов для роботи особового складу підрозділів та органів внутрішніх справ.
23. Брати участь у вирішенні соціально-побутових та сімейних проблем працівників органів внутрішніх справ.
24. Постійно вивчати морально-психологічний стан працівників, які несуть службу в добових нарядах та мають право на постійне носіння табельної зброї.

7. ТИПОВИЙ ПЛАН

заходів щодо надання невідкладної психологічної допомоги особам, які перебувають у стані дезадаптації, а також працівникам, які виявляють суїцидальні наміри

Невідкладна психологічна допомога, спрямована на мінімізацію впливу несприятливих чинників на рівні індивідуальної свідомості, що здійснюється психологічними методами у межах компетенції працівників органів внутрішніх справ.

Основною метою психологічної допомоги повинна бути попередження вірогідності появи суїцидальних тенденцій, своєчасне виявлення та купажування станів, що створюють потенційну загрозу здійснення суїциду, та ліквідація умов, що їх викликають.

Попередження самогубств передбачає заходи, що вживаються у випадках конкретних проявів суїцидальної поведінки або спроб самогубства серед працівників органів внутрішніх справ та носять характер термінового визначення та усунення чинників, що підвищують ризик самогубств або викликали суїцидальну спробу.

Структура надання невідкладної психологічної допомоги:

1. Надання психіатричної допомоги суїциденту (медикаментозне втручання, психіатричне супроводження).
2. Психотерапевтичне втручання та психотерапевтичне супроводження.
3. Психологічне втручання та психологічне супроводження.

Типовий план заходів щодо надання невідкладної психологічної допомоги особам, які перебувають у стані дезадаптації, а також працівникам, які виявляють суїцидальні наміри, передбачає комплексну систему взаємодії працівників всіх частин та служб органів внутрішніх справ з метою виявлення та надання негайної практичної психологічної допомоги працівникам у вирішенні життєвих проблем та проблем службового характеру, що мають стійкий стресогенний характер.

Керівник будь-якого рангу повинен знати, що існує три основні способи

надання невідкладної психологічної допомоги людині, яка думає про самогубство:

1. Своєчасна діагностика та лікування суїцидента.
2. Активна емоційна підтримка людини, яка знаходиться у стані депресії.
3. Заохочення його позитивних зрушень, з метою полегшення ситуації.

Намагаючись надати працівнику первинну психологічну допомогу важливо дотримуватися таких правил:

- будьте впевнені, що ви можете допомогти;
- керуйтеся досвідом тих, хто вже опинявся у схожій ситуації;
- будьте витриманим;
- не намагайтеся шокувати або погрожувати людині;
- не аналізуйте його мотиви поведінки;
- не сперечайтесь, не намагайтеся врозуміти людину;
- робіть все, що від вас залежить, але не беріть особисту відповідальність за життя будь-кого.

Типовий план заходів включає:

1. Своєчасне розпізнання та ліквідація психологічних станів, що несуть потенційну загрозу самогубства. Раннє виявлення суїцидальних тенденцій серед працівників органів та підрозділів внутрішніх справ.
2. Вжити заходи первинної інтервенції з метою запобіганні акту саморуйнування через безпосередній контакт з підлеглим та надання йому емоційної підтримки та співучасті у соціальній, психологічній та екзистанційній кризі:
 - а) встановити причини дезадаптивного стану та намірів позбавити себе життя;
 - б) ставитися до особи, яка вирішила вчинити самогубство, як до особистості;
 - в) встановити доброзичливі та турботливі відносини з підлеглим;
 - г) бути уважним слухачем;
 - д) не сперечайтесь зі співрозмовником;
 - е) задавати підлеглому питання, що стосуються його проблеми;
 - ж) не пропонувати нереальних шляхів виходу із кризи;
 - з) запропонувати конструктивні підходи до вирішення проблеми;
 - і) вселити надію на позитивне вирішення проблеми;

- к) оцінити ступень ризику самогубства;
 - л) не залишати людину на одинці у ситуації підвищеного суїцидального ризику;
 - м) звернутися за допомогою до спеціаліста;
 - н) важливо зберегти стосунки турботи та моральної підтримки з підлеглим;
3. Вирішення діагностичних питань з використанням необхідних лікувально-профілактичних заходів.
4. Проведення індивідуальної психологічної бесіди з особою, яка знаходиться у стані дезадаптації та висловлює наміри позбавити життя самогубством.

Під час проведення бесіди психолог повинен з'ясувати такі питання:

- які події чи обставини викликали бажання позбавити себе життя (що саме трапилося?);
- чи була ця криза раптовою? Чи була можливість запобігти кризі?;
- які засоби розв'язання проблеми були вами вже використані і до яких наслідків це призвело?;
- що саме тепер викликає найбільше занепокоєння?;
- як Ви уявляєте собі подальше життя?;
- якої допомоги ви очікуєте від оточуючих?

У ході бесіди працівника треба переконати у тому, що:

- його ситуація не є унікальною: подібне вже траплялося з іншими, які справлялися з кризою;
- все погане вже відбулося, тепер буде легше, адже він зараз не на самоті з проблемою;
- про нього не думають погано, а навпаки, цінують, розуміють і прагнуть допомогти;
- йому вже доводилося бувати у скрутних ситуаціях та успішно їх долати, отже і теперішню ситуацію він здатний подолати й подолає.

5. За результатами бесіди керівник підрозділу приймає рішення щодо втручання у ситуацію шляхом:

- створення максимально сприятливих умов для службової діяльності працівника, забезпечення моральної підтримки з боку інших співробітників. Неприпустимо залишати співробітника, який знаходиться у стані дезадаптації, наодинці із самим

собою. На цей період слід залучити до співпраці з ним авторитетну особу (психолога);

- посередництва (за згодою працівника) у налагодженні стосунків із значущими для нього особами;

- інформування працівника про можливість отримання правової, соціальної, психологічної, медичної допомоги з боку відповідних відомчих та позавідомчих служб (наприклад: центрів сімейного консультування, "телефонів довіри" тощо);

- негайно письмове повідомлення про особу з ознаками суїцидального ризику (при відсутності позитивної реакції на втручання, зловживання спиртними напоями та висловлюванні намірів позбавити життя самогубством) фахівців Центрів психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору МВС України.

6. Залучати до роботи з працівниками, які знаходяться у стані дезадаптації, та висловлюють суїцидальні наміри практичних-психологів Центрів (груп) практичної психології УМВС України в областях.

7. Проводити широку психогігієнічну роботу серед працівників органів та підрозділів внутрішніх справ

8. При наданні психологічної допомоги працівникам, слід враховувати типи їх ситуаційних реакцій на проблему:

а) реакція емоційного дисбалансу: "надання психологічної допомоги через бесіду та індивідуальну корекційну роботу";

б) песимістична ситуаційна реакція: "надання психологічної допомоги через заняття у психотерапевтичних групах";

в) ситуаційна реакція зниження комунікабельності: "надання психологічної допомоги через індивідуальну бесіду та соціально-психологічні комунікативні тренінги";

г) реакція негативного балансу: "надання психологічної допомоги через заняття у психотерапевтичних групах";

д) ситуаційна реакція опозиції: "надання психологічної допомоги через індивідуальну бесіду з авторитетною людиною, яка має на працівника позитивний

психологічний вплив, або, у крайньому випадку, використовується допомога психіатра;

е) ситуаційна реакція дезорганізації: "надання психологічної допомоги через систематичне спостереження за поведінкою працівника та втручання у хід подій тільки у крайніх випадках."

9. Психологічна допомога працівникам органів внутрішніх справ залежить від їх класифікаційних поведінкових ознак:

а) "протестуючи" – засобом корекції є переведення агресії з аутоагресії в інше русло. Після фізичного розвантаження треба перевести працівника на раціональний рівень розуміння власної проблеми та пошук варіанту її рішення;

б) "шантажисти" – корекцію краще проводити у ході групової терапії, де робиться акцент на те, щоб привернути загальну увагу до особистості працівника кожного учасника групового тренінгу;

в) "безвихідник" – корекційна робота проводиться в залежності від проблем, що турбують працівника:

- коли працівник відчуває себе самотнім, корекцію краще проводити у вигляді групової терапії, що спрямована на об'єднання учасників тренінгу та розвиток міжособистісної довіри;

- якщо є проблеми у стосунках з родичами (сім'єю), то всі травмуючі моменти краще коректувати у ході рольового тренінгу;

- проблеми, що пов'язані зі станом здоров'я, потрібно вирішувати разом з медичним працівником, оскільки більшість захворювань мають психогенну природу;

г) "самосудді" – поведінка зумовлена психічними вадами особистості і корекція може застосовуватися тільки у ході гіпнотерапії. Для цього залучаються фахівці у цьому напрямку діяльності, або працівника направляють до профільної лікарні.

10. Лікування пресуїцидальних станів, соціально-трудова реабілітація працівників органів та підрозділів внутрішніх справ, які вчинили суїцидальну спробу, та направляти їх до фахівців з метою поглибленого дослідження та лікування, профілактика повторних суїцидів.

Схема збору анамнезу психологом під час проведення бесіди з суїцидентом.

1. Ким і за якими причинами працівник був відправлений на консультацію (прийшов за власною ініціативою).

Фізіологічний анамнез

1. Історія виникнення психологічних проблем у працівника. Симптоми (коли і як вони виникли).
2. Опис тимчасового зв'язку між психічними симптомами і соматичними розладами. Психологічні і соціальні проблеми.
3. Ступінь тяжкості і тривалості прояву кожного симптому.
4. Як розвивалося (інтенсивність проявів: послідовно збільшувалося, залишалася без змін, симптоматика виникла у виді приступу).
5. Які симптоми розвивалися (виникли) погоджено, які незалежно одне від одного.
6. Вплив на працю, соціальне функціонування, взаєностосунки з оточенням.
7. Чи є порушення сну, апетиту.
8. Перенесенні захворювання (хвороби, операції, травми).
9. Скарги, які виказував засуджений під час бесіди за власною ініціативою.
10. Скарги, які були виявлені під час проведення бесіди.

Сімейний анамнез

1. Батько:

- стан здоров'я;
- вік на сучасний момент (якщо помер, вкажіть вік в якому трапилась смерть та її причини);
- рід занять (професія або ким працює);
- характер взаєностосунків з ним;
- психічні захворювання.

2. Мати:

- стан здоров'я;
- вік на сучасний момент (якщо померла, вкажіть вік в якому трапилась смерть та її причини);
- рід занять (професія або ким працює);

- характер взаємостосунків з нею;
 - психічні захворювання;
3. Брати (сестри) – інформація збирається по кожному члену родини окремо.
- стан здоров'я;
 - вік на сучасний момент (якщо помели, вкажіть вік в якому трапилась смерть та її причини);
 - рід занять (професія або ким працюють);
 - характер взаємостосунків з ними;
 - психічні захворювання.

Анамнез життя

1. Розвиток у ранньому віці:

- патології під час вагітності та пологів;
- труднощі у засвоєнні корисних навичок, затримку у розвитку (вміння ходити, оволодіння мовою, контроль природних виділень);
- відрив від батьків та реакція на цей факт.

2. Здоров'я у дитячому віці:

- тяжкі хвороби (поразка ЦНС, менінгіт, черепно-мозкові травми тощо);
- нервові проблеми (страхи, отруєння, снобулізм, енурез, кошмарні сни тощо).

3. Школа:

- вік у якому почав та закінчив навчання;
- тип школи;
- успіхи у навчанні;
- спортивні та інші досягнення;
- взаємостосунки з вчителями та учнями;
- участь у громадському житті школи;
- подальша освіта.

4. Трудова діяльність:

- перелік місць роботи (у хронологічній послідовності) з висвітлюванням причин їх зміни;
- які має професії;

- чи отримував задоволення від праці де і ким бажав би працювати.

5. Служба у Збройних Силах:

- де і в яких військах проходив службу;
- просування по службі;
- проблеми з дисципліною.

6. Подружнє життя

- сімейний стан на теперішній час;
- вік коли одружився;
- кількість одружень та причини розлучень;
- тривалість знайомства з дружиною;
- відомості про дружину (вік, рід діяльності, стан здоров'я, характеристика особистості).

7. Статеве життя:

- вік першого сексуального досвіду;
- ставлення до сексу;
- гетеросексуальний або гомосексуальний досвід.

8. Діти:

- імена, стать, вік;
- соматичне та психічне здоров'я дітей;
- емоційний розвиток;
- характеристика стосунків з ними.

9. Соціальний стан:

- житлові умови;
- фінансовий стан.

Характеристика особистості суїцидента:

1. Друзі (мало або багато, ступінь відносин).
2. Співвідношення з іншими засудженими, керівництвом ОВС.
3. Проведення відпочинку (захоплення, інтереси).
4. Настрій.
5. Характер.

6. Погляди та переконання (моральні, світоглядні, релігійні).
7. Ставлення до свого здоров'я.
8. Звички (їжа, спиртні напої, паливо, наркотики).
9. Комунікабельність.

Аналіз особливостей соціальних зв'язків та стосунків суїцидента.

Це питання розглядається в таких площинах:

- 1) суїцидент – родина: передбачає з'ясування відносин між суїцидентом та дружиною і дітьми: наявність конфліктів, матеріальне становище тощо;
- 2) суїцидент – родичі: передбачає з'ясування відносин між суїцидентом і батьками своїми та дружини, братами, сестрами тощо.
- 3) суїцидент – інші працівники. Потребують уваги міжособистісні конфліктні ситуації, ставлення до виконання обов'язків, вміння працювати у колективі, виконувати спільні дії, раціонально використовувати робочий час;
- 4) суїцидент – керівництво: передбачає вивчення реагування посадових осіб на звернення працівника зі скаргами та заявами;
- 5) суїцидент – друзі (знайомі). Потребує з'ясування відносин з близьким оточенням, наявністю конфліктів, боргів тощо.

Методика, яка визначає ступінь суїцидального ризику.

Вона передбачає відповіді на такі запитання:

I. Біографічні чинники.

- 1.1. Спроби самогубства у родичів;
- 1.2. Смерть або розлучення батьків;
- 1.3. Недоліки у вихованні (гіпо – або гіперопіка, жорстоке поводження);
- 1.4. Відсутність виражених пізнавальних інтересів;
- 1.5. Провідні цінності, пов'язані з любовними стосунками;
- 1.6. Початок статевого життя до досягнення 16 років;
- 1.7. Відсутність ясних життєвих планів або, навпаки, наявність нереалістичного однозначного (за принципом “все або нічого”) уявлення про кар'єру;
- 1.8. Віктимність стосовно нещасних випадків (у минулому були переломи, опіки, травми голови тощо.);

1.9. На тілі є татування, сліди самопорізів, схильність до саморуйнівної поведінки (багато палить, вживав психотропні засоби, здійснював ризиковані вчинки);

1.10. Змінював місця роботи без істотної причини, погано відгукується про них.

II. Особливості особистості.

2.1. Емоційно чутливий, уразливий, образливий;

2.2. Є виражені вегетативні ознаки нервозності (тремор кінцівок, заїкання, “грудка в горлі”, тахікардія, сильне потовиділення, почервоніння, збліднення тощо);

2.3. Ригідність афекту (“застрягання” на певних почуттях, думках, нездатність до “витіснення” неприємних переживань), почуття вини;

2.4. Імпульсивність поведінки (легко гнівається, кричить);

2.5. Хворобливе самолюбство, високий рівень домагань;

2.6. Явні труднощі у встановленні контакту з людьми;

2.7. Тривожність, непевненість у собі, залежність від інших;

2.8. Вузькість інтересів, світогляду, фаталізм;

2.9. Знижений у порівнянні з однолітками або збочений статевий потяг;

2.10. Безкомпромісність у конфліктних ситуаціях (упертий, наполягає на своєму там, де потрібна гнучкість);

III. Особливості актуальної ситуації.

3.1. Конфлікт за місцем роботи;

3.2. Конфлікт у сфері особистих стосунків;

3.3. Комбінована конфліктна ситуація, що торкається одночасно всіх значущих сфер життєдіяльності;

3.4. Ситуація “невизначеності”, неможливість впливати на розвиток подій, тенденції до погіршення ситуації, її оцінка як “безвихідної”;

3.5. Складна ситуація існує більш 3-х місяців;

3.6. Аналогічна ситуація вже була в минулому і не мала позитивного виходу;

3.7. Суб’єкт перевтомлений, виснажений наднормативним навантаженням, не має можливості відпочити і відновити свої сили;

3.8. Суб’єкт ослаблений хворобою;

3.9. Становище суб'єкта обтяжено важкими побутовими умовами, поганим харчуванням, відсутністю грошей тощо

3.10. У суб'єкта відмічаються порушення сну, апетиту, зниження ваги, скарги на стан здоров'я;

3.11. Спостерігається зниження активності, втрата інтересів, зміни характеру (наприклад, став замкненим);

3.12. Збільшення тютюнопаління, алкоголізації;

3.13. Відсутність довірених осіб, з якими суб'єкт міг би "поділитися" своїми труднощами;

3.14. Зміни в манері висловлюватися (щось не договорює, говорить незрозуміло, натяками);

3.15. Висловлює скарги на втому, нерозуміння тощо;

3.16. Відмічаються передсуїцидальні висловлювання ("... от коли я помру...") і дії (наводить порядок у своїх справах, прощається з людьми або пам'ятними місцями, дарує іншим потрібні йому речі тощо);

3.17. Мають місце висловлювання про безглуздя подальшого життя, прямі погрози самогубства, приготування до самогубства.

Суїцидальний ризик уявляється значним, якщо є більше 16 з 37 наведених вище чинників, реальним – за наявності 5 ознак, що завершують даний перелік.

8. Аутогенне тренування

Кожен займається в тих умовах, які відповідають його можливостям. Варто спонукати всіх займатися на зустрічах з психологом, мотивуючи це тим, що коли займаються всі, немає кого соромитися, тому що в цей час скептичне спостереження виключається. Спільні заняття аутогенним тренуванням на зустрічах з психологом знижують вимогливість тих хто займається до зовнішньої обстановки.



Спільні заняття аутогенним тренуванням на зустрічах з психологом знижують вимогливість тих хто займається до зовнішньої обстановки.

Поза для аутогенного тренування.

Поза «кучера на дрожжах».

Ця поза для аутогенного тренування застосовується

частіше тому, що в ній можна займатися практично скрізь, де є стілець, табурет, ящик потрібної висоти й т. і. . Критерій придатності меблів для занять у позі «кучер на дрожжах» – розташування сидіння й стегон клієнта паралельно підлозі.

Перед заняттям варто послабити поясний ремінь, розстебнути верхній гудзик сорочки, послабити вузол краватки, зняти годинники, окуляри.

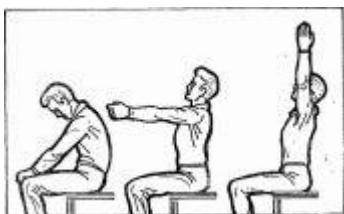
Для того, щоб прийняти «позу кучера на дрожжах», треба:

- а) сісти на край сидіння так, щоб край стільця співпадав з сідничними складками;
- б) широко розставити ноги, щоб розслабити м'язи, які зводять стегна;
- в) гомілки поставити перпендикулярно підлозі; якщо після цього залишається напруга в гомілках, необхідно підсунути стопи вперед на 3-4 сантиметри до зникнення напруги;
- г) голову опустити вперед, щоб вона висіла на зв'язках, і згорбити спину;
- д) погойдуючись назад - вперед, переконатися, що поза стійка за рахунок рівноваги між опущеною головою й згорбленою спиною;
- е) покласти передпліччя на стегна так, щоб кисті м'яко обгинали стегна й не стикалися; опиратися передпліччями на стегна не треба, тому що поза стійка й без цього;
- ж) закрити очі;
- з) дихати спокійно, як у сні, роблячи вдих і видих через ніс.

Спочатку поза здається незручною, але в міру її освоєння виявляються її переваги: опущена голова робить невидимим обличчя, що важливо для багатьох хто займаються.

Для виходу з аутогенного стану:

- а) перестаньте виконувати інструкцію заняття й сконцентруйте увагу на тім, що Ви добре відпочили й незабаром вийдете з аутогенного стану;
- б) повільно стисніть кулаки, відчуйте силу в руках, у всім тілі; в іншому позу не мінняйте;
- в) не розтискаючи кулаків, витягніть руки у сторону колін;
- г) дочекайтеся закінчення чергового видиху;
- д) зробіть глибокий вдих, одночасно на вдиху підніміть руки вгору, прогніть спину, поверніть обличчя догори;
- е) зробіть паузу тривалістю близько 1-2 секунд, щоб підготуватися до чіткого виконання останньої фази виходу;



- ж) одночасно: різко видихніть через рот, розтисніть кулаки і відкрийте очі. Після цього спокійно опустіть руки.

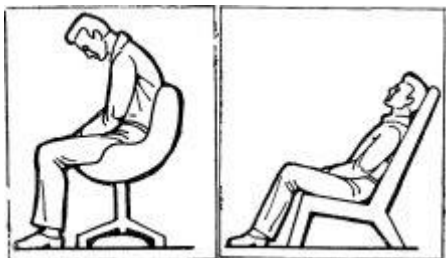
Під час виходу з аутогенного стану варто максимально зосередитися на енергії, силі, що накопилися за час заняття (навіть якщо їхній приріст і був невеликим). До кожної фази

виходу переходьте тільки після того, як виконана попередня. Фази «а» - «е» виконуйте уповільнено, фазу «ж» - максимально швидко й енергійно.

За 1-1,5 години до сну описану методику не застосовуйте. Закінчивши заняття, перестаньте виконувати інструкцію даного заняття, посидьте якийсь час із закритими очима, потім повільно випряміть спину й відкрийте очі. Посидьте 1-2 хвилини, після цього можна встати.

Варто пам'ятати : недостатньо чітке виконання правил виходу з аутогенного стану веде до млявості, розбитості після занять. Це знижує цінність занять і може послужити причиною їхнього припинення. Навпаки, навіть ізольоване застосування цієї методики без попереднього тренування може викликати бадьорість, приплив сил, підвищення працездатності. Найпоширеніші помилки: швидкість виконання,

відсутність пауз між фазами, неодноразовість відкривання очей, видиху і розжимання кулаків у фазі «ж», недостатньо різкий видих.



Поза напівлежачи в кріслі з високою спинкою.

Розташуйтеся напівлежачи в кріслі так, щоб при розслабленні голова відкидалася назад. Положення рук і ніг, як у позі «кучера на джоггах».

Засвоюючи пози для аутогенного тренування, пам'ятайте, що вони повинні бути симетричними. Будь-який перекіс під час заняття буде викликати напругу.

Поза в кріслі з низькою спинкою.

По суті, це — та ж поза «кучера на джоггах» з однією відмінністю — клієнт сидить не на краю сидіння, а на всьому сидінні так, що згорблена спина впирається в спинку крісла.

Поза лежачи з подушкою під головою.

а) ляжте на спину в ліжку, на кушетці, дивані, під голову покладіть невисоку подушку;

б) стопи розташуйте на ширині плечей, розслабте ноги, при цьому носки розійдуться в сторони;



в) руки злегка зігніть у ліктях, покладіть долонями вниз; кисті рук не стикаються з тулубом.

Помніть про симетрію пози.

Поза зручна для занять у ліжку перед сном і ранком відразу після сну. Вихід, якщо тільки Ви займаєтеся не перед сном, робиться так само, як і в позі сидячи. Після цього вдихніть і на видиху сядьте в ліжку.

Поза лежачи без подушки

а) ляжте на спину;

б) випрямлені ноги розташуйте так, щоб відстань між стопами була 15—18 см;

в) витягнуті руки розташуйте під гострим кутом до тулуба долонями вгору.



Вправа № 1.

Засвойте пози для занять аутогенним тренуванням. При будь-якій можливості намагайтеся побути у позі 5 - 10 хвилин. Перебуваючи в позі, постарайтеся максимально розслабитися. Якщо Ви відчуваєте дискомфорт у якійсь частині тіла, постарайтеся виправити дефект пози. При відсутності часу приймайте позу хоча б на декілька секунд. Розслаблення в позах закінчуйте виходом. За 1-1,5 години до сну спеціальну методику виходу не застосовуйте.

«Маска релаксації»

«Маска релаксації» - вираз обличчя, при якому максимально розслаблені мимічні, жувальні м'язи і язик.

Кожний напружений м'яз впливає на головний мозок, а це заважає виникненню аутогенного стану. Є групи м'язів – мимічні, жувальні, язика й кистей рук - які впливають на стан мозку, більше ніж інші м'язи; тому їхньому розслабленню приділяється більша увага.

М'язи кистей рук досить легко вдається розслабити, а для інших груп м'язів існують спеціальні вправи, пов'язані з тим, що в повсякденному житті ми не зіштовхуємося з роботою над цими м'язами; крім того, правила пристойності не дозволяють тримати рот відкритим і розслаблювати мимічні м'язи.

Вправа № 2.

Для розслаблення жувальних м'язів при вертикальному положенні голови беззвучно вимовте звук «И», дайте щелепі відвиснути. Посидівши так декілька хвилин, спостерігайте, як з розслабленням жувальних м'язів по всьому тілу проходить хвиля розслаблення, як розслаблюються м'язи обличчя, тяжчають віки, зупиняється погляд, стає нерізким навколишнє за рахунок розслаблення м'язів, фокусуючих кришталік. Спочатку спостерігайте за своїм обличчям в дзеркало. Вправу закінчуйте виходом з аутогенного стану, тому що навіть при гарному розслабленні мимічних і жувальних м'язів виникає аутогенний стан того або іншого ступеня глибини.

Вправа № 3.

При вертикальному положенні голови розслабте жувальні м'язи беззвучним «И». Потім для розслаблення язика беззвучно вимовте звук «ТЕ», при цьому розслаблений язик м'яко упреться в задню поверхню нижніх зубів. Спостерігайте за

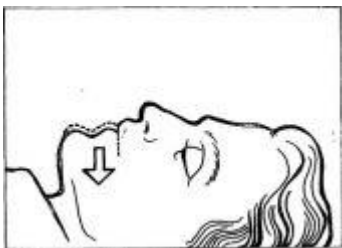
своїм станом. Дозвольте обважнілим віям опуститися. Вправу закінчіть виходом. Якщо немає можливості займатися 5-10 хвилин, виконуйте завдання більш короткий час, хоча б навіть декілька секунд.

Після освоєння «маски релаксації» з'єднайте її з вивченими позами для аутогенного тренування.

Напівлежачи в кріслі з високою спинкою, «маска релаксації» виконується так, як було описано вище. У позі «кучера на джонках» і в позі в кріслі з низькою спинкою при опусканні голови рот пасивно закривається. У позах лежачи при розслабленні жувальних м'язів щелепа сповзає вниз.

«Маску релаксації» можна застосовувати й ізольовано у випадках, коли немає можливості займатися аутогенним тренуванням. Спробуйте, і Ви відчуєте, як у результаті зменшується фізична й психічна напруга, проходить головний біль.

Вступна вправа «спокій»



Мета вступної вправи — створення попередніх умов для початку занять аутогенним тренуванням.

У підходящому для аутогенного тренування місці прийміть одну з поз для аутогенного тренування, розслабтеся, звернувши особливу увагу на «маску релаксації», закрийте

очі. Дихаєте спокійно, як у сні; вдих і видих через ніс.

Пасивно зосередьтеся на спокої, що є наслідком:

- а) знаходження в тихому місці;
- б) розслаблення в зручній позі;
- в) відключення від навколишнього при закриванні очей. Не навіюйте собі якогось особливого спокою, пасивно зосередьтеся на тім, що у Вас є тепер. Навіть якщо Ви напружені на дев'ять десятих (9/10), то зосередьтеся на одній десятій (1/10) розслаблення.

Займайтеся рівно стільки, скільки Ви можете займатися пасивно. Якщо Ви почали відволікатися, варто зробити вихід. Перед сном вихід не робіть.

Помніть, що тільки пасивна концентрація дає фізіологічний ефект.

Найпоширеніша помилка на початку навчання аутогенним тренуванням — невміння бачити зачатки потрібного стану й, внаслідок цього — прагнення нав'язати

собі «потрібний» стан. Така внутрішня активність розганяє навіть зачатки стану, що виникає при виконанні вимог. Подальші спроби навіяти те, що підсилює внутрішню боротьбу, перетворюють таке «розслаблення» у страждання.

В перший раз рекомендується концентруватися на вправі всього декілька секунд, щоб не було спокуси активно викликати спокій. Протягом декількох секунд зосередитися на реальному спокої може навіть неуважна людина.

Методика занять

Перша стандартна вправа «вага».

Творець аутогенного тренування Й. Г. Шульц запропонував викликати фізіологічні зрушення шляхом пасивної концентрації на зачатках відчуттів, що супроводжують ці зрушення. Оскільки розслаблення м'язів супроводжується відчуттям ваги в них, він запропонував для розслаблення м'язів пасивно зосереджувати увагу на реальній вазі тіла.

Відчутти вагу тіла можна, проробивши наступні вправи:

- а) покладіть руку на повітряну кулю або зім'ятий папір, переконайтеся в тім, що під впливом ваги руки вони здавлюються;
- б) покладіть руку на ваги, спостерігайте за відхиленням стрілки, що відбиває вагу руки;
- в) у кожній з поз для аутогенного тренування спробуйте підняти руки, поступово нарощуючи зусилля в дельтоподібних м'язах (покриваючих, подібно еполетам, наші плечові суглоби), переконайтеся в тім, що при малому зусиллі це не вдається, тому що заважає вага рук; відчуйте цю вагу;
- г) лежачи у ванні, наповненій водою, піднімайте витягнуті розслаблені руки; коли руки піднімуться над водою, відчуйте збільшення ваги в них; інший варіант: випускайте воду з ванни й спостерігайте збільшення ваги у всім тілі по мірі витікання води.

У такий спосіб Ви можете переконатися у тім, що вага властива нашому тілу й немає необхідності її навіювати.

Методика. Подумки повторюють: "Я зовсім спокійний" (1 раз); "Моя права (ліва) рука важка" (6 разів); "Я спокійний" (1 раз). Після 4-6 днів вправ відчуття ваги в руці стає виразним. Далі в такий же спосіб почуття ваги викликається в обох руках,

в обох ногах, у всім тілі. Кожна вправа повинна починатися й закінчуватися формулою: "Я спокійний".

Під час освоєння цієї вправи не намагайтеся вольовим зусиллям поширювати відчуття ваги за якою-небудь схемою, підсилювати його самонавіюванням. Будь-яка внутрішня робота буде перешкоджати виникненню аутогенного стану.

Від заняття до заняття в міру поглиблення розслаблення м'язів відчуття, що супроводжують цей процес, будуть мінятися:

- а) відчуття ваги поширяться на все тіло й набуде вираженого характеру;
- б) відчуття ваги зміняться відчуттям легкості, може виникнути відчуття сторонності тіла;
- в) тіло перестає відчуватися.

Ці зміни звичайно з'являються в окремих частинах тіла, як правило, у кистях рук. У цих випадках пасивно споглядайте виникле сполучення відчуттів (наприклад, тіло легке, кисті рук відсутні).

Помніть, що відчуття ваги в руках яскравіше, ніж у ногах і тулубі. Не намагайтеся вольовим зусиллям зробити його рівномірним.

Перша стандартна вправа освоєна, якщо під час занять відчувається вага в руках і ногах.

Друга стандартна вправа «тепло»

Занурення в аутогенний стан супроводжується перерозподілом крові в організмі - зменшується її зміст у великих судинах і м'язах, збільшується в капілярах шкіри. Цьому супроводжує відчуття тепла в кінцівках і тулубі. Пасивною концентрацією уваги на реальному теплі тіла можна викликати вищеописане фізіологічне зрушення.

Температури тіла - 36,6 градусів за Цельсієм - цілком достатньо для того, щоб відчувати тепло. У цьому неважко переконатися, проробивши нескладний дослід.

Сядьте. Зігніть руки в ліктях, розташуйте кисті рук на рівні живота так, щоб кисті зі злегка зігнутими пальцями були повернуті долонями одна до іншої. Зосередьтеся на теплі, що випромінюють долоні. Суб'єктивно це відчувається, як теплова куля між долонями. Зближуючи й віддаляючи кисті, можна відчувати діаметр цієї кулі.

Позаймавшись у такий спосіб протягом 3-5 хвилин, наблизьте долоні до щік, на відстань 1-2 сантиметри. Відчуєте щоками тепло, випромінюване долонями.

Методика. Подумки повторюють: "Я спокійний" (1 раз); "Мое тіло важке" (1 раз); "Моя права (ліва) рука тепла" (6 разів). Надалі навіювання тепла поширюється на другу руку, ноги, все тіло. Переходять до формули: "Обидві руки теплі, обидві ноги теплі, все тіло тепле".

Надалі 1 й 2 вправи поєднуються однією формулою:

"Руки й ноги важкі й теплі". Вправа вважається засвоєною, якщо відчуття ваги й тепла в тілі викликається легко й чітко.

Третя стандартна вправа «серце».

Під час знаходження в аутогенному стані зменшується частота серцевих скорочень. Цьому відповідає відчуття спокійної, мірної пульсації в тілі. Пасивна концентрація на цій пульсації під час аутогенного тренування сприяє зменшенню частоти серцевих скорочень, нормалізує ритм роботи серця.

Для того, щоб пасивно концентруватися на пульсації, потрібно здійснити декілька спроб з її виявлення:

а) накладіть другий, третій і четвертий пальці правої руки на променеву артерію лівої руки, запам'ятаєте ритм її пульсації; те ж можна проробити, наклавши вказівний палець правої руки на яремну ямку над верхнім кінцем грудини;

б) з'єднайте пальці обох рук в «замок» і покладіть розслаблені руки перед собою; відчуйте пульсацію в пальцях, охоплених пальцями іншої руки;

в) сидячи на стільці, покладіть ногу на ногу й спостерігайте, як у такт пульсу піднімається стопа ноги, яка перебуває зверху.

Методика. Вправа починається з формули: "Я спокійний". Потім послідовно викликається відчуття ваги й тепла в тілі. Клієнт кладе свою праву руку на область серця й подумки вимовляє 5-6 разів: "Мое серце б'ється спокійно, могутньо й ритмічно". Попередньо клієнтові рекомендується навчитися подумки рахувати серцебиття. Вправа вважається засвоєною, якщо вдається впливати на силу й ритм серцевої діяльності.

Четверта стандартна вправа «дихання».

Ця вправа сприяє заспокоєнню дихання. Одним з елементів аутогенного стану є спокійне дихання. Встановлено, що пасивна концентрація на диханні сприяє його заспокоєнню, уповільненню й тим самим - виникненню й поглибленню аутогенного стану.

Дихання під час аутогенного тренування спокійне, поверхнєве, як у сні; вдих і видихнув відбувається через ніс. Під час заняття пасивно спостерігайте за подихом, нічого не намагаючись з ним робити. Незважаючи на зовнішню простоту цієї інструкції, спочатку буває важко її виконати. Наприклад, іноді виникає спокуса подовжити видих або паузу після нього через те, що на видиху розслаблення й спокій глибші. Розплата за це настає негайно - виникає киснева недостатність, що неминуче спричинює глибокий вдих, який порушує розслаблення, що настільки сподобалося.

Найкраще спостерігати за подихом як би з боку. Спостерігайте за будь-яким аспектом дихання: рухом повітря на вдиху й видиху, охолодженням ніздрів на вдиху, рухом живота в такт дихання.

Методика. Використовується наступна формула самонавіювання: "Я спокійний,... мої руки важкі й теплі, моє серце б'ється сильно, спокійно й ритмічно... Я дихаю спокійно, глибоко й рівномірно". Остання фраза повторюється 5-6 разів. Надалі формула скорочується: "Я дихаю спокійно".

П'ята стандартна вправа «сонячне сплетіння».

В аутогенному стані нормалізується діяльність не тільки органів грудної порожнини, але й черевної. Це супроводжується відчуттям тепла в животі. Тому пасивна концентрація на реальному теплі в животі або, точніше, в області сонячного сплетіння нормалізує діяльність органів черевної порожнини.

Сонячне сплетіння - сукупність нервових сплетінь, керуючих діяльністю органів черевної порожнини. Воно перебуває на задній стінці черевної порожнини, за шлунком, на середині відстані між нижнім краєм грудини й пупком.

Засвоївши другу стандартну вправу, Ви навчилися пасивній концентрації на теплі свого тіла. Тепер Вам потрібно навчитися зосереджувати увагу на теплі в області сонячного сплетіння. Деяку складність представляє те, що в нашій свідомості живіт, сонячне сплетіння представлені не так явно, як голова, руки. Усунути це можна

визначенням проекції сонячного сплетіння на шкіру живота й розтиранням цього місця за годинниковою стрілкою.

Методика. Клієнтові попередньо роз'яснюється локалізація й роль сонячного сплетіння в нормалізації функції внутрішніх органів. Викликаються послідовно такі ж відчуття, як при вправах 1-4, а потім подумки 5-6 разів повторюють формулу: "Сонячне сплетіння тепле... воно випромінює тепло". Освоєнню цієї вправи може допомогти уявлення під час заняття, начебто на видиху тепло переходить у живіт.

Шоста стандартна вправа «прохолодь чола».

В аутогенному стані відзначається перерозподіл крові, у тому числі - зменшується приплив крові до голови. Це супроводжується відчуттям прохолоди в області чола.

Пасивна концентрація на прохолоді чола зменшує притік крові до голови, надлишок якої викликає головні болі. Застосування вправи «прохолодь чола» дозволяє підвищити розумову працездатність, зняти розумове стомлення й головні болі.

Об'єктом пасивної концентрації при виконанні шостої стандартної вправи є те ж, що при виконанні другої вправи - температурний контраст між теплом тіла й прохолодою навколишнього повітря. Різниця полягає в тім, що при виконанні вправи «тепло» ми концентруємося на теплі тіла, а при виконанні вправи «прохолодь чола» ми пасивно концентруємося на прохолоді повітря, що стикається з чолом.

Попереднє тренування полягає в тім, що ми намагаємося якнайчастіше відчути шкірою чола прохолодь повітря, напрямок руху повітря. Особливо чітко прохолоду можна відчути під час ходьби, спуску по сходах (підйом вимагає більших зусиль і ускладнює пасивну концентрацію), при виході з приміщення на вулицю.

Методика. Спочатку викликаються відчуття, описані у вправах 1-5. Потім подумки 5-6 разів повторюють формулу: "Моє чоло прохолодне". У міру освоєння вправ формули самонавіювання можуть скорочуватися: "Спокійний... Вага... Тепло... Серце й дихання спокійні... Сонячне сплетіння тепле... Чоло прохолодне". Вправа освоєна, якщо під час заняття Ви стабільно відчуваєте легку прохолодь чола. У ході подальших занять прохолодь може поширюватися на скроні, ніс, очі, але це не обов'язково.

Після виконання вправи клієнтам рекомендується спокійно відпочивати протягом 1-

2 хвилини, а потім вивести себе зі стану аутогенного занурення. Для цього дають собі уявну команду: "Зігнути руки (2-3 різких згинаючих рухи в ліктьових суглобах), глибоко вдихнути, на вдиху відкрити очі".

Динаміка аутогенного стану.

Займаючись аутогенним тренуванням, Ви пасивно зосереджуєте увагу на спокої, шести стандартних вправах і на всьому, що з Вами відбувається. Не слід намагатися змінити в яку-небудь сторону Ваш стан. Ваш організм знає, у якому стані Ви перебуваєте, і Ваша пасивна позиція дозволяє виявитися потрібному станові. Можна виділити дві стадії аутогенного стану:

1. Пасивна стадія. Наростає спокій, розслаблення, байдужність до навколишнього, уповільнюється мислення, при збереженні усвідомлення того, що відбувається.

2. Активна стадія. Відбувається посилення усвідомлення. Клієнт загострено сприймає й переживає те, що відбувається з ним. Логічне мислення зупиняється, уявлення навколишнього майже відсутнє. Можливі яскраві переживання: яскраві зорові образи, раптово виниклі думки, звільнення від гніту раніше заважаючих переживань.

Після виходу з активної фази аутогенного стану відзначається прилив сил, бажання реалізувати переживання, що мали місце під час заняття. У зв'язку з цим заняття перед сном повинні бути нетривалими, щоб не допустити переходу в активну стадію аутогенного стану - це може ускладнити настання сну. Попрацювавши недовго в пасивній стадії аутогенного стану, варто перестати виконувати інструкцію й дати можливість аутогенному стану перейти в сон. Аутогенний стан відрізняється від дрімотної наявністю постійного усвідомлення всього, що з нами відбувається. Тому взаємодія з усвідомленням дозволяє регулювати свій стан. Зміцнюючи усвідомлення, ми залишаємося в аутогенному стані, перешкоджаємо його переходові в дрімоту. Дозволяючи усвідомленню згаснути, ми дозволяємо аутогенному стану перейти в дрімотний, а потім - у сон.

Крім того, аутогенний стан може оформитися в ряд рівнів (модифікована схема за Оскаром Ічазо):

1. «Усе виходить». Початковий стан, при якому виконання інструкції переривається відволіканням на думки, сторонні звуки й т. і., змінюється станом, у якому

інструкція виконується легко й природно. У цьому стані ніщо не може перешкодити заняттю, все допомагає йому. Наприклад, різкий звук може відгукнутися хвилею спокою, що заливає всю істоту клієнта.

2. «Тілесний стан». Виникає блаженний стан, при якому джерелом блаженства є тіло. Наприклад, світло, що проникає в очі крізь опущені віки, сприймається, як надзвичайно приємне, ніжне, повне добра. Відчуття ваги тіла може змінитися відчуттям легкості, невагомості.

3. «Точкова свідомість». Тіло перестає сприйматися, «розчиняється» і клієнт усвідомлює себе, як згусток свідомості.

4. Зникнення границі між свідомістю клієнта і навколишнім світом, радісне переживання єдності з ним.

Схема О. Ічазо співвідноситься з попередньою схемою в такий спосіб: «Усе виходить» і варіант «тілесного стану» з вагою тіла - пасивна стадія, інші рівні, починаючи з «тілесного стану» з легкістю тіла - активна фаза.

Знання рівнів аутогенного стану дозволяє бути готовим до входження в них, запобігає негативній реакції, пов'язаній з несподіванкою. Навіть одноразове перебування на рівнях 2-4 за О. Ічазо надовго запам'ятовується й може бути стимулом до подальших занять.

Під час заняття освоєні вправи зливаються в один образ: спокійна, важка й тепла маса тіла, що перебуває під впливом двох перехрещених один з іншим ритмів дихання й пульсації.

Спрощений метод аутогенного тренування за Гербертом Бенсоном.

Концентрація уваги на диханні є стрижнем спрощеного методу аутогенного тренування за Гербертом Бенсоном.

Методика.

1. Сядьте зручно в тихому місці.

2. Закрийте очі.

3. Глибоко розслабте свої м'язи, починаючи з ніг і кінчаючи обличчям, зберігайте їх розслабленими.

4. Дихаєте носом. Усвідомлюйте дихання. Коли видихнете, подумки скажіть: «Раз».

Наприклад: вдих – видих - «Раз» і т. д. Дихаєте легко й природно.

5. Займайтеся 10-20 хвилин. Не користуйтеся таймером або будильником, щоб довідатися про час; для цього можна відкрити очі. Після закінчення концентрації на диханні й слові «раз» посидьте спокійно спочатку із закритими очами, потім - з відкритими. Не вставайте протягом декількох хвилин.

6. Не турбуйтеся про те, наскільки Ви поглиблюєте стан релаксації (розслаблення). Зберігайте пасивну позицію й дозвольте релаксації проникнути у Ваш внутрішній світ. Якщо Ваша увага відволіклася, знову вертайтеся до слова «раз». З практикою стан релаксації буде виникати усе легше. Займайтеся один або два рази на день, але не раніше, ніж через дві години після прийому їжі, щоб процес травлення не заважав виникненню релаксаційного стану.

Аутогенна модифікація

Аутогенна модифікація — зміна свого стану й поведження в аутогенному стані.

Перш ніж займатися аутогенною модифікацією, варто скласти список завдань, які Ви хочете вирішити за допомогою аутогенного тренування й розподілити їх за ступенем складності для Вас. Починайте з найлегшого.

Опишіть картину стану, що заважає досягненню поставленої мети. Зверніть увагу на його емоційний, інтелектуальний (розумовий) і тілесний компоненти.

Наприклад, успішній здачі іспитів заважає боязкість, що супроводжується напругою, відчуттям холодку уздовж хребта й думками типу: «Ну все! Не здам!»

Створіть комплексний позитивний образ, протилежний вищеописаному. У цьому випадку образ може бути таким: спокій, тепло уздовж хребта й думка: «Я впевнений у собі» або коротше: «Упевнений».

Добре також проаналізувати свій стан у тих випадках, коли Вам удалося перебороти це ускладнення, і доповніте його елементами комплексного позитивного образу.

Формули самонавіювання повинні задовольняти наступні вимоги:

1. Стислість. Ми не мислимо довгими розгорнутими реченнями, тому коротка фраза буде краще запам'ятовуватися нашою свідомістю. Наприклад, формула: «Спокійний» краще, ніж «Я спокійний і впевнений у собі в будь-яких ситуаціях».

2. Позитивність. Формула повинна затверджувати, а не заперечувати. Наприклад, формула: «Я не боюся іспитів» може підсилити острах. Варто застосовувати формули: «Упевнений», «Усе пам'ятаю» і т.ін.

3. Індивідуальність. Формула складається тільки для Вас, вона не повинна задовольняти всіх. Згадаєте, як у важкі хвилини Вам допомагала фраза, зрозуміла тільки Вам. Якщо Вам і раніше допомагало, наприклад, слово: «Всі!» у подоланні тяги до паління, Ви сміливо можете користуватися ним для аутогенної модифікації, хоча іншій людині воно може здатися безглуздом.

Завдання. Складіть таблицю. У її першій колонці варто розмістити завдання, починаючи з найпростіших і кінчаючи найскладнішими. У другій колонці запишіть стани, що заважають досягненню кожного завдання. У третій колонці помістіть комплексний позитивний образ для кожної ситуації. Проконсультуйтеся з керівником Ваших занять. В аутогенному стані разом з шістьма стандартними вправами споглядайте комплексний позитивний образ найлегшого завдання.

Після досягнення цього можна перейти до наступного завдання.

Приклад:

Завдання	Стан, що заважає	Комплексний позитивний образ
Перестати курити	Тягуче відчуття «під ложечкою», тривога, думка: «Покурю останній раз».	Спокій, тепло в сонячному сплетенні, формула: «Я можу!»
Подолання страху перед іспитами	Прохолодь уздовж хребта, страх, думка: «Не здам!»	Спокій, тепло уздовж хребта, формула: «Я можу!»

Боротьба з болем здійснюється подібним же чином. Комплексний позитивний образ містить у собі прохолодь або тепло в області, яку треба знеболити й формули про нечутливість, сторонність або відсутність цієї області. Наприклад, комплексний позитивний образ для видалення зуба: спокій, величезна розслаблююча вага у всім тілі, холод у нижній половині обличчя, начебто Ви лежите обличчям в снігу, і внаслідок цього нижня частина обличчя стала нечутливою, формула: «Нижня частина обличчя чужа» або просто «Чужа» при напрямку уваги на нижню частину обличчя.

У тому випадку, якщо у Вас викликає ускладнення певна ситуація, наприклад, страх перед поїздкою в транспорті, страх висоти, страх перед публічними виступами, можна застосовувати споглядання цих ситуацій на тлі аутогенного стану. Систематичне сполучення образу цієї ситуації зі спокоєм приведе до того, що й у реальній ситуації Ви будете почувати себе спокійно. Цей метод систематичної десензитизації, можна сполучати із застосуванням комплексного позитивного образу.

В аутогенному стані можна одержати й удосконалити рухові навички. В аутогенному стані Ви можете багаторазово повторювати у своїй уяві дії, які треба розучити або вдосконалити.

Для цього необхідно:

1. Точно продумати рухи, які варто розучити.
2. Під час аутогенного тренування не тільки наочно представляйте визначену дію, але й відчуйте, «уявіть» м'язами, «пропустіть» її через себе.
3. Подумки проговорюйте про себе виконувані дії паралельно з самою дією або перед нею.
4. Починаючи розучувати рухи, представляйте їх виконання в уповільненому темпі, потім, по мірі освоєння, темп їх уявлення прискорюється до реального.
5. На початку засвоєння рухової навички краще подумки представляти в позі, близькій до реального положення тіла під час виконання цієї дії. Надалі цю роботу можна продовжити в класичних позах для аутогенного тренування .
6. У міру освоєння рухової навички можна включати реальні рухи або дозволяти їм виявитися.
7. При уяві руху розчинитися в ньому, не думати про кінцевий результат.

Вищий щабель аутогенного тренування

Шість стандартних вправ аутогенного тренування Й. Г. Шульц називав нижчим щаблем аутогенного тренування й вважав їх підготовчим етапом для роботи на вищому щаблі.

Вищий щабель аутогенного тренування (аутогенна медитація) дозволяє, оперуючи зоровими образами, використовуючи образне мислення, працювати над глибинними

психологічними проблемами, витиснутими в область несвідомого конфліктами, краще зрозуміти себе.

Ознаками готовності до роботи на вищому щаблі є:

- а) спонтанно виникаючі під час занять аутогенним тренуванням зорові образи;
- б) яскраві, такі, що запам'ятовуються сновидіння, які супроводжуються бажанням зрозуміти їх.

В основі вправ вищого щабля аутогенного тренування лежить медитація.

Перша вправа - медитація на кольорі. Після виконання 6 вправ нижчого щабля клієнт, не міняючи пози, подумки концентрує свою свідомість на образах характерного кольору: засніжені гірські вершини... зелений луг... синя квітка. Під час вправ клієнт повинен прагнути втримувати у свідомості уявлення про колір, а не про конкретні форми предметів.

Вправа повторюється доти, поки клієнт не навчиться візуалізувати кольорові образи.

Друга вправа - медитація на образі певного кольору. Мета вправи полягає в цілеспрямованому викликанні певних колірних уявлень. Одночасно тренуються асоціації колір - відчуття. Наприклад, фіолетовий - почуття спокою, чорний - сум, тривога й т.і.

Третя вправа - медитація на образі. Мета вправи - навчитися довільно візуалізувати конкретний предмет або образ. Це може бути квітка, ваза, людина. Критерієм успішності тренування є цілеспрямована візуалізація самого себе.

Четверта вправа - медитація на абстрактній ідеї. Сутність вправи полягає у викликанні образних еквівалентів таких абстрактних понять, як воля, надія, радість, любов і т.і. Образні еквіваленти подібних абстрактних понять у всіх людей суголосно індивідуальні.

П'ята вправа - медитація на емоційному стані. У процесі вправ здійснюється перехід до проєкції візуалізованих образів на себе, на власні переживання. Як приклад можна використовувати медитацію відчуття побачених гір. Фокус уяви повинен бути спрямований не на конкретний об'єкт або пейзаж (гори), а на відчуття, які виникають при їхньому спогляданні.

Шоста вправа - медитація на людині. Спочатку уява концентрується на незнайомому, а потім - на знайомій людині. Основне завдання вправи полягає в тім,

щоб навчитися "звільнитися" від суб'єктивних установок і емоційних переживань стосовно знайомих образів, зробити ці образи "нейтральними".

Сьома вправа - "відповідь несвідомого". Опанувавши здатність до візуалізації образів, клієнт сам собі задає питання, а відповіді на них одержує у вигляді спонтанно виникаючих образів, які потім інтерпретуються. Найбільш часто задаються питання: "Що я хочу від життя?", "Які помилки я допускаю в житті?", "У чому мої головні проблеми?", "Як я повинен поводитися в конкретній ситуації?"

АУТОГЕННЕ ТРЕНУВАННЯ Й МУЗИКА

Будь-яке застосування сторонньої мови й музики порушує принцип аутогенності тренування й перетворює заняття в завуальований сеанс гіпнозу. Це робить людину залежною від зовнішньої допомоги.

Ми рекомендуємо застосовувати музику перед заняттями аутогенного тренування для створення настрою на заняття, для кращого відчуття, що таке спокій і споглядання. Це може бути корисним для людей активних, енергійних, які мають малий досвід споглядання.

Частіше інших використовуються твори Й. С. Баха:

1. Органна меса, частина 2, В 669-671 частина 3, В 676 частина 6, В 682 частина 8, В 686 .
2. Хоральна прелюдія мі бемоль, В. 622 з «Органної книжечки».
3. Хоральна прелюдія, В.745.
4. Прелюдія й фуга соль мінор, В. 558. 5 Сюїта для оркестру № 3 ре мажор, В. 1068, частина 2 (арія).

АУТОГЕННЕ ТРЕНУВАННЯ В ПОВСЯКДЕННОМУ ЖИТТІ

Багатьом людям освоїти аутогенне тренування легше, ніж надалі регулярно його застосовувати. Це відбувається, як правило, тому, що нам важко відмовитися від спокуси вирішення своїх проблем наскоком. Помніть, що невдалих занять не буває, будь-яке заняття приносить користь. Наприклад, Ви не могли зосередитися на вступній вправі «Спокій», у голову «лізла якась нісенітниця». Але зверніть увагу на те, що ця «нісенітниця» відволікла Вас від того, що турбувало Вас до заняття, чого Ви не могли домогтися іншими способами. Не біда, якщо Ви освоюєте аутогенне

тренування повільніше інших, адже, освоївши його, Ви одержите навичку на все життя.

Постарайтеся органічно «вписати» заняття аутогенним тренуванням у Ваше повсякденне життя. Помніть, що активне небажання займатися аутогенним тренуванням виникає, якщо немає потреби у відпочинку. «Підловіть» моменти, коли починає накопичуватися втома, і заняття буде бажаним. З іншого боку, не доводьте себе до перевтоми, коли заняття стане неможливим через погіршення здатності до концентрації уваги.

І, саме головне, частіше нагадуйте собі, що аутогенний стан - не щось недоступне, що воно виникає саме собою в кожного, хто створює умови для його виникнення.

9. Варіант медитації за назвою «Будинок моєї душі»

Техніка виконання: записати текст на магнітофон, слухати в позі лотоса (зі схрещеними ногами або положення сидячи на п'ятах) або в позах прийнятих для аутогенного тренування.

Відпустили руки, м'яко пройшлися по правій руці, їй стало добре. М'яко пройшлися по лівій руці, увага на кисті рук - вони стали більшими й теплими.

Вільні плечі, чи дійсно вони вільні?

Скиньте напругу з обличчя, у голові з'являється легкий туман, м'яка, спокійна порожнеча. Ноги без напруги, просто гляньте на них.

М'яке дихання... Хто хоче, вдихніть сильно - і видихніть. Відчуйте повітря, що проходить через ніздрі. Ви відчуваєте його, воно таке ж тепле, як і Ви.

І світ стає чарівним, і легкий туман навколо Вас. Коли наступає розслаблення, коли виникає туман, Ви перестаєте розуміти, де границі Вашого тіла. Ви начебто і тут, і Ви ніде.

Десь Ваші ноги... і можна відчутти, можна представити, начебто блакитний щільний туман, як тепла вода, стелиться біля Ваших ніг, і в ньому розчиняються, зникають ваші ступні. Ви відчуваєте тільки тепло. І м'який, теплий туман піднімається до Ваших колін. І немає там більше нічого. І м'яке тепло, і блакитний туман піднімаються вище, до Ваших стегон, до кистей рук, і розчиняє Вас усього. Він піднімається вище, вище... Ви розчиняєтесь в ньому, стаєте м'якими, теплими.

Немає тіла, немає границь. Тепла вода підходить уже до Ваших плечей. Але Ви не бійтеся - дихання легке і спокійне. Дивно - синій туман піднімається до Ваших очей. Чим дихаєте Ви? Легкістю, блакиттю. Ви зникли повністю, і тільки сонячні відблиски на поверхні - там, де тільки що були Ви.

І Ви відчуваєте, що душа Ваша звільнилася, і злетіла над поверхнею цього блакитного океану, і полетіла в легкому повітрі - у піднебесся, високо, у блакить. Ви розкинули руки, Ви летите й дихаєте повними грудьми у висоті. Як красиво навколо Вас: обрій, далекі гори, зелений ліс, величезний блакитний океан, що під Вами...

Можна піднятися до хмар, виявитися урівень з ними, ще вище в цьому чарівному світі й купатися в цих хмарах, розслабитися й лягти, відпочити на хмарах, і вони приймуть Ваше тіло. Можна перевертатися, поринати,

перевертатися, зникати в глибині - і вилітати із хмар, насолоджуватися своєю волею. Можна знову полетіти до землі й, пролітаючи над нею, спустатися нижче. Пролітаючи над рікою, пролітаючи над зеленими полями з дивно гарними квітами, знайти те місце на землі, у якому Вам так добре, Ваше улюблене місце на землі...

Де воно буде? Я не знаю, це вибираєте Ви. У когось це тиха лісова річка, галявина, де ростуть квіти. Ви лягаєте у квіти, і якась квітка виявиться зовсім близько від Вашого обличчя. Ви побачите, що вона гойднулась назустріч Вам, і відкрилась назустріч Вам, і Ви посміхаєтеся їй. Ви не захочете зривати її - Ви просто зрозумієте, що вона відчуває Вас і передає Вам свою красу. І Ви посміхнетеся їй, подякуєте їй. Хтось виявиться зовсім в іншому місці: може бути, високо в горах, де прохолодний туман, де самотньо, де чисте й прохолодне повітря, де Ви будете зовсім одні, де можуть бути чудеса, де може бути чарівництво. А може Ви будете на скелі, з якої відкривається вид на море.

Я не знаю, де будете Ви, але я знаю, що в цьому світі, у Вашому світі й на Вашому місці - можливі чудеса. І на цьому місці, на місці, що вибрали Ви, Ви побудуєте свій будинок. У Вашому розпорядженні - усе. Що Ви виберете, що захочете - те й буде. Поки будинок існує тільки у вищій уяві. Його ще немає. Але контури його Вам уже видно. Яким він буде саме в тім місці, де Ви зібралися його побудувати?

Він буде великий, високий, або він буде маленький, акуратний? Які будуть стіни Вашого будинку? Товсті, бетонні або цегельні стіни? І глибокі підвали? Чи будете Ви знати, що перебуває у Ваших підвалах? Або це буде легкий будинок на палях, з легкими літніми стінами, тому що у Вашому світі ніколи не буває зими, ніколи не буває морозу? Ви починаєте зводити ці стіни.

Які вікна будуть у Вашому будинку: спробуйте представити їх, спробуйте побачити їх. Це будуть великі, легкі, скляні, відкриті вікна, або це будуть гарні вузькі бійниці, або це будуть невеликі, дуже теплі віконця зі ставнями?

Який буде вхід у Ваш будинок, які двері будуть там? Спробуйте представити їх. Це будуть важкі двері із золотою ручкою, і кожний гість буде сповнюватися повагою перед таким входом. Або це будуть невисокі скляні двері, які відкриваються від легкого поштовху?

Чи будуть замки у дверях Вашого будинку? Що людина побачить, коли увійде в ці двері: простору вітальню, довгий коридор?

Скільки поверхів буде в цьому будинку?

Який буде дах у Вашого будинку? Чи буде на ньому голубник або горище для старих занедбаних речей? Яка кімната найулюбленіша у Вашому будинку? Спробуйте зараз побачити її.

Де Ви перебуваєте? У якій кімнаті? Що зараз перед Вами? Огляньтеся, відчуйте. У цій кімнаті Ви проводите багато годин, основний час свого життя.

Підійдіть до вікна: яке це вікно? Велике, просторе? Чи є штори на цьому вікні? Це легкі, світлі штори, які відкидаються вітром, тому що вікно Ваше відкрите, за цим вікном тепло й світло? Або ці вікна закриті важкими щільними шторами, які створюють Вам затишок і дають можливість бути одному у Вашому царстві, у Вашій кімнаті?

Що стоїть у Вашій кімнаті, яка меблі, де Ваш робочий стіл? Яке місце у Вашій кімнаті найзатишніше, найкрасивіше: там, де Ви працюєте, або там, де Ви відпочиваєте? Старий диван або легке ліжко? Чи багато книг у Вашій кімнаті? Чи всі їх Ви добре бачите у своїй кімнаті? Чи гарна вона?

Це кімната для роботи? Або це кімната для відпочинку? Ви любите свою робочу кімнату?

Які у Вас почуття до всього, що навколо Вас? Що лежить на Вашому столі? Ви бачите білі аркуші паперу? Що пишете Ви на них? Чи гарний Ваш почерк, коли Ви пишете про своє життя на цих аркушах паперу? Прислухайтесь: чи є звуки навколо Вас, чи є люди у Вашому будинку? Якщо Ви вийдете з цієї кімнати, то чи зустрінете тут інших людей, друзів, батьків. Вони живуть тут постійно або приходять сюди в гості, коли Ви їх покличете? Що для них тут приготовлено? Цей будинок гостинний, вони можуть тут довго жити?

А що навколо Вашого будинку - подивіться. Який пейзаж навколо Вашого будинку? Ліс, гори, море? Трава. Квіти. Рослини висаджені Вами або це недоторкана природа? Чи багато тут бур'янів? Які почуття у Вас до всього, що бачите Ви? Подивіться на все, що оточує Ваш будинок, подивіться на свій будинок з боку: подобається він Вам? Або в ньому щось недобудоване?

Збережіть в пам'яті цей свій будинок: іноді він буде здаватися Вам іншим, він може міняти свої обриси. Запам'ятаєте його й, головне, запам'ятаєте свої почуття до нього, це важливо для Вас. У цьому будинку Ви так часто буваєте, у цьому будинку Ви так багато жили... і будете жити. Запам'ятаєте цей світ, запам'ятаєте це місце й, якщо це гарні почуття, знайте, що б не відбувалося навколо Вас, у Вас завжди на землі є місце, куди Ви можете прийти, де Вам завжди буде добре. Ви побачите те, що Ви так любите бачити, і тут будуть ті речі, які так дорогі Вам, і сюди приходять ті люди, які так близькі Вам. Тут дує той вітер, що радує Вас.

Це Ваш світ, ніхто не може відняти його у Вас. Ви володар цього світу, Ви гість цього світу, Ви центр цього світу, світ Ваш - і Ви частина цього світу. А зараз постарайтеся не забути нічого з того, що Ви бачили, і повільно вертайтеся сюди.

10. Система емоційно-вольової підготовки (за О. Т Філатовим)

Дана система складається з 10 етапів, які, в остаточному підсумку, можна звести до 5 основних підзавдань:

- 1) вивчення особистісних якостей особистості;
- 2) навчання заспокійливому варіанту аутогенного тренування;
- 3) навчання мобілізуючому варіанту;
- 4) застосування емоційно-вольової підготовки до, під час і після тренувань і змагань;
- 5) робота над удосконаленням особистих якостей за допомогою емоційно-вольової підготовки.

Навчальний курс проводиться під керівництвом психолога (2-4 заняття гетеро тренінгом у тиждень). Індивідуальні заняття проводяться щодня, як мінімум 3 рази: відразу після пробудження, не встаючи з ліжка, під час перерви на роботі й перед сном. Спочатку засвоюється «заспокійлива частина» емоційно-вольової підготовки. Після викликання «маски релаксації» спортсмен послідовно розслаблює м'язи шиї, грудей, живота, спини, рук, ніг, навіюючи собі: «М'язи шиї повністю розслаблені. М'язи грудей повністю розслаблені» і т.д. Одночасно психологом сугестується: «Ви відчуваєте повне заспокоєння. Всі м'язи Вашого тіла розслаблені. Немає ніякого бажання рухатися. Ніщо вас не турбує. Ніщо вам не заважає. Повний спокій ви відчуваєте у всіх вашім тілі».

ВПРАВИ НА АНТИЦИПАЦІЮ.

Вправи на антиципацію (передбачення) проводяться з метою психологічної підготовки до особливих випадків у діяльності фахівців операторського профілю. Сутність вправ полягає в тому, що після звичайної професійної підготовки до особливих випадків (вивчення інструкцій, робота на тренажерах) той хто навчається, у стані пасивного пильнування повинен образно представити виникнення й розвиток аварійної ситуації, «відзначаючи візуально», що при цьому відбувається з основними технічними системами, як змінюються режим і характер роботи й т.д. Оцінивши в такий спосіб аварійну ситуацію, він потім здійснює (представляє) вихід з неї, при цьому акцентуючи увагу на своїх чітких, правильних, спокійних і впевнених діях. Ці вправи сприяють більше швидкому впізнанню

аварійної ситуації при її виникненні й зниженню емоційної реакції, що розвивається (ефект «уже баченого, знайомого»). Крім цього, у процесі виконання тренажів в аутогенному стані спрацьовується не тільки стереотип дій в особливих випадках, але формується й стереотип емоційної поведінки в аварійній ситуації.

АУТОГЕННИЙ КОРОТКОЧАСНИЙ СОН ІЗ ЗАДАНОЮ ТРИВАЛІСТЮ.

Денний сон не шкодить нікому, і звичка спати вдень потроху широко поширена у всіх цивілізованих країнах. Феномен заданого часу пробудження належить до давно відомих життєвих істин. Однак звичайне настановне самонавіяння дається на досить протяжні відрізки часу («Треба прокинутися о пів на сьому» або «Посплю години дві й підйом»). Механізм «внутрішнього годинника», або «рефлекс на годину», виробляється вже в раннім дитинстві - починаючи від плачу дитини при наближенні часу годівлі й чіткої «локалізації» чергового дзвінка на перерву в школярів. Задаючи установку на тривалість сну, можна виробити стійку здатність засипати на 5, 10 або 15 хв. Особам, які добре засвоїли стандартні вправи, для цього досить виконати комплекс релаксуючих вправ з одночасним самонавіянням: «Повне розслаблення, сон на 15 хв. Через 15 хв я прокинуся. Спати». Дехто в цих випадках дійсно засипає і навіть бачить сни; інші відзначають появу своєрідного стану, що часто характеризується як «Я сплю, але я знаю, що я не сплю». В останньому випадку, очевидно, мова йде про поглиблення аутогенного стану по типу сенсорної репродукції стану сну з відповідними психофізіологічними корелятами. Додавання самонавіювання «Я прокинуся бадьорим і відпочилим» сприяє гарному відновленню сил і поліпшенню настрою.

Цей прийом використовується як для викликання короткочасного сну, так і з метою полегшення засипання в нічний час.

САМОНАВІЮВАННЯ СНОВИДІНЬ.

Досить добре відомий вплив сновидінь на психічний і соматичний стан людини. Тривожні або неприємні сни знижують не тільки настрій, але й апетит, працездатність, загальний рівень активності. І, навпаки, «щасливі сни» часто мають досить позитивну дію. Більшість авторів у цей час розглядають сон і сновидіння як один зі специфічних видів активності головного мозку, відзначаючи, що при підвищенні збудливості й ослабленні глибини сну частота сновидінь збільшується.

При цьому «збільшення числа сновидінь, особливо неприємних..., може бути першою ознакою захворювання, що почалося. Навіть незначні функціональні порушення нервової діяльності ведуть до збільшення числа сновидінь і до зміни їхнього змісту». Природно припускати наявність і зворотного зв'язка між сновидіннями й функціональним станом нервової системи. Як правило, реалізація самовикликаного змісту сну настає через день-два, навіть у тому випадку, якщо безпосередньо перед сном навіювався зовсім інший зміст, відмінний, наприклад, від учорашнього.

При самонавіянні сновидінь також варто уникати зайвих вольових зусиль або імперативного фарбування словесних формул. Набагато корисніші стверджувальні формули в сполученні з сенсорною репродукцією. Деякою мірою цей прийом є діагностичним методом, що дозволяє виявляти сфери нереалізованих бажань і зони внутрішніх або зовнішніх конфліктів.

АУТОГЕННЕ ТРЕНУВАННЯ Й НІЧНИЙ СОН.

Приблизно кожна друга людина буває незадоволена своїм нічним сном. Одні хочуть спати менше; інші - міцніше й довше; третім не вдається заснути. Найчастіше доводиться зіштовхуватися з перекрученням формули сну (сонливість удень і безсоння вночі), труднощами засипання, переривчастим сном, неприємними сновидіннями. Як уже неодноразово вказувалося, одним з найбільш виражених наслідків аутотренінгу є нормалізація нічного сну. Часто цей ефект реалізується вже на тлі навчального курсу (до 6-7-го заняття) і не вимагає яких-небудь спеціальних заходів. В інших випадках для поліпшення засипання, крім обов'язкових перед сном вправ «ваги» і «тепла», пацієнти використовують спеціальні самонавіювання. У них ми не рекомендуємо прямого згадування слова «сон», пропонуючи використовувати супутні йому змістовні уявлення :

Я зовсім спокійний.

Мене ніщо не тривожить.

М'язи мого тіла усе більше й більше розслаблюються.

Мої віки тяжчають.

Всі турботи, тривоги, хвилювання відійшли далеко —
далеко.

Повна бездумність опанувала мною.

Навколишні шуми, звуки віддаляються все
далі й далі.

Приємний легкий туман обволікає моє тіло.

Я забуваюся.

10. Психотехніка бойового трансу (за А. Є. Тарасом)

Це стан коли: тимчасово витісняються інші емоції; придушуються сумніви, страхи, людина робиться незвичайно рішучою, її воля повністю реалізується в діях; значно знижується чутливість до болю й інших неприємних відчуттів, аж до їхнього повного зникнення; підвищуються енергетичні можливості організму за рахунок більш повної мобілізації його ресурсів; прискорюється реагування на зміни обстановки. Дана психотехніка відкриває перед тренованою людиною можливість увійти в такий стан у потрібний момент.

Загальна схема оволодіння психотехнікою бойового трансу включає п'ять позицій:

- 1) програмування себе пакетом команд світоглядного плану,
- 2) "блок А": "наповнення" себе через медитацію образом ідеального бійця, вибраного як об'єкт ототожнення (ідентифікації);
- 3) "блок Б": програвання ("прокручування") у своїй уяві, теж за допомогою медитації, різних варіантів ведення бою (або дій в екстремальній і гіперекстремальній обстановці) у вибраному образі ідеального бійця;
- 4) "блок В": вироблення конкретного пускового механізму входження в бойовий транс на основі самогіпнозу;
- 5) періодична перевірка досягнутих при тренуваннях результатів за допомогою вправи "переступи межу".

Для оволодіння технікою "блоку А" потрібен місяць щоденних занять, "блоку Б" - два місяці, "блоку В" - три місяці. Надалі підтримуючий тренінг проводиться по 2-3 рази на тиждень.

Тренінг проводиться в спокійному стані, а тому кожне тренування починається з досягнення стану релаксації - м'язового розслаблення, заспокоєння дихання й роботи серця, зосередження уваги на м'язових відчуттях ваги, тепла, холоду, відпочинку - за допомогою кожної з описаних вище психотехнік.

Потім відпрацьовуються техніки блоків. Правильна поза при цьому - "поза лотоса": спина випрямлена, голова на одній лінії з хребтом, м'язи розслаблені (крім тих, які забезпечують позу). У всіх тілі почуття тепла. Дихати через ніс, легко, поверхово. Кращий час не пізніше 7 години ранку й завжди в той саме час.

Техніка "блоку А" - техніка медитації:

- вправа "Крапка". Вішається на стіні на рівні очей білий лист паперу з чорною крапкою діаметром 2-3 мм. Навчаємось сидіти так, щоб очі перебували на відстані 25 см від точки, і безупинно пильно вдивлялися в неї. Через 2-3 хвилини тому хто навчається треба представити, що він поринає в неї усе глибше й глибше. Постаратися відчутти глибину точки й відчутти просторово, майже фізично, що обличчя, зменшуючись і витягаючись, вливається в неї, як у лійку. Потім - що він дихає, що його вдихи, видихи входять і виходять з неї, а він весь як би зливається з крапкою в ритмічному русі. Через 10-15 хвилин "вийти" із точки. Вправу продовжувати, поки ці відчуття не стануть виникати швидко й чітко;

- вправа "Коло". Теж папір з колом діаметром до 5-7 см, а в центрі чорна крапка. Той хто навчається розташовується на відстані 1 м від кола. Докладаючи зусиль, йому треба постаратися відчутти, що від нього, з точки, яка перебуває між бровами (як би "третього ока"), виходить сила, енергія й спрямовується крізь коло в стіну. Спочатку досягати такого відчуття із закритими очима. Потім, відкривши очі, тому хто навчається треба постаратися представити й відчутти, що, зменшуючись у розмірах і витягуючись, він, разом з енергією, яка виходить з нього, легко й упевнено входить як в "лійку" в цю точку. Опанувавши це, продовжувати вправи зі спробами після уявного "вливання" у крапку "подивитися" звідтіля на своє тіло, що залишилося "зовні". Якщо це вдається - добре. Ці вправи підготовлюють до оволодіння психотехнікою "блоку Б" - входження в образ.

Оволодіння технікою "блоку Б" пов'язане із продовженням вправ по медитації, "наповненні" себе образом ідеального бійця, міццю, якою хотілося б володіти. Порядок заняття такий:

1) сидячи, поставити близько перед собою (краще на відстані 20-30 см) виразне фото, малюнок ідеального (на думку того хто навчається) бійця або людини, можливостями якої він хотів би володіти (Кіборга, Брюса Лі, Дона Уілсона або інших, відомих героїв художніх фільмів), 2-3 хвилини пильно розглядати його, "обмацуючи" поглядом всі його деталі, що особливо втілюють у собі його силу, міць, волю, розум;

2) закрити очі й протягом 2-3 хвилин подумки яскраво й чітко уявляти собі образ, відтворюючи всі деталі;

3) відкрити очі й, вдивляючись у фото або малюнок, протягом 10-15 хвилин намагатися відчутти себе цим ідеальним бійцем, "втягуючи" у себе енергію його сили ("холодної люті"): "Я - це він. Він - це я";

4) якщо після 5-10 вправ відчуття злитості з образом не виникає, то перейти до вправ за типом "Крапка" і "Коло", використовуючи при цьому фото або малюнок і концентруючись на точках зображення ідеального бійця, що втілюють у собі силу, міць, волю, розум. Почавши з 10-15 хвилин, доводити вправи до 30 хвилин, намагаючись протягом усього часу втримувати стан злитості з образом ідеального бійця. Тим хто має труднощі, можна здійснювати прийом входження до образу (уявного відтворення його) прийомом спіралі, що скручується, а "втягування" енергії – спіралі, що розкручується, або навпаки - як подобається;

5) після виконання названих вище вправ, переходити до уявного програвання ("прокручування") сцен рукопашних сутичок, енергійних, мужніх і переможних дій, що передбачають екстремальні ситуації, причому представляючи себе в образі ідеального бійця (людини) і відтворюючи те відчуття сили й енергії, яке удавалось досягати в попередніх медитаційних вправах. Починати вправи з 10-15 хвилин і поступово додавати по 5 хвилин, доводячи тривалість до 2 годин.

Вправи "блоку В" націлені на формування пускового механізму ("якоря", сигналу, команди), по якому приводиться в дію сформовані в блоках "А" і "Б" навички й психофізіологічні механізми. Це потрібно, щоб, при необхідності, у важкій обстановці привести себе в стан бойового трансю. Пускові сигнали можуть бути візуальними, звуковими й кінестичними (рухово-м'язовими) або комплексними, що найкраще. До них або в їхній комплекс можуть входити й техніки вольової саморегуляції:

- 1) стискання кистей у кулаки;
- 2) стискання великого пальця однієї руки пальцями іншої;
- 3) різкий, рішучий рух рукою або обома руками;
- 4) сильний удар (по чомусь);
- 5) зорове уявлення того ідеального бійця, з яким той хто навчається ототожнював себе при тренінгові;

б) коротке різке "секретне" слово, словосполучення, що не зустрічається в повсякденній мові, придумане для себе й невідоме іншим ("мантра").

Щоб це слово ввійшло в динамічний стереотип стану бойового трансу, стало частиною його й придбало запускаючу силу, треба кожний тренінг завершувати рішучим проголошенням його вголос, голосним вигуком. Можливо так: "Щораз, коли я стисну з силою кулаки й вимовлю ... {мантра), я перетворююся (називається образ, на якому здійснювалася медитація). Я непереможний!".

Техніка лікування. Лікування починається з бесіди з клієнтом, у процесі якої психолог пояснює механізми лікувального впливу м'язової релаксації, підкреслює, що основною метою методу є досягнення довольного розслаблення поперечно - смугастих м'язів у спокої.

Клієнт повинен добре освоїти цикл «фокусування — напруга — фіксація — визволення - розслаблення» і застосовувати його при виконанні домашнього завдання. Консультант демонструє окремі прийоми на власному прикладі й супроводжує дії спеціальними фразами, наприклад: «Я фокусую всю мою увагу на правій руці й на правому передпліччі, і я хочу, щоб ви робили те ж саме»; «Я стискаю правого кулака й напружую м'язи нижньої частини руки... тепер я якнайшвидше знімаю напругу в правій кисті й у нижній частині руки... я розслаблюю праву руку й передпліччя, дозволяючи напруженості йти далі і далі й дозволяючи м'язам ставати усе більше розслабленими... напруга зникає й з'являється відчуття усе більше глибокої релаксації». На першому занятті цикл для кожної групи м'язів бажано пройти двічі.

Щоб полегшити навчання, всі м'язи тіла діляться на 16 груп. Консультант послідовно дає вказівки по створенню напруги в кожній групі м'язів:

- стисніть правого кулака й напружте м'язи нижньої частини руки;
- зігніть праву руку в лікті й напружте м'язи верхньої частини правої руки;
- стисніть лівого кулака й напружте м'язи нижньої частини руки;
- зігніть ліву руку в лікті й напружте м'язи верхньої частини лівої руки;
- підніміть брови якнайвище;
- міцно замружте очі й наморщіть ніс;
- стисніть зуби й розтягніть кути рота;

- силоміць потягніть підборіддя вниз до грудей, не даючи йому торкнутися їх;
- зведіть лопатки разом і зробіть глибокий вдих;
- напружте м'язи живота так, начебто хтось збирається Вас у нього вдарити;
- напружте м'язи верхньої частини правої ноги, підтягуючи верхні м'язи вниз, а нижні м'язи - нагору;
- витягніть праву ногу й тягніть пальці ноги в напрямку до голови;
- станьте на кінчики пальців правої стопи й поверніть стопу всередину;
- напружте м'язи верхньої частини лівої ноги, підтягуючи верхні м'язи вниз, а нижні - нагору;
- витягніть ліву ногу й тягніть пальці ноги в напрямку до голови;
- станьте на кінчики пальців лівої стопи й поверніть стопу всередину.

Як тільки клієнт засвоїть прийом напруження різних груп м'язів, психолог пропонує йому виконати ці вправи із закритими очами. Після того як весь цикл закінчено, з'ясовується, чи досягнуте повне розслаблення. Повної релаксації не слід очікувати негайно. Якщо вона ускладнена, через якийсь час можна пройти цикл «напруга - розслаблення» повторно. Допускається зміна порядку угруповання м'язів і способу напруження з урахуванням індивідуальних розходжень. Наприкінці заняття консультант може попросити клієнта зосередитися на чомусь приємному.

Після засвоєння повної процедури м'язової релаксації переходять до засвоєння її коротких варіантів - релаксації спочатку семи, а потім тільки чотирьох груп м'язів.

Вправи прогресивної м'язової релаксації по Джекобсону засвоюються зазвичай під керівництвом психолога. Заняття проводяться 2-3 рази на тиждень. Крім того, сеанси самонавчання клієнт проводить самостійно 1-2 рази в день. Кожний сеанс триває від 30 до 60 хвилин. Весь курс навчання займає від 3 до 6 місяців.

Методика занять. Безпосередньо перед інструктивно-ознайомлювальним заняттям дається наступна інструкція:

"Зараз Ви готові до того, щоб послідовно напружувати, а потім розслаблювати основні групи м'язів Вашого тіла, з метою зняття зайвої нервово-психічної напруги. Сядьте зручніше (при можливості можна лягти на спину). Ви можете послабити або зняти стискуючі деталі Вашого одягу, такі як ремені, і ін. Закрийте очі. Уважно слухайте мої команди й намагайтеся точно їх виконувати. Для кожної групи м'язів,

на якій ми будемо зосереджуватись, я буду давати докладні інструкції з виконання релаксаційних вправ. Не починайте виконувати вправи поки я не скажу: "Почали!" Запам'ятаєте, що при виконанні всіх наступних вправ активної м'язової релаксації Ви будите робити глибокий вдих і одночасно сильно напружувати відповідні групи м'язів. Підкреслюю, що напруга м'язів здійснюється тільки на вдиху! Під час повного видиху здійснюється розслаблення цієї групи м'язів з фіксацією Вашої уваги на тих приємних відчуттях, якими супроводжується процес розслаблення м'язів (відчуття тепла, приємної ваги й знемоги в м'язах, зменшення почуття втоми й ін.). Зразкове співвідношення часу вдиху й видиху 1:5 тобто, на 1 одиницю часу вдиху (і напруги групи м'язів) 5 одиниць часу видиху (і розслаблення м'язів). У цілому буде задіяно 14 основних груп м'язів.

Техніка релаксації.

1. Права кисть. Зараз, по моїй команді, Ви зробите глибокий вдих і одночасно сильно стиснете праву кисть у кулак. Потім, по команді, здійсніте повний видих, одночасно розслаблюючи кисть і фіксуючи свою увагу на тих приємних відчуттях, які з'являються у Вас у розслаблених м'язах кисті. Приготувалися! Робимо глибокий вдих і сильно стискаємо в кулак кисть правої руки. Раз! Робимо повний видих і одночасно розтискаємо кисть. Два! Зосередьте свою увагу на тім як у м'язах кисті з'являється приємна вага, м'язи наповнюються теплом. Три! Відчуйте як з м'язів іде втома. Чотири! Зафіксуйте у своїй пам'яті це виникаюче почуття приємного розслаблення й заспокоєння. П'ять! (Повторити 1-2 рази).

2. Ліва кисть. Вправа виконується як і в попередньому випадку. (Повторити 1-2 рази).

3. Праве плече. За моїм сигналом Ви зробите глибокий вдих, одночасно сильно стиснете в кулак праву кисть і напружите біцепс правої руки. Приготувалися! Робимо глибокий вдих, сильно стискаємо в кулака праву кисть і напружуємо біцепс правої руки.

Раз! Робимо повний видих, розслаблюємо кисть і біцепс.

Два! Зосередьте свою увагу на тім, як у м'язах правої руки з'являються приємні відчуття.

Три! Почуття втоми залишає Ваше тіло.

Чотири! Ви розслаблюєтеся й відпочиваєте. Зафіксуйте в пам'яті ті приємні відчуття тепла й спокою, які з'являються в м'язах Вашої правої руки.

П'ять! (Повторити 1-2 рази).

4. Ліве плече. Вправа виконується як і в попередньому випадку. (Повторити 1-2 рази).

5. М'язи чола. На вдиху максимально підніміть нагору брови (начебто Ви чомусь сильно здивувалися). При цьому очі залишаються закритими. Раз! На видиху розслабте м'язи чола. Відчуйте, як м'язи чола розслаблюються. (Повторити 1-2 рази).

6. М'язи носа й вік. Очі залишаються закритими. На вдиху сильно наморщите ніс і міцно замружте очі (начебто в очі потрапило мило). Раз! На видиху розслабте м'язи носа й м'язи вік. Дайте собі можливість відчутти як у Вас розслаблюються м'язи обличчя. (Повторити 1-2 рази).

7. М'язи рота. Очі закриті. На вдиху вискальтеся, різко напружте м'язи рота, при цьому кути рота сильно опустите донизу. Раз! На видиху розслабте м'язи рота. Відчуйте як у Вас розслаблюються м'язи рота, розслаблюються всі м'язи обличчя.

8. М'язи шиї. На вдиху голову сильно нахилити вперед, лопатки максимально підняти нагору й зрушити їх до хребта. Раз! На видиху розслабити м'язи шиї, лопатки різко "кинути" униз. Відчуйте й зафіксуйте в пам'яті як у м'язах шиї й в області комірної зони з'являється тепло й почуття приємної ваги. (Повторити 1-2 рази).

9. М'язи живота. На вдиху сильно напружити й втягти усередину м'язи живота. Раз! На видиху розслабити м'язи живота й відчутти як приємне тепло розливається в області сонячного сплетіння, як м'язи живота наповнюються приємною вагою. Відчуйте, як Вас залишає почуття втоми й виникає заспокоєння. (Повторити 1-2 рази).

10. М'язи області промежини. На вдиху сильно напружити й втягти усередину м'язи промежини. Раз! На видиху розслабте м'язи промежини й відчуйте як у них з'являється приємне почуття тепла й ваги. (Повторити 1-2 рази).

11. М'язи правого стегна. На вдиху різко напружте м'язи правого стегна. Раз! На видиху здійсніть розслаблення м'язів стегна. Зафіксуйте у своїй пам'яті те приємне почуття ваги й тепла, що з'являється в м'язах стегна.(Повторити 1-2 рази).

12.М'язи лівого стегна. Вправа виконується як і в попередньому випадку.(Повторити 1-2 рази).

13.М'язи правої стопи. Ногу витягніть уперед. Поставте її на п'яту. На вдиху великий палець правої ноги максимально потягніть на себе. Раз! На видиху розслабте м'язи литки, "відпустіть" великий палець. Зафіксуйте у своїй пам'яті ті приємні відчуття тепла й ваги, які з'являються в м'язах литки й м'язах стопи. Всі м'язи Вашого тіла зараз дуже важкі. Ви розслаблені. Запам'ятаєте ці приємні відчуття. Протягом деякого часу насолоджуйтеся цим відчуттям розслаблення (тут пауза 2-3 хвилини).(Повторити 1-2 рази).

14. М'язи лівої стопи. Вправа виконується як і в попередньому випадку.(Повторити 1-2 рази).

У завершальній частині інструктивно-ознайомлювального заняття для того, щоб упевнитися що клієнт запам'ятав порядок роботи з групами м'язів, вони перераховуються ще раз. Одночасно, підкреслюється, що фіксація приємних відчуттів, що виникають при релаксації груп м'язів, здійснюється тільки на видиху.

Методика занять. Безпосередньо перед початком заняття дається наступна інструкція:

"Відомо, що зайва м'язова напруга приведе до тривоги й погіршення сну. Тому, якщо Ви навчитеся знімати надмірну м'язову напругу, Ви тим самим зможете зменшувати стрес і тривогу, нормалізувати свій сон. Те, що Ви будете робити, полягає в розслабленні основних м'язових груп Вашого тіла. Це робиться за допомогою зосередження уваги на кожній групі м'язів, що я буду називати. Запам'ятаєте, що щоденні нетривалі заняття допоможуть Вам навчитися досягати стану глибокої релаксації лише шляхом концентрації уваги на розслабленні кожної з різних груп м'язів Вашого тіла. Закрийте очі. Влаштуйтеся як можна зручніше, обіпріться спиною на стіну або прийміть позу "кучера, що сидить на дрючках". (При можливості, можна лягти на спину). Помніть, що Ви повинні зосередитися на тім, щоб всі Ваші м'язи були розслаблені.

1. М'язи голови. Почнемо з того, що зробимо глибокий вдих.(Пауза 3 с). А зараз на видиху відчувайте, як всі м'язи голови розслаблюються в міру того, як тепла хвиля розслаблення починає спускатися з верхівки вниз. Зосередьтеся на м'язах чола. Відчуйте, як м'язи чола стали важкими й розслабленими. Зосередьте свою увагу на тім, що чоло стає важким й розслабленим (пауза 10 с). Тепло опускається нижче на м'язи вік і носа. Відчуйте, як м'язи вік тяжчають, начебто наливаються свинцем. М'язи носа розслаблюються, стають важкими.

По всіх м'язах чола, вік і носа розливається приємне тепло. Тепло опускається нижче, на м'язи рота. М'язи рота розслаблюються, стають важкими. Нижня щелепа небагато відвисає. Зосередьте свою увагу на тім, як м'язи рота й щелепи стають важкими й розслабленими. Всі неприємні думки вилетіли, всі турботи й тривоги залишають Вас (пауза 10 с).

2. М'язи шиї й плечей. Тепер починайте відчувати, як тепла хвиля розслаблення опускається до м'язів шиї. Всі м'язи шиї розслаблюються, наливаються теплом, стають важкими. Зосередьте свою увагу на тім, як всі м'язи шиї стали важкими і розслабленими, голова зависла, почуття безтурботного спокою й розслаблення охоплює все Ваше тіло, Ви відпочиваєте й розслаблюєтеся (пауза 10 с).

Тепер зосередьте свою увагу на тім, як приємна хвиля тепла спускається до м'язів плечового пояса. Відчуйте, як м'язи плечового пояса стали розслабленими й важкими. Зосередьте свою увагу на тім, що всі м'язи шиї, м'язи плечового пояса стали важкими й розслабленими. Почуття напруги й втоми залишає Ваше тіло. Ви розслаблюєтеся й відпочиваєте (пауза 10 с).

3. М'язи рук. Відчуйте, як приємна тепла хвиля розслаблення спускається до рук і розливається по всіх м'язах. Всі м'язи розслаблюються, стають важкими, начебто наливаються свинцем. Розслаблюються м'язи передпліч, розслаблюються м'язи кистей рук. Приємне тепло розливається по всіх м'язах рук. Все Ваше тіло відпочиває. Почуття втоми залишає Ваше тіло. Ви розслаблюєтеся й відпочиваєте. Добре запам'ятаєте виниклі відчуття. Тепер лише один спогад про ці відчуття буде приводити до їхньої появи (пауза 10 с).

4. М'язи грудей і живота. Зосередьте свою увагу на м'язах грудей і живота. Відчуйте, як почуття напруги залишає м'язи грудей і живота. Вони розслаблюються. Дихання стає рівним і спокійним. Спокійний вдих (пауза 2 с), видих. Вдих, видих. З кожним видихом спадає напруга м'язів усього тіла. Ви відпочиваєте. Ви розслаблені. (Пауза 10 с).

5. М'язи ніг. Зосередьте свою увагу на м'язах ніг. Відчуйте, як тепла хвиля розслаблення опускається до стегон. У той час як Ви переводите свою увагу на м'язи стегон, голова, шия, плечі, руки, кисті рук залишаються розслабленими. (Пауза 5 с). М'язи стегон стають теплі важкі, начебто наливаються свинцем.(пауза 5 с). Тепло спускається нижче, охоплює гомілки. М'язи гомілок розслаблюються, стають важкими й теплими. Відчуйте, як обидві литки стають розслабленими. Зосередьте свою увагу на тім, як литки стають важкі й розслаблені (пауза 5 с). Тепло опускається нижче, розливається по м'язах стіп. Дозвольте своїм стопам стати важкими й розслабленими (пауза 5 с). Зосередьте свою увагу на тім, як м'язи стегон, м'язи гомілки й м'язи стіп стали важкими, розслабленими, начебто налиті свинцем. Добре запам'ятаєте виниклі відчуття. Тепер лише один спогад про ці відчуття буде приводити до їхньої появи (пауза 10 с).

6.Заклучна частина. Відчуйте, як всі м'язи Вашого тіла зараз розслаблені. Розслаблено м'язи чола, вік, щік, рота (пауза 5 с). Розслаблено й відпочивають м'язи шиї й плечей (пауза 5 с). Стали розслаблені й важкими всі м'язи рук (пауза 5 с).

Відчуйте, як напруга покинула м'язи грудей і живота. Всі м'язи грудей і живота розслаблені. Дихання рівне й спокійне (пауза 5 с). Зосередьте свою увагу на тім, що всі м'язи Ваших ніг стали важкими й розслабленими. Приємне тепло розливається по Ваших стегнах, гомілках, стопах. Всі м'язи ніг стали важкими й розслабленими (пауза 5 с). Всі основні м'язи Вашого тіла зараз розслаблені. Ви відпочиваєте. Почуття втоми залишає Ваше тіло. Повторюйте на видиху: "Я спокійний". "Я розслаблений". Побудьте протягом декількох хвилин у стані розслаблення. Продовжуйте відпочивати й розслаблюватися, повторюючи про себе на видиху : "Я розслаблений...", "я спокійний...", "я розслаблений...", "я спокійний..." (пауза 5 хв).

7. Перехід до пильнування. У тих випадках, коли метод пасивної м'язової релаксації буде застосовуватися протягом робочого дня, по завершенню вправ необхідно застосовувати мобілізуючі формули: "Я добре відпочив і розслабився. Зараз я буду рахувати від 1 до 5. З кожним рахунком я буду почувати, як я стаю усе більше бадьорим, а моє тіло стає відпочилим. Коли я дійду в рахунку до 5, то відразу відкрию очі й буду почувати себе бадьорим, свіжим, сповненим енергії й готовим добре виконувати свої службові обов'язки. Один! Я відчуваю себе бадьорим і свіжим. Два! Всі м'язи мого тіла відпочили й наповнилися силою. (Потягніться! Покрутіть кистями рук і стопами ніг). Три! Я відчуваю себе сильним (Потягніться !) Чотири! Я готовий до роботи. П'ять! Відкрити очі.

11. Інші вправи на регуляцію м'язового тону

Вироблення навичок розслаблення є необхідним етапом в усіх без винятку методиках саморегуляції стану.

Особливу увагу варто звернути на м'язи обличчя й кистей рук, оскільки саме ці частини тіла найбільше іннервовані (представлені) у корі великих півкуль головного мозку й, домігшись їхнього розслаблення, можна значно наблизитися до зниження загального м'язового тону.

Вправа № 1. Суть цієї вправи - у чергуванні напруги й розслаблення різних м'язових груп, для того щоб за контрастом з напругою відчутти й запам'ятати стан розслаблення (створити його внутрішню модель).

Наприклад, для м'язів передпліччя: кисть повільно стискається в кулак, потім, після досягнення максимального зусилля, треба різко розслабити. Необхідно вловити різницю у відчуттях. Подібні вправи варто виконати для м'язів обличчя, шиї, стоп, стегна, грудей й т.і.

Вправа № 2. Виконується в парах.

1. Сісти, закрити очі, подумки переглянути від кінчиків пальців до ключиці м'язи лівої руки й спробувати розслабити їх.

2. Коли Ви готові, партнер бере руку за кисть і, вільно погойдуючи її, зненацька відпускає. При правильному розслабленні рука падає як батіг. Повторити для іншої руки. Помінятися в парах.

Вправа № 3. Ті хто займаються вільно розходяться по кімнаті. Зненацька звучить команда психолога: «Стій!». Кожний з учасників застигає в тій позі, у якій перебуває в цей момент. Далі психолог пропонує, не міняючи пози, розслабити напружені м'язи.

Вправа № 4. Зручно сидячи, учасники стискають у кулак одну з рук. Одночасно пропонується подумки переглянути інші частини тіла й максимально розслабити їх, не послаблюючи зусилля в навантаженій руці. При деяких навичках можна ускладнити вправу, через кожні 20 секунд міняючи локалізацію напруженої групи м'язів.

Вправа № 5. Ведучий просить учасників на внутрішньому екрані переглянути тіло й вибрати розслаблені й найбільш напружені м'язові групи. Потім за допомогою

імпульсного (2-3 с) перемикання уваги з однієї групи м'язів на іншу, спробувати максимально знизити тонус напруженої частини тіла.

Вправа № 6. Закрити очі, на внутрішньому екрані переглянути тіло, знайти максимально навантажену м'язову групу. Наприклад, м'язи плеча, стегна або литки. Сконцентрувавши на ній увагу, спробувати розширити зону розслаблення на сусідні ділянки. Використовуючи візуалізацію, можна уявити собі, як гаряча й важка рідина приємного кольору, випливає з вогнища розслаблення, повільно заповнює все тіло.

Вправа № 7. Прикрити очі. Увага на лівій кисті. Представляємо, як вона поринає в гарячу воду, поступово червоніє, стає важчою. «Промінь уваги» переходить на зап'ястя, повільно рухається до ліктя. М'язи передпліччя, а потім плеча розслаблюються, стають «ватними», важкими, гарячими.

Вправа № 8.

1. Стати на коліна й сісти на п'яти (носки ніг назад). Розсунути коліна на 20-30 см. Нахилитися, покласти на підлогу чоло, витягнути вперед складені разом долоні рук.
2. Закрити очі, розслабитися. Простежити, як розслаблюються м'язи живота, шиї, обличчя. Час виконання 5-7 хв.

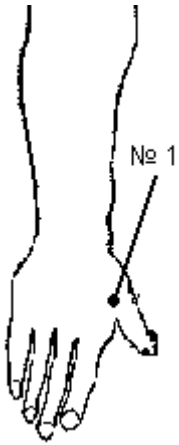
Вправа № 9. Очі напівприкриті; швидко переглянути й розслабити всі м'язи. Уявіть собі, що Ваше тіло зроблене з гуми й має здатність згинатися й скручуватися у всіх напрямках. Всі обмеження - кістки, сухожилля - відсутні. Ступні щільно приклеєні до підлоги. Дує вітер, пориви якого кожні 2-3 секунди міняють напрямок, змушуючи тіло нахилитися то в одну, то в іншу сторону.

Вправа № 10. Зобразіть людину, у якої порушена координація руху, яку постійно заносить зі сторони у сторону. Ноги заплітаються, голова звисає то на одне, то на інше плече.

Примітка: при проведенні вправ 2, 9 і 10 психолог повинен попросити учасників, щоб уникнути травм, дотримуватись обережності.

Пусковий сигнал треба систематично закріплювати у вправі "переступи межу", коли в життєвій ситуації виникають труднощі, слабкість, нерішучість, небажання щось зробити, коли це потрібно зробити.

Самомасаж біологічно активних точок.



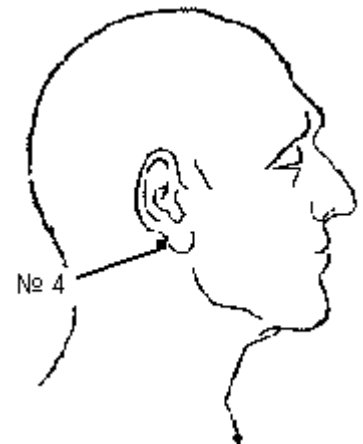
Перед початком заняття доцільно ознайомити клієнта з основними механізмами позитивного впливу самомасажу біологічно активних точок на організм людини. Потім проводиться навчання з пошуку біологічно активних точок за принципом максимального больового відчуття в зазначених нижче зонах.



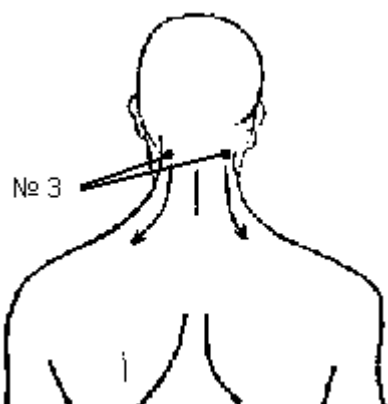
Зони розташування біологічно активних точок.

Зона 1. знаходиться на тильній поверхні кисті в куті, утвореному складкою між великим і вказівним пальцем. Пошук здійснюється великим пальцем іншої руки.

Зона 2. При пошуку зони необхідно зігнути ногу в колінному суглобі, покласти долоню на колінну чашечку, пальці кисті щільно прижати до гомілкової кістки. При цьому подушечка 3-го пальця вкаже на зону впливу. Активна зона розташовується на 3-3,5 см. нижче верхнього краю зовнішнього мищелка гомілкової кістки. Вплив на біологічно активні точки зони 2 сприяє зняттю сонливості. Самомасаж цих біологічно активних точок проводиться круговими рухами пальців при сильному (до болючих відчуттів) натисканні на зазначену зону. Самомасаж зони 1 здійснюється великими пальцями круговими рухами (1-2 обертаня в секунду).



Критерієм правильного впливу є поява почуття тепла в долоні й ломоти в пальцях. Час масажу - хвилина для кожної руки. Самомасаж зони 2 здійснюється вказівними пальцями одночасно на двох ногах.

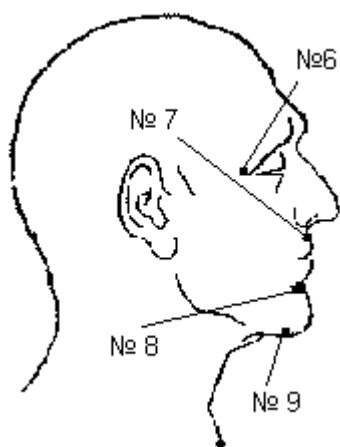


Зона 3. Пошук активної зони проводиться в області надпліччя. Для цього долоні кистей необхідно покласти на надпліччя, за допомогою вказівних пальців знайти зони

максимальної болючості, розташовані по верхньому краю трапецієподібного м'язу в місцях його прикріплення до відростків шийних хребців.

Масаж біологічно активних точок – зони 3 сприяє зменшенню головного болю й м'язового дискомфорту. Самомасаж проводиться круговими рухами вказівних пальців при сильному (до болючих відчуттів) натисненні на зазначену зону.

Зона 4. Знаходиться в основі соскоподібного відростка вух. Пошук активної зони здійснюється вказівними пальцями одночасно по обидва боки.



Масаж біологічно активних точок зони 4 здійснюється вказівними пальцями одночасно. Забороняється сильний вплив, що може викликати гальмівний ефект.

Зона 5 знаходиться на долоні посередині складки, яка утворюється при нахилі великого пальця до долоні. Масаж здійснюється на протязі 2-3 хвилин вібруючими рухами вказівного або великого пальця іншої руки у

якості загальнозміцнюючих і тонізуючих впливів.

Зона 6 розташована біля зовнішнього краю брови, де при пальпації вказівним пальцем виявляється заглиблення.

Масаж біологічно активних точок зони 6 здійснюється аналогічно масажеві зони 4 вказівними пальцями одночасно по обидва боки.

Масаж біологічно активних точок зон зменшує головний біль у лобовому й потиличному відділах, підвищує зорову працездатність.

Час процедури самомасажу біологічно активних точок - хвилина для кожної зони.

При усім різноманітті біологічно активних точок досить знати місцезнаходження декількох, які можна використовувати для психопрофілактики. Більшість з них знаходяться на обличчі.

Точки швидкої допомоги (1-а перебуває у впадині між носом і серединою верхньої губи, 2-а перебуває у впадині між підборіддям і нижньою губою - найбільш ефективні для виведення людини з непритомного стану. У випадку непритомності, втрати свідомості на



ці точки проводиться різкий періодичний тиск гострим предметом (кінчиком багнета, ножа, вістрям цвяха, голкою) поки до потерпілого не повернеться свідомість.

Під підборіддям перебуває точка названа "антистресовою". Для зняття емоційної напруженості необхідно плавно й рівномірно надавлювати на цю точку кінчиком великого пальця, при цьому може виникнути відчуття легкої ломоти й печіння. Після масажу точки можна спокійно посидіти, потім через 3-5 хвилин, потягуючись на позіханні, рекомендується напружити, а потім розслабити всі м'язи тіла.

12. Дихальні вправи

Загальні рекомендації із застосування дихальної гімнастики:

- займайтеся дихальними вправами в добре провітрюваній кімнаті;
- виконуйте вправи тільки через 1,5-2 години після легкої їжі або через 5 - 6 годин після обіду, а якщо Ви випили склянку рідини, приступайте до заняття через 30 хвилин;
- дихання під час комплексу вправ повинне бути через ніс;
- починайте дихальні вправи з декількох загальнозміцнюючих вправ для рук, ніг, тулуба;
- виконуйте вправи, зосереджуючи увагу на процесі дихання;
- виконуйте вправи обережно, прислухайтеся до реакцій організму;
- не напружуйте ніздрі й мускулатуру обличчя;
- займатися дихальною гімнастикою можна 2 рази в день: ранком і ввечері.

Вправи дихальної гімнастики:

1. Подовжений вдих: сядьте зручно, спина пряма. Зробіть повільний вдих через ніс і в середині вдиху почніть сповільнювати його темп. Потім, без затримки, зробіть порівняно швидкий видих. Далі збільште співвідношення між вдихом і видихом (вдих - 15 секунд, видих - 6 секунд, потім 20:8).

2. Подовжений видих: у сидячій позі зробіть вдих і без паузи довгий, повільний видих. Співвідношення на початку занять повинне бути 2:12, тобто вдих триває 2 секунди, а видих - 12. При цьому видих розподіляється в такий спосіб: 4 секунди звичайний видих, 8 секунд - подовжений.

3. Черевне дихання: з видихом втягти черевну стінку, потім повільно зробити вдих через ніс, звільняючи діафрагму, черевна стінка на вдиху випинається вперед, і нижні частини легенів заповнюються повітрям; на видиху знову черевна стінка втягується усередину, виганяючи повітря з легенів через ніс. При черевному диханні наповнюються тільки нижні частки легенів, тому хвилеподібний рух виробляється животом, у той час як груди залишаються нерухомі. Формула психорегуляції: «Мій внутрішній погляд на сонячному сплетінні, при черевному диханні масажуються всі внутрішні органи, поліпшується кровопостачання й

функції органів травлення, знижується кров'яний тиск, полегшується робота серцевого м'язу».

4. Середнє дихання: після видиху зробити повільний вдих через ніс, розширюючи ребра, на видиху стиснути ребра, виганяючи повітря через ніс. Наповнюються середні частки легенів. Живіт і плечі нерухомі. Формула психорегуляції: «Моя увага на грудній клітині, поліпшується кровопостачання й функції печінки, жовчного міхура, шлунка, селезінки й нирок, полегшується робота серцевого м'язу».

5. Верхнє дихання: після видиху повільно зробити вдих через ніс, піднімаючи ключиці й плечі й наповнюючи повітрям верхні частки легенів, на видиху повільно опустити плечі й виганяти повітря з легенів через ніс. Живіт і груди нерухомі. Формула психорегуляції: «Моя увага на верхівках легенів, поліпшується їх кровопостачання й вентиляція».

6. Повне дихання: після видиху зробити повільний вдих через ніс, рахуючи до 7-ми, з'єднуючи нижній, середній і верхній тип дихання у хвилеподібний рух: спочатку втягувати живіт, потім ребра, опустити плечі, повітря випустити через ніс, між вдихом і видихом можна зробити короткочасну затримку. Формула психорегуляції: «Заспокоюється нервова система, нормалізується кров'яний тиск, заспокоюється серцебиття. Я відчуваю спокій і впевненість у собі».

Ці вправи добре впливають на нервову систему, допомагають позбутися меланхолії й депресії.

13. Змішані методи психічної саморегуляції

МЕТОДИКА ПСИХОФІЗИЧНОЇ ГІМНАСТИКИ (ЗА А.Л. ГРОЙСМАНОМ) НА ОСНОВІ ХАТХА-ЙОГИ.

1. «Змія» Дозування: по 30 секунд у кожен сторону. Лежачі на животі, підняти голову й, залишаючись на ліктях повернутися вліво, потім вправо, дивлячись на п'яту протилежної ноги, потім повністю піднятися на руках, прогнутися в шийній частині хребта.

Проговорюється про себе в релакс - паузі - формула психорегуляції «Я фіксую свою увагу на шийній артерії, поліпшується кровопостачання головного мозку, поліпшується працездатність».

2. «Риба» Дозування: 30 секунд. Сісти на коліна й прогнутися назад у доступному обсязі, страхуючи себе руками, прагнучи поступово досягти потилицею підлоги. У цій вправі поліпшується кровопостачання гіпофіза, що є профілактикою нервово-психічної перенапруги, стресів, поліпшується також гнучкість хребта, колінних і гомілковостопних суглобів.

3. «Цибуля» Дозування: 1 хвилина. Лягти на живіт, захопивши ноги руками, прогнутися в шийній і попереково-крижовій частині хребта й покачатися. Ціль - активізувати тонус усього організму. Зосередження на шийному відділі хребта.

Проговорюється про себе в релакс - паузі - формула психорегуляції. «Поліпшується кровопостачання головного мозку, поліпшується моя пам'ять, увага, розумова й психічна працездатність».

4.«Лев» Дозування: 1 хвилина. Сісти на коліна, висунути язик якнайбільше й сидіти, розвівши пальці. Ціль - здійснити профілактику простудних захворювань.

Проговорюється про себе в релакс - паузі - формула психорегуляції «Я фіксую свій внутрішній погляд на носоглотці, поліпшується кровопостачання її, що є профілактикою простудних захворювань».

5. «Кішечка» Дозування: по 30 секунд у кожен сторону.

Методичні вказівки. Встати навпочіпки, походити по колу спершу в одну, потім в іншу сторону. Ціль - прогнутися в шийній частині хребта й постаратися обличчям торкнутися підлоги, повертаючи голову то вправо, то вліво, і витягнути руки вперед, поклавши їх на підлогу.

Проговорюється про себе в релакс - паузі - формула психорегуляції «Масаж внутрішніх органів. Поліпшується функція внутрішніх і статевих органів, поліпшується гнучкість хребта».

ГІМНАСТИКА ОБЛИЧЧЯ

Впливаючи на м'язи обличчя, можна змінити настрій людини, поліпшити стан організму в цілому. Систематичне тренування м'язів обличчя допоможе підсилити кровообіг, поліпшить обмін речовин, допоможе регулювати дихання, поліпшить психічний стан, буде сприяти підтримці молодості шкіри. Приведемо деякі вправи, що входять у комплекс гімнастики м'язів обличчя й шії.

Вихідне положення стоячи. Перед губами пускають пушинку й випускають струменем повітря через напружені губи, міняють її положення. Повторюють 5 - 12 разів.

Вихідне положення стоячи. Великим і вказівним пальцями руки чинять опір біляочним м'язам. При закриванні очей пальці чинять легкий опір. Дихання вільне. Повторюють 4 - 12 разів.

Вихідне положення стоячи. Щоки втягують між нижніми й верхніми зубами. Дихання вільне. Повторюють 4 - 12 разів.

Вихідне положення стоячи. Вказівним і великим пальцями (середній палець торкається кутів рота) шкіру відтягають назад так, щоб губи розтяглися у вузьку щілину. Послідовно розтягують і скорочують м'язи губ. Повторюють 4 - 12 разів.

Вихідне положення стоячи. Верхні та нижні зуби легко торкаються одні одних, вдих роблять через рот. Далі - посилений видих через губи, складені лійкою. Повторюють 4-12 разів.

Вихідне положення стоячи, ноги на ширині плечей. Послідовно закушують верхню, потім нижню губу. Повторюють 4 - 12 разів.

Вправи для губ

Вихідне положення - основна стійка. Роблять глибокий вдих. Дихання затримують, надуваючи щоки. Потім повітря різко випускають через рот, не видаючи при цьому звуків. Повторюють 4 - 12 разів.

Вихідне положення стоячи або сидячи. Губи різко відтягають назад, оголюючи зуби. Повторюють 4 - 12 разів.

Вихідне положення сидячи на стільці. Верхню губу піднімають нагору так, щоб оголювалися верхні зуби. Повторюють 4 - 12 разів.

Вихідне положення сидячи. Нижню губу відтягають униз так, щоб оголилися нижні зуби. Вправо повторюють 4 - 12 разів.

Вихідне положення стоячи або сидячи. Губи витягають так, щоб вони утворили «рильце». Повторюють 4 - 12 разів.

Вправи для очей.

Вихідне положення лежачи на спині. М'язи розслаблені. Роблять глибокий вдих і повільний видих, після чого погляд переводять нагору й фіксують протягом 5-12 секунд. Потім протягом декількох секунд погляд переводять у простір перед собою, дихання вільне. На видиху погляд фіксують на кінчику носа протягом 4 - 12 секунд.

Вихідне положення сидячи «по-турецькому» або на стільці. Спочатку погляд спрямований уперед, потім, після глибокого вдиху погляд переміщують максимально вліво, після чого повертають очі в початкове положення і роблять видих, потім вправо виконують із переводом погляду вправо. Повторюють 4 - 12 разів.

Вихідне положення сидячи на стільці або стоячи. Голова нерухома, очі роблять кругові рухи - нагору, вправо, униз, уліво. Повторюють 4 - 12 разів.

Вихідне положення - основна стійка. Перед очима на відстані 2 м установлюють який-небудь предмет. Протягом 3-8 секунд погляд фіксують на цьому предметі. Після цього очі закривають і протягом 3-8 секунд продовжують подумки спостерігати за цим предметом. Повторюють 3 - 6 разів.

Вихідне положення - основна стійка. Очі закриті й прикриті долонями. Дихання уповільнене й рівномірне. Протягом цих пауз (5-10 секунд) міркують про що-небудь приємне. Через 30-60 секунд очі відкривають. Повторюють 2 - 3 рази.

Вправи для шиї.

Вихідне положення стоячи. Підборіддя підняте вгору, шия витягнута. Роблять рухи нижньою щелепою знизу нагору, що нагадують спробу надкусити яблуко, що висить на гілці. Повторюють 4-12 разів.

Вихідне положення - основна стійка. У зуби беруть олівець і в повітрі виписують ним цифри 1, 3, 7, 8, 10 або своє ім'я. Кожне число повторюють 2-16 разів.

Вихідне положення сидячи або стоячи. Підборіддя високо підняте. Двома пальцями або долонею однієї руки підборіддя підпирають знизу й чинять легкий опір при його обертанні. Повторюють 4-12 разів.

Вихідне положення сидячи або стоячи. Підборіддя торкається грудей, руки зі сплетеними пальцями перебувають на потилиці, роблячи легкий опір при русі підборіддя нагору й розгинанні шиї. Повторюють 4-12 разів.

Вихідне положення стоячи, ноги розставлені. Голова нахилена уліво, долоня правої руки перебуває на скроневій області праворуч, чинячи опір при нахилі голови вправо до торкання вухом правого плеча, потім вправо виконують з лівою рукою. Повторюють 4-12 разів.

Вихідне положення лежачи на спині. Під голову підкладають подушку, складену вдвічі. Голову притискають до подушки верхівкою й утримують у такому положенні 4-12 секунд, повторюють 4-12 разів.

Вихідне положення лежачи на животі з піднятою головою. Шию витягають, голову переміщують уперед і нагору. Повторюють 4-12 разів.

Вихідне положення лежачи на спині. Голова опущена через край кушетки. Потім піднімають нагору, плечі від кушетки не відривають. Повторюють 5-10 разів.

Вихідне положення - основна стійка. Послідовно торкатися підборіддям лівого й правого плеча, не піднімаючи голови нагору. Повторюють 4-12 разів.

Вихідне положення - основна стійка. Ліва рука розташовується на лівій щоці, голова повернена вправо. При повороті голови вліво рука чинить опір. Повторюють 3-5 разів, після чого руку міняють.

Всі перераховані вправи необхідно повторювати щодня. Виконуючи гімнастику для обличчя, Ви не повинні відчувати втоми. Дихання не повинне бути прискореним. Тривалість занять змінюється залежно від загального стану організму.

КОМПЛЕКСИ ВПРАВ ДЛЯ САМОРЕГУЛЯЦІЇ

У процесі діяльності будь-якого роду виникає стомлення, що спочатку носить слабо виражений характер. Саме в цей момент необхідно оптимізувати свій стан, не

допускаючи перевантаження нервової системи, з яким боротися вже набагато сутужніше.

Нижче пропонуються 14 різних комплексів і вправ, за допомогою яких можна здійснити це завдання. Комплекси складаються з досить простих вправ, що займають за часом від 1 до 15 хвилин. Варто відзначити, що, незважаючи на простоту, ефект від їхнього виконання буде досягнутий лише за умови регулярної практики.

Комплекс № 1. Рекомендується при розумовому стомленні, зниженні працездатності.

- Положення стоячи. Очі розфокусовані, напівприкриті, м'язи розслаблені. Активно потерти долоні, тильні сторони кистей до відчуття тепла. Пальцями погладити голову в напрямку росту волосся - від чола до потилиці. Кінцевими фалангами пальців м'яко погладити чоло, щоки, підборіддя, вушні раковини. Повторити 3-4 рази.
- Розслабивши м'язи шиї, зробити по 3 повних повільних повороти головою в кожную сторону.
- Поклавши підборіддя на груди, напружити м'язи шиї на 4-6с. Виконати 5 кругових махів прямими руками вперед і стільки ж назад. Лівою кистю, енергійно розминаючи, промасажувати плече й передпліччя правої руки. Зробити те ж для лівої руки.
- Протягом 5с максимально напружувати грудні м'язи, а потім різко розслабити їх. З'єднавши за спиною прямі руки «у замок», максимально підняти їх, викликавши тим найдужчу напруга між лопатками. Час напруги 5-7с.
- Гребенями стиснутих у кулаки рук енергійно розтерти спину від боків до хребта, послідовно переміщуючи кулаки вниз, від лопаток до талії. Час виконання 8-10с.
- Поклавши ліву долоню поверх правої, круговими рухами розтерти область живота. Час виконання 8-10 с.
- Нахилитися назад з напругою в області попереку. Час напруги 5-7с.
- Повністю розслабивши верхню половину тіла, виконати 4-5 повільних присідань.

- На вдиху повільно підняти руки через сторони вверх й, ставши навшпиньки, затримати дихання на 3-4 с. Також повільно через сторони опустити руки з одночасним видихом. Повторити 2-3 рази.

Примітка: при виконанні комплексу необхідно чітко зосереджувати увагу на напружених групах м'язів.

Комплекс № 2. Виконується при необхідності зняти зайве нервово збудження.

Положення сидячи. Очі напівприкриті, м'язи розслаблені.

Діафрагмальне дихання. Вдих на 4с, при цьому передня стінка живота випинається вперед. Видих на 4с з втягуванням передньої стінки живота. Потім затримка дихання на 8с. Повторити 8 разів.

Комплекс № 3. Цей комплекс являє собою добре тонізуючий бліц - масаж (протягом однієї хвилини). Рекомендується при почутті втоми.

- Енергійно розтерти долоні 5с.
- Швидко потерти пальцями щоки вверх- вниз 5с.
- Постукати розслабленими пальцями по верхівці голови («барабанний дріб») 5с.
- Кулаком правої руки інтенсивно розтерти плече й передпліччя лівої руки 8с. Те ж для правої руки.
- Обережно надавити 4 рази на щитовидну залозу (нижче кадика) великим і вказівним пальцями правої руки.
- Намацати великим пальцем западину в основі черепа, натиснути, порахувати до трьох, відпустити. Повторити 3 рази.
- Щільно захопити великим і вказівним пальцями руки ахілове сухожилля, здавити його, відпустити. Повторити по 3 рази для кожної ноги.
- Енергійно потерти гребенем кулака (або п'ятою ноги) підйоми стоп обох ніг.

Комплекс № 4. Рекомендується виконувати при стомленні очей. Положення сидячи, м'язи розслаблені.

- На вдиху, не повертаючи голови, скосити очі максимально вправо, на видиху - повернути у вихідне положення. Повторити те ж уліво. Прикрити очі на 4-5с, розслабитися.

- Те ж максимально вгору і вниз. Те ж у напрямку лівий верхній кут - правий нижній.
- Скосити очі максимально вправо й повільно описати ними коло максимально можливого радіуса проти годинникової стрілки.
- Те ж по годинниковій стрілці.
- Прикрити очі, розслабитися (30с).

Комплекс № 5. Рекомендується виконувати при головному болі, положення сидячи, м'язи розслаблені.

- Вдих животом на 4с, видих на 4с, затримка дихання на видиху 4с. Повторити 3-4 рази.
- Одночасно пальцями обох рук натискати на верхівку голови. Час натискання - 45с. Потім різко забрати пальці. Теж повторити на потилиці.
- «Барабанный дріб» по верхівці голови розслабленими пальцями обох рук 30-40с.
- Прикрити очі. Долонями обох рук повільно пригладити волосся від чола до потилиці. Концентрація уваги на поверхні долонь. Повторити 7-10 разів, з кожним разом послабляючи контакт руки з волоссям.
- Долонею енергійно погладити декілька разів задню поверхню шиї. Те ж зробити іншою рукою. Інтенсивно помасувати долонею коміркову область (нижче шиї). Повторити іншою рукою.
- Гребенями кулаків обох рук енергійно помасувати спину. Енергійно напружити витягнуті ноги. Розслабити м'язи пальців ніг і покрутити з напруженою стопою кожної ноги в різні сторони.

Комплекс № 6. Виконується для зняття втоми.

- Сісти в крісло, прийняти зручну позу, розслабитися, прикрити очі. Подумки оглянути один за іншим пальці обох рук, представляючи їх повністю розслабленими, потім так само оглянути передпліччя й плечі.
- Подумки оглянути м'язи обличчя й шиї, намагаючись розслабити затиснуті місця.
- Виконати те ж для ніг і тулуба.

- Представити себе там, де Вам звичайно буває добре, наприклад, у лісі, у горах, на березі моря. Спробувати відчувати шелест листя, звуки прибою, почути лемент чайок.
- Енергійно потягнутися, напружити м'язи, встати.

Комплекс № 7. Ці вправи, запозичені у ченців Тибету, мають комплексний оздоровчий і тонізуючий вплив на організм.

У перший тиждень вправи виконуються по 3 рази, у другий - 5, у третій - 7 і т. д. до 21 повторення включно. Звичайно ефект спостерігається вже після 2-3 тижнів. Час виконання - ранком або ввечері, за 1-2 години до сну.

- Стоячи, руки витягнуті в сторони. Зберігаючи положення рук, виконати кругове обертання навколо своєї осі по годинниковій стрілці (якщо дивитися зверху).
- Лежачи на спині, з витягнутими уздовж тіла руками. Притиснувши долоні до підлоги, підняти голову, торкаючись підборіддям грудей. Після цього - підняти прямі ноги вгору під прямим кутом до підлоги. Повернутися у вихідне положення.
- Стоячи на колінах, кисті рук розташовані на задній поверхні стегон, під сідницями. Відкидаючи голову назад і випинаючи грудну клітку, прогнутися назад, опираючись руками об стегна. Повернутися у вихідний стан.
- Сидячи на підлозі, із притиснутим до грудей підборіддям і витягнутими вперед ногами. Ступні - на ширині плечей. Долоні - з боків від сідниць. Закинувши голову якнайдалі назад, підняти тулуб до горизонтального положення, опираючись на кисті й ступні. При цьому гомілки й руки розташовані вертикально. Повернутися у вихідне положення.
- Лежачи, упор на руках прогнувшись. Тіло опирається тільки на кисті й подушечки пальців ніг. Кисті й ступні на відстані небагато ширшій плечей. Притискаючи підборіддя до грудей, прогнутися у зворотному напрямку, при цьому тіло приймає положення гострого кута вершиною вгору. Руки й ноги - прямі.

Комплекс № 8. При виконанні значно збільшується енергопотенціал, відновлюється емоційна рівноваженість.

- Стоячи, ноги ширше плечей. Підняти руки, випрямити, перенести вправо від себе й представити кулю між долонями. Ліва рука зверху, права знизу, діаметр кулі - 0,5м.
- На вдиху перевернути кулю, так щоб права й ліва рука помінялися місцями. На видиху повільно переносимо кулю вліво. На вдиху перевертаємо кулю. На видиху так само повільно переносимо кулю вправо.
- Повторити 7-8 разів. Важлива безперервна концентрація уваги на кулі: супроводжуємо її рух поглядом, намагаємося відчутти її долонями.

Комплекс № 9. Рекомендується при загальному стомленні.

Виконується при досить розвинених навичках у концентрації й візуалізації. Суть - у розслабленні локальних м'язових груп, що досягається зосередженням уваги на них. Складається із чотирьох блоків. Виконується сидячи, очі прикриті.

Розслаблюємо по черзі:

1. Бокові частини тіла - бокові частини голови, шийні м'язи, плечові м'язи, м'язи лопаток, передпліччя, кисті рук, пальці рук. Закінчуємо зосередженням уваги на середніх пальцях рук (1 хв).
2. Передню частину тіла - обличчя, грудні м'язи, м'язи живота, стегна коліна, м'язи литок, м'язи стопи, пальці ніг (1хв.) Наприкінці - зосередження на великих пальцях ніг (1хв).
3. Задню частину тіла: потилиця, поверхня шиї, м'язи спини, п'яти. Закінчуємо зосередженням на області в середній частині підошви (2хв).
4. Підсумкове розслаблення - голова, шия, плечі, спина, руки й кисті, груди, живіт, стегна, литки, стопи.

Комплекс № 10. Дуже добре знімає втому, відновлює працездатність.

Лягти на спину, закрити очі, розслабитися. Подумки простежити рух повітря при вдиху й видиху - 2хв.

- Після деякої практики на цій стадії відбувається занурення в стан глибокої релаксації, з якого організм виходить через 15-20 хв. Суб'єктивно відчуваючи свіжість, бадьорість, наплив сил. Повільно потягнутися й 2-3 рази глибоко вдихнути й різко видихнути.

Комплекс № 11. Сприяє підвищенню загального тону організму.

- Потерти долоні одну об іншу до відчуття тепла. Інтенсивно розтерти пальці лівої руки, по черзі затискаючи їх між вказівними й середнім пальцем правої. Повторити для іншої руки.
- Обхопивши правою рукою зап'ястя лівої, енергійно розтерти його. Повторити для іншої руки.

Комплекс № 12. Швидко й ефективно відновлює емоційну рівновагу.

- Стоячи, із закритими очами. Представимо на відстані 1м над головою джерело зцілювального золотавого світла, маленьке сонечко. Відчуваємо приємне тепло шкірою голови. На вдиху подумки опускаємо потік світла вниз. Постаратися - на це буде потрібно декілька вдихів - довести потік до стоп. Почуваємо в них легке тепло.
- Беззупинно відслідковуємо потік, послідовно наповнюємо золотавою енергією литки, стегна, таз, живіт і груди. Почуваємо, як тепло струменіє по руках. Якщо потік «не піднімається», спробуйте представити контури свого тіла й повільно, знизу вгору, «зафарбувати» його золотавим кольором.
- Представимо себе в конусі світла, що іскриться, відчуємо його ніжний очищаючий дотик до шкіри,
- Вправу можна підсилити, представляючи, що границі тіла поступово зникають, і воно розчиняється у світлі. Але цей варіант краще виконувати сидячи (щоб уникнути втрати рівноваги).

Комплекс № 13. Рекомендується при малорухомій роботі.

- Попередньо вирізати з кольорового паперу 15-20 кіл діаметром 20-25 см. Набір повинен включати поряд з основними кольорами спектра достатню кількість напівтонів.
- При відчутті легкого стомлення варто вибрати коло, колір якого найбільш комфортний у цей момент для клієнта. Далі розслабити м'язи обличчя й блукаючим поглядом сканувати поверхню кола протягом 1,5-2 хв.

Якщо комплекс виконується періодично, 3-4 рази протягом робочого дня, то спостерігається значно менше зниження працездатності до його закінчення.

Комплекс № 14. Виконується при відчутті важкості в голові, розумовому стомленні.

- Надавлюючи пальцями на шкіру в районі верхівки черепа, обробити тім'яну область.
- По черзі надавлюючи, обробити точки над бровами.
- Надавити трьома пальцями на скроні, чотирма пальцями на задню поверхню шиї, й на потилицю - великим або вказівним пальцем.

14. Перша допомога в гострій стресовій ситуації.

1. У гострій стресовій ситуації не слід приймати ніяких рішень, так само як і намагатися їх приймати (виключення складають ситуації, коли мова йде про порятунок самого життя, стихійні лиха, аварії і т.п.).

2. Прислухайтеся до порад предків: порахуйте до десяти.

3. Займіться своїм диханням. Повільно вдихніть повітря носом і на якийсь час затримайте подих. Видих здійснюйте вкрай поступово також через ніс, зосередивши увагу на відчуттях, зв'язаних з вашим подихом.

Подальші події можуть розвиватися двома шляхами:

1) якщо стресова ситуація застигає вас у приміщенні:

а) *встаньте*, якщо це потрібно і, вибачившись, *вийдіть* із приміщення.

Наприклад, у вас завжди є можливість піти в туалет або в будь-яке інше місце, де ви зможете бути наодинці;

б) скористайтеся будь-як шансом, щоб змочити чоло, скроні й артерії на руках холодною водою;

в) *озирніться* по боках, навіть у тому випадку, якщо приміщення, у якому ви знаходитесь, добре вам знайома. Переводячи погляд з одного предмета на інший, думкою опишіть їхній зовнішній вигляд;

г) потім подивіться у вікно на небо. Зосередьтеся на тому, що бачите. Коли ви востаннє ось так дивилися на небо? Хіба світ не прекрасний?!

д) набравши води в склянку (у крайньому випадку – у долоні), повільно, як би зосереджено випийте її. Сконцентруйте свою увагу на відчуттях, коли вода буде текти по горлу;

е) випрямтеся, поставте ноги на ширину плечей і на видиху нахиліться, розслабивши ший і плечі, так, щоб голова і руки вільно звисали до тулуба. Вдихайте глибше, стежте за своїм подихом. Продовжуйте робити це протягом однієї - двох хвилин. Потім повільно випрямтеся, дійте обережно, щоб не закрутилася голова);

2) якщо стресова ситуація застане вас будь-де поза приміщенням:

а) *озирніться* по сторонах. Спробуйте глянути на навколишні предмети з різних позицій, думкою називайте усе, що ви бачите;

б) детально розгляньте небо, називаючи про себе усе, що бачите;

в) знайдіть будь-який дрібний предмет (листок, гілку, камінь) і уважно розгляньте його. Розглядайте предмет не менше чотирьох хвилин, знайомлячись з його формою, кольором, структурою таким чином, щоб зуміти чітко представити його з закритими очима;

г) якщо є можливість випити води, скористайтеся нею — пийте повільно, зосередивши на тім, як рідина тече по вашому горлу;

д) ще раз простежите за своїм диханням. Дихайте повільно, через ніс; зробіть вдих, на якийсь час затримайте подих, потім так само повільно через ніс видихніть повітря. При кожному видиху зосереджуйте увагу на тому, як розслаблюються й опускаються ваші плечі. Приємне відчуття, не чи правда? Насолодьтеся ним!

Як перша допомога цього цілком достатньо.

15. Етапи надання психологічної допомоги постраждалому населенню у надзвичайній ситуації (НС)

1 етап – «Інформаційний».

Інформаційний етап несе на собі місію профілактики паніки серед населення, зменшення почуття страху у потерпілих та надання практичних рекомендацій щодо поведінки в тій чи іншій надзвичайній ситуації, оскільки одним із головних завдань психологічної допомоги є профілактика гострих панічних реакцій та сприяння інформованості населення щодо само- та взаємодопомоги при НС.

Кожна інформація практичних психологів, яка буде використовуватися для зменшення паніки та негативних психічних станів серед цивільного населення, щоб досягнути свого призначення повинна включати поради щодо дій населення в НС, що склалася.

На інформаційному етапі психологами використовуються такі методи впливу:

1. Інформаційна терапія.
2. Розповсюдження листівок-пам'яток з рекомендаціями дій при НС.
3. Індивідуальне та групове інформування у Пунктах екстреної психологічної допомоги (ПЕПД).

У даній ситуації:

1. Слід відволікти (хай на короткий термін, але все ж таки) увагу людей від джерела страху або збудника паніки.

2. Дати постраждалим можливість хоч на мить забути про страх.

3. Стати прикладом для «переживання» людьми ситуації, що склалася, і підготовки до дії в її умовах. Мається на увазі питання початкового лідерства в натовпі або іншими словами – становлення зразком для наслідування. Або ж перехоплення ініціативи в момент підготовки натовпу до дії. Безумовно, такою людиною повинен стати підготовлений, грамотний фахівець, що володіє такими якостями, як комунікабельність і має організаторські та ораторські здібності.

4. У такій ситуації необхідні владні й голосні команди, чіткі, обґрунтовані розпорядження. Тверде, директивне керування людьми в панічні моменти – один з найбільш ефективних способів припинення паніки.

5. Як тільки паніка спаде – у людей виникає підвищена активність. Її слід зразу використати, залучивши всіх до рятувальних або ліквідаційних робіт.

2 етап – створення атмосфери довіри з населенням, що потребує психологічної допомоги

Побутова неупорядкованість, незручності й розгубленість повинні бути компенсовані створенням у пункті екстреної психологічної допомоги атмосфери безпеки, підтримки й довіри. Ті, хто звернувся за допомогою на цьому етапі, повинні мати можливість задовольнити свої потреби в їжі, відпочинку, сні, безпеці. У цьому випадку чай і шоколад є одним з найефективніших способів налагодження рапорту.

Професійна компетентність заспокоює, тому бажано розповісти потерпілим про свою кваліфікацію й досвід роботи. Обов'язково розпитати постраждалих, хто вони за професією, про їх захоплення, мрії. Показати свою зацікавленість.

3 етап – діагностика актуального психоемоційного стану постраждалого населення.

Діагностика актуального психоемоційного стану постраждалого населення здійснюється в осередку надзвичайної ситуації шляхом візуального спостереження, опитування постраждалих (інтерв'ю), розподілу потерпілих за психічними реакціями на травму, за потребами у певній психологічній допомозі для можливості проведення роботи в групі, тобто розподіл потерпілих за реакціями.

Додатково, для більш глибокого аналізу впливу на постраждалого психологічних чинників НС, при евакуації населення в безпечні райони або наявності часу, можливе використання експрес-методик.

Звичайно, використання даних методик ні в якій мірі не повинне виключати методів бесіди й спостереження, які в умовах НС є більш інформативними й показовими.

4 етап – релаксація.

Психоемоційна напруга, що характерна на початку виникнення НС, змінюється по її завершенню, як правило, підвищеною стомлюваністю. Четвертим етапом (при наявності часу) є сеанси релаксації з використанням аутогенних тренувань, музикотерапії, ароматерапії, дихальних вправ на розслаблення.

Вправи на розслаблення дають можливість людям відпочити, набратися сил, відволіктися від негативних переживань і т. ін. Етап релаксації є ресурсним етапом, за допомогою якого людина одержує можливість зарядитися енергією.

5 етап – психотерапевтичний.

Психотерапевтичний етап проводиться після евакуації населення в безпечні райони.

Після евакуації населення в безпечні райони в період емоційної й когнітивної переробки ситуації, що склалася, можливе залучення до проведення цілеспрямованих психотерапевтичних і психокорекційних заходів практичних психологів правоохоронних органів, військових формувань, навчальних закладів, наукових установ, співробітників органів державної влади, громадських та релігійних організацій, засобів масової інформації. Звертаємо увагу, що це залучення можливе тільки після евакуації постраждалого населення в безпечні райони.

Так як робота з населенням в осередку НС для практичних психологів носить формат екстреної психологічної допомоги (тобто першої, невідкладної, швидкої допомоги), то психотерапевтичний ефект простежується протягом всього терміну проведення рятувальних робіт та виражається в зменшенні негативного впливу НС на психічний стан населення шляхом доброзичливого ставлення до оточуючих, психологічної підтримки та співчуття.

6 етап – рекомендуєчий.

За результатами проведеної психологами роботи, тим, хто потребує подальшої психологічної допомоги, рекомендують звернутися до лікувально-профілактичних закладів та центрів психологічної допомоги населених пунктів, де проживають чи перебувають постраждалі. Цей етап проводиться або після евакуації постраждалого населення або перед евакуацією, якщо практичними психологами не передбачається супроводження постраждалого населення в безпечні райони.

Перераховані вище етапи можуть, за необхідністю, мінятися місцями або проводитися паралельно один з одним.

16. П'ять основних фаз дебрифінга.

Перша фаза. Знайомство (приблизно 15 хв). Ведучі-дебрифери представляються і висловлюють своє співчуття з приводу того, що трапилось. У доступній для учасників формі основний ведучий розповідає про цілі майбутньої роботи. Це можна зробити приблизно так: «Я - N. .. Таку процедуру обговорення того, що сталося, я використовував багато разів раніше в таких-то ситуаціях, після складних, стресогенних інцидентів, таких, як ... Більшість людей, які брали участь у таких обговореннях, визнають ці обговорення корисними. У ході обговорення дуже важливо зрозуміти думки й почуття, які виникли у нас у зв'язку з тим, що сталося. Але щоб зрозуміти, їх потрібно спочатку висловити. Не бійтеся зробити це, тому що будь-яке з ваших спогадів, ваших почуттів, які будуть тут обговорюватися, ми будемо вважати нормальними. Ми тут для того, щоб допомогти вам розібратися в своєму стані і тих почуттях, які переповнюють вас і нині здаються вам дивними і нездоланими ».

Далі ведучий знайомить присутніх з основними завданнями дебрифінга і правилами його проведення. Знайомство з правилами - дуже важлива частина роботи. Вони «задають рамки» безпечної роботи, допомагають знизити, мінімізувати тривогу учасників обговорення.

Основні правила дебрифінга

- Залишайтеся в групі протягом всього часу роботи.
- Говоріть тільки від себе і не відходьте від теми.
- Якщо ви не хочете говорити, ви маєте право не висловлюватися. Не треба нічого пояснювати, просто скажіть «Стоп».
- Ставтеся один до одного з повагою: не перебивайте, не оцінюйте, не звинувачуйте один одного. Адже дебрифінг - це просто обговорення пережитої події, а не трибунал (це правило попереджає виникнення суперечок, взаємних звинувачень, які нерідко виникають серед учасників трагічних подій через розбіжності у думках і почуттях, розумінні події в цілому та ролі кожного в ній).
- Зберігайте конфіденційність. Обов'язково потрібно детально пояснити учасникам дебрифінга сенс цього правила: воно означає, що все, про що буде говоритися в групі, не вийде за рамки цього кола спілкування. Аналогічно членів

групи просять не передавати кому-небудь з тих, хто не брав участі в роботі групи, особистої інформації про інших учасників, «не розпускати плітки» про те, що вони можуть сказати прямо один одному.

- Під час роботи групи не зводити рахунки з іншими. Краще прямо скажіть про те, що вас роздратувала його поведінка під час події або його сьогоднішні слова.

- Єдиний спосіб позбутися болю - це не вбити її, а пережити. (Учасників треба обов'язково попередити про те, що під час самого обговорення вони можуть відчувати себе гірше, але це - нормальне явище, звичайний наслідок дотику до болючих проблем. Якщо ви зараз втечете від болю, вона все-одно рано чи пізно повернеться, наздожене вас і раниць або вб'є. Ведучий повинен позначити, що біль - це частина плати за можливість згодом протистояти стресам.

Після обговорення основних правил учасники дебрифінга можуть доповнити цей список, запропонувати свої правила.

Друга фаза. Звернення до фактів і думок людей, які пережили екстремальну ситуацію.

На цій фазі кожен з присутніх коротко описує, що сталося з ним під час інциденту. Учасники можуть описати, як вони побачили себе, і яка була послідовність етапів. Ведучий команди дебрифінга повинен заохочувати перехресні питання, які допомагають прояснити об'єктивну картину фактів і подій, що є в розпорядженні членів групи. Це важливо, оскільки через масштаб інциденту і помилки сприйняття кожна людина реконструює картину по-своєму. Це можуть бути просто невірні переживання подій або ж наявність помилкових уявлень про них. Відчуття часу також часто буває порушене.

Питання, найбільш доречні на цій фазі: Хто ви і як пов'язані з подією (або з жертвою)? Де ви були, коли відбулася ця подія? Що саме трапилося? Яка була ваша перша думка, коли ви усвідомили, що сталося? (Питання для свідків події, рятувальників, потерпілих). Яка була ваша перша думка, коли ви дізналися, що трапилося? (Питання для тих, хто не був безпосереднім свідком, - родичі потерпілих і т.д.) Що ви робили під час інциденту? Чому ви вирішили робити саме те, що ви робили?

В ході обговорення ведучі перефразовують кожен з відповідей.

Тривалість фази фактів може варіюватися. Але чим довше тривав інцидент, тим довшою повинна бути фаза фактів.

Знання фактів і їх послідовності допомагає впорядкувати те, що сталося, створити структуру події (уявлення про подію) Якщо у людини з'являється (формується) досить реалістичне уявлення про ситуацію, - це блокує дію чуток, фантазій і спекуляцій, які «підігривають тривогу», ведуть до регресії та розвитку архаїчних страхів.

У кінці цієї фази учасники можуть перейти до обговорення своїх безпосередніх вражень. Щоб стимулювати цей перехід можна задати запитання: «Які були ваші враження про те, що відбувалося навколо вас, коли події тільки почали розвиватися? Що ви чули, бачили? ».

Ці обговорення чуттєвих вражень дозволяють надалі уникнути образів і думок, які можуть мати руйнівну дію після події.

Ці обговорення чуттєвих вражень дозволяють надалі уникнути образів і думок, які можуть надавати руйнівні дії після події. Ось приклади такого типу вражень: «Все, що я міг бачити тоді - це було дуло рушниці і очі, гострим мене через щілину прицілу ...»; «Носилки були такими легкими ... »(з померлими дітьми); «... Такі речі як жилетки, дитячі ведмежата і магнітофон, були зроблені так жваво й нагадували нам, що це були такі ж люди, як ми, і це могли бути мої діти ...»; «До цих пір я неначе відчуваю кучері маленького дитини в моїй руці ...»; «Запах горілих людських тіл був жахливий. Я ніколи не забуду його ...»; «Рука впала мені на спину з дерева». Зіставлення цих спогадів і промовляння робить не настільки потужним їх руйнівний ефект.

Третя фаза. Звернення до переживань (відреагування). Питання про думки, враження і діях сприяють чуттєвого відреагування. Ця фаза, в якій досліджуються почуття, часто найтриваліша частина дебрифінга. Для того щоб досягти успіху в "цій фазі, провідному потрібно допомагати людям розповісти про свої переживання, навіть хворобливих. Це може зменшити руйнівні наслідки таких почуттів. Що найважче для вас у цій події? Що ви відчували на фізичному рівні, які тілесні відчуття ви переживали? Що ви бачили? Яка була ваша реакція? Що з того, що ви побачили, почули, відчули, може бути, запахи, які ви відчули, пам'ятаються і

тривожать вас найбільше? Відповіді йдуть по колу. Дебрифер заохочує учасників відповідати один одному, фасілітує обговорення, повторюючи питання, перефразовуючи висловлювання, відображаючи почуття учасників. Учасники повинні відчувати, що будь-які їхні емоції мають право на існування, що вони важливі і гідні поваги. Коли люди описують причини прийняття ними тих чи інших рішень, вони дуже часто говорять про страх, безпорадність, самотність, самозвинувачення і фрустрацію. Типові наступні коментарі: «Я так боявся зробити помилки ...»; «Я ніколи в своєму житті не був так переляканий. Мої руки тряслися і тряслися ...»; «Я не знав: або я зберігаю життя, або відбираю їх ...»; «Я був такий самотній, що повинен був приймати всі рішення самостійно ...». У процесі роботи у членів групи створюються відчуття схожості, спільності і природності реакцій. Груповий принцип універсальності є тут ключовим. Цьому сприяють питання типу: «Як ви реагували на подію ?..»; «Що для вас було найжахливішим з того, що трапилося?»; «Переживали ви у вашому житті раніше що-небудь подібне ?..»; «Що викликало у вас смуток, розлад, фрустрацію, страх?»; «Як ви себе почували, коли відбулася подія?». Відповідь на питання про найважчих почуттях допомагає пропрацювати найбільш конфліктні переживання.

Четверта фаза. Навчальна. Дебрифер інформує учасників, про існуючі типових реакціях на стресові ситуації. Інформацію можна роздати учасникам у письмовому вигляді і попросити їх визначити, які з цих реакцій вони переживають. Пояснити, що описані стану - це нормальні реакції на ненормальну ситуацію і що з часом вони пройдуть. Далі йде обговорення питання про те, як учасники групи, в тій чи іншій мірі постраждали в екстремальній ситуації, можуть подбати про себе. Дебрифер інформує учасників групи про те, де і в яких фахівців вони можуть отримати допомогу в подальшому, а також відповідає на виниклі у людей, що беруть участь у дебрифінгу, питання.

П'ята фаза. Висновок. • підсумовується коротко все, що було сказано. Дебрифер уточнює, чи не залишилося в учасників дебрифінга чогось важливого, про що хотілося б сказати зараз.

- Дякує всім за участь, за те, що змогли поділитися своїми почуттями, підтримати один одного.
- Нагадує про конфіденційність.
- Пропонує учасникам

подумати про те, як вони можуть підтримати один одного в подальшому. Під час заключної фази дебрифінга доцільно роздати учасникам пам'ятку, призначену тим, хто пережив екстремальну ситуацію (див. додаток 8), а якщо є час, то й докладно розібрати її зміст, осмислити кожен з її пунктів і «приміряти» на особливості життєвої ситуації присутніх. І ще одна важлива робота повинна бути проведена в період завершення - обговорення та планування майбутнього. Треба намітити стратегії подолання наслідків екстремальної ситуації, виділити ресурси допомоги (сім'я і дім, робота і інші організації) і самопомоги. Корисно обговорити також, в яких випадках учасник повинен шукати подальшу допомогу. Тут визначальними можуть бути наступні показання: - Якщо симптоми не зменшилися через шість тижнів, - Якщо з часом симптоми посилюються або з'явилися нові, - Якщо людина не в змозі адекватно функціонувати на роботі і вдома. Напрямок подальшої допомоги слід уточнити. Група може прийняти рішення про необхідність наступного дебрифінга або, як мінімум, відзначити його можливість, якщо інцидент був особливо травматичним чи не вдалося впоратися з проблемами.

Керівник дебрифінга пропонує учасникам продумати, як вони можуть спілкуватися один з одним в подальшому і, наприклад, обмінятися телефонами та адресами. Добре у завершенні роботи роздати пам'ятки і рекламні буклети центрів психологічної допомоги.

Після завершення дебрифінга ведучого й асистенту обов'язково потрібно обговорити виконану роботу: дати один одному «зворотний зв'язок», тобто викласти свої враження про дії партнера, розповісти про свої почуття по відношенню до нього в різні моменти дебрифінга. Отже, підіб'ємо підсумки. Надаючи екстрену допомогу людині, потерпілому в надзвичайній ситуації, психолог повинен брати на себе відповідальність і за дії, і за наміри потерпілого. На початковому етапі роботи мова йде про те, щоб мінімізувати наслідки психологічної травми, переробити важкі переживання і тим самим структурувати хаос, в якому перебуває клієнт. Психолог, що надає швидку допомогу потерпілому, займає особливу позицію, яку можна порівняти з поведінкою дбайливого батьків або опікуна. Його основне завдання - стати «тимчасовим заміником надії», показати людині, що життя продовжується, і в кожного, хто залишився в живих, є можливість змінити свою життєву ситуацію. У

людей, постраждалих у надзвичайних ситуаціях, через деякий час (і необов'язково короткий) може виникнути «відлуння пережитої травми» (Е. Банністер) - тяжка життєва криза чи посттравматичний стрес. При цьому знову оживають ті події минулого, які викликали травму. Для подолання віддалених наслідків травми, нанесеної надзвичайними і екстремальними ситуаціями, людині може знадобитися більш тривала кваліфікована психологічна допомога.

17. Психопрофілактична робота в органах внутрішніх справ

Психопрофілактична робота в органах внутрішніх справ - це комплекс соціально-економічних, правових, організаційних, службових, психологічних, педагогічних та медичних заходів, спрямованих на збереження, зміцнення і відновлення психологічного благополуччя та здоров'я працівників органів внутрішніх справ, попередження виникнення соціально-психологічної та особистісної дезадаптації.

В організаційно-методичних цілях єдиний процес психопрофілактики в органах внутрішніх справ поділяється на три основних види:

первинна психопрофілактика – система заходів, спрямованих на: професійний відбір та психологічне супроводження службової діяльності; просвіту особового складу щодо причин психологічного неблагополуччя, відхилень у психоемоційних станах та адаптації; допомогу в організації здорового способу життя та психогігієни¹ професійної діяльності; навчання формам та методам саморегуляції, своєчасного звернення до фахівців за консультацією в ситуаціях, що створюють підвищений ризик розвитку психогенних розладів;

вторинна психопрофілактика – система заходів спеціалізованої психологічної допомоги – психодіагностики, психокорекції, психотерапії, психофармакології, що забезпечують найбільш раннє виявлення та ефективну корекцію чи нейтралізацію негативних психічних станів і відновлення працездатності;

третинна психопрофілактика – система заходів, спрямованих на соціально-медичну реабілітацію колишніх працівників органів внутрішніх справ з клінічними проявами психічної патології, що виникла під час проходження служби, обмеження їх психічної інвалідизації.

Суб'єкти психопрофілактичної роботи:

Керівники усіх рівнів системи МВС України, фахівці підрозділів психологічного забезпечення й Центрів психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору.

Об'єкти психопрофілактичної роботи:

Кандидати на службу в органах внутрішніх справ та навчання у вищих навчальних закладах МВС України, працівники органів та підрозділів внутрішніх справ, члени їх сімей, пенсіонери системи МВС України.

Провідною є первинна психопрофілактика, тому, що вона охоплює всі об'єкти, та здійснюється всіма суб'єктами психопрофілактичної роботи. Вторинна психопрофілактика здійснюється фахівцями Центрів психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору і підрозділів психологічного забезпечення. Третинна психопрофілактика: медичний патронат здійснюється фахівцями Центрів психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору, соціально-психологічний патронат – спеціалістами підрозділів по роботі з особовим складом.

Принципи психопрофілактичної роботи:

- добровільності;
- гуманізму;
- законності;
- об'єктивності;
- науковості;
- дотримання норм професійної етики, деонтології й прав людини;
- комплексності (спрямованість усіх профілактичних заходів одночасно на особистість та її оточення (соціальне середовище), що передбачає тісну взаємодію в роботі всіх суб'єктів психопрофілактики);
- своєчасності (здійснення заходів первинної психопрофілактики серед здорових людей, вторинної – на найбільш ранніх етапах формування чи виникнення негативних психічних станів або порушень);
- активності та безперервності (всі заходи мають здійснюватись регулярно та планомірно, без залежності від видимого благополуччя в стані психічного здоров'я особового складу, з постійним пошуком нових шляхів проведення психопрофілактики);
- ефективності (при проведенні будь-яких заходів психопрофілактики орієнтуватись на головний критерій – їхню ефективність).

Психопрофілактичні заходи в системі органів внутрішніх справ повинні здійснюватись на п'яти рівнях:

- організаційно-нормативному,
- психолого-педагогічному,
- психологічному,
- медико-профілактичному,
- науково-методичному.

Заходи організаційно-нормативного рівня повинні забезпечувати відповідність нормативної бази психопрофілактичних заходів чинному законодавству і передбачають:

1. Нормативне забезпечення організаційно-управлінських заходів відповідно до завдань Комплексної програми психопрофілактичної роботи в органах внутрішніх справ;

2. Забезпечення наявності психотехнологій, ефективних психодіагностичних методик, тематичних тренінгів з психотерапевтичної роботи, практичних навчальних курсів з надання психологічної допомоги та методичних рекомендацій необхідних для ефективного вирішення основних завдань Комплексної програми;

3. Ініціювання перед Президентом, Урядом, Верховною Радою України правового забезпечення соціальних гарантій працівникам органів внутрішніх справ (належних умов професійної діяльності, страхування, медичних та матеріальних потреб працівників і членів їх сімей).

Заходи психолого-педагогічного рівня здійснюються з метою психологічного просвітництва, формування стану психологічної готовності працівників органів внутрішніх справ до дій у складних та екстремальних умовах і передбачають:

1. Навчання керівників усіх рангів "менеджменту безпеки", тобто знанням, вмінням і навичкам постановки та вирішення управлінських задач, пов'язаних із забезпеченням безпеки працівників.

2. Навчання працівників органів внутрішніх справ тактиці, методам і прийомам забезпечення особистої безпеки в специфічних умовах професійної діяльності та в

повсякденному житті; формування психологічних установок та готовності працівників органів внутрішніх справ щодо забезпечення:

- особистої професійно-моральної безпеки - професійно грамотним діям в умовах психологічного тиску з боку кримінальних елементів;
- особистої психологічної безпеки - вмінню й навичкам психологічної самодіагностики та саморегуляції для нейтралізації негативних наслідків стресових ситуацій та емоційно-психологічних навантажень, особливо при роботі в екстремальних умовах;
- особистої фізичної безпеки у професійній діяльності та поза службою.

3. Навчання керівників усіх рангів та працівників органів внутрішніх справ за допомогою тренінгових технологій практичним навичкам протидії стресам, поліпшення особистої і професійної комунікації, уміння вирішувати проблеми внутрішньокolleктивних відносин, формувати та підтримувати належний соціально-психологічний клімат у службових колективах.

4. Навчання психологів системи МВС основним прийомам психологічної допомоги та психокорекції, організація тематичних тренінгів з психокорекційної роботи, практичних курсів з надання психологічної допомоги.

Заходи психологічного рівня передбачають використання стандартизованих, спеціалізованих психотехнологій:

- професійно-психологічного відбору та розстановки кадрів;
- сприяння адаптації працівників у колективі;
- контролю за рівнем психологічної готовності до виконання професійних обов'язків;
- ранньої діагностики негативних психічних станів;
- здійснення профілактики негативних наслідків психотравмуючих впливів та професійної деформації;
- полегшення емоційного реагування на стресогенні ситуації та запобігання накопиченню негативного емоційного заряду;
- створення позитивного морально-психологічного клімату та безконфліктних службово-особистісних стосунків у колективі.

Заходи психологічного рівня спрямовані на вдосконалення поведінкових установок працівників органів внутрішніх справ, на збереження життя і здоров'я в екстремальних оперативно-службових умовах, на підтримку професійно-психологічної готовності у вигляді системи правил і техніки поведінки по забезпеченню особистої безпеки працівників у складних штатних і позаштатних службових ситуаціях та поділяються на планові та ситуаційні.

Планові заходи здійснюються за такими напрямками:

- робота з “групою посиленої психологічної уваги”;
- психологічне супроводження оперативно-розшукової діяльності;
- проведення обов'язкових заходів для працівників, які здійснюють оперативні завдання, знаходяться під психологічним тиском різного роду в межах службових завдань;
- проведення занять з питань психологічної саморегуляції особового складу в ході оперативно-службової діяльності та за її межами, релаксації та психоемоційного розвантаження працівників та інше;
- психологічне супроводження службових розслідувань за фактами надзвичайних подій серед особового складу.

Ситуаційні заходи включають обов'язкові психокорекційні заходи, такі як дебрифінг, формуючий процесінг, деф'юзінг, рефреймінг, індивідуальні корекційні або діагностичні бесіди з працівниками органів внутрішніх справ після гострих стресогенних ситуацій у службовій діяльності.

Заходи медико-профілактичного рівня передбачають поєднання форм та методів лікувальної та профілактичної роботи. У багатьох випадках загострення соматичних захворювань настає після чергової емоційно-стресової ситуації. Психосоматична патологія включає до себе захворювання органів та систем, які пов'язані із психологічними або патопсихологічними змінами особистості під впливом хвороби. Розвиток психосоматичних захворювань обумовлюється комплексом причин, включаючи дію психотравмуючих факторів. Навіть самі незначні порушення психічної діяльності, що виникають у працівників органів та підрозділів внутрішніх справ, можуть призвести до тяжких наслідків, у тому числі й

до виникнення аутоагресивних тенденцій. У зв'язку з цим основним завданням лікувально-профілактичних закладів системи МВС України є:

- психофізіологічне обстеження при проходженні ВЛК;
- медико-психологічне супроводження працівників органів внутрішніх справ;
- організація санітарно-епідеміологічного нагляду в органах внутрішніх справ;
- психотерапевтична допомога та реабілітація працівників, які отримали посттравматичні стресові розлади (ПТСР);
- виявлення нервово-психічних порушень на ранніх етапах їх виникнення;
- надання адекватної лікувальної допомоги;
- медико-психологічна та психіатрична реабілітація працівників, які хворіють.

Для успішного вирішення проблем ранньої діагностики нервово-психічних розладів, станів психоемоційного напруження, факторів суїцидального ризику серед особового складу необхідне проведення:

- динамічного нагляду за працівниками;
- порівняльної оцінки стану психічного здоров'я у різних професійних та вікових групах;
- повноцінних щорічних психопрофілактичних оглядів.

Метою масових психопрофілактичних оглядів повинно бути визначення характерологічних та психофізіологічних властивостей працівників органів внутрішніх справ для напрацювання рекомендацій із створення оптимальних умов їх професійної діяльності.

Під час проведення психопрофілактичних оглядів можливе також виявлення на момент обстеження транзисторних, перехідних, одиничних порушень, які в майбутньому можуть якщо й не сформуватися в конкретну психічну патологію, то, принаймні, стати постійним “фактором ризику” для працівника. Щодо осіб, у яких виявлено транзисторні відхилення, слід негайно вимагати об'єктивну інформацію від психологів підрозділів психологічного забезпечення, керівників, співробітників, а при нагальності й від близьких родичів.

Щодо окремих представників міліцейських спеціальностей, пов'язаних з діяльністю в екстремальних умовах, осіб, віднесених до групи посиленої

психологічної уваги, суб'єктів з вираженими ознаками професійної деформації та девіантної поведінки, дезадаптивними психологічними станами, працівників, які зазнали психотравмуючого впливу, можливе здійснення спеціалізованих, поглиблених психопрофілактичних заходів.

Заходи науково-методичного та аналітичного рівня дають можливість виявляти негативні чинники професійної діяльності працівників органів внутрішніх справ, аналізувати досвід існуючих психопрофілактичних заходів, визначати причини їх неефективності і в подальшому планувати роботу по усуненню недоліків. Вони, зокрема, передбачають:

1. Збір, вивчення та аналіз інформації з проблем збереження життя і здоров'я працівників в екстремальних оперативно-службових умовах, у складних штатних та позаштатних службових ситуаціях і в побуті (вивчення умов діяльності працівників органів внутрішніх справ дозволить з'ясувати шкідливі чинники професійної діяльності працівників органів внутрішніх справ, які можна усунути цілком, максимально чи частково, а які взагалі не можуть бути усунені).

2. *Розробка тематичних тренінгів психотерапевтичного спрямування, практичних навчальних курсів та методичних рекомендацій з надання психологічної допомоги.*

3. *Розробка, адаптація та впровадження новітніх ефективних психодіагностичних методик.*

Таким чином, на перше місце психопрофілактичної роботи в органах внутрішніх справ висувається психологічна допомога працівникам у повсякденних та надзвичайних ситуаціях, а також іншим особам, які знаходяться у сфері інтересу професійної діяльності психологів органів і підрозділів внутрішніх справ. Треба також зазначити, що надання психологічної допомоги в органах внутрішніх справ регламентується відповідними наказами, розпорядженнями та іншими документами МВС України.

Завдання, що покладені на психолога-консультанта під час процесу психологічної допомоги клієнту:

а) встановлення відносин довіри та прийняття;

- б) забезпечення належної динаміки робочих стосунків, що веде до усвідомлення та можливого розв'язування психологічних проблем клієнта;
- в) припрацювання або, навпаки, - зняття психологічних захистів;
- г) визначення й використання ступеня впливу на клієнта.

Шляхи розвитку власної узагальненої концепції консультування та терапії:

- еклектизм: визнання переваг багатьох методів і теорій та застосування їх різних аспектів, що можуть здатися корисними для роботи з різними клієнтами;
- прихильність до однієї теорії: проповідує прихильність до однієї теорії та застосування її на практиці, наприклад таких, як біхевіоризм, психоаналіз, структурно-сімейна терапія тощо;
- узагальнена теорія: узагальнений концептуальний підхід, узагальнена теорія, що намагається поєднати й організувати частини теорії у погоджену та системну побудову. Її суть полягає у:
 - а) розумінні того, що реакція клієнта може бути різною та, можливо, потребує будь-якого іншого теоретичного підходу;
 - б) повазі до світогляду або теорії, що відрізняється від власної;
 - в) вмінні бачити те, яким чином різні теорії можна поєднати разом для користі клієнта.

Одним із важливіших елементів у наданні психологічної допомоги є врахування психологом культурологічних особливостей працівника, з яким він буде працювати.

При наданні психологічної допомоги психологу треба пам'ятати:

- а) жіноче сприйняття, як правило, відрізняється від чоловічого;
- б) у більшості випадках прямолінійна модель чоловічої поведінки буде байдужою у відношенні до інших;
- в) з іншого боку, жіноча модель поведінки, що побудована на урахуванні відносин (стосунків), може бути конкурентно більш досконалою.

18. Рекомендації щодо підтримання бойової готовності військових підрозділів та частин, зменшення бойових психічних травм і підвищення ефективності надання своєчасної психологічної допомоги та психічної реабілітації при виконанні особовим складом службово-бойових завдань в екстремальних умовах

1. Повсякденні умови службової діяльності військовослужбовців повинні обов'язково містити в собі окремі, найбільш типові елементи екстремальних ситуацій (їх можна «програвати» у ділових іграх, моделювати, «відтворювати»).
2. Екстремальна ситуація, як правило, знижує ефективність впливу керівника на людей, якщо він «апелює» тільки до їх свідомості, культури, інтелектуальних якостей. Успіху можна досягти лише у випадку швидкого і безпосереднього впливу на емоційно-вольову сферу, що спонукує людину до дій (або гальмує їх) використовуючи прийоми навіювання.
3. Реальна небезпека і неясність екстремальної обстановки викликає високу напруженість психічного і фізичного стану людини (це має свої плюси і мінуси). Можливі, з одного боку, активізація всіх духовних і фізичних сил, а з іншого боку — негативні емоції, почуття: непевність, пасивність, страх, паніка. Вплив надзвичайно сильних подразників веде іноді до розвитку різких і істотних (патологічних) змін у психіці і поведінці.
4. Велике значення в екстремальних ситуаціях має колективний характер діяльності. Дух колективізму, «почуття ліктя» допомагають військовослужбовцям переборювати психологічні і фізичні навантаження.
5. В екстремальній ситуації значно зростає юридична відповідальність за своєчасність і правильність дій, тобто за практичне (а не на словах) виконання свого службового і громадянського обов'язку. Усе це викликає у невідготовлених військовослужбовців таке типове явище, як «страх помилки», що гальмує діяльність.
6. Досить важливого значення в складній ситуації набувають спонукальні мотиви дій, які можуть активізувати (гальмувати) соціально корисну діяльність людини, оголюючи при цьому її сутність, справжній характер її почуттів, інтересів і переконань. Особливий, домінуючий зміст набуває і мета дій (віддалена і, головним

чином, найближча). Будучи значною та зрозумілою, вона визначає методи і засоби її досягнення.

7. В екстремальній ситуації виявляється і ряд інших важливих моментів: зростає роль особистого прикладу; підсилюється вплив на психіку такого могутнього подразника, як вчасно й уміло сказане слово; максимальної уваги потребує той, хто уперше виявився в критичній ситуації.

Щоб усвідомити методи і засоби, які підвищують психологічну стійкість військовослужбовців і колективів, треба зрозуміти, що будь-яка складна ситуація, з погляду психології, може бути представлена у вигляді трьох «простих» елементів: підготовчий етап, етап виконання завдання і заключний етап.

Сутність *першого етапу*, що починається з надходження сигналу про необхідність діяти, полягає в приведенні в психологічну «боедатність» емоційно-вольових, розумових і фізичних компонентів особистості співробітника або колективу. Важко переоцінити роль «передстартового» стану співробітників. До виконавців варто довести суть і значимість їхніх дій, загальний план заходів, сформувані спрямованість на виконання завдання. Будь-хто з учасників дії зобов'язаний твердо знати свою найближчу мету, маршрут руху і т.і.

Запорука успіху — це навіювання впевненості в співробітників, зміцнення авторитету їхніх керівників, віра в техніку, зброю, створення загального позитивного настрою. Разом з тим не можна допускати зайвої самовпевненості, перенапруженості. Оцінка ситуації повинна бути по можливості об'єктивна. *Непринустимо* робити акцент тільки на труднощах. *Про психологічне «входження в роботу»* ще до початку безпосереднього її виконання свідчать такі зовнішні дані, як піднесений настрій і зібраність, зосередженість, швидке, точне реагування на навколишнє оточення і розпорядження, що надходять, енергійні рухи. І, навпроти, *на психологічну невідготовленість* вказують млявість, відсутність ентузіазму і поганий настрій, скутість рухів, уповільнене реагування на команди і зауваження, байдужість, мовчазність, дратівливість і т.п. Різновидом подібного явища може бути і «*передстартова лихоманка*», зайве хвилювання, показна веселість, метушливість, балакучість, неухважність (у таких випадках треба вимагати засвоєння підлеглими усіх вказівок, покращити контроль).

Багато чого залежить від ефективності інструктажу. Проводячи його, потрібно пам'ятати, що варто категорично уникати формалізму, казенщини, що нерідко створюють у співробітників негативний, пригнічений настрій, небажання виконувати службовий обов'язок. Використовуючи різноманітні методи психологічного впливу на людей, варто звертатися саме до позитивних емоцій, почуттів і якостей особистості, до позитивних прикладів. Це тим більш важливо, що в екстремальній ситуації майже в усіх різко зростає елемент копіювання, емоційного зараження.

Формування груп співробітників повинно базуватися на знанні індивідуальних особливостей людей (характер, здібності і т.п.), їх неформальних міжособистісних взаєминах і опорі на справжніх лідерів. Під, найбільш пильною увагою повинні знаходитися ті, хто призначений старшим, а також недосвідчені працівники (таких поодиночі посилати на завдання взагалі не варто, за винятком тренувальних занять).

Вище відзначалося, що при діях в екстремальних ситуаціях *слово начальника, командира* здобуває велику вагу для оточуючих. Тут важливе значення мають і тембр голосу, і дикція. Мова командира повинна бути лаконічною і допустимо ясною, усім зрозумілою. Плутані, незрозумілі, висловлені роздратованим тоном, суперечливі вказівки керівника створюють обстановку психологічної напруги, викликають афективні спалахи підлеглих, можуть послужити причиною неправильного тлумачення слів керівника, спричинити помилкові дії. Успішному виконанню завдання сприяє наявність у групах особливо підготовлених співробітників (наприклад, снайперів, водіїв-асів, майстрів у застосуванні різних спецзасобів, тих, що володіють прийомами східних єдиноборств і т.і.).

Після виконання складного завдання треба обов'язково дати людям відпочинок (провести консультації психолога, відвідати кімнати психологічного розвантаження), уміло переключити їх на інші справи, перевірити психічний стан кожної людини, заохотити тих, що відзначилися, подякувати всьому колективу.

На заключному етапі треба підвести хоча б попередні підсумки, причому краще окремо з кожною категорією співробітників. Бажано, щоб вони самостійно дали оцінку діям, взяли активну участь в уточненні планів дій на випадок подібної ситуації.

19. Досвід діагностики і корекції психологічних наслідків участі військовослужбовців у бойових діях (іноземний досвід).

На сучасному етапі першим кроком дослідження психологічних наслідків участі в бойових діях визнається аналіз причин психічних травм, що отримали ветерани. З цією метою використовується *розгорнуте клінічне інтерв'ю*. Найпопулярніший варіант такого інтерв'ю опрацьований Р. Скерфілдом і А. Бланком. Він включає такі розділи:

- обставини життя до призову в армію;
- обставини призову в армію;
- військова підготовка до служби в зоні бойових дій;
- служба в зоні бойових дій: отримання повідомлення про направлення у зону бойових дій; відбуття з країни і прибуття в зону бойових дій; військова спеціальність і службово-бойові завдання, які виконував у зоні бойових дій; зміни у званнях і посадах, основні місця служби в зоні бойових дій та їхня хронологія; взаємини з начальниками тощо;
- особливості служби тих, що не брали участі у бойових діях; участь у головних операціях, служба поза бойовими діями; взаємини з місцевим населенням; зміни у ставленні до служби і поведінки в армії; ставлення до певних унікальних особливостей війни; стреси та конфлікти на національному ґрунті;
- специфічні події, що травмують психіку;
- позитивні переживання, які пов'язані зі службою в зоні бойових дій;
- вживання алкоголю та наркотиків;
- можливість відпочинку і відновлення сил;
- випадки відрядження додому;
- моральні та ціннісні конфлікти, що обумовлені специфічними особливостями війни;
- особливості служби перед демобілізацією, підготовка до демобілізації, повернення на Батьківщину;
- обставини демобілізації в запас, нагороди, пільги та ін.;
- особливості післявоєнної адаптації.

Другим кроком у вивченні психічних проблем ветеранів є *дослідження актуальних психічних реакцій* на фактори, що травмують психіку і які мали місце у минулому. Для цього опрацьовані різноманітні діагностичні технології. Вони переважно призначені для обстеження ветеранів, що не отримали бойових психічних травм. Найпопулярнішими серед них є:

Структуроване клінічне інтерв'ю для психічно здорових пацієнтів, яке призначене для вивчення 17 різних видів посттравматичних синдромів реакцій на травматичний бойовий стрес, а також для оцінки бойової активності;

Місисипська шкала оцінки посттравматичних реакцій, обумовлених участю в бойових діях, що використовується для оцінки у ветеранів ступеня виразності посттравматичного синдрому реакцій, об'єднані в шість груп (нав'язливі спогади та депресії, труднощі у спілкуванні, афективна лабільність, проблеми пам'яті, порушення сну, різноманітні особистісні проблеми), а також ступеня впливу бойового стресу;

Шкала оцінки ступеня впливу травматичного явища використовується для оцінки двох видів реакцій ветерана на травматичний стрес (періодичні повторні переживання того, що відбулося; вихід із спогадів явища, що найбільш травмує, а також про інше, що може його викликати). Результати, отримані за допомогою цієї шкали, дають змогу судити про фазу розвитку посттравматичного процесу; *субшкала Мінесоцького багатфакторного особистісного об'єжника* (MMPI) для оцінки виразності посттравматичних синдромів реакцій.

З цією метою досить ефективно використовували *тест Роршаха*, як допоміжні інструменти інколи застосовується *Шкала депресії Бека*, *Шкала тривожності Спілбергера*, а також *нова версія Мінесоцького об'єжника* (MMPI-2). Для виявлення можливих психічних відхилень у ветеранів і надання їм медичної допомоги використовується *симптоматичний об'єжник 8CI-90*.

Останнім часом для підвищення валідності та надійності діагностики посттравматичних стресових розладів все частіше використовують різні фізіологічні показники частоти серцевих скорочень, шкірно-гальванічних реакцій, електроміограму тощо у поєднанні з подразниками, які нагадують про

психотравматичні явища (фільми про війну, військова музика, описання бойових епізодів тощо).

Заслужують на увагу також *західні методи психологічної реабілітації* воїнів, які мають психотравматичні синдроми.

Після Першої світової війни С.В. Гольман наголошував на ефективності методу впливу за допомогою електричного струму, який був опрацьований 1916 р. німецьким лікарем Ф. Кауфманом. М.І. Аствацатуров називав цей метод «сугестивною електризацією», виокремлюючи в цьому випадку психологічний механізм впливу. Підкреслюється також ефективність *гіпнозу*, «*навіювання у стані, коли людина не спить*», особливо в поєднанні із *вправами, трудовою терапією*. Під час Великої Вітчизняної війни ефективними способами психотерапії істеричних симптомів визнавалися методи, які поєднували пряме й опосередковане навіювання з *ефірною маскою Свядоца, кальцієвим ударом, судомною психотерапією*.

П.Я. Гальперин, О.М. Леонтьєв, О.В. Запорожець та інші під час Великої Вітчизняної війни займалися відновленням функцій кінцівок; Б.Г. Ананьєв, Є.С. Бейн, О.Р. Лурія — відновленням пам'яті, мови і письма після отримання бойових психічних травм. В основі їхнього підходу був діяльнісний підхід.

У процесі надання психотерапевтичної допомоги американським солдатам у роки Другої світової війни Р. Гринкер і Б. Шпігель опрацювали *систему комплексного психотерапевтичного впливу*. Складовими цієї системи є:

- наркосинтетичний метод (використання снодійних ліків для полегшення досягнення катарсису);
- психотерапія з обмеженою кількістю сеансів;
- судомна шокова психотерапія; - терапія довгим сном;
- трудотерапія;
- групова психотерапія і загальна атмосфера психічного комфорту для пацієнтів.

Завданнями *бриф-терапії* Р. Гринкер і Б. Шпігель вважали зниження неусвідомленої напруженості, зміцнення «єго» і модифікацію «супер-єго» У ветеранів. Вони виокремлювали вісім принципів цього виду психотерапії: встановлення позитивного ставлення пацієнта до психотерапевта;

попередження бажань пацієнта використовувати вторинну вигоду від власного розладу; десенситизація до ситуацій, що викликають страх; подолання негативної реакції «супер-его» (негативної самооцінки); подолання тенденції до пасивної залежності від інших; звільнення від можливих істеричних симптомів; зменшення неусвідомленої ненависті до інших.

На сучасному етапі психологічна допомога ветеранам у подоланні відстрочених реакцій на вплив стрес-факторів бойової обстановки ґрунтується на *концепції посттравматичних стресових реакцій*.

Основним завданням психотерапевта в цьому разі є створення умов для поступового усунення негативного впливу бойового досвіду, що травмує психіку. Цього можна досягти за допомогою різних видів психотерапії (психодинамічної, когнітивної, поведінкової, терапії мистецтвом, наркосинтетичної, трансмедитальної тощо) і форм психотерапії (індивідуальна, групова, родинна). Ця психологічна допомога може мати терміновий та обмежений або довготривалий характер.

На думку Р. Скерфілда, під час організації допомоги ветеранам необхідно враховувати чотири ключові моменти:

—явище, яке травмує психіку і безпосередню реакцію на нього, що супроводжується, як правило, його запереченням;

—наступне усвідомлення і повторне переживання негативних аспектів, що мають відношення до психічної травми;

—спроби контролювання, зниження чи відсторонення від нав'язливих спогадів через використання взаємодії психічних механізмів заперечення психотравми та повторення переживань, що травмують психіку;

—інтеграцію травматичного досвіду та його позитивний або негативний вплив на особистість, відношення до значущих явищ, подій, стосунки з людьми та оточенням у цілому.

Основними принципами психологічної допомоги у подоланні відстрочених реакцій на травматичний стрес, яка розрахована на тривалий період, Р. Скерфілд вважає:

—встановлення довірливих взаємин між пацієнтом і психотерапевтом;

—ознайомлення пацієнта з необхідною інформацією про процес подолання

посттравматичного стресу;

—контроль за станом пацієнта;

—редукція підвищеної напруженості;

—повернення до повторних переживань, що мають відношення до психічної травми;

—інтеграція травматичного досвіду.

Д. Сміт виокремлює дев'ять основних етапів у психотерапевтичному процесі.

Перші три пов'язані з обговоренням проблем довіри до людей, умінням контролювати власні дії, подоланням дратівливості, гніву та обвинувальної поведінки щодо інших людей. Четвертий етап передбачає підведення ветерана до відкриття власних проблем, п'ятий — перетворення системи настанов і відношень, що склалися, та створення умов для інтеграції травматичного досвіду в нову систему; шостий — обговорення значення травматичного досвіду для інших подій у житті ветерана; сьомий — повернення до того, про що вже говорилося і внесення уточнень; восьмий — створення умов для емоційного розкріпачення; останній, дев'ятий, етап — збудження бажання у ветерана надати допомогу іншим. На його погляд, вияв агресивності ветерана може мати три форми: надмірний контроль та уникнення її вияву, активна її демонстрація та змішана поведінка.

Т. Кін та його співавтори використовували *метод поведінкової психотерапії* — імплозії, тобто занурення пацієнта в уяві у травматичну ситуацію, що надало їм можливість знизити рівень тривожності, депресії, зменшити нав'язливі переживання, що повторюються. Але водночас їм не вдалося підвищити емоційну чуттєвість і подолати відчуженість.

Широкої популярності набувають різні *модифікації групової психотерапії*. Ще 1944р. Г. Роум, визначаючи необхідність групового підходу до реабілітації ветеранів, відокремив кілька факторів, що впливають на її ефективність: подібність психічних проблем у групі, зниження внутрішнього психічного напруження, подолання почуття неповноцінності, довірливі відношення між психотерапевтом і пацієнтом, контрольоване емоційне розкріпачення, контрольований глибинний аналіз проблем, доповнення групової роботи індивідуальною, коли є така необхідність. Р. Гринкер і Б. Шпігель у 1945 р. відмічали, що ефективність групової

психотерапії з ветеранами забезпечується трьома факторами: розвитком позитивних взаємин між психотерапевтом і пацієнтом, вільним висловлюванням почуттів, можливістю детальнішого аналізу психічних проблем.

У 1970 р. групою американських психотерапевтів були організовані так звані *Кар-групи* ветеранів з організації «В'єтнамські ветерани проти війни» з метою надання допомоги у подоланні психічних наслідків війни та осмислення свого військового досвіду. Довірлива атмосфера, взаємна емоційна підтримка, неформальний характер груп сприяли ефективності психологічної допомоги.

Ці групи, як правило, об'єднують ветеранів, що пережили психотравматичні явища, з метою надання їм психологічної допомоги. Вони завдяки описуванню, вивченню, трансформації та структуруванню неупорядкованого травматичного досвіду надають можливість:

—подолати почуття ізольованості через емоційний комфорт, підтримку і відчуття спільності з іншими ветеранами;

—подолати почуття неповноцінності та відновлення власної гідності;

—«переробити» травматичний досвід серед людей, спроможних його розуміти;

—емоційне розкріпачення;

—самогенерацію (відродження потреби у самопізнанні, самоконтролі, самооцінці, самовдосконаленні).

Кар-групи ветеранів можуть бути різних рівнів.

До першого належать інформаційні або початкові групи, основними цілями яких є поступове підведення ветеранів до дискусії щодо їхніх психічних проблем, інформування ветеранів про можливі психічні наслідки участі в бойових діях.

Групи другого рівня мають назву «збуджувальні, ті, що працюють», їхньою метою є створення умов для аналізу минулого воєнного досвіду і зіставлення його з актуальною життєдіяльністю. Організатор таких груп має визначитися — чи спроможний ветеран взяти участь у дискусіях і намагатися зменшити відмінності між учасниками групи, насамперед у бойовому досвіді. Під час формування таких груп враховуються готовність ветерана брати участь у групових дискусіях, надавати

психологічну допомогу і підтримку іншим членам групи, бажання отримати таку саму допомогу з боку інших.

Групи третього рівня розраховані на тривале існування, їхньою характерною властивістю є те, що учасники стають ніби психотерапевтами один для одного. У цих групах аналізуються також актуальні психічні проблеми, надається можливість взяти участь особам, які не є ветеранами.

Є. Парсон запропонувала *модель багаторазової Кар-групи ветеранів*, яка розрахована на три фази психотерапевтичного процесу.

У групу *першої фази* включаються тільки ветерани бойових дій. Завданнями першої фази є:

—допомога в подоланні нав'язливих спогадів про війну, почуття війни, відчуття на собі «печаті смерті», стану лиха та депресії;

—допомога в подоланні фобійних реакцій, стану емоційного залякнення, соціальної відчуженості, підвищення самоконтролю і відкритості в спілкуванні;

—допомога в осмисленні травматичного досвіду, відновленні самототожності, почуття належності до кола людей, збудження бажання відновити перервані взаємини з іншими людьми і виявляти активність у всіх сферах життя.

Друга фаза групової психотерапії передбачає включення в кар-групи ветеранів конкретної війни, які не брали участі в бойових діях. Це дає можливість розширити тематику психічних проблем. Завдання цієї фази:

—поглиблення у ветеранів довіри один до одного та до інших людей;

—формування відкритості у взаєминах;

—допомога в усвідомленні «фальшованого Я» та його виявів у спілкуванні, стимулювання переходу від «дзеркально-рефлекторних» форм спілкування до змістовніших.

Після вирішення проблем першої та другої фаз можна організувати *психоаналітично орієнтовну фазу*. На цьому етапі в групу включаються особи які не є ветеранами, у тому числі й жінки. Це спеціально зроблено так, щоб соціальне оточення, стиль спілкування, характер обговорення проблем ветеранів наблизити до реального життя, розширити коло знайомих, зацікавити проблемами життєдіяльності звичайних людей, формувати інтерес до повсякденних проблем

соціального оточення ветерана. А тому завданням цієї фази є глибші та суттєвіші особистісні зміни у ветеранів через усвідомлення та осмислення власного психічного життя, аналізування особистісних проблем, що зумовлені участю в бойових діях. Остання група психологічної допомоги — це *сімейна психотерапія*, якій іноземні психологи надають суттєвого значення. Наприклад, за Ч. Фіглі, будь-яка психологічна допомога родинам ветеранів має ґрунтуватися на таких принципах:

- шанування інтимних аспектів життя родини, її самовідданості під час війн, а також досвіду родини щодо пережитих стресових життєвих обставин;
- інформування родини про можливі психічні наслідки війни;
- поєднання психологічної допомоги із соціальною підтримкою родини, у тому числі з боку родин інших ветеранів;
- психотерапевтичне втручання в життя родини передбачає: уважне вивчення джерел стресу в родині; визначення основних психологічних прийомів, що використовуються в ній для налагодження взаємин; інформування родини про різноманітні способи та прийоми подолання наслідків травматичного стресу; допомога родині у створенні системи взаємної підтримки; допомога у мобілізації тих сторін життєдіяльності родини, які сприяють її зміцненню і забезпечують розв'язання психічних проблем.

С. Вільямс і Т. Вільямс основними завданнями сімейної психотерапії вважають:

- подолання у ветерана ідентифікації з образом «пацієнта» в родині, стану депресії, емоційної та соціальної відчуженості, неадекватних реакцій ветерана на хворобу й горе інших членів родини;
- подолання випадків насильства в родині, зловживання алкоголем і наркотиками, прагнення тривалої відсутності в родині;
- подолання небажання ветерана розповідати про власний бойовий досвід;
- подолання психічної дистанції між ветераном і дітьми;
- налагодження взаємин між подружжям;
- психологічна допомога дружинам ветеранів, формування в родині системи взаємної допомоги;

—вдосконалення системи спілкування в родині.

З цією метою вони пропонують *мультиmodalну форму сімейної психотерапії*, яка включає:

—індивідуальне і родинне консультування;

—групову психотерапію окремо з ветеранами й окремо з їхніми дружинами;

—заняття в групах, які складаються з кількох родинних пар. На думку деяких психологів, сімейна психотерапія має відігравати вирішальну роль у психологічній допомозі ветеранам та їхній соціальній та психологічній реабілітації.

За кризової ситуації в родині можна застосувати *модель психотерапевтичної допомоги*, яка ґрунтується на концепції Р. Стейкі. Вона включає такі етапи:

—встановлення психічного контакту із сім'єю;

—дослідження психічних проблем у родині;

—спільний пошук із членами родини можливих способів вирішення проблем, що виникли;

—допомога членам родини в здійсненні конкретних заходів, спрямованих на розв'язання психічних проблем;

—супроводження родини після виходу з кризової ситуації.

Таким чином, у США створена достатньо ефективна система психологічної допомоги та реабілітації військовослужбовцям у зоні бойових дій та ветеранам війни.

Отже, аналіз психологічних проблем сучасної війни свідчить про те, що у воїнів, які беруть участь у бойових діях, існують суттєві соціальні та психічні проблеми. На основі аналізу іноземного досвіду вивчення, діагностики та коригування психічних станів воїнів і ветеранів, які брали участь у бойових діях, можна виділити певні *тенденції в дослідженні цих проблем*.

По-перше, центр уваги з загального вивчення психічних наслідків сучасних бойових дій переноситься на дослідження наслідків конкретних стрес-факторів війни.

По-друге, здійснюється поступовий перехід від вивчення переважно невротичних реакцій і станів ветеранів війн до дослідження глибинних психічних феноменів.

По-третє, опрацьовуються конкретні методики і технології поступового впровадження ветеранів війни в повсякденну життєдіяльність з позицій *парадигми «нормальної реакції на ненормальну ситуацію»*. Нажаль, наявність у нашому суспільстві проблеми «афганського синдрому» та його негативних наслідків у ряді випадків свідчить про те, що існує гостра потреба створення в державі ефективної системи психологічної реабілітації учасників бойових дій.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адаптація випускників вищих навчальних закладів МВС України до службової діяльності: психол.-пед. реком. / [В.Г. Андросюк, Л.І Казміренко, І.Г. Кириченко та ін.]. – К.: НАВСУ, 2001. – 46 с.
2. Айви А.Е. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство / Айви А.Е., Айви М.Б., Саймэк–Даунинг Л.: пер. с англ. – М., 1999. – 487 с.
3. Александров А.А. Аутотренинг: справочник / А.А. Александров. – СПб: Питер, 2007. – 272с.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учеб. пособие / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
5. Забезпечення особистої безпеки працівників органів внутрішніх справ при виконанні службових обов'язків / [Андросюк В.Г., Казміренко Л.І., Юхновець Г.О. та ін.]. – К.: НАВСУ, 1999. – 226 с.
6. Антипов В.В. Психофизиологическая адаптация к экстремальным ситуациям / В.В. Антипов – М.: ВЛАДОС-пресс, 2004. – 173 с.
7. Апчел В.Я. Стресс и стрессоустойчивость человека / В.Я. Апчел, В.Н. Циган. – СПб.: ВМА, 2002. – 86 с.
8. Бандурка А.М. Психология управления / Бандурка А.М., Бочарова С.П., Землянская Е.В. – Х.: Фортуна-пресс, 1998. – 464 с.
9. Барко В.І. Професійний відбір кадрів до органів внутрішніх справ (психологічний аспект): [монографія] / В.І. Барко – К.: Ніка-Центр, 2002. – 296 с.
10. Божович Л.И. Устойчивость личности, процесс и условия ее формирования / Л.И. Божович. – М.: МГУ, 1996. – 180 с.
11. Большаков В. Ю. Психотренинг: социодинамика, упражнения, игры / В.Ю. Большаков – СПб.: Изд-во “Социально-психологический центр”, 1996. – 381 с.
12. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика / А.Ф. Бондаренко – К.: Укртехпресс, 1997. – 184 с.

13. Бондаренко О.Ф. Психологічна допомога особистості: [навч. посіб. для студ.] / О.Ф. Бондаренко. – Х.: Форма, 1996. – 239 с.
14. Бурлачук Л.Ф. Психодіагностика: [учеб. для вузов] / Л.Ф. Бурлачук. – СПб.: Питер, 2006. – 351 с.
15. Василюк Ф.Е. Психологія переживання: Аналіз преодолення критических ситуацій / Ф.Е. Василюк. – М.: Изд-во МГУ, 1984. - 200с.
16. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехника. / И.В. Вачков. – М.: Изд-во «Ось-89», 1999. – 283 с.
17. Говоруха В.В. Морально-психологічне забезпечення службово-бойової діяльності внутрішніх військ МВС України: навч. посіб. / В.В. Говоруха, О.О. Ілляк – Х.: ВІ ВВ МВС України, 2000. – 280 с.
18. Гордиенко Н.И. Экстремальная психология в деятельности специалистов социальной сферы: учеб. пособ. / Н.И. Гордиенко – Волгоград: Прин-Терра, 2006. – 103 с.
19. Дикая Л.Г. Психическая саморегуляция функционального состояния человека (системно-деятельностный подход) / Л.Г. Дикая. – М.: Изд-во “Институт психологии РАН”, 2003. – 318 с.
20. Дьяченко М.И. Психологический словарь-справочник / М.И Дьяченко, Л.А. Кандыбович – Мн: Харвест, 2001. – 576с.
21. Дьяченко М.И. Готовность к деятельности в напряженных ситуациях: психологический аспект / М.И. Дьяченко, Л.А. Кандыбович, В.А. Пономаренко. - Мн: Изд-во “Университетское”, 1995. - 206 с.
22. Экстремальна психологія: [підручник] / [Євсюков О.П., Куфлієвський А.С., Лебедев Д.В. та ін.]; за заг. ред. проф. О.В. Тімченка. – К.: Август Трейд, 2007. – 502 с.
23. Ірхін Ю.Б. Психопрофілактична робота з персоналом органів внутрішніх справ: навч.-метод. посіб. / Ю.Б. Ірхін – К.: РВВ КЮІ, 2005. – 190 с.
24. Караяни А.Г. Прикладная военная психология / А.Г. Караяни, И.В. Сыромятников – СПб.: Питер, 2006. – 480 с.

25. Квашнина Г.А. Психологическая устойчивость в чрезвычайных ситуациях: учеб. пособ. / Г.А. Квашнина – Воронеж: Воронеж. гос. тех. ун-т, 2004. – 145 с.
26. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 1984. – 360 с.
27. Кокурн О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: [монографія] / О.М. Кокурн. – К.: Міленіум, 2004. – 265 с.
28. Комаров О.В. Навчально-тренінгова програма "Профілактика та попередження негативних психоемоційних станів, що призводять до самогубства працівників органів внутрішніх справ" / Комаров О.В., Комаров О.В., Сулицький В.В. – К.: РВВ КІВС, 2003. – 44 с.
29. Конюхов Н.И. Словарь-справочник практического психолога / Н.И. Конюхов. – Воронеж: Изд-во НПО "МОДЭК", 1996. – 224 с.
30. Корольчук М.С. Психологічне забезпечення психічного та фізичного здоров'я особистості / М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк, А.Ф. Косенко, Т.І. Кочергіна – К: Інкос, 2002. – 272 с.
31. Корольчук М.С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: навч посіб. для студ. вищ. навч. закл. / М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2006. – 580 с.
32. Короленко П.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях / П.П. Короленко. – М.: Медицина, 1999. – 271 с
33. Кравченко О.В. Психологічне забезпечення діяльності органів внутрішніх справ в ризиконебезпечних ситуаціях оперативно-службової діяльності: навч. посіб.] / Кравченко О.В., Тімченко О.В., Христинко В.Є. – Х.: Вид-во НУВС, 2002. – 127 с.
34. Крайнюк В.М. Теорія та практика психологічної допомоги / В.М. Крайнюк. – К.: НАОУ, 2003. – 158 с.
35. Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості: [монографія] / В.М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2007. - 432 с.

36. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера / А.Е. Личко – Л.: Медицина, 1983. – 206 с.
37. Лебедева С.Ю. Психологічне забезпечення професійної та функціональної надійності фахівців снайперських груп спеціальних підрозділів МВС України: [монографія] / С.Ю. Лебедева, О.В. Тімченко. – Х.: ХНАДУ, 2005. – 326 с.
38. Леонова А.Б. Психопрофилактика стрессов / А.Б. Леонова, А.С. Кузнецова. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1993. – 123с.
39. Малкина – Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина – Пых. – М.: Эксмо, 2008. – 928 с.
40. Марасанов Г. И. Социально-психологический тренинг / Г.И. Марасанов. – М.: Совершенство, 1998. – 208 с.
41. Марищук В.Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / В.Л. Марищук, В.И. Евдокимов. – СПб.: Издательский дом "Сентябрь", 2001. – 325с.
42. Марьин М.И., Касперович Ю.Г. Психологическое обеспечение антитеррористической деятельности: учеб. пособ. / М.И. Марьин, Ю.Г. Касперович. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 208 с.
43. Медведев В.С. Проблемы професійної деформації співробітників органів внутрішніх справ (теоретичні та прикладні аспекти): [монографія] / В.С. Медведев. – К.: НАВС України, 1996. – 192с.
44. Методологія, форми і методи надання психологічної допомоги та здійснення психокорекційної роботи в системі Міністерства внутрішніх справ України: методичні рекомендації / укл. Ю.Л. Майдіков, В.В. Суліцький. – К., 2004. – 127 с.
45. Немов Р.С. Основы психологического консультирования: учеб. [для студ. педвузов] / Р.С. Немов. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – 528 с.
46. Основы работы психолога внутрішніх військ МВС України: навч. посіб. / [І.І. Ліпатов, І.І. Приходько, Ю.Б. Ірхін та ін.]. – Х.: Акад. ВВ МВС України, 2008. – 152 с.

47. Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях: учеб. пособ. [для студ. высш. учеб. завед.] / Н.Г. Осухова. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 288 с.
48. Пономаренко В.А. Психология человеческого фактора в опасной профессии / В.А. Пономаренко. – Красноярск: Сила, 2006. – 618 с.
49. Потапчук Є.М. Теорія та практика збереження психічного здоров'я військовослужбовців: [монографія] / Є.М. Потапчук. – Хмельницький: НА ДПСУ ім. Б. Хмельницького, 2004. – 323 с.
50. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: учеб. пособ. / [В.Д. Балин, В.К. Гайда, В.К. Гербачевский и др.]; под общ. ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. – СПб.: Питер, 2000. – 560 с.
51. Приходько І.І. Професійний психологічний відбір майбутніх офіцерів внутрішніх військ МВС України: [монографія] / І.І. Приходько. – Х.: Акад. ВВ МВС України, 2008. – 190 с.
52. Про затвердження Комплексної програми вдосконалення бойової та психологічної підготовки особового складу органів та підрозділів внутрішніх справ України: наказ МВС України № 385 від 26.05.2005 р.
53. Про подальший розвиток служби психологічного забезпечення діяльності внутрішніх військ МВС України: наказ командувача ВВ МВС України № 39 від 28.01.2006 р.
54. Про подальший розвиток служби психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності органів внутрішніх справ України: наказ МВС України № 842 від 28.07.2004 р.
55. Рабочая книга практического психолога: пособ. для специалистов, работающих с персоналом / под ред. А.А. Бодалева, А.А. Деркача, Л.Г. Лаптева. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. – 640 с.
56. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / К. Рудестам. – М.: Прогресс, 1990. – 282 с.
57. Самоукина Н.В. Экстремальная психология / Н.В. Самоукина. – М.: ТАНДЕМ, 2000. – 288 с.

58. Сандомирский М.Е. Защита от стресса. Телесные технологии / М.Е. Сандомирский – [2-е изд.] – СПб.: Питер, 2008. – 256 с.
59. Словарь практического психолога / [сост. С.Ю. Головин]. – Мн.: Харвест, 2001. – 800 с.
60. Сидоренко Е.А. Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру / Е.А. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2000. – 352 с.
61. Смирнов Б.А. Психология деятельности в экстремальных ситуациях / Б.А. Смирнов, Е.В. Долгополова. – Х.: Изд-во Гуманитарный центр, 2007. – 292с.
62. Современная военная психология: хрестоматия / [сост. А.А. Урбанович]. – Мн.: Харвест, 2003. – 576 с.
63. Соломин И.Л. Современные методы психологической экспресс-диагностики и профессионального консультирования / И.Л. Соломин. – М.: Речь, 2006. – 280с.
64. Сулицький В.В. Психологія суїцидальної поведінки. – К.: “МП Леся”, 2001. – 316 с.
65. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.
66. Тимченко А.В. Психогении в экстремальных условиях. Боевая психическая травма и методы ее коррекции / А.В. Тимченко. – Х.: ХВУ, 1995. – 182с.
67. Тимченко О.В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: [монографія] / О.В. Тимченко. – Х.: Вид-во ун-ту внутр. справ, 2000. – 268 с.
68. Титаренко Т.М. Кризове психологічне консультування / Т.М. Титаренко. – К.: Главник, 2004. – 96 с.
69. Черепанова Е.М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека / Е.М. Черепанова. – Л.: ЛГУ, 1989. – 306 с.

70. Чуев Ю.Ф. Особенности формирования суицидального поведения при стрессовой ситуационной нагрузке / Ю.Ф. Чуев //Неврология и психиатрия. – 1986. – № 15. – С.38–40.
71. Щербатых Ю.В. Психология стресса / Ю.В. Щербатых. – М.: Изд-во Эксмо, 2006. – 304 с.
72. Ягупов В.В. Військова психологія: підручник / В.В. Ягупов. – К.: Тандем, 2004. – 656 с.

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

- Абулія, 42
Адаптивні і компенсаторні ресурси, 5
Аддиктивна поведінка, 165
Аддиктивні розлади, 166
Амбівалентність, 37
Амнезія, 35
Антистресорні методики, 124
Арттерапія, 88
Астенічний стан, 60
Атеросклеротичні неврастенії, 61
Аутоагресія, 135
Аутогенне тренування, 101
Аутосугестія, 100
Афект, 41
Афективні розлади, 61
Афіліація, 187
Бібліотерапія, 88
Галюцинації, 33-34, 50
Гетеросугестія, 100
Гештальттерапія, 82-83
Гіпербулія, 42
Гіпертонічна хвороба, 59
Гіпермнезія, 35
Гіпобулія, 42
Гіпомнезія, 35
Гомеостаз, 62
Групова психотерапія, 91
Дебільність, 57
Дебрифінг, 94-99
Девіантна поведінка, 139
Дезадаптація, 25
Деменція, 60, 61
Десензитизації, 259
Дистрес, 119
Дисфорія, 61
Дисфункції, 139
Екзальтація, 24
Екзогенні захворювання, 57
Екстремальні ситуації, 17, 126
Екстремальні умови, 10
Емоційна лабільність, 40
Емоційно-вольова мобілізація, 8
Ендогенні психічні розлади, 48
Ендогенні психози, 34
Енцефалопатія, 61
Епілепсія, 54
Етіологічні чинники, 48
Еустрес, 119
Життєва перспектива, 12
Життєва ситуація, 11
Життєвий шлях, 11
Життєві обставини, 11
Звуження поля свідомості, 24
Зрив діяльності, 174, 175
Ідеомоторне тренування, 105
Ілюзії, 32-33
Індивідуальна психотерапія, 77

Інтегративна трансперсональна психотерапія, 86

Інтелектуально-мнестичні розлади, 62

Інтотоксикація, 26

Істеричний невроз, 63

Кататимно-імагінативна психотерапія, 86

Клієнтцентрована (роджерівська) психотерапія, 85

Комунікативні техніки, 75

Копінг-поведінка, 185

Корсаківський синдром, 60

Логотерапія, 83

Локус контролю, 16

Маніакально-депресивний психоз, 48 51-53, 61

Мантра, 108

Маячення, 39, 50

Маячні стани, 61

Медитація, 107

Медична психотерапія, 77

Мнестичні функції, 24

Музикотерапія, 88

Музично-колірний вплив, 88

М'язова релаксація
активна, 101, 112
пасивна, 101, 113
прогресивна, 101, 112

Неврастенія, 63

Невроз, 62-63

Невроз причепливих станів, 63

Неврозоподібні психічні розлади, 59

Невротичні реакції, 9

Негативні психоемоційні стани, 9

Нейролінгвістичне програмування, 87

Немедична психотерапія, 76

Нервово-психічна нестійкість, 147

Нервово-психічна стійкість, 144

Нервово-психічні навантаження, 10

Нонутопізм, 22

Норма психічного здоров'я, 27, 29, 147

Оволодіння, 18-19

Олігофренія, 56

Онтогенез, 100

Органічне ураження мозку, 32

Парамнезія, 35

Параноїдний синдром, 60

Патогенетичний чинник, 62

Патогістологічні зміни, 61

Патологічні зміни особистості, 9

Післяінсультна недоумкуватість, 60

Поведінка девіантна, 9

Поведінка деліквентна, 9

Поведінкова психотерапія, 84-85

Подолання, 19

Посттравматичні розлади, 9, 25

Посттравматичний стрес, 137

Посттравматичний стресовий розлад, 137

Принципи психологічного консультування, 70

Пристосування, 19
Проблеми саморозвитку й самоідентифікації, 13
Професійна деформація, 9
Психічна демобілізація, 185
Психічна норма, 20
Психічна патологія, 20
Психічна саморегуляція, 8
Психічна травма, 9, 23
Психічне захворювання, 29
Психічне здоров'я, 5, 8, 9, 20 – 30
Психогенії, 62
Психогенні розлади, 129
Психогенні стани, 128
Психогігієна, 144
Психогімнастика, 88
Психодіагностична робота, 10
Психодинамічна психотерапія, 85
Психоемоційна напруга, 8
Психокорекція, 65-69
Психологічний захист, 18
Психологічна корекція, 65-68
Психологічна проблема, 12
Психологічна реабілітація, 9
Психологічна самодопомога, 100
Психологічне консультування, 65-69
Психологічні стратегії, 18
Психологічний захист, 124
Психомоторика, 120
Психоорганічний синдром, 59
Психопатії, 44
Психопатологічні психогенні розлади, 129
Психопатоподібні стани, 59
Психопрофілактика, 144
Психореабілітація, 144
Психосенсорні розлади, 31
Психосоматичні захворювання, 5
Психосоматичні розлади, 5
Психотерапія, 65-72
Психотравмуюча ситуація, 22
Психотравмуючі чинники, 66
Психофізіологічний стан, 16
Раціональна психотерапія, 79-82
Реактивні психози, 129
Регресія, 18
Резонерство, 37
Рефлексія, 16
Самогіпноз, 101
Самодіагностика, 115
Самокорекція, 115
Самомасаж, 114
Самонавіювання, 100
Саморегуляція, 114
Сенестопатії, 61
Сімейна терапія, 87
Симптом, 30
Симптоматика психічних розладів, 30
Складна життєва ситуація, 15
Соматичні захворювання, 25
Соматовегетативні розлади, 64
Соматовегетативні функції, 63

Соціальна адаптованість, 22
Соціальна активність особистості, 12
Соціально-психологічна
реадаптація, 193
Стадія субкомпенсації, 22
Стан дезадаптації, 10
Стійкість
емоційно-вольова, 120
емоційно-моторна, 120
емоційно-сенсорна, 120
Стрес, 116
Стрессова ситуація, 24
Стресостійкість психіки, 123
Суб'єктивний образ світу, 12
Суїцидальна поведінка, 151
Суїцидальні думки, 151
Суїцидальні задуми, 151
Супервізія, 137
Сутінкові затьмарення свідомості, 60
Тахікардія, 24
Трансперсональна психологія, 77
Тремор, 24
Тривожно-параноїдні стани, 61
Філогенез, 100
Фрустраційна регресія, 131
Фрустраційна стійкість, 21
Фруструючий вплив, 120
Церебральний атеросклероз, 61
Шизофренія, 34
Янтри, 108

Навчальне видання

ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Навчальний посібник