

Міністерство освіти і науки України
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

Н. П. ПАНЧУК

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК



Електронне видання

Кам'янець-Подільський
2025

УДК 159.98:61(075.8)

ББК 88.48я73

П16

Рекомендувала вчена рада факультету спеціальної освіти, психології і соціальної роботи Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, протокол №4 від 27 березня 2025 р.

Рецензенти:

Жигульова Е. О. – кандидат біологічних наук, доцент, Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

Стрільчук О. В. – психолог відділення гострого мозкового інсульту комунального некомерційного підприємства Кам'янець-Подільської міської лікарні Кам'янець-Подільської міської ради

Федорчук В. М. – кандидат психологічних наук, доцент, НРЗВО «Кам'янець-Подільський державний інститут».

Панчук Н. П.

П16 Медична психологія: навчальний посібник [Електронний ресурс]. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2025. 352 с.

Навчальний посібник складається з частин: вступ, лекційні заняття, практичні заняття, тестові завдання, мультимедійні презентації лекцій, список використаних джерел.

Посібник сприятиме забезпеченню професійної компетентності у сфері наукових знань з медичної психології для майбутньої професійної діяльності; ознайомленню з прикладними галузями медичної психології; вмінню аналізувати симптоми розладів психіки та поведінки та основних патопсихологічних синдромів; оволодінню психологічними методами та засобами збереження, зміцнення і розвитку здоров'я, відновленню психологічних ресурсів людини; ознайомленню з алгоритмами надання психологічної допомоги людині у кризових станах, пов'язаних із травматичним досвідом, втратою, невиліковною хворобою, тощо та з психореабілітаційними заходами в умовах воєнного часу.

Навчальний посібник стане у нагоді викладачам та здобувачам вищої освіти.

УДК 159.98:61(075.8)

ББК 88.48я73

Електронна версія посібника доступна за покликанням:

URL: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/9229>

© Панчук Н. П., 2025



ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ЛЕКЦІЙНІ ЗАНЯТТЯ.....	9
Тема 1. Медична психологія як галузь психологічної науки	9
1.1. Поняття медичної психології, її об'єкт предмет. Завдання медичної психології.....	10
1.2. Основні методи дослідження	14
1.3. Порівняння медичної і клінічної психології.....	20
1.4. Структура медичної психології.....	23
1.5. Історія розвитку медичної психології	29
1.6. Зв'язок медичної психології з іншими науками	33
1.7. Прикладні галузі медичної психології: психологічна просвіта (психоедукація), психопрофілактика, психогігієна, психологія здоров'я, клінічна психодіагностика, медико-психологічне консультування, коучинг здоров'я, психотерапія, психореабілітація.....	34
1.8. Особливості психологічної реабілітації під час воєнного часу	41
Тема 2. Психологічні основи збереження та розвитку здоров'я	44
2.1. Поняття та види здоров'я	45
2.2. Комплексна валеологічна програма розвитку здоров'я людини – «квітка потенціалів»	54
2.3. Тілесний потенціал здоров'я та його розвиток.....	55
2.4. Емоційний потенціал здоров'я	63

2.5. Когнітивний потенціал здоров'я, його розвиток (інтелектуальний)	80
2.6. Творчий та вольовий потенціали здоров'я, їх розвиток	85
2.7. Соціальний та духовний потенціали здоров'я, їх розвиток	87
2.8. Поняття про психологічні ресурси особистості. Життестійкість, резильєнтність, життєздатність	89
2.9. Механізми психологічного захисту: поняття, особливості, види	98
2.10. Копінг-поведінка, копінг-стратегії, копінг-ресурси	102
2.11. Модель BASIC Ph. Відновлення психологічних ресурсів	105
Тема 3. Основи психологічної реабілітації	106
3.1. Реабілітаційна психологія як галузь психології. Предмет і завдання сучасної психології реабілітаційної діяльності	107
3.3. Поняття та види реабілітації	110
3.4. Сутність психологічної реабілітації	111
3.5. Етапи та завдання медико-психологічної реабілітації	113
3.8. Система психологічної реабілітації пацієнтів з соматичними захворюваннями	114
3.11. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців (у воєнний час)	122
Тема 4. Травматичний стрес та стани дезадаптації особистості	123
4.1. Поняття про травматичний стрес, психічну травму	124
4.2. Психофізіологія травми	132
4.3. Гостра реакція на стрес. Ознаки гострого стресового розладу	133
4.4. Поняття та чинники розвитку посттравматичного стресового розладу	134
4.5. Критерії діагностики посттравматичного стресового розладу за МКХ-10 і DSM-V	136
4.6. Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані	138

4.8. Психоедукація при роботі з кризовими клієнтами.....	145
4.10. Техніки стабілізації психічного стану людини	146
4.11. Відновлення безперервності життя травмованої людини. Зниження впливу травматичної події на якість життя	148
4.12. Протоколи TRIM та TID	151
Тема 5. Психологія втрати та горювання.....	153
5.1. Поняття та класифікації втрат. Неоднозначна втрата	153
5.2. Поняття та ознаки гострого горя	155
5.3. Етапи переживання горя. Нормальне та патологічне горе	157
5.6. Психологічна допомога людині у стані горя	161
5.7. Особливості консультативної практики військовослужбовців, які мають важкі наслідки бойових поранень (ампутація кінцівки, втрата зору, зміна зовнішності).....	167
Тема 6. Психологія вмирання та смерті	171
6.1. Поняття біологічної та клінічної смерті. Смерть як екзистенційне явище	172
6.2. Поведінка і суб'єктивні переживання вмираючих. Динаміка психологічних реакцій вмираючих за Е. Кюблер-Росс	172
6.4. Психологічна складова паліативної допомоги	174
6.5. Евтаназія: за і проти.....	175
6.7. Суїцидальна поведінка як форма кризового реагування. Індикатори суїцидального ризику.....	177
6.8. Антисуїцидальні чинники. Профілактика і раннє розпізнавання суїцидальних тенденцій	179
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ.....	187
Тема 1. Медична психологія як галузь психологічної науки	187
Тема 2. Психологічні основи збереження та розвитку здоров'я.....	196
Тема 3. Основи психологічної реабілітації.....	203
Тема 4. Травматичний стрес та стани дезадаптації особистості	211

Тема 5. Психологія втрати та горювання	218
Тема 6. Психологія вмирання та смерті	225
МУЛЬТИМЕДІЙНІ ПРЕЗЕНТАЦІЇ ЛЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ.....	231
ГЛОСАРІЙ.....	324
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	348



ВСТУП

На сьогодні навчальна дисципліна «Медична психологія» є складовою професійної підготовки фахівців різних спеціальностей: психологів, реабілітологів. Вона є однією з навчальних дисциплін, яка базується на загальних теоретичних положеннях психологічної науки і є складовою частиною дисциплін загально-професійної та практичної підготовки, відповідно до освітньо-професійної програми Практична психологія Галузь знань Соціальні науки, журналістика та інформація Спеціальності С4 Психологія.

Зміст курсу визначався такою метою: сприяння формуванню цілісної системи наукових знань про медичну психологію як науку і практику, по психологічні основи збереження та розвитку здоров'я, психопрофілактику та психотерапію кризових станів особистості, пов'язаних із травматичним досвідом, втратою, невиліковною хворобою, психореабілітаційними заходами в умовах воєнного часу.

Матеріали навчального посібника допоможуть засвоїти такі основні питання: медична психологія як галузь психологічної науки; психологічні основи збереження та розвитку здоров'я; основи психологічної реабілітації; травматичний стрес та стани дезадаптації особистості; психологія втрати та горювання; психологія вмирання та смерті.

Посібник складається з частин: вступ, лекційні заняття, практичні заняття, тестові завдання, глосарій, список використаних джерел.

Запропоновані завдання створюють простір для вибору, на їх основі викладач та студенти можуть конструювати той варіант заняття, що відповідає потребам аудиторії та стилю викладача. Їх застосування, на наш погляд, сприятиме забезпеченню професійної компетентності; застосуванню на практиці знань з медичної психології з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей клієнта/пацієнта, соціальної ситуації

розвитку та особливостей його життєвого шляху; розробленню програми наданню психологічного аналізу кризових станів, пов'язаних із втратою; застосуванню базових психологічних знань в практичній роботі з групами населення, які мають травматичний досвід, профілактику станів соціально-психічної дезадаптації та ПТСР; застосовуванню психореабілітаційних заходів в умовах воєнного часу; формуванню у здобувачів вищої освіти досвіду практичного застосування знань у повсякденному житті та в майбутній професійній діяльності.

РОЗДІЛ 1.

ЛЕКЦІЙНІ ЗАНЯТТЯ



ЛЕКЦІЯ

Тема 1. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ЯК ГАЛУЗЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НАУКИ

- 1.1. Поняття медичної психології, її об'єкт предмет. Завдання медичної психології.
- 1.2. Основні методи дослідження.
- 1.3. Порівняння медичної і клінічної психології.
- 1.4. Структура медичної психології.
- 1.5. Історія розвитку медичної психології.
- 1.6. Зв'язок медичної психології з іншими науками.
- 1.7. Прикладні галузі медичної психології: психологічна просвіта (психоедукація), психопрофілактика, психогігієна, психологія здоров'я, клінічна психодіагностика, медико-психологічне консультування, коучинг здоров'я, психотерапія, психореабілітація.
- 1.8. Особливості психологічної реабілітації під час воєнного часу.
- 1.9. Сучасні тенденції розвитку медичної психології.
- 1.10. Основні поняття медичної психології.

Самостійна робота:

1. *Історія розвитку медичної психології.*
2. *Прикладні галузі медичної психології: психологічна просвіта (психоедукація), психопрофілактика, психогігієна, психологія здоров'я, клінічна психодіагностика, медико-психологічне консультування, коучинг здоров'я, психотерапія, психореабілітація.*
3. *Сучасні тенденції розвитку медичної психології.*
4. *Основні поняття медичної психології.*

Основні поняття теми: медична психологія, загальна медична психологія, приватна медична психологія, спеціальна медична психологія, етапи психологічного дослідження, спостереження, наукове спостереження, експеримент, експеримент лабораторний, експеримент природний, подвійний сліпий метод, тести, психодіагностика, психологічний діагноз: перший рівень – симптоматичний; другий рівень – етіологічний діагноз; третій рівень – типологічний діагноз; метод моделювання, метод аналізу продуктів діяльності, бесіда, інтерв'ю, діагностичне інтерв'ю, прямі питання, непрямі питання, проєктивні питання, сугестивні питання, анкетування, клінічна психологія, психосоматика, патопсихологія, психопатологія, психологія здоров'я, медична деонтологія, психологічна просвіта (психоедукація), психопрофілактика, психогігієна, психологія здоров'я, клінічна психодіагностика, медико-психологічне консультування, коучинг здоров'я, психотерапія, психореабілітація.

1.1. Поняття медичної психології, її об'єкт та предмет.

Завдання медичної психології

Термін «медична психологія» вперше використав німецький психіатр, психолог Е. Кречмер у 1922 році. Першу в світі кафедру медичної психології організував швейцарський психоаналітик, психолог К.-Г. Юнг. З їх точки зору медична психологія – це «психологія з практики лікаря для практики лікаря» з ухилом у психотерапію. Медична психологія вивчає психологію хворого, страждаючої і анормальної людини, насамперед – порушення особистості, поведінки, потягів, питання психічної конституції людини і неврози.

Медична психологія – галузь загальної психології, яка використовує знання психологічних закономірностей в медичній практиці: діагностиці, лікуванні та профілактиці захворювань. З чого випливає те, що медична психологія вивчає психологічні проблеми хворих людей на різних етапах їх життя і хвороби. Так само слід зазначити, що медична психологія може використовуватися не тільки як самостійний розділ медицини, але і застосовується з іншими медичними дисциплінами: соціальна медицина, гігієна, медична екологія, епідеміологія та інші. Крім вивчення психіки хворої людини, до основних розділів предмета медичної психології відноситься вивчення закономірностей спілкування та взаємодії хворих і медичних працівників, а також вивчення психологічних засобів впливу на хворих в цілях профілактики і лікування захворювань.

Медична психологія – наука, що вивчає психологічні особливості людей з різними захворюваннями, методи і способи діагностики психічних відхилень, диференціації психологічних феноменів і психопатологічних симптомів і синдромів, психологію взаємин пацієнта і медичного працівника, психопрофілактичні, психокорекційні і психотерапевтичні способи допомоги пацієнтам, а також теоретичні аспекти психосоматичних і соматопсихічних взаємовпливів (С.Д. Максименко).

При вивченні психіки пацієнта особливе місце в медичній психології займає виявлення за допомогою різних психологічних методик захворювань та механізмів їх виникнення. При цьому найбільш важливим є вивчення ролі у виникненні та перебігу хвороб психотравмуючих факторів психогенного характеру, а також дослідження особливостей особистісної реакції людини на своє захворювання (індивідуальне і соціальне значення хвороби). Так само при вивченні взаємодії і спілкування медичних працівників з хворими особливо підкреслюється, що пацієнт для лікаря не тільки об'єкт діагностики і терапії, але і суб'єкт зі своїм складним внутрішнім психологічним світом, що індивідуально реагує на хворобу і умови мікросоціального середовища.

Медичну психологію можна умовно поділити на загальну і приватну:

Загальна медична психологія займається вивченням змін психіки людини, які викликані певним захворюванням, поведінки медичних працівників, психологічного клімату лікувально-профілактичних установ різного типу, впливом психіки на фізичний стан людини і навпаки, основними особливостями, що характеризують індивідуальність людини (темперамент, характер, особистість) і їх можливі зміни в процесі онтогенезу; етика і деонтологія.

Загальна медична психологія вивчає:

- основні закономірності психології хворої людини (критерії нормальної, тимчасово зміненої і хворобливої психіки), психології лікаря, психології повсякденного спілкування хворого і лікаря, психологічної атмосфери профілактичних і лікувальних установ;
- учення про психосоматичні і соматопсихічні взаємовпливи;
- учення про індивідуальність (темперамент, характер, особистість), про еволюцію та етапи її постнатального онтогенезу (включаючи дитинство, підлітковий вік, юність, зрілість і старість), про афективно-вольові процеси;

- медичної деонтології, включаючи питання лікарського обов'язку, етики, лікарської таємниці.

Приватна медична психологія займається вивченням індивідуальних особливостей психіки пацієнтів з різними захворюваннями: пацієнтів з психічною патологією; осіб, які страждають на захворювання, що вимагають хірургічного втручання; психологічні особливості осіб, які страждають на вроджені та набуті дефекти; психологічні особливості громадян при проведенні різних видів експертиз, у тому числі військово-лікарської, судової, медико-соціальної, психічні особливості осіб, що страждають на хімічні і нехімічні залежності, а також психічні особливості хворих при будь-якій іншій соматичній патології.

Спеціальна медична психологія розкриває провідні аспекти лікарської етики при спілкуванні з конкретним пацієнтом і при певних формах захворювань. При цьому основну увагу приділяють:

- особливостям психології пацієнта з межовими (пограничними) формами нервовопсихічних розладів (найбільш вразливі і чутливі пацієнти), котрі фактично є об'єктом діяльності лікаря будь-якої спеціальності;
- психології пацієнтів на етапах підготовки, проведення хірургічних втручань і у післяопераційному періоді;
- особливостям психології пацієнтів з серцево-судинними, інфекційними, онкологічними, гінекологічними, нервовими,
- шкірним, психічним формам патології.

Медична психологія займається проблемами нормальної і зміненої хворобою психіки людини, проблемами психології медичного працівника або робітника іншої спеціальності, який має відношення до лікувального процесу (соціальний працівник, реабілітолог та інші). Крім того, у медичній психології розробляється вчення про взаємозв'язок психічного і соматичного у людині (психосоматичний і соматопсихічний взаємозв'язок), враховуються аспекти індивідуальності (темперамент, характер, особистість) і етапи постнатального онтогенезу (вікова клінічна психологія), а також розглядаються психологічні проблеми психогігієни, психопрофілактики і медичної деонтології.

Медична психологія – прикладна наука, розвиток якої визначають такі **цілі**:

- вивчення психічних факторів, що впливають на розвиток хвороби, її профілактику і лікування: вивчення впливу певних захворювань на психіку;

- вивчення різних виявів психіки особистості у їх динаміці;
- вивчення порушень розвитку психіки (в т.ч. й у соматичних хворих);
- вивчення характеру взаємин хворої людини з медичним персоналом і мікросередовищем оточення;
- розробка принципів і методів психологічного дослідження особистості в клініці;
- створення і вивчення психологічних методів впливу на психіку особистості з лікувальною і профілактичною метою.

Цілі медичної психології

вивчення впливу певних захворювань на психіку	вивчення різних виявів психіки у їхній динаміці	вивчення порушень розвитку психіки	вивчення характеру взаємин хворої людини з медичним персоналом і мікросередовищем оточення	розробка принципів і методів психологічного дослідження в клініці	створення і вивчення психологічних методів впливу на психіку людини з лікувальною і профілактичною метою

Завданням медичної психології є вивчення психіки хворої людини у різних умовах.

Предметом вивчення медичної психології є: особистість хворої людини в широкому розумінні цього слова (різноманітні і глибокі порушення в психічній діяльності душевнохворих докладно вивчаються спеціальною наукою – психіатрією), медичний працівник, взаємовідносини хворого і медичних працівників на різних етапах їхнього спілкування. При цьому різні суміжні проблеми розглядаються відносно до основної задачі – наданню максимальної допомоги пацієнтові.

Розглядаючи здорову і хвору особистість у біопсихосоціальній єдності, можна побачити взаємозв'язок клінічної психології з іншими науковими дисциплінами і предметами. До них відносяться: соціологія, антропологія, етнографія, культурологія, історія, філологія і лінгвістика (нейролінгвістика, психолінгвістика), математика і статистика та ін.

Отже, **медична психологія** – це прикладна галузь, що виникла з потреб практики і існує для практики. Вона відноситься до міждисциплінарної галузі досліджень і одночасно виступає як в ролі медичної, так в ролі психологічної науки, а саме:

- 1– за завданнями і проблемами – це медична наука;

2 – за методологією, теорією, методами дослідження – психологічна наука.

Основні завдання медичної психології як науки:

1. Вивчення психічних чинників, що впливають на розвиток хвороб, їх профілактику і лікування;
2. Вивчення впливу тих або інших хвороб на психіку;
3. Вивчення різних проявів психіки в динаміці хвороби;
4. Вивчення порушень розвитку психіки у дітей;
5. Розробка принципів і методів психологічного дослідження в клініці;
6. Створення і вивчення психологічних методів впливу на психіку людини з лікувальною та профілактичною метою та інші завдання.

1.2. Основні методи дослідження

Основою для проведення експериментально-психологічних досліджень служать **методологічні принципи**, які відносяться до фундаментальних, загальних принципів дослідження, запозичених психологічною наукою на етапі її перетворення в самостійну наукову дисципліну з філософії. **Це принципи детермінізму, єдності свідомості і діяльності, формування свідомості і діяльності, розвитку психічного процесу при безпосередньому спілкуванні і діяльності, а також принцип моделювання і системний підхід**, який використовується при описі складних об'єктів, до числа яких, безперечно, належить і психічна діяльність людини.

Методи психологічного дослідження також виявляють залежність від основних теоретичних принципів, що лежать в основі предмета психології, конкретних завдань, які вона вирішує.

Етапи психологічного дослідження:

- ✓ **перший етап:** формулювання проблеми (питання про причини або чинники, які визначають існування або специфіку того чи іншого явища);
- ✓ **другий етап:** висунення гіпотези (відповідь на питання, сформульоване в проблемі);
- ✓ **третій етап:** перевірка гіпотези на емпіричному матеріалі;
- ✓ **четвертий етап:** інтерпретація результатів перевірки.

Медична психологія в своїй діяльності використовує **два основних методи** отримання психологічних фактів:

- ✓ **метод спостереження (описовий метод) і метод експерименту.** Кожен з цих методів має ряд модифікацій, які уточнюють, але не змінюють їх сутність.

Спостереження – це систематичне, цілеспрямоване відстеження проявів психіки людини в певних умовах. Невтручання дослідника (об'єкт спостереження не знає, що за ним спостерігають) з очікуванням, коли явища, які їх цікавлять, проявляться таким чином, що їх можна буде зафіксувати і описати, є найбільш важливою характеристикою даного методу.

Розрізняють такі **види спостереження**:

- **зріз** (короткочасне спостереження);
- **лонгітюдне** (тривале, іноді багаторічне спостереження за однією і тією ж групою випробовуваних);
- **суцільне** (досліджуються всі представники досліджуваної групи);
- **вибіркове** (отримання інформації про великі групи людей, шляхом вивчення тільки якоїсь їх частини, що становить репрезентативну вибірку);
- **включене** спостереження (коли спостерігач стає членом досліджуваної групи);
- **самоспостереження.**

Завданнями спостереження можуть бути вивчення психологічних особливостей не тільки окремої особистості, а й цілого колективу.

Вивчення власних психічних процесів здійснюється шляхом **само-спостереження (інтроспекції)**. Метод інтроспекції, або внутрішньої перцепції, був запозичений психологами з фізики, в якій він застосовувався для дослідження світла і звуку, а також з фізіології, де він використовувався для вивчення органів почуттів. Справді, для того, щоб отримати дані про органи чуття треба попросити випробуваного описати свої відчуття про дію подразника.

У психології з допомогою цього методу увага випробуваного концентрувалася не на зовнішні подразники, а на особливостях психічного стану, на протікання самого процесу сприйняття при сприйнятті певного стимулу.

Цілком допустиме самоспостереження як форма словесного звіту про те, що людина бачить, чує, переживає. Подібний звіт фіксується так

само, як і будь-яке зовнішнє об'єктивне вираження психічних станів людини.

3 інтроспекцією не слід змішувати рефлексію, як роздуми та переживання щодо власних психічних якостей і станів, яка по суті є вторинною переробкою даних самоспостереження і є аналізом власних вчинків.

Наукове спостереження вимагає постановки чіткої мети і планування. Заздалегідь визначається, які саме психічні явища будуть цікавити спостерігача, по яких зовнішніх проявах їх можна простежувати, в яких умовах буде відбуватися спостереження і яким чином передбачається фіксувати результати.

В основі експериментально-психологічного вивчення особистості хворих в **соматичній клініці може лежати один з двох методологічних підходів**:

- ✓ **один з них** передбачає цілісний опис всієї сукупності особистісних рис і спирається на особистісну типологію акцентуацій К. Леонгарда або типологію психопатій;
- ✓ **другий** заснований на послідовному вивченні окремих рис, властивостей, характеристик, для оцінки наявності і вираженості яких використовуються різні експериментально-психологічні методи.

Експеримент є найбільш ефективним способом виявлення причинно-наслідкової залежності між досліджуваними змінними.

Експеримент відрізняється від спостереження активним втручанням дослідника в ситуацію. При цьому здійснюється планомірне маніпулювання однієї із змінних, яку називають незалежною (її змінює дослідник), з подальшою реєстрацією супутніх змін в досліджуваному явищі (залежна змінна). Під змінною розуміється будь-яка реальність, яка може змінюватися в експериментальній ситуації.

Таким чином, експеримент в психології полягає в тому, що навмисно створюються і видозмінюються умови, в яких діє випробуваний, ставляться перед ним визначені задачі і по тому, як вони вирішуються, судять про виникаючі при цьому психічні явища.

Виділяють два основні різновиди психологічного експерименту: **природний і лабораторний**.

При природному експерименті обстежуваний може навіть не підозрювати, що він піддається психологічному дослідженню. Звичайність,

природність умов і введення на цьому тлі експериментальних змінних дозволяє досліднику простежити дію цих змінних і тим самим встановити їх роль та особливості впливу на досліджуване явище.

Лабораторний експеримент проводять в спеціально створених умовах, часто із застосуванням апаратури. Випробуваний знає, що над ним експериментують і дії його визначаються інструкцією. При експерименті потрібно враховувати фактори, які піддаються (контрольовані змінні – стать, вік та інше), і не піддаються контролю (зацікавленість чи байдужість випробуваного до дослідження, його настрій, тощо). Навіть при суворому забезпеченні потрібного рівня контролю всіх змінних в проведеному експерименті, спотворення можливі за рахунок очікувань, як експериментатора, так і випробовуваних.

Для усунення подібних артефактів при проведенні психологічного експерименту **використовується подвійний сліпий метод**, коли респонденти не мають інформації щодо прийнятих гіпотез, а експериментатор не знає, чи введена в даному дослідженні незалежна змінна (наприклад, замість досліджуваного препарату дається зовні схожу, але нейтральну речовину – «плацебо»).

Додаткові методи дослідження. Крім основних методів дослідження, в медичній психології застосовуються також і ряд додаткових методів.

До них відносяться метод тестів, моделювання, метод аналізу продуктів діяльності людини і бесіда (опитування).

Тестами називають набори завдань і питань, які дають можливість швидко оцінити психічне явище і рівень його розвитку. Від інших методів дослідження тести відрізняються тим, що вони передбачають чітку процедуру збору і обробки первинних даних, а також особливі прийоми їх подальшої інтерпретації.

Розрізняють інтелектуальні тести, тести досягнень і спеціальних здібностей (перцептивних, мнестичних, розумових, музичних, професійних та ін.), особистісні тести (інтересів, установок, цінностей), а також тести діагностують міжособистісні відносини.

Психодіагностика, як галузь психології, орієнтована на вимірювання індивідуально-психологічних особливостей особистості. Як самостійна область психології вона орієнтує дослідника не на дослідження, а на обстеження, тобто постановку психологічного діагнозу.

Психологічний діагноз, як основна мета діагностики, може встановлюватися на різних рівнях:

- перший рівень – **симптоматичний** (емпіричний) діагноз; він обмежується констатацією особливостей або симптомів (ознак);
- другий рівень – **етіологічний** діагноз; він враховує не тільки наявність певних особливостей, але і причини їх виникнення;
- третій рівень – **типологічний** діагноз; він полягає у визначенні місця і значення виявлених характеристик в загальній картині психічного життя людини.

Моделювання, як метод, застосовується в тому випадку, коли дослідити досліджуване явище іншими способами утруднено. Створена штучна модель досліджуваного феномену повинна повторювати його основні параметри і передбачувати властивості. На моделі детально досліджують явище і роблять висновки про його природу.

Метод аналізу продуктів діяльності. Продуктами діяльності людей є створені ними різні речі, написані книги, листи, винаходи тощо. По них можна певною мірою судити про особливості діяльності, яка призвела до їх створення і включених у цю діяльність психічних процесах.

Бесіда – це з'ясування за допомогою системи спеціально підібраних питань тих чи інших особливостей психічних явищ або психічних якостей людини. Можна виділити наступні різновиди цього методу: збір анамнезу, інтерв'ю та психологічні анкети. **Анамнез** (від лат. «по пам'яті») – відомості про минуле досліджуваної людини, отримані від нього самого (суб'єктивний анамнез) або від добре знаючих його осіб (об'єктивний анамнез).

Інтерв'ю – вид бесіди, при якому ставиться завдання отримати відповіді на певні і заздалегідь підготовлені питання. Інтерв'ю може мати різні різновиди в залежності від його цілей і ступеня стандартизації. При програмному, керованому інтерв'ю має місце суворе дотримання наміченого плану бесіди.

Діагностичне інтерв'ю. Головна умова успішного проведення бесіди або інтерв'ю є створення дружньої атмосфери і залучення пацієнта до співпраці, встановлення контакту з опитуваним. Зазвичай рекомендується починати бесіду з нейтральних питань. Потім йдуть питання загального характеру, що з'ясовують головні події його життя і діяльності. Далі йдуть спеціальні питання, обумовлені завданнями інтерв'ю.

При психологічному дослідженні саме остання група питань стосується внутрішнього світу людини і дослідник часто тут стикається з сильним психологічним бар'єром, що виявляється в небажанні давати загальні відповіді або в прагненні відповідати розмито, невиразно.

З метою подолання психологічного бар'єру питання не рекомендується формулювати як **прямі** (перший тип питань), тобто безпосередньо стосуються досліджуваного предмету (Пряме запитання: «Ви боїтеся грози?»).

Необхідні відомості про пацієнта можна отримати, використовуючи непрямі або проективні питання, які психологічно часто є більш прийнятними і не викликають негативних реакцій пацієнта.

Непрямі запитання (другий тип питань) зачіпають опосередковано саму тему і тим самим частково знижується небезпека навіювання відповіді або симуляції (непряме питання: «Що Ви робите, коли буває гроза?»).

Так звані **проективні** запитання (третій тип питань) відрізняються проблематичним значенням і часто при відповіді на них пацієнт спонтанно (мимовільно) приєднує коментар про себе (проективне питання: «Як Ви думаєте, більшість людей боїться грози?»). Коментар про себе можна викликати додатковим питанням типу: «Ну, а як Ви?»).

У ряді випадків значний ризик, особливо при обстеженні дітей, можуть представляти **сугестивні питання**, які вже своїм формулюванням підказують відповідь (пряме сугестивне питання дитині: «Ти любиш тата?»). Цей ризик обмежують непрямим або проективним питанням, а також питанням ще більш загального характеру («а що ти мені розповіси про тата?») або альтернативною формою питання («Ви з вчителькою розумієте один одного або у тебе з нею бувають непорозуміння?»).

Відповідна **стилізація питання** активізує виявлення таких змістів, які в звичайній бесіді нерідко емоційно блокуються. Може бути використаний для цих цілей якийсь «попередній такт», який до певної міри применшує в розумінні пацієнта несприятливе враження від власної відповіді (експериментатор: «всім доводиться іноді сваритися... Ну, а як Ви?»).

Інший прийом стилізації питання полягає в тому, що несприятливу ситуацію слід приймати як повсякденну (Експериментатор: «А тепер розкажіть мені з ким Ви іноді сваритеся?»). Замість форми питання іноді використовують коментар, який є тактовним запрошенням до прямого або непрямого повідомлення про свою поведінку.

Цей коментар в потрібний момент включають в розповідь пацієнта (Наприклад, розповідь пацієнта про взаємини з оточуючими експериментатор включає фразу: «Іноді люди також сваряться...»).

Під час проведення бесіди своїми позиціями дослідник повинен дати пацієнту відчувати атмосферу поблажливості, так щоб пацієнт міг вільно виявляти свої почуття, дослідник приймає пацієнта таким, який він є. Дослідник повинен відноситися тактовно і дбайливо до позицій пацієнта, він нічого не засуджує, але також і не виправдовує, і все при цьому розуміє. До оволодіння цією роллю веде досить важкий і довгий шлях. Тут помилково було б займати індиферентне, безпристрасне ставлення.

Анкетування має місце в тому випадку, коли питання і відповіді подаються в письмовій формі. Анкети можуть давати достовірні результати тільки при ретельній розробці пропонованих питань, часто при цьому структурують і самі відповіді, пропонуючи випробуваному (в даному випадку респондентові) вибір із запропонованих варіантів. У відомому сенсі, на думку відомого психолога Рібо, анкета може займати проміжне положення між спостереженням та експериментом.

1.3. Порівняння медичної і клінічної психології

Сутність медичної психології по-різному визначають у різних країнах. За класифікаційною схемою американського бібліографічного журналу "Abstracts", об'єм медичної психології повністю відповідає клінічній психології.

А. Lewicki визначає три різні точки зору на предмет клінічної психології в американській літературі:

- ✓ **перша** характеризується тим, що зводить вивчення клінічної психології до виявлення психічних розладів, які виникають у зв'язку з певними захворюваннями;
- ✓ згідно з **другою** – клінічну психологію розуміють як ідеографічну психологічну дисципліну, що займається вивченням психічних виявів особистості (сюди включають професійні консультації, консультування студентів коледжів, дослідження керівників підприємств);
- ✓ **з третьої точки** зору клінічну психологію розглядають як галузь прикладної психології, що вивчає за допомогою вимірювальних прийомів, аналізу і спостереження здібності і властивості особистості у біхевіористському напрямку і скерована на розробку способів усунення дезадаптованої поведінки.

На думку В.М. Блейхера, відношення клінічної психології до медичної можна визначити **як відношення клініки до медицини загалом**.

Під **клінічною психологією** він розуміє галузь медичної психології, прикладне значення якої визначається потребами клініки – психіатричної, неврологічної, соматичної. Розглядає клінічну психологію як частину медичної, що ставить перед собою безпосередні діагностичні завдання, і розрізняє такі складові розділи клінічної психології як патопсихологія, нейропсихологія, соматопсихологія.

Такий поділ дещо умовний. Медичну та клінічну психологію значно **зближує** використання у кожній із перелічених галузей **методів дослідження**, а також **наявність межової (пограничної) патології**, що є предметом вивчення кількох наук.

Клінічна психологія тісно пов'язана зі спорідненими дисциплінами, в першу чергу з **психіатрією і патопсихологією**. Сферою спільного наукового і практичного інтересу клінічної психології та психіатрії є діагностичний процес.

Методи дослідження психічних особливостей соматичних хворих клінічна психологія бере у психодіагностики і загальної психології; оцінку адекватності або девіантності поведінки людини – у психіатрії, психології розвитку і віковій психології.

Вивчення клінічної психології неможливе без медичних знань з галузі неврології, нейрохірургії і суміжних дисциплін.

Психосоматичний розподіл клінічної психології ґрунтується на наукових уявленнях з таких галузей, як психотерапія, вегетологія, валеологія.

В широкому розумінні під медичною психологією розуміють (Roslen; Szewczyk, Wild grube) «застосування знань і методів психології для вирішення медичних проблем»; предмет психології, на їхню думку, – емоції і поведінка у стані хвороби і всі форми попередження хвороби та профілактики. На думку Schwenkmezge, Schmidt, на першому плані у медичній психології стоять порушення пацієнта та взаємин лікаря і пацієнта.

Таким чином, впродовж існування і розвитку медичної психології як науки вчені дискутували з проблеми співвідношення термінів «медична психологія» і «клінічна психологія».

Існує дві точки зору:

1. Ототожнення цих понять, вживання їх як синонімів.
2. Розведення їх, вкладання різного змісту.

Причому суть клінічної (і медичної) психології по-різному визначалася не тільки в різних країнах, але і в межах однієї країни. Зокрема, в американській психології об'єм клінічної психології відповідає змісту поняття медичної психології. Але при аналізі американської психологічної літератури видно, що предмет клінічної психології розуміється достатньо широко.

Це відбивається у виділенні трьох точок зору американських психологів на *предмет* клінічної психології:

1. Вивчення психічних розладів, пов'язаних з психічними захворюваннями;
2. Вивчення психологічних проявів особистості (сюди включаються професійні консультації, консультування студентів коледжів, дослідження керівного персоналу підприємств і ін.);
3. Вивчення за допомогою вимірювальних прийомів, аналізу і спостереження здібностей і властивостей людини і розробка способів усунення дезадаптивної поведінки.

З точки зору провідних вітчизняних психологів, по-перше, таке широке розуміння медичної психології є не зовсім вірним, по-друге поняття «медична психологія» і «клінічна психологія» не тотожні. Медична психологія ширша за своїм предметом, ніж клінічна: медична психологія так відноситься до клінічної психології, як медицина відноситься до клініки.

Медична психологія = Медицина

Клінічна психологія = Клініка

З цього виходить, що клінічна психологія – це область медичної психології, прикладне значення якої визначається потребами клініки: психіатричною, неврологічною, соматичною.

Клінічна психологія – область медичної психології, що вивчає психологічні відхилення і психологічні особливості людей, включених у лікувальний процес.

Термін «клінічна психологія» був введений американським психологом Лайтнером Уїтмером (1867-1956). Науковець досить вузько визначав його як вивчення індивідів шляхом спостереження або експерименту з наміром провести зміну. Перша психологічна клініка була відкрита ним у 1886 році в Пенсильванії, США. Діяльність клініки була присвячена діагностиці та лікуванню розумових відхилень у школярів.

У 1907 році почали виходити журнали «Психологічна клініка» та «Журнал аномальної психології», засновником яких є Л. Уітмер.

Згідно сучасним визначенням Американської психологічної асоціації: Область клінічної психології інтегрує науку, теорію і практику з метою зрозуміти, передбачити і полегшити дезадаптацію, інвалідність і дискомфорт, так само як і сприяти адаптації, пристосування й особистісному розвитку людини. Клінічна психологія концентрується на інтелектуальних, емоційних, біологічних, психологічних, соціальних та поведінкових аспектах функціонування людини протягом життя, в різних культурах і на всіх соціо-економічних рівнях.

1.4. Структура медичної психології

Існує досить багато споріднених психологічних дисциплін, що стосуються медичної психології: патопсихологія, психопатологія, нейропсихологія, психологія девіантної поведінки, психіатрія, психосоматична медицина тощо. Кожна із них містить як психологічні, так і медичні знання. Однак усі вони дотичні до клініки, і отже, можуть бути визнані складовими частинами медичної психології.

Психосоматика, як **розділ** медичної психології, вивчає вплив психіки на виникнення соматичних проявів.

Ще у 1966 році були сформовані основні питання в яких, відображається основний зміст медичної психології як самостійної наукової дисципліни:

- 1) психічні прояви різних хвороб в їх динаміці (патопсихологія і нейропсихологія, розвиток яких визначається їх взаємодією з психіатрією (психопатологія, неврологія);
- 2) роль психіки у виникненні, перебігу й попередженню хвороб та гігієнічних заходах (психосоматика);
- 3) вплив різних хвороб на психіку (внутрішня картина хвороби, психологічні реакції на хворобу, психологічний захист і копінг-поведінка);
- 4) порушення розвитку психіки (патологія особистості та аномальний розвиток);
- 5) принципи і методи психологічного дослідження в клініці.

Аналіз патологічних змін, які спостерігаються в психічній діяльності під впливом хвороби, може проводитися не тільки на об'єктивному рівні, з виділенням об'єктивно вимірюваних феноменів, а й на суб'єктивному

рівні – у вигляді суб'єктивного відображення в свідомості хворого об'єктивно існуючих хворобливих змін. Так В.А. Ташликов розглядає внутрішню картину хвороби як систему психічної адаптації хворого до свого захворювання, що має в своїй основі механізми психологічного захисту і подолання. Внутрішня картина хвороби створюється в захисних цілях в умовах захисної діяльності для ослаблення інтенсивності негативних переживань, пов'язаних з хворобою, компенсації почуття провини, сорому, агресії. У структурі внутрішньої картини хвороби вчений виділяє пізнавальний, емоційний і мотиваційно-поведінковий аспекти. Вчення про механізми психологічного захисту сформувалося в рамках психоаналітичної школи. Згідно з поглядами представників цієї школи, психологічний захист становить ряд специфічних прийомів переробки переживань, що нейтралізують патогенний вплив, який ці переживання можуть надавати. До цих прийомів належать, наприклад, феномени типу «витіснення», «проекції», «раціоналізації», «сублімації», розроблені в роботах А. Фрейда, Ф.В. Бассіна, В.Є. Рожнова.

Патопсихологія вивчає закономірності розпаду психічної діяльності і властивостей особистості в зіставленні з закономірностями формування і протікання психічних процесів у нормі.

Предмет патопсихології – психологічна структура порушень психіки у хворих з різними формами нервово-психічних розладів, закономірності її розпаду в їх зіставленні з нормою.

Окремою галуззю патопсихології є **дитяча патопсихологія**, що вивчає порушення психічного розвитку дітей (аномальний онтогенез).

Розглядає завдання як загальної медичної психології (коли вивчаються закономірності розпаду психіки, зміни особистості психічних хворих), так і приватної (коли досліджуються порушення психіки конкретного хворого для уточнення діагнозу, проведення трудової, судової або військової експертизи).

Патопсихологію від психопатології, як розділу психіатрії, відрізняє те, що психопатологія описує симптоми та синдроми психічних хвороб клінічним методом. Психопатологія не тільки описує клінічні прояви порушень психіки, але й вивчає їх механізми. Патопсихологія як психологічна дисципліна вивчає закономірності перекручувань психічної діяльності мозку психологічними методами і формулює їх у своїх психологічних поняттях. До патопсихології найбільш близька нейропсихологія, об'єктом вивчення якої служать захворювання ЦНС.

Нейропсихологія – наукова дисципліна, яка вийшла за рамки медичної психології.

Предмет нейропсихології – психологічні закономірності і психологічна структура порушень психічних функцій з урахуванням їх мозкової організації.

Основи нейропсихології вивчаються психологами будь-якої спеціалізації, тоді як нейропсихологія, досліджуючи співвідношення психічних явищ із фізіологічними мозковими структурами, є основою сучасної психофізіології. О.Р. Лурія розробляючи проблему співвідношення мозку і психіки, висунув положення про те що нейропсихологічні фактори є основними у формуванні нейропсихологічних синдромів. Цей підхід був сформульований у вигляді теорії системної динамічної локалізації вищих психічних функцій. Лурія розглядав кожну психічну функцію як багатоланкову комплексну систему, що складається з багатьох компонентів, і співвідносив з мозком не всю функцію, а окремі її складові.

Зазвичай виділяють **три рівні аналізу нейропсихологічних факторів**:

- 1) **морфологічний** – вказує на ті мозкові утворення, ураження яких викликає певний синдром;
- 2) **фізіологічний, функціональний** – вказує на ті фізіологічні процеси, які протікають в певних мозкових утвореннях і об'єднуються в єдину функціональну систему, відповідальну за психічну функцію;
- 3) **психологічний** – вказує на ту роль, яку відіграє даний фактор в здійсненні різних психічних функцій.

Виділяють наступні види **факторів**:

- **модально-специфічні** (пов'язані з вторинними мозковими полями);
- **модально-неспецифічні** (пов'язані з різними рівнями неспецифічної системи);
- **асоціативні** (пов'язані з третинними ділянками кори, насамперед – конвексимальної);
- **фактори міжпівкульової взаємодії** (пов'язані з серединними комісурами, що об'єднують півкулі мозку);
- **півкульові фактори** (що забезпечують цілісні принципи роботи кожної півкулі);
- **глибинні підкіркові фактори** (пов'язані з роботою базальних гангліїв та інших підкіркових структур);

- **загально мозкові** фактори (судинні, біохімічні та інші механізми, відповідальні за роботу мозку як цілого).

Ступінь вивченості зазначених факторів і відповідних їм синдромів в нейропсихології різна.

Особливе місце в медичній психології займає **психологія анормального розвитку**, або **спеціальна психологія** (від лат. Special – особливий), що вивчає людей з відхиленнями від нормального психічного розвитку, які пов'язані з вродженими або набутими дефектами формування нервової системи.

Спеціальна психологія підрозділяється на:

- **психологію сліпих** (тифлопсихологія, від грец. typhlos-сліпий),
- **глухих** (сурдопсихологія, від лат. surdus-глухий),
- **розумово відсталих** (олігофренопсихологія), а також
- **психологію дітей з порушеннями мови, дітей із затримками психічного розвитку та інших категорій дітей з відхиленнями у розвитку.**

Самостійне та істотне місце в медичній психології посідають **психогігієна** (збереження і зміцнення психічного здоров'я шляхом організації належного природного і соціального середовища, відповідного режиму і способу життя) та **психопрофілактика** (спрямована на попередження розладів психічної діяльності), які тісно між собою пов'язані.

В рамках клінічної психології, її психосоматичного напрямку виникла така наука як **психологія здоров'я**.

Психологія здоров'я як науковий напрям з'явився в 70-х роках ХХ ст. за кордоном, у США (Public Health). «Батьком» психології здоров'я вважають видатного американського психолога Д. Матараццо (Josef Mattarazzo). Він створив у 1978 р. і очолив відділення психології здоров'я при Американській психологічній асоціації.

З 1982 р. почав виходити журнал «Психологія здоров'я». Назва, яку запропонував Д. Матараццо – «психологія здоров'я» – є загальноприйнятою і сьогодні.

Психологія здоров'я виникла на стику психології, валеології та медицини, насамперед психосоматичної.

Передумови виникнення ПЗ:

а) розвиток медицини, зміна вектору її розвитку з патоцентричного на саноцентричний (поява у її рамках нових розділів: гігієни, профілактики, санології).

б) поява валеології (у нашій країні).

в) поява у рамках медицини і клінічної психології психосоматичного напрямку, біопсихосоціальної моделі здоров'я (1977 р., Д.Енджел).

Біопсихосоціальна модель характерним чином відповідає на низку запитань.

Що викликає хворобу?

Людина – складна система, і хвороба може бути викликана безліччю **чинників**:

- біологічними (наприклад, віруси, бактерії, структурні дефекти, генетика);
- психологічними (уявлення, емоції, поведінка);
- соціальними (норми поведінки, сім'я, референтні групи, робота, приналежність до соціального класу, приналежність до етнічної групи та ін.).

Хто несе відповідальність за хворобу?

Людина не розглядається як пасивна жертва. Усвідомлення, наприклад, ролі поведінки у виникненні хвороби означає те, що на людей може бути покладена відповідальність за їх здоров'я і хвороби.

Як лікувати хворобу?

Лікування має бути цілісним (холістичний підхід), а не торкатися тільки окремих біологічних змін, які мали місце при захворюванні. Це може знайти відображення у зміні поведінки, корекції у сфері уявлень, формуванні стратегії згоди з медичними рекомендаціями.

Хто несе відповідальність за лікування?

Оскільки лікують людину, а не тільки конкретні захворювання її організму, відповідно, пацієнт теж несе частину відповідальності за своє лікування, зміну власних уявлень і поведінки.

Яка взаємодія між здоров'ям і хворобою?

Поняття «здоров'я» і «хвороба» слід розглядати як полюси континууму, в якому їх співвідношення представлене різною мірою. На полюсі благополуччя домінуючим станом є здоров'я. На протилежному полюсі переважає хвороба, що на межі переходить у летальний кінець. Наближення до цього полюса супроводжується наростанням деструктивних процесів, які породжують характерні ознаки, симптоми і погіршення здо-

ров'я. Люди переміщаються по цьому континууму від здоров'я до хвороби і навпаки.

Який зв'язок між психікою і тілом?

Психіка і тіло взаємодіють, взаємопов'язані.

Отже, **психологія здоров'я** – це галузь психологічної науки, предметом якої є психологічні причини здоров'я, методи і засоби його збереження, зміцнення і розвитку.

На сьогодні психологія здоров'я є одним з напрямків, який досить інтенсивно розвивається.

Салютогенний підхід (салютогенез) – дослідницький напрям, який займається вивченням факторів, що дозволяють зберігати і покращити здоров'я (від salutis – здоров'я, genesis – походження).

В цілому, для медичної психології властива гармонійність розвитку практичного і науково-теоретичного аспектів. Незважаючи на те, що науково-теоретичні основи часто йшли за практичною роботою, вони є досить розробленими.

Діяльність медичних психологів вийшла за межі клінічної медицини і охоплює людей, що потребують психологічної допомоги (психопрофілактика, психологія здоров'я, психореабілітація, психологія сім'ї...).

У США – 60% членів Національної асоціації психологів – клінічні психологи.

В наш час медична психологія:

- ✓ дуже затребувана;
- ✓ швидко розвивається.

Медична деонтологія (грец. Deon-борг) також є частиною сучасної медичної психології та є наукою про належну професійну поведінку, моральний, естетичний та інтелектуальний вигляд лікаря. Медична деонтологія в сучасному розумінні першочергово вказує на роль в діяльності медпрацівників моральних засад, спрямованих на досягнення максимальної користі в лікуванні та профілактиці хвороб людини, його оздоровлення і продовження життя.

Отже, традиційно до галузей медичної психології відносять клінічну психологію, психопрофілактику, психогігієну. Іноді окремо як галузь виділяють психологію граничних станів. Ці галузі складають її структуру.

У свою чергу, до складу клінічної психології входить патопсихологія, нейропсихологія і соматопсихологія.

1.5. Історія розвитку медичної психології

Історія психологічної науки з особливою рельєфністю відображує еволюцію поглядів на природу свідомості і всього духовного життя людини. На зорі науки (VI-IV ст. до н.е.) у філософії вже чітко звучав натуралістичний напрям думки. Про це можна судити по працях Демокріта, Емпедокла, Лукреція, Епікура та ін. Уже тоді багато хто вважав, що мозок є «осередком душі» (Алкмеон із Кротону), «осередком психічної діяльності» (Піфагор), а психічні хвороби – результатом порушення роботи мозку (Гіппократ, Гален).

Але вже в той час натуралістичній точці зору протиставив свої погляди Платон (427-347 р. до н.е.), що виступив з метафізичним вченням про душу як ідеальну сутність. Його учневі, Арістотелю (384-322 р. до н.е.) належить перша відома в історії праця з питань психології – трактат «Про душу».

Безпосередніми попередниками медичної психології були дві течії, що сформувалися в XVIII сторіччі – френологія і месмеризм.

Засновник **френології** – **Франц Галль** (1758 – 1828), лікар з Відня. Галль був переконаний у тому, що розумові здібності залежать від структури мозку, що у свою чергу впливає на формування будови черепа. Галль локалізував різні властивості розуму в 28 різних областях мозку. Його роботи передбачили концепцію церебральної локалізації функцій мозку в більш пізніх дослідженнях П.Брока, У. Пенфілда й ін.

Франц Месмер (1734 – 1815) стверджував, що людина наділена якимись особливими магнітними флюїдами, звільнення яких приводить до різкого зцілювального ефекту. Ці флюїди він позначив як «тваринний магнетизм». Можна вважати, що його роботи послужили своєрідною основою як для розвитку сугестивних методів, так і для розробки технік групових сеансів, будучи предтечею сучасних методів групової психотерапії.

Експериментуючи з гіпнотичними техніками, розробленими Ф. Месмером, **Жан Шарко** (1825 – 1893) установив, що психічна травма, головним чином сексуальна, викликає ідеї і почуття, що потім стають неусвідомлюваними і є змістом істеричних симптомів.

Зигмунд Фрейд продовжив дослідження істерії, показавши її психогенне походження і можливість лікування істеричних симптомів за допомогою гіпнозу. Згодом він відмовився від гіпнозу і розробив психоаналі-

тичний напрямок, що внесло великий вклад у розвиток медичної психології як самостійної області психології.

Вагомий внесок у розвиток теорії медичної психології вніс французький психіатр і психолог **П'єр Жане** (1859 – 1947), розробивши концепцію дисоціації – утрати «функції реальності» і нездатності утримувати цілком ідеї в області свідомості через слабкість вищої інтегративної діяльності.

Відомий французький психолог **Теодроль Рібо** (1839 – 1916) уперше почав вивчати закономірності психічної діяльності не тільки в здорових осіб, але й у душевно хворих. Ці експериментальні дослідження розширили і збагатили медичну психологію.

Герман Роршах (1884 – 1922) розробляє одну з основних проективних технік психодіагностики.

Особливий внесок у розвиток медичної психології вніс **Е. Кречмер**, що одержав світову популярність своєю роботою про зв'язок будови тіла і характеру. Його книга «Медична психологія», що вийшла російською мовою в 1926р., була першою роботою по медичній психології, що містить систематизоване зведення фізіологічних і психологічних даних, необхідних як лікареві, так і психологові в роботі з хворими.

В другій половині XIX в. наукові методи стали звичним інструментом у дослідженнях психічних явищ, особливо в 70-х – 80-х рр. У 1879 р. у Лейпцизі **Вільгельмом Вундтом** була організована перша у світі експериментально-психологічна лабораторія. Вундт став основоположником психології як формальної академічної дисципліни. Його праця «Основи фізіологічної психології», що вийшла у 1874 р., поклала початок психології як самостійної науки. За роки наукової і викладацької діяльності В.М. Вундта 17000 студентів прослухали його лекції. Він заснував перший журнал з психології, відкрив Інститут експериментальної психології та створив свою наукову школу, де навчалися і працювали відомі надалі вчені – Крепелін, Мюнстерберг, Кюльпе, Кіршман, Мейсман, Марбе, Ліппс, Крюгер (Німеччина), Тітченер (Англія), Скріпчур, Енджелл, Г.С. Хол, Уітмер (США). Багато з них вважаються засновниками клінічної психології.

У першу чергу варто згадати **Лайтнера Вітмера**, що ввів поняття клінічної психології, він організував при Пенсільванському університеті психологічну клініку для відсталих і душевнохворих дітей, розробив курс лекцій з цієї проблеми. Перша психологічна клініка була відкрита в 1896

році **Лайтнером Вітмером** (в Пенсильванії, США). Діяльність клініки була присвячена діагностиці та лікуванню розумових відхилень у школярів.

Формуванню уявлень про застосування психології до діагностики та лікування анормальної поведінки сприяли також книга колишнього пацієнта клініки для душевнохворих **Кліффорда Бірса** під назвою «Розум, який знову знайшов себе» (1908), яка привернула увагу до необхідності гуманного ставлення до людей з психічними розладами, розуміння їхнього внутрішнього світу і після чого був утворений Національний комітет психічної гігієни США.

Х. Мюнстерберг (1863-1916) був переконаний, що психічні хвороби виникають через нездатність людини пристосувати свою поведінку до навколишнього оточення, а не від впливу прихованих конфліктів, як стверджував З. Фрейд.

Але вирішальний вплив на розвиток клінічної психології зробили все ж роботи його сучасника **Зигмунда Фрейда**, завдяки якому клінічна психологія вийшла далеко за рамки перших психологічних клінік. Ідеї З. Фрейда дали клінічним психологам перші прийоми психоаналітичної терапії.

Карл Юнг (1875 – 1961), перший час будучи послідовником психоаналітичного методу лікування, розробленого З. Фрейдом, пізніше «відходить» від нього і створює свій власний напрямок – аналітичну психологію.

І.М. Сєченов, вихований на працях мислителів-гуманістів, створив свою теорію рефлексорної діяльності мозку й опублікував у 1863 році працю «Рефлекси головного мозку». Особливого значення він надавав медичній психології і збирався присвятити їй свою особливу працю.

І.П. Павлов (1849-1936) – видатний нейрофізіолог, засновник матеріалістичного вчення про вищу нервову діяльність. Розробив учення про нервізм, першу та другу сигнальні системи, фазові стани. Підняв рефлексорну теорію на принципово новий рівень. Теоретичні гіпотези І.М. Сєченова про рефлексорну природу діяльності мозку розвинув до експериментально обґрунтованого вчення. Довів динамічний характер локалізації функцій у корі великих півкуль, вніс чіткість до розуміння фізіологічної сутності типів нервової системи.

Вже в 1918 році був організований спеціальний інститут з дослідження дітей з недорозвитком психічної сфери, названий згодом Медико-педагогічним інститутом. З'явилася нова професія – клінічний психолог.

Радянська медична психологія розвивалася головним чином у плані клініко-описових і експериментально-психологічних досліджень. Помітно розгорнулася боротьба з ідеалістичними напрямками в психології, суб'єктивістськими методами самоспостереження. Поряд зі значними позитивними досягненнями у вигляді більшої об'єктивізації досліджуваних явищ, це мало і негативні наслідки, що призвело в 30-і роки до офіційної державної заборони окремих напрямків медичної психології, що надалі істотно загальмувало становлення даної науки.

Перші нейропсихологічні дослідження в нашій країні почали проводитися в 20-х рр. Л.С. Виготським. На підставі вивчення різних форм психічної діяльності він сформулював основні положення про розвиток вищих психічних функцій. Спираючись на розроблені теоретичні положення, Л.С. Виготський проаналізував зміни, що виникають у вищих психічних функціях при локальних ураженнях мозку, особливості цих системних порушень у дитини і дорослого. В результаті цих досліджень ним були знайдені й описані принципи динамічної локалізації функцій, що відрізняють роботу мозку людини від роботи мозку тварин.

Істотний вплив на розуміння відносин між психічними функціями і мозком зробили експериментальні і теоретичні роботи **М.О. Бернштейна** (з 20-х рр.) з біомеханіки і фізіології організації рухів, що містять одну з перших чітких формулювань принципу зворотного зв'язку.

У 30-х і 40-х роках вийшла у світ низка цінних робіт з експериментально-психологічного дослідження мови, мислення (Л.С. Виготський, А.Г. Іванов-Смоленський, М.С. Лебединський і ін.), емоційно-вольової сфери (А.Р. Лурія), з впливу на працездатність ставлення психічно хворих до праці (В.Н. Мясіщев і ін.) і деяким іншим розділам медичної психології. У період Великої Вітчизняної війни 1941-1945 р. і в наступні роки експериментально-психологічні (патопсихологічні і нейропсихологічні) дослідження допомагали більш раціонально вирішувати питання працездатності і працевлаштування осіб, які перенесли травму головного мозку, і відновлювати уражені функції.

У 60-і рр. у зв'язку з дослідженнями мозку пожвавився інтерес до проблеми свідомості та його ролі в поведінці.

У нейрофізіології Нобелівський лауреат **Р.У. Сперрі** розглядає свідомість як активну силу. У нашій країні нейропсихологія отримує розвиток у працях **О.Р. Лурії** та його учнів.

Найбільш розробленими в 70-і роки були такі розділи медичної психології, як **патопсихологія**, що виникла на стику психології, психопатології і психіатрії, і **нейропсихологія**, що сформувалася на границі психології, неврології і нейрохірургії (О.Р. Лурія та ін.).

Патопсихологія вивчає закономірності розпаду психічної діяльності і властивостей особистості в зіставленні з закономірностями формування і протікання психічних процесів у нормі.

Задача нейропсихології, відповідно до поглядів О.Р. Лурія, засновника цієї галузі психології, – вивчення мозкових механізмів психічної діяльності людини з залученням нових, психологічних, методів для точної діагностики локальних поразок мозку. Трохи пізніше Лурія вбачав задачу нейропсихології як одного з розділів медичної психології, в кваліфікації симптому – виділенні фактора, що лежить в основі порушення, і описі особливостей цієї структури зміненої психічної діяльності, що виникає в результаті осередкової поразки мозку.

На розвиток медичної психології вплинули дослідження з теорії і практики реабілітації. **Процес реабілітації** розуміють як системну діяльність, спрямовану на відновлення особистого і соціального статусу хворого (повного або часткового) особливим методом, головний зміст якого складається в опосередкуванні через особистість лікувально-відновлювальних впливів і заходів.

1.6. Зв'язок медичної психології з іншими науками

Медична психологія переважно вивчає у хворих зміни тих процесів і станів, що притаманні і здоровій психіці.

Патопсихологія як частина медичної психології – це психологія особистості у її зв'язку з хворобою, вивчення психіки хворої людини не лише у її хворобливих змінах, а й у її збережених проявах, тобто без хворобливих змін. Патопсихологічне дослідження спирається як на психологічну теорію, так і на психологічні методи. Умовно можна розмежувати ці два дуже близькі поняття, які належать до медицини: **психопатологію** – переважно як розділ психіатрії, а **патопсихологію** – як розділ медичної психології.

Психопатологія – це загальне вчення про патологію психіки особистості, її хворобливі зміни, в першу чергу виявлені у клініці психозів.

Певні зміни психіки відзначаються не лише при психічних захворюваннях та при психічних розладах, а й у неврологічній клініці та при багатьох соматичних захворюваннях. Провідне місце у медичній психології посідає питання про особливості особистості, що мають істотне значення для виникнення і перебігу хвороби та лікування хворого. Такі властивості особистості, як бадьорість, оптимізм, самовладання, цілеспрямованість, можуть сприяти запобіганню хворобі, полегшувати її перебіг та прискорювати одужання. Психічні травми, психічне напруження, навпаки, можуть погіршувати стан хворого і негативно впливати на перебіг захворювання. Це теж є предметом дослідження медичної психології.

Враховуючи сказане, слід визнати загальномедичне значення медичної психології. Це теж відрізняє медичну психологію як від патопсихології, так і від психопатології. Водночас неприпустимо недооцінювати близькість, а часом і тотожність медичної психології і психопатології.

Лікар повинен вміти всебічно обстежувати не лише організм, а й особистість пацієнта. Це уміння ґрунтується на медико-психологічному досвіді клініцистів і на знанні психологічних теорій, а не лише на знанні соматичних аспектів.

Лікар кожної спеціальності повинен знати особливості особистості пацієнтів, особливості психіки дітей, людей похилого віку, людей з особливими потребами, вагітних жінок, ендокринологічних хворих тощо.

1.7. Прикладні галузі медичної психології: психологічна просвіта (психоедукація), психопрофілактика, психогігієна, психологія здоров'я, клінічна психодіагностика, медико-психологічне консультування, коучинг здоров'я, психотерапія, психореабілітація

Психоедукація – це пояснення і донесення до людей необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні негаразди та їх наслідки для особистості.

Психопрофілактика – це розділ загальної профілактики, що включає сукупність заходів, що забезпечують психічне здоров'я, включаючи профілактику особистісних і професійних криз, попередження виникнення і поширення нервово-психічних захворювань.

Виконання психопрофілактичних заходів вимагає наявності у лікаря будь-якого профілю, окрім загальної професійної підготовки, спеціальних знань в галузі клінічної (медичної) психології, психіатрії і психотерапії. Це

особливо важливо, якщо враховувати тісний взаємозв'язок фізичного і душевного здоров'я людини: психічний стан спричиняє вплив на соматичне здоров'я людини, а соматичні проблеми можуть викликати серйозний емоційний розлад.

Під **психопрофілактикою** в медицині «прийнято розуміти систему заходів, спрямованих на вивчення психічних впливів на людину, властивостей її психіки та можливостей попередження психогенних і психосоматичних хвороб». Розрізняють первинну, вторинну і третинну психопрофілактику.

- ✓ **Первинна** включає охорону здоров'я майбутніх поколінь.
- ✓ **Вторинна** – це система заходів, спрямованих на попередження небезпечного для життя або несприятливого перебігу психічного або іншого захворювання, яке вже почалося.
- ✓ **Третинна** – система заходів, спрямованих на попередження виникнення інвалідності при хронічних захворюваннях. У цьому велику роль відіграє правильне використання лікарських та інших засобів, застосування лікувальної і педагогічної корекції і систематичне використання заходів реадaptaції.

Психогігієна – це система наукових знань і практичних заходів, спрямованих на збереження і зміцнення психічного здоров'я людини.

Психогігієна – це цілісний комплекс заходів щодо відновлення та підтримання психологічної норми.

Психогігієна – це наука про збереження і зміцнення нервового та психічного здоров'я. Це галузь наукових знань і комплекс практичних заходів, спрямованих на збереження нервового і психічного здоров'я та профілактику нервово-психічних розладів.

Психологія здоров'я – міждисциплінарна галузь психологічних знань про причини захворювань; фактори, що сприяють здоров'ю та умови розвитку індивідуальності протягом усього життєвого шляху людини.

Психологія здоров'я – це наука про психологічні причини здоров'я, про методи та засоби його збереження, зміцнення та розвитку здоров'я людини від зачаття до смерті.

Психологія здоров'я – це сукупність специфічних освітніх, наукових та професійних вкладів психології як наукової дисципліни зі зміцнення та підтримки здоров'я, попередження та лікування хвороб, визначення етіологічних і діагностичних корелятивів здоров'я, хвороби та пов'язаних з нею

дисфункцій, а також з аналізу та поліпшення системи охорони здоров'я, утворення стратегії (політики) здоров'я.

Клінічна психологія – галузь психології, яка займається вивченням психологічних аспектів здоров'я та хвороби, особливостей впливу психологічних чинників на стан здоров'я та перебіг захворювання, особливостей індивідуального реагування на хворобливі стани, розробкою психопрофілактичних та реабілітаційних заходів.

Психологічне консультування – сфера практичної професійної діяльності психолога, пов'язана з наданням допомоги потребуючим її людям у вигляді порад, рекомендацій щодо вирішення життєвих психологічних проблем.

Коучинг здоров'я – це сучасна технологія розвитку потенціалу особистості у сфері здоров'я. У процесі коучингу відбувається розвиток професійних та особистих якостей людини, які покращують якість життя.

Психотерапія – це загальний термін, який використовується для опису процесу лікування психологічних та психічних розладів за допомогою словесних та психологічних технік. Під час цього процесу навчений психотерапевт допомагає пацієнтові вирішити конкретні чи загальні проблеми, такі як психічне захворювання чи джерело життєвого стресу.

Психотерапія – це тривала спільна робота психотерапевта і людини над глибинним розумінням його особистості, особливостей та індивідуального життєвого шляху, що він проживає.

Психотерапія – це метод лікування психіки, який допомагає людині впоратися з емоційними, особистими, соціальними та іншими проблемами, що негативно впливають на її психічне, психологічне, а іноді й фізичне здоров'я.

Психологічна реабілітація (іноді *соціальна реабілітація*) – комплекс заходів реабілітаційної (відновлювальної) медицини спрямованих на відновлення психічних та фізичних сил в людини, яка має психічний розлад до контрольного рівня, тобто здатності працювати.

Медична психологія як психологічна практика.

Можна означити наступні види медико-психологічної практики:

1. Психоедукація.
2. Психодіагностика.

3. Медико-психологічне консультування.
4. Коучинг (здоров'я).
5. Психокорекція (психотерапія).
6. Психореабілітація.
7. Медико-психологічний супровід.

Психоедукація. Що говорити? Як говорити?

Психоедукація включає в себе надання інформації про психічне здоров'я, засоби його збереження, обговорення інформації, пов'язаної з клінічною симптоматикою хворого. Це допомагає клієнту зрозуміти «Що відбувається зі мною?», зняти ореол унікальності переживань. Нормалізація стану. Навчання людини технікам стабілізації психо-емоційного стану.

Психоедукація може проводитися у формі: бесід, вебінарів, консультацій, шляхом створення спеціальних пам'яток для конкретної категорії пацієнтів.

Психологічних знань (освіти) потребують не тільки хворі люди, а й їх близькі (родичі, друзі). Соціальне оточення повинно розуміти, що можна робити (казати), а чого не можна робити (казати).

Наприклад, висловлення «Я тебе розумію» по відношенню до людини, яка, напр., пережила травмівну ситуацію, може викликати гнів, обурення по типу «Ти не можеш мене розуміти, ти там не був, не пережив того, що пережив я!!!» «...ти не інвалід»). Доцільно уникати оцінних суджень! Уникати гіперопіки (бажання створити «травматичну мембрану», яка відгороджує від навколишнього.

Мета: навчити близьке оточення, як підтримувати людину.

Близьким людям треба зрозуміти, що пацієнт (напр., який зазнав впливу травматичного досвіду) не є жертвою, він є людиною, яка переживає кризу.

Клінічна психодіагностика.

Психодіагностика – оцінка психологічних особливостей людини або групи людей (спрощено).

Для чого?

- Постановка психологічного діагнозу;
- Індивідуалізація реабілітаційних програм;
- Оцінка ефективності терапії та психореабілітації.

Проводиться якомога раніше.

Методи психодіагностики:

- ✓ Валідні, надійні;
- ✓ Економічні,
- ✓ Вимірюють і якісно, і кількісно.

Конкретні методи і методики:

- ✓ Клінічна шкала для оцінки психологічного стану хворих на ішемічну хворобу серця.

P.S. Невелика модифікація дозволяє застосовувати цю шкалу і при інших соматичних захворюваннях.

- ✓ Скорочений багатфакторний опитувальник для дослідження особистості.
- ✓ САН (самопочуття, активність, настрій).
- ✓ Шкала Спілбергера (для оцінки реактивної тривоги і особистісної тривожності).
- ✓ Шкали Гамільтона і Бека для оцінки депресії.
- ✓ Методика «Якість життя хворого» та інші.

Медико-психологічне консультування.

Термін «консультація» походить від латинського *consultare* (радитися, турбуватися).

Психологічне консультування – сфера практичної професійної діяльності психолога, пов'язана з наданням допомоги клієнтові в усвідомленні його проблеми та в пошуку шляхів і способів її якнайшвидшого розв'язання.

Основний метод: консультативна бесіда (інтерв'ю).

Різновид: мотиваційне консультування. Впроваджене У. Мілером та С. Ролніком для роботи з людьми, залежними від алкоголю.

Терапія та реабілітація осіб, які не готові до змін свого життєвого стилю, не призводить до позитивних результатів. Невмотивованість пацієнта – медико-психологічна проблема («поки сам не захоче, результату не буде»).

Мотивація: зовнішня, внутрішня.

Мета МК: допомогти клієнту у формуванні/підвищенні внутрішньої мотивації до змін.

Мотиваційне консультування орієнтоване на:

- (1) усвідомлення існування проблеми,
- (2) визнання потреби у змінах і готовності змінюватися,
- (3) пошуку шляхів змін,
- (4) вироблення кроків з дотримання цієї стратегії змін.

Принципи медико-психологічного консультування:

- ✓ Принцип добровільності.
- ✓ Принцип доброзичливого і безоцінного ставлення до клієнта.
- ✓ Забезпечення конфіденційності.
- ✓ Принцип професійної вмотивованості консультанта.
- ✓ Відмова психолога від порад і рецептів.
- ✓ Орієнтація на норми й цінності клієнта.
- ✓ Розмежування особистих і професійних стосунків.
- ✓ Прийняття клієнтом відповідальності за те, що з ним відбувається

Техніки психологічного консультування.

1. Встановлення психологічного контакту. + Приєднання.
2. Постановки питань.
3. Емпатичне слухання.
4. Узагальнення, перефразування, уточнення. і т.д.

Може проводити: лікар, психолог, психотерапевт, будь-який фахівець в системі охорони здоров'я.

Коучинг.

У загальному вигляді, **коучинг** – це допомога у розкритті внутрішнього потенціалу особистості з метою максимального підвищення її ефективності.

Мета спеціально організованого процесу взаємодії коуча і клієнта – досягнення цілей клієнта оптимальними (для клієнта) шляхами і в оптимальний термін.

Метою кожної зустрічі з коучем є усвідомлення клієнтом, що він дійсно має вибір і може обирати різні способи мислення, почуттів і поведінки.

Базові принципи коучингу:

- усі люди мають набагато більше внутрішніх здібностей, ніж ті, які вони проявляють у своєму повсякденному житті;
- кожна людина має великий потенціал;

- у людини вже є усі необхідні ресурси для досягнення успіху;
- фокусування на сильних сторонах;
- навчання на успішних прикладах, а не на помилках;
- орієнтир не на проблему, а на вирішення;
- прийняття, відкритість і довіра – ключ до взаємодії;
- спрямованість: з сьогодення в майбутнє;
- «ні» оцінкам і порадам! Усі відповіді усередині людини – вона себе оцінює сама;
- легкість, позитив.

Коучинг здоров'я є різновидом Life Coaching (Лайф-коучингу).

Психотерапія.

Психотерапія – поєднання грецьких слів *psyche* – душа і *therapeia* – турбота, догляд, лікування: «зцілення душею» чи «лікування душі».

Психотерапія – лікувальний вплив на психіку людини за допомогою психологічних засобів (вербальних і невербальних).

Дві моделі: медична і психологічна.

Медична модель психотерапії.

- ✓ Основна мішень – симптом, його пошук і ліквідація причини.
- ✓ Активність пацієнта зводиться до мінімуму.
- ✓ Висока віра в лікаря та процес лікування.
- ✓ Психотерапевт – фахівець з медичною освітою, який пройшов інтернатуру та спеціалізацію по психотерапії.

Психологічна модель психотерапії:

- ✓ Орієнтована на поширення психології у сферу допомоги хворим і людям, які мають психологічні проблеми.
- ✓ За пацієнта/клієнта вирішити проблему ніхто не може.
- ✓ Психотерапевт лише супроводжує, допомагає людині знайти ресурс для змін і вирішення своїх проблем.
- ✓ Психолог: спеціалізація з психотерапії, конкретна психологічна школа.

1.8. Особливості психологічної реабілітації під час воєнного часу

Аналіз соціальної ситуації дозволяє визначити кілька тенденцій у розвитку негативних психологічних наслідків воєнних дій в Україні:

- зростає маргіналізація суспільства за рахунок розмивання загальноукраїнської ідентичності;
- відчутно утруднюється побудова програм перспективного майбутнього;
- посилюється взаємозв'язок негативних наслідків війни із криміналізацією побутових конфліктів;
- підвищується сенситивність громадян до маніпулятивних впливів;
- зростає кількість маніпуляцій з боку агентів внутрішньої політики задля досягнення парціальних політичних цілей;
- консолідуються настрої, які перешкоджають інтеграційним процесам у суспільстві;
- посилюється комбінований вплив різних внутрішніх і зовнішніх соціальних, політичних, економічних та інших факторів на виникнення і поширення негативних психологічних явищ, пов'язаних із війною.

Ситуація, що пов'язана із війною та пандемією Covid-19 в Україні продукує реакції та переживання, внаслідок чого деформуються наступні процеси психіки:

- критичне мислення,
- креативність,
- емоційний інтелект,
- когнітивна гнучкість,
- системне мислення.

Як же відбуваються впливи та маніпуляції через кризову ситуацію в Україні через стан війни та ковід? Багато хто переживає це як специфічну форму деформаційної посттравматичного стану на переживання і хвороби особистості.

Для того, щоб сформулювати і сформулювати проблему, яка з'являється, потрібно визначитись з поняттям «постстресового синдрому».

Синдром має:

- свій генезис;
- свою нейрофізіологічну діагностику;
- психологічні технології інтервенції.

Синдром – це набір якостей і властивостей, недоліків з загальним патогенезом. Це синергетична властивість фізіологічних, інтелектуальних, соціальних переживань при цьому об'єднуючи прояви патології однієї або декількох систем організму людини. Ця властивість складає сутнісну картину того, що ми розуміємо під “постстресовим синдромом”. Він імпліцитно тримає в собі ті моменти і речі, які полягають у відсутності чітких орієнтирів та розумінь про походження, травматизацію, одужання та розповсюдження цих тяжких ситуацій, яка полягає в тому, що ми самі як суб'єкти – носії суспільного, що переживали різні стресові ситуації. Сам стрес у період війни насичує і підсилює своїх особистісних носіїв властивістю безвихіддя. Продовження бойових дій, наче, прокляття над людством, людиною, особистістю, що захоплює їх інформаційно-енергетичною синергією не тільки соматику, а й психіку.



Рис. 1.1. Постстресовий, посттравматичний та постковідний синдром

[Джерело: Медична психологія: підручник / за редакцією академіка С.Д. Максименка. Том І. 3-е вид. доробл. і доповн. Київ: Видавництво «Людмила», 2023. 512 с. С.10].

Варто брати до уваги **чинники**, які впливають на людей, зокрема:

- постійне висвітлення у ЗМІ страху та негативу війни;
- низький рівень готовності громадян нашої країни до проведення військових дій на території України (військова, моральна, психологічна),
- відсутність конструктивної комунікації з населенням;
- наповнення світового інформаційного простору викривленою інформацією про військові дії на території України;
- незахищеність прав людини в умовах війни.

Також, слід акцентувати, на думку С.Д. Максименка, що у підходах які використовувалися під час військових дій, мало місце нехтування психологічними особливостями людей у надзвичайних ситуаціях, переселення населення, соціальна беззахисність та невизначеність.

Використання нейротехнологій, зокрема інфтерфейсу, є ефективним та перспективним при дослідженні підсвідомих реакцій конкретної особи у різних, особливо потенціально стресогенних, ситуаціях. На прикладі дослідження підсвідомих реакцій особистості в умовах війни в Україні виявлено, що кризова ситуація найбільший рівень стресу спричинила у хлопців нормотипових і дівчат з девіантною поведінкою. Дещо нижчий рівень стресу у нормотипових дівчат і найнижчий рівень у групі хлопців з девіантною поведінкою. Очевидно, що для цього віку комунікація між ровесниками, соціальна взаємодія є надзвичайно важливими компонентами розвитку особистості. Багато хто переживає це як специфічну форму.

1. Обсесивного неврозу (манії), який полягає в тому, що людина знаходиться весь час під пресом цього переживання. На ці переживання впливає значна частина негативної інформації із ЗМІ, цифрових технологій. Це є перший блок. І та сфера впливу на особистість людини, яку ми маємо захищати. Це має бути методологія практики та терапії.

2. Алогічність мислення, або – коли з'являються різні негативні стани (агресивний та депресивний стан). З одного боку – це агресія, а з іншого – страх усього навколишнього. Це психосоматична уязвленість від обставин буття. Це є психогенний, психобіологічний тероризм, в явному психологічному вигляді. Оскільки він зачіпає психологічний код через постулати недолугої ковідної пандемії, яка накручує такі речі, що здаються не зовсім логічними.

3. Роздвоєння свідомості призводить до неврозів та психопатій. Те, що зачіпає морфологічні структури макрологічні структури і геном. Відбувається певна редукція психічного стану роздвоєння свідомості на тілесну організацію особистості.



ЛЕКЦІЯ

Тема 2. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ЗДОРОВ'Я

- 2.1. Поняття та види здоров'я.
- 2.2. Комплексна валеологічна програма розвитку здоров'я людини – «квітка потенціалів».
- 2.3. Тілесний потенціал здоров'я та його розвиток.
- 2.4. Емоційний потенціал здоров'я.
- 2.5. Когнітивний потенціал здоров'я, його розвиток.
- 2.6. Творчий та вольовий потенціали здоров'я, їх розвиток.
- 2.7. Соціальний та духовний потенціали здоров'я, їх розвиток.
- 2.8. Поняття про психологічні ресурси особистості. Життєстійкість, резильєнтність, життєздатність.
- 2.9. Механізми психологічного захисту: поняття, особливості, види.
- 2.10. Копінг-поведінка, копінг-стратегії, копінг-ресурси.
- 2.11. Модель BASIC Ph. Відновлення психологічних ресурсів.

Самостійне опрацювання:

1. *Емоційний потенціал здоров'я.*
2. *Когнітивний потенціал здоров'я, його розвиток.*
3. *Творчий та вольовий потенціали здоров'я, їх розвиток.*
4. *Соціальний та духовний потенціали здоров'я, їх розвиток.*
5. *Механізми психологічного захисту: поняття, особливості, види.*
6. *Копінг-поведінка, копінг-стратегії, копінг-ресурси.*
7. *Модель BASIC Ph.*
8. *Відновлення психологічних ресурсів.*

Основні поняття теми: медична психологія, здоров'я людське, здоров'я психічне, психічне здоров'я, основні критерії психічного здоров'я відносять: 1. Усвідомлення та відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного та психічного «Я». 2. Відчуття сталості та

ідентичності переживань в однотипних життєвих ситуаціях. 3. Критичність до себе та своєї власної психічної діяльності, а також її результатів. 4. Відповідність психічних реакцій силі та частоті впливів різноманітних чинників середовища, соціальним обставинам та ситуаціям; 5. Здатність самостійно керувати своєю поведінкою відповідно до соціальних норм, правил та законів. 6. Здатність планувати власну життєву діяльність та реалізовувати заплановане. 7. Психологічна гнучкість, яка полягає у можливості змінювати свою поведінку в залежності від зміни життєвих ситуацій та обставин; рівні функціонування психічного здоров'я: біологічний, психологічний і соціальний; біологічні чинники, психологічні чинники, соціальні чинники, коморбідність між фізичними та психічними розладами, соціальні негативні наслідки: 1. Стигматизація. 2. Дискримінація та соціальна ексклюзія. 3. Порушення прав людини, комплексна валеологічна програма розвитку здоров'я людини – «квітка потенціалів», потенціал тіла, потенціал розуму, потенціал почуттів, потенціал волі, громадський потенціал, креативний потенціал, духовний потенціал, тілесний інтелект, тілесна компетентність, здорова тілесність, аліментарна компетентність, сексуальна компетентність.

2.1. Поняття та види здоров'я

На сьогодні існує декілька визначень поняття «**психічного здоров'я**», найбільш вживаним з яких є визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка визначає **психічне здоров'я, як стан благополуччя, в якому індивід реалізовує свої власні здібності, може впоратися із звичайними життєвими стресовими ситуаціями, може продуктивно та плідно працювати, а також здатний зробити свій внесок у громаду (спільноту), в якій він функціонує** («WHO/Mental health: a state of wellbeing», 2014).

Відповідно до формулювання Всесвітньої організації охорони здоров'я, **людське здоров'я – це не просто відсутність хвороби, а стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя**. У світлі цього формулювання людина є автором власного здоров'я, а в справі його збереження вона виконує основну роль, що визначається зрілою самосвідомістю індивіда й повагою до свого ества. Останнє виражається гармонійною стратегією поведінки, що прийнято називати — **здоровим способом життя**.

Проте, глибше розуміння того, що насправді може вважатися «психічною нормою» та «психічною патологією», а також дискусії щодо цих понять не дають можливості однозначно означити ці поняття. Ще давньогрецький філософ **Платон** вказував, що **божевілля** («нестям», «одержимість») є вищою властивістю людської душі, яка перевершує можливості розуму. У «Федрі» Платона божевілля є джерелом найбільших благословень життя, які подаровані богами, щоб творити: «І здатний він творити не раніше, ніж стане натхненним та нестямним і позбудеться розсудку...», «тим часом ми завдячуємо нестямі дуже великі блага, якщо вона дістається нам, як Божий дар...» (Платон, 1999). У цьому сенсі божевілля означає не втрату розуму, а вивільнення з його полону.

Відомий німецький філософ-екзистенціаліст та психіатр **Карл Ясперс** у своїй видатній праці «Загальна психопатологія» (Ясперс, 1997) запропонував своє бачення психічно здорової та психічно хворої людини, яке не втрачає актуальності і сьогодні. Зокрема, Ясперс вказує, що різноманітність уявлень про «норму» в психіатрії вказує на те, що межі поняття «психічно хворий індивід» є менш визначеними, ніж при соматичних захворюваннях, де хвороба є негативним оціночним судженням однозначного характеру. Натомість, аналізуючи еволюцію уявлень про сутність психічного захворювання та його наслідки для індивіда, автор вказує, що хвороба може усвідомлюватися, як «особлива форма буття» людини, відкриваючи в ній нові неznані можливості, зокрема, творчу обдарованість чи геніальність. Також відомо, що у багатьох культурах люди, які страждали психічними розладами вважалися особливими, вибраними та іноді наділеними надприродними здібностями та силами. Важливим є і сприйняття людиною, яка має психічний розлад, своєї хвороби. Для більшості пацієнтів хворобливі феномени сприймаються, як об'єктивна реальність, в якій вони намагаються жити та адаптуватися до неї. Таким чином поняття «норми» щодо психічного здоров'я є дуже відносним і не може визначатися лише наявністю чи відсутністю конкретних симптомів.

Сучасне розуміння поняття «психічного здоров'я» також є набагато ширшим, ніж просто відсутність психічного захворювання.

Основними **детермінантами** психічного здоров'я є не лише можливість людини керувати власними емоціями, думками та поведінкою, взаємодіяти та будувати стосунки з іншими людьми, але й різноманітність біологічних, соціальних, культурних, економічних, політичних та середовищних факторів. Таким чином розуміння поняття «психічне здоров'я»

повинно відбуватися в трьох напрямках та передбачати: відсутність психічного захворювання; стан організму, який дозволяє повною мірою виконувати всі його функції; стан балансу в собі, а також між собою та своїм соціальним оточенням (Bhugra, Till & Sartorius, 2013).

До **основних критеріїв психічного здоров'я** відносять:

1. Усвідомлення та відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного та психічного «Я».
2. Відчуття сталості та ідентичності переживань в однотипних життєвих ситуаціях.
3. Критичність до себе та своєї власної психічної діяльності, а також її результатів.
4. Відповідність психічних реакцій силі та частоті впливів різноманітних чинників середовища, соціальним обставинам та ситуаціям;
5. Здатність самотійно керувати своєю поведінкою відповідно до соціальних норм, правил та законів.
6. Здатність планувати власну життєву діяльність та реалізовувати заплановане.
7. Психологічна гнучкість, яка полягає у можливості змінювати свою поведінку в залежності від зміни життєвих ситуацій та обставин.

Збереження та покращення психічного здоров'я у світі є пріоритетним та актуальним завданням. Це пов'язано насамперед із епідеміологічною ситуацією щодо психічних розладів. *На сьогодні відомо, що близько 450 млн людей в світі страждають від психічних та поведінкових розладів. Різні прояви психічних порушень спостерігаються приблизно у 10% дорослого населення в світі. Психічні розлади не є поширеними у вибіркових групах, вони зустрічаються у людей усіх регіонів, в усіх країнах та суспільствах. Психічними захворюваннями страждають як жінки, так і чоловіки, мешканці міст та сільської місцевості. Поширеність захворюваності на психічні розлади несуттєво відрізняється у міській та сільській місцевостях.*

Стан психічного здоров'я в Україні відображає світові тенденції. *Станом на 1 січня 2017 р. 1 млн 673 тис. 328 жителів України перебували на обліку у зв'язку з розладами психіки та поведінки, зокрема 694 тис. 928 осіб – внаслідок розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та наркотиків (або 3,9% населення). А наприкінці 2016-го в Україні 261 тис. 240 хворих на психічні розлади мали групу інвалідності, з них*

8,5% – діти віком 0–17 років. Того ж року первинно були визнані особами з інвалідністю через психічні розлади 9 тис. 893 хворих. Смертність населення України від навмисного самоушкодження 2015 року становила 17,7 на 100 тис. населення («Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року», 2018).

До **найчастіше діагностованих психічних захворювань** відносять депресивні розлади, біполярний афективний розлад, шизофренію, епілепсію, вживання алкоголю та наркотиків, хворобу Альцгеймера, а також різні види деменцій, посттравматичний стресовий розлад, obsесивно-компульсивний розлад, панічні розлади і первинне безсоння.

Слід зазначити, що в останні роки проблеми психічного здоров'я стали актуальними для світових лідерів та країн на глобальному рівні. Це знайшло своє відображення у прийнятих у вересні 2015 року на Генеральній Асамблеї Організації Об'єднаних Націй «Цілях сталого розвитку». Зокрема підпункти цілі 3 звучать як: «3.4. До 2030 року зменшити на третину передчасну смертність від неінфекційних захворювань за допомогою профілактики і лікування, а також підтримувати психічне здоров'я і благополуччя; 3.5. Покращувати профілактику та лікування залежності від психоактивних речовин, у тому числі зловживання наркотичними засобами й алкоголем» («Transforming our world: the 2030. Agenda for Sustainable Development. General Assembly 70 session», 2015).

У січні 2019 року проблематика психічного здоров'я піднімалася та була предметом обговорення на Всесвітньому економічному форумі в Давосі (Швейцарія). У грудні 2017 року Уряд України видав розпорядження «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року». **Метою** концепції є «створення цілісної, ефективної системи охорони психічного здоров'я, яка функціонує в єдиному міжвідомчому просторі, забезпечує покращення якості життя та дотримання прав і свобод людини» ("Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року», 2017).

Психічне здоров'я забезпечується на різних, але взаємозалежних **рівнях функціонування**: біологічному, психологічному і соціальному.

Здоров'я на **біологічному рівні** передбачає динамічну рівновагу функцій усіх внутрішніх органів та систем, їхнє адекватне реагування на вплив навколишнього середовища.

Здоров'я на психологічному рівні пов'язане з особистістю людини. Психічне здоров'я може бути порушене домінуванням негативних за своєю сутністю рис характеру, дефектами в моральній сфері, неправильним вибором ціннісних орієнтацій тощо. Перехід від психічного до соціального рівня дуже умовний.

Психічні властивості особистості не існують поза **системою суспільних відносин**, у яку вона включена. Людина розглядається на цьому рівні, насамперед, як **істота суспільна**. І, відповідно, тут на першому плані – питання впливу соціуму на здоров'я особистості.

Основними, визначальними **факторами здоров'я** є:

- спосіб життя – 50%;
- навколишнє середовище – 20%;
- генетичні (спадкові) фактори – 20%;
- медичні фактори – 10%.

Серед усіх чинників, які впливають на стан психічного здоров'я людини можна виділити три основні групи:

1. Біологічні чинники. Існує багато біологічних чинників, які можуть впливати на психічне здоров'я людини. Вплив більшості з них є доведеним в останні десятиліття та пов'язаний із стрімким розвитком нейронаук. Найбільше значення серед них мають **біохімічні особливості функціонування мозку** людини, а також генетичні взаємодії. Аномалії міжнейрональних комунікацій, які спричинені порушенням балансу нейромедіаторних систем можуть спричинити депресивні та тривожні розлади тощо. Безліч сучасних досліджень також підтверджує **роль генів** у розвитку психічних захворювань, особливо взаємодії генів з певними чинниками навколишнього середовища. Також неабиякий вплив на психічне здоров'я мають такі біологічні чинники, як **інфекційні захворювання, пошкодження тканин мозку внаслідок травм та гіпоксії**, а також **вживання різних субстанцій**, які ведуть до алкогольної чи наркотичної залежності, а також **метаболічні порушення, ендокринні розлади**. Перечислені впливи відіграють роль впродовж цілого періоду розвитку людини, починаючи від перинатального до старості.

2. Психологічні чинники. Психологічні фактори відіграють важливу роль у підтриманні психічного здоров'я, а також мають суттєвий вплив на розвиток психічних захворювань. Більшість із них мають вагомий вплив у ранньому дитинстві, ранньому дитячому, підлітковому та молодому віці.

Зокрема, **відсутність турботи та занедбання дитини, недостатня емоційна підтримка** у найближчому оточенні суттєво впливають на формування самооцінки дитини та розвиток особистості в цілому. Пережите дитиною в ранньому дитячому чи підлітковому віці **фізичне, психологічне чи сексуальне насилля**, а також **булінг** підвищують ризик виникнення багатьох психічних розладів у декілька разів. До важливих психологічних чинників також можна віднести **ранню втрату значимих близьких людей**, наприклад, батьків чи опікунів, **проживання в місцях катастроф, збройних конфліктів, війни чи стихійного лиха**, коли ймовірність психологічного травмування безпосередньо від навколишніх подій чи втрат дуже висока.

3. Соціальні чинники. Соціальне життя людини має тісний взаємозв'язок з психічним здоров'ям. Серед найбільш вагомих соціальних чинників виокремлюють **важкі та економічно несприятливі умови проживання, безпритульність та безробіття**. Відсутність соціальної підтримки найбільш вразливих верств населення також суттєво підвищує ризик виникнення проблем у психічному здоров'ї. Окремим важливим чинником є **безпосередня участь у збройних конфліктах, а також проживання на територіях, охоплених військовими діями**. Неможливо не згадати у цьому контексті і **природні стихійні лиха, а також екологічні та техногенні катастрофи**, які дедалі частіше переживаються населенням планети, внаслідок чого тисячі людей втрачають своїх близьких, роботу та житло. Наведений перелік можна доповнити такими чинниками, як **еміграція та вимушене переселення, переживання розлучення з партнером, психологічно некомфортні умови праці, расова та гендерна дискримінація** тощо.

Захворюваність на психічні та поведінкові розлади приводять до негативних наслідків, що позначаються не лише на психічному та соматичному здоров'ї людей, які страждають цими захворюваннями, але й впливає на життя інших людей у соціумі. Серед найбільш вагомих негативних наслідків можна виокремити декілька груп.

Медичні негативні наслідки

(вплив на психічне та соматичне здоров'я):

1. Коморбідність між фізичними та психічними розладами є одним із найбільш негативних наслідків. У людей з психічними захворюваннями частіше виявляють супутні соматичні розлади, що часто пов'я-

зано із неможливістю дбати про фізичне здоров'я та вчасно отримувати кваліфіковану допомогу через свій психічний стан. В свою чергу багато соматичних захворювань можуть спричинити психічні порушення у пацієнтів. Однією з найбільших проблем є коморбідність деяких психічних розладів із вживанням алкоголю та наркотичних речовин.

2. **Випадки передчасної смерті** частіше реєструються у людей, які страждають *психічними розладами*. Дослідження демонструють, що люди з важкими психічними розладами живуть в цілому на 10 років менше, ніж люди, які не мають психічних захворювань. Передбачувана тривалість життя людей з психічними захворюваннями принаймні на 20% років коротша, ніж для населення в цілому серед економічно розвинених країн. Основними причинами, які приводять до передчасної смерті є виникнення хронічних соматичних захворювань та деяких видів онкологічних захворювань, побічні дії деяких психіатричних медикаментів, недостатній доступ до системи охорони здоров'я у порівнянні з іншими громадянами суспільства, що часто пов'язано із стигматизацією, а також вищий ризик суїцидів, нещасних випадків та смерті внаслідок фізичних конфліктів чи агресивних дій.

3. **Показники тимчасової та стійкої непрацездатності** (інвалідності) серед людей, які страждають психічними розладами суттєво перевищують ці ж показники серед осіб, які страждають соматичними захворюваннями.

Соціальні негативні наслідки

1. **Стигматизація** осіб, які страждають психічними розладами. Стигма (від давньогрецької *στίγμα* – «знак, клеймо, пляма») може бути визначена як відчуття ганьби, несхвалення або сорому (само стигма), що приводить до індивідуального уникнення або відкидання іншими. Стигма, пов'язана з усіма формами психічних розладів. Рівень стигми зростає прямо пропорційно до того, наскільки поведінка людини відрізняється від загальноприйнятої в суспільстві. Рівень стигматизації осіб, які мають психічні розлади залишається високим у світі. У багатьох випадках це пов'язано із недостатньою кількістю знань про психічні розлади. Популярний суспільний міф про те, що люди з психічними розладами є небезпечними для інших та скоюють більше злочинів, ніж здорові люди є глибоко вкоріненим у суспільстві. Окрім суспільної стигматизації великий негативний вплив має і індивідуальна стигматизація, коли відбувається

самостигматизація серед пацієнтів, що поглиблює їхню соціальну ізоляцію та сприяє втраті працездатності.

2. Дискримінація та соціальна ексклюзія є значимими негативними наслідками, які часто породжені стигматизацією. **Соціальна ексклюзія** – це виключення індивіда з життя спільноти або ж обмеження доступу до будь-якої суспільної сфери. Зокрема, йдеться про відмову у дотриманні таких базових прав, як право на освіту, право голосу, працевлаштування, обмежений доступ до надання медичної, соціальної чи правової допомоги. До дискримінованих осіб часто застосовується фізичне чи психологічне насилля.

3. Порушення прав людини. Діючі правові системи у світі мають багато недоліків і не завжди можуть забезпечити повну підтримку осіб із психічними розладами у дотриманні та користуванні своїми правами. У 2006 році Організація Об'єднаних Націй прийняла «Convention on the Rights of Persons with Disabilities» (в Україні перекладено як «Конвенція про права осіб з інвалідністю»), що було відповіддю міжнародної спільноти на довгу історію дискримінації, ексклюзії, дегуманізації осіб, які мають обмеження життєдіяльності внаслідок фізичних чи психічних розладів. Згаданий документ – це результат багаторічних переговорів громадянського суспільства, урядів, національних організацій захисту прав людини та міжнародних організацій, який по своїй суті говорить про те, що особи з обмеженням життєдіяльності чи інвалідністю мають такі самі права та можливості, як і всі інші. В Україні зазначена Конвенція набула чинності 6 березня 2010 року.

Економічні негативні наслідки

1. Глобальні витрати на лікування психічних розладів у світі. За даними Гарвардської школи громадського здоров'я у 2010 році у світі було витрачено 2.5 трильйони американських доларів, до 2030 року ця сума обіцяє зрости до 6 трильйонів американських доларів (Bloom, D.E. at al., 2011).

2. Індивідуальні витрати осіб, які хворіють психічними розладами включають прямі витрати на медикаменти та консультації, а також непрямі витрати на доїзд до лікарень та оплату піклувальникам тощо.

3. Захворюваність на психічні розлади веде до бідності та зниження якості життя. Це пов'язано із втратою працездатності, передчасним виходом на пенсію хворих осіб, видатками на лікування, втратою роботи близькими родичами пацієнта, які змушені піклуватися про нього.

Суттєву роль у зменшенні впливу негативних наслідків психічних розладів на окреме життя індивідуума та суспільне життя в цілому відіграє «психоедукація» (поширення знань про раннє розпізнавання та вчасне надання допомоги при психічних розладах). Раннє розпізнавання психічних порушень психіки та поведінки базується на деяких ключових симптомах чи проявах поведінки, які можуть свідчити, що людині необхідно отримати консультацію фахівця («Warning Signs of Mental Illness», 2018). Серед найпоширеніших ознак виділяють наступні:

1. Порушення сну або апетиту – безсоння чи надмірна сонливість, відсутність апетиту або ж надмірне бажання споживати їжу;
2. Зміна настрою – різкі коливання настрою від депресивного до надмірно піднесеного або ж утримання депресивного чи ейфоричного настрою впродовж двох тижнів і довше;
3. Бажання соціальної ізоляції та відмова від приємних активностей, які приносили задоволення в минулому;
4. Відмова від навчання, роботи, повсякденних обов'язків, яка може виявлятися у тому, що індивід перестає відвідувати місце навчання, роботи тощо.
5. Погіршення когнітивних функцій, таких, як пам'ять чи увага, які проявляються у погіршенні запам'ятовування інформації чи відтворення її, погіршення пам'яті на важливі життєві події чи факти, неможливість сконцентруватися, важкість у формулюванні та висловленні своїх думок чи потреб.
6. Підвищення сенситивності, яка проявляється у посиленні сприйняття звуків, запахів, світла чи дотику та постійне уникнення ситуацій та подій, які можуть це стимулювати.
7. Апатія – втрата активності, ініціативи у виконанні речей, які раніше приносили зацікавлення, байдужість та небажання брати участь у активностях, які раніше були важливими.
8. Відчуття втрати зв'язку з реальністю, яке може проявлятися відчуттям відчуженості чи змінності звичних речей чи людей довкола.
9. Нелогічне мислення, незвичні та нереальні переконання про себе, світ та оточуючих, відчуття, що хтось може заподіяти шкоду індивіду чи певним чином впливає на нього без реальних на це причин, «магічне» мислення, підозрілість.
10. Відчуття тривоги за нереальні події, які можуть статися в майбутньому, напади паніки та безпричинного страху.

11. Незвична поведінка – дивна, непередбачувана поведінка, яка не спостерігалася в індивіда раніше.

12. Думки про втрату сенсу життя та самогубство.

Вищезазначені прояви можуть бути ранніми ознаками психічного захворювання та потребують звернення до фахівців у сфері психічного здоров'я.

2.2. Комплексна валеологічна програма розвитку здоров'я людини – «квітка потенціалів»

Потенціали здоров'я. До проблеми збереження та розвитку здоров'я, як і до розуміння його сутності, доцільно підходити системно, комплексно, з позицій холістичного підходу. Такому підходу відповідає **комплексна валеологічна програма розвитку здоров'я людини – «квітка потенціалів»**.

Комплексна валеологічна програма розвитку людини – «квітка потенціалів» – включає в себе основні завдання та методи психології здоров'я.

Програма «квітка потенціалів» – є органічно-цілісною системою теоретико-практичних уявлень, пов'язаних між собою спільним змістом, ідейними цілями і технологіями. Програма символічно представлена у вигляді квітки, сім пелюсток якої формують візерунок взаємопов'язаних потенціалів, що відображають різні аспекти душевного, тілесного і соціального здоров'я людини.

Кожен потенціал є важливим сам по собі і впливає на всі інші.

Жодним з них не можна нехтувати, якщо людина прагне до здоров'я і добробуту.

Мета практичної роботи у психології здоров'я – максимальне розкриття кожного з цих потенціалів, а також навчання людину самостійно користуватися окремими методами саморозвитку і самовдосконалення.

У програмі «квітка потенціалів» представлені **сім складових здоров'я**, обґрунтовано їх сутність та визначено методи розвитку кожного з цих потенціалів. До **основних потенціалів здоров'я** належать:

1) *потенціал тіла* (фізичний аспект здоров'я) – здатність розвивати фізичну складову здоров'я, «усвідомлювати» і вдосконалювати власну «тілесність» як властивість особистості;

2) *потенціал розуму* (інтелектуальний аспект здоров'я) – здатність людини розвивати інтелект і вміти ним користуватися;

3) *потенціал почуттів* (емоційний аспект здоров'я) – здатність людини конгруентно виражати свої почуття, розуміти і безоцінно приймати почуття інших;

4) *потенціал волі* (особистісний аспект здоров'я) – здатність людини до самореалізації; вміння ставити цілі і досягати їх, вибираючи адекватні засоби;

5) *громадський потенціал* (соціальний аспект здоров'я) – здатність людини оптимально адаптуватися до соціальних умов; прагнення постійно підвищувати рівень комунікативної компетентності;

6) *креативний потенціал* (творчий аспект здоров'я) – здатність людини до творчої активності, уміння творчо самовиражатися у життєдіяльності, виходячи за рамки обмежуючих знань;

7) *духовний потенціал* (духовний аспект здоров'я) – здатність розвивати духовну природу людини, керуватися вищими цінностями.

2.3. Тілесний потенціал здоров'я та його розвиток

Сутністю потенціалу тіла або фізичного аспекту здоров'я є здатність людини розвивати фізичну складову здоров'я, «усвідомлювати» власну тілесність як властивість своєї особистості. Потенціал тіла характеризує особистість людини на більш «грубому» матеріальному, поведінковому рівні та на рівні інтероцептивних відчуттів.

В цьому контексті можна казати про тілесний інтелект та тілесну компетентність.

Тілесний інтелект – це тонка рефлексія, диференціація у своєму тілі різних модальностей (візуальних, слухових, тактильних, нюхових, смакових відчуттів) і використання цієї здатності для підвищення рівня культури харчування, руху, дихання, сну, якості сексуальних відносин.

Тілесна компетентність – здатність усвідомлювати, диференціювати, розуміти власні відчуття, тілесні потреби, вміння самостійно регулювати тілесні процеси.

Здорова тілесність – це природна, спонтанна тілесна поведінка, цілісність сприйняття тіла, прийняття власного тіла, стійкість тіла, врівноваженість, гармонійність, здатність до отримання сексуального задоволення.

Для людини з **низьким рівнем тілесної компетентності** характерні скутість, алекситимія (нездатність виділяти, диференціювати і висловлювати тілесні відчуття на вербальному рівні), спотворене, неадекватне (фрагментарне) сприйняття власного тіла, нездатність (нечутливість) до отримання тілесного задоволення, проблема саморегуляції тілесних процесів (труднощі в адаптації), наявність психосоматичних захворювань, та ін.

Підлітковий і юнацький вік – максимальна увага до тіла.

Цілями щодо підвищення тілесної компетентності можуть бути наступні:

- пізнання та прийняття свого тіла,
- вивчення мови тіла – «системи раннього оповіщення», власної «тілесної топографії» емоційних проявів;
- розвиток вміння усувати і контролювати м'язові затиски,
- засвоєння методів психосоматичної саморегуляції як конструктивних форми зняття наслідків стресу,
- розвиток вміння бути стійким, гнучким, спонтанним,
- отримання задоволення від взаємодії з тілом через спорт, танці, секс як спосіб пізнання себе в умовах інтимної взаємодії відкритого тіла і душі.

До тілесної компетентності також відносять аліментарну і сексуальну компетентність.

Аліментарна компетентність включає, перш за все, орієнтацію у виборі режиму, форм, змісту харчування на власні тілесні переваги, а не на нав'язані мас-медіа модні дієти. Знання потреб власного тіла дає шанс адекватного, хоча, можливо, з зовнішньої точки зору, і ірраціонального вибору харчування.

Інтуїтивне харчування.

Сексуальна компетентність – це вдосконалення себе в області сексуальних знань і умінь.

Підвищення рівня сексуальної культури включає в себе:

- культуру розуміння (когнітивний рівень),
- культуру міжособистісних відносин (емоційний рівень)
- культуру взаємодії (поведінковий рівень).

Бути сексуально здоровим означає:

- бути здатним до насолоди і контролю сексуальної та дітородної поведінки відповідно до норм соціальної та особистої етики;
- бути вільним від страху, почуття сорому і провини, помилкових уявлень, що пригнічують сексуальну реакцію і порушують сексуальні взаємини;
- не мати органічних розладів, захворювань, що заважають здійсненню сексуальних і дітородних функцій

Деякі автори (А.Ш. Тхостов, А. Лоуен) виділяють:

- «біологічне» тіло («природне», «первинне»);
- «соціальне» тіло («культурне», «вторинне»).

«Біологічне» тіло можна розуміти як організм, систему органів і тканин, що дано нам природою.

«Соціальне» тіло створює соціум за допомогою норм, законів, заборон і правил поведінки, моди. Це наші жести, манера рухатися, говорити, міміка та ін.. У ньому відбивається досвід, отриманий людиною у процесі життя. Тіло, яке пройшло соціалізацію, перестає бути просто фізичним, про нього вже потрібно говорити як про соціальну тілесність. Людина знаходить себе у світі як істота, якій належить жити і бути, буттю вона належить саме як тілесна істота. «Соціальне» тіло багато в чому обмежує прояви «біологічного», затискаючи і «втискаючи» його в рамки пристойності, які створені культурою. Саме у «соціальному» тілі виникають м'язові затиски, які надалі руйнують здоров'я природного тіла.

Сучасний соціум (**мода**) нав'язує людині так звану **гламурну тілесну досконалість**. Для її досягнення використовуються як кардинальні, так і некардинальні процедури, які, іноді, негативно впливають на здоров'я. Прагнення досягти тілесної досконалості призводить і до того, що «еталонне» тіло вступає у конфлікт з природою. Це багато численні пластичні операції, виснажливі дієти тощо.

Отже, проблема тіла і тілесності є досить складною і делікатною, але дуже важливою.

Розвиток тілесного потенціалу здоров'я. Тіло знає багато про людину. Так, напр., травматичні переживання запам'ятовується в м'язах тіла на все життя (якщо з цим не працювати).

Тіло являє неусвідомлену частину психіки. Свідомість визначає життя людини лише на 10%, за решту 90% відповідає підсвідомість. Який образ сімейного щастя є у людини, що впливає на її здоров'я, скільки грошей «можна» мати – ці та багато інших установок прописані у підсвідомості. Якщо людина прагне до якоїсь мети, але ніяк не може її досягти, – ймовірно, існують переконання, які з тією ж (і навіть більшою) силою тягнуть людину назад.

Піраміда тілесного здоров'я: рух, дихання, харчування, здоровий сон.

«РУХ – ЦЕ ЖИТТЯ»

Спеціалізованими психологічними методами розвитку тілесного потенціалу здоров'я є: тілесно-орієнтована психотерапія, танцювально-рухова терапія, біосинтез, «дихальні» практики, методи саморегуляції: аутогенне тренування, саморегуляція тощо.

Є ціла наука, яка займається рухом – **кінезіологія**. Кінезіологія (буквально: вивчення рухів тіла) – це цілісний підхід балансування рухів і взаємодій людських енергетичних систем.

Прикладна кінезіологія – це наука про рух, напругу м'язів тіла та їх зв'язку з психікою.

Кінезіологія розвинулася у 60-і роки ХХ ст.. Засновником кінезіології (прикладної кінезіології) у сучасному її вигляді є американець **Джордж Гудхардт**, який прийняв за основу давній метод індіанців, розвинув його і створив у **1962 році** досить струнку теорію, діагностичну і лікувальну систему, в основі якої лежить **м'язовий тест**, що вважається в науці про рухи найточнішим і ефективним інструментом.

Цей метод для діагностики також був запропонований багатьма дослідниками, таким як Вианне Стайбл (ThetaHealing) і японським професором Шіакі Омур, який назвав його: «двухпальцевий **О-кільцевий тест** методу молекулярної ідентифікації і локалізації». Пізніше техніка була визнана у всьому світі і на сьогодні нею користуються кінезіологи, остеопати, професійні психологи, хіропрактики, фахівці нетрадиційної медицини і психології.

Кінезіологічний (м'язовий) тест дозволяє вести розмову з собою, своїм організмом, минаючи його свідому частину: розум і органи чуття.

До цього тесту звертаються, коли треба виявити емоційні блоки, переконання і програми, які спрацьовують автоматично, неусвідомлено.

М'язове тестування можна провести як самостійно, так і з клієнтами. За допомогою нього можна складати індивідуальні програми оздоровлення. Про це: на практичному занятті.

Дуже корисними для здоров'я є **хвильові рухи** (body wave). Іноді такі рухи називають дельфінічними. Навіть, є цілий напрямок психотерапії – **дельфінотерапія**. Існує цілий НДІ, який займається хвильовими рухами.

Є авторитетна психологічна думка, що не тільки здоров'я всього тіла, а й до 70% всіх життєвих проблем, прямо або побічно пов'язані із здоров'ям **хребта**. Будь-яке найменше порушення у хребті може негативно позначитися на стані інших частин тіла, а також призвести до дисгармонії між фізичним і психічним станом. **Тілесна практика «Крокодил»** є ефективним засобом оздоровлення хребта та тілесного здоров'я в цілому.

Дуже корисно для тілесного здоров'я час від часу гудіти зсередини і взагалі – **вібрувати тілом**, видавати будь-які звуки, наспівувати, мукати, муркотіти. Медитації звуком, вібраціями. Статистичні дані показують, що більшість життєрадісних довгожителів у світі об'єднує одне захоплення – танці. У психології є цілий напрямок, який називається **танцювально-рухова терапія** (TRT).

TRT – це один з сучасних методів психотерапії, який використовує рух і танець для подальшої емоційної, пізнавальної, фізичної та соціальної інтеграції особистості. Виникла TRT у 40-х роках 20 ст., засновниця – Меріан Чейс, яка працювала у лікарні Св. Єлизавети у Вашингтоні і через танець почала налагоджувати контакти з «безнадійними» пацієнтами. Із часом лікаріпсихіатри почали визнавати терапевтичний (лікувальний) ефект TRT.

На сьогодні TRT використовується у цілому світі для людей різного віку і стану здоров'я. Вона допомагає у лікуванні певних соматичних і психоемоційних розладів, а також є методом особистісного розвитку людини.

Розвиток тілесності через рух позитивно впливає і на когнітивні функції людини. Нейрогімнастика!!!

Принципово важливим є чергування самих різних видів активності і різноманітних розслаблень. Є певні **релаксаційні практики**.

Аутогенне тренування (аутотренінг) є одним з варіантів самонавіювання. З його допомогою людина може робити істотний вплив на психічні і

вегетативні процеси в організмі, в тому числі на ті, що непідвладні довільній свідомій регуляції. Аутотренінг є поєднанням м'язового розслаблення з самонавіюванням у вигляді «формул», які вимовляються подумки. Запропоноване німецьким психотерапевтом Шульцом ще у 1930-і рр.

М'язова релаксація – стан спокійного неспання і відпочинку, що досягається за рахунок спеціального розслаблення м'язів, контролю дихання і розумових процесів, заспокоєння емоцій (психічна релаксація).

Ідеомоторне тренування. Дана техніка складається з послідовного напруження й розслаблення м'язів тіла, але вправи виконуються не реально, а подумки.

«**Шавасана**» – одна з основних поз йоги, призначених для відпочинку і розслаблення. Шавасана (в перекладі з санскриту «поза трупа») – це усвідомлене розслаблення тіла і розуму. Йоги вважають, що 10 хвилин шавасани замінюють 2 години повноцінного сну.

В цілому, заняття йогою є одним з найкорисніших методів розвитку тілесного та душевного здоров'я.

Практики, які позитивно впливають на гормональний статус людини та її **довголіття**: «**Тибетська гормональна гімнастика**», «**Око відродження**».

Дихання – з точки зору фізіології – це сукупність процесів, які забезпечують надходження в організм кисню, використання його в окислювальних процесах і видалення з організму вуглекислого газу. Саме тому воно є основним життєзабезпечуючим процесом в організмі. Однак, дихання впливає і на психічний стан людини, і на загальне самопочуття, насамперед, за рахунок впливу на роботу мозку. Усвідомлене дихання нормалізує сон, тиск, допомагає впоратися з депресією, хронічними болями, бронхіальною астмою, укріплює імунітет тощо.

Наш психічний стан відбивається на характері дихання, з іншого боку, змінюючи характер дихання, ми можемо змінювати свій стан. Ці факти пояснюють, чому у всіх східних духовних і тілесних практиках дихальні вправи обов'язково входять до базових навичок як учнів-початківців, так і досвідчених майстрів.

Саме тому існує безліч дихальних практик. Дихальні практики використовуються у психології, релігії, шаманізмі, йозі. Деякі з них:

- «Дихання життя» за С.І. Лосевим;
- дихальна гімнастика за О.М. Стрельниковою;

- дихання за методом К.П. Бутейко;
- дихальні практики йоги – прана яма (прана – «життя, дихання», яма – «контроль, управління, зупинка»).

В цілому, можна виділити **два типи дихання**:

- дихання з переважанням вдиху – активізує (повільний, протяжний вдих, що змінюється швидким видихом – напруга, мобілізація, скидання сонливості, втоми).
- дихання з переважанням видиху – заспокоює (швидкий вдих, повільний видих – розслаблення, зняття емоційного збудження, ослаблення болю, дискомфорту і інших неприємних внутрішніх відчуттів, перехід до сну).

Харчування, вода. Ми на 70-80% складаємося з води: мозок – на 90%, кістки – на 22%, кров – на 83%, м'язи – на 75%.

Без їжі можна прожити 30 і більше днів, без води 5-7 днів.

Нестача води:

На 5%:

- втома;
- слабкість м'язів;
- серцебиття;
- запаморочення;
- слабка концентрація уваги.

На 10%:

- захворювання судин, шкіри, м'язів, суглобів, нервової системи, ризик інфаркту або інсульту.

На 20% і більше:

- людина втрачає життєздатність,
- організм починає повільно вмирати.

ДЗ: подивитися фільм «Велика таємниця води».

Ритми.

Наш організм працює циклічно – як протягом доби (добові ритми), так протягом року (сезонні ритми): активності одних органів відповідає пасивність інших. Знати ці закономірності дуже важливо, так як впливати на системи та органи у період їх низької активності не є доцільним. І, навпаки, у період активності тих чи інших систем або органів навіть мінімальні впливи дають максимально позитивний ефект.

Зима – весна: лютий, березень, до 15 квітня. Активні печінка та жовчний міхур.

Весна – літо: з 15 квітня по 10 липня. Активні серце, судини, тонкий кишечник.

Літо – осінь: з 10 липня по 15 вересня. Активні селезінка – підшлункова залоза.

Осінь: з 15 вересня по 20 листопада. Активні легені та товстий кишечник.

Зима: з 20 листопада, грудень, січень. Активні нирки та сечовий міхур.

Здоровий сон!!!

У підсумку можна сказати, що тіло в середньому кожні 7 років повністю оновлюється. А точніше, деякі наші частини оновлюються щодня, інші – поступово, за роки. Через певний час у людини, фактично, буде абсолютно нове тіло. І те, наскільки воно буде досконалим, залежить від нас. Просте повернення до усвідомлення, що «формування і зцілення тіла відбувається прямо зараз» – буде дуже сприяти створенню більш здорового, красивого і гармонійного тіла.

Основне, чому треба навчитися кожній людині – це вільно відчувати всі свої переживання і почуття як відчуття всередині тіла. Таке вільне відчуття – і є найкоротший шлях до здоров'я і щастя.

Методи розвитку тілесного потенціалу здоров'я:

- тілесно-орієнтована психотерапія,
- танцювально-рухова терапія,
- біосинтез, «дихальні» практики,
- методи саморегуляції: аутогенне тренування, саморегуляція (метод «Ключ») та інші.

Основні підходи тілесно-орієнтованої терапії:

1. Аналіз характеру та вегетотерапія за В. Райхом
2. Біоенергетичний аналіз А. Лоуена
3. Метод М. Фельденкрайза (АТМ)
4. Метод Ф.М. Олександера
5. Первинна терапія А. Янова
6. Чуттєве усвідомлення (Ш. Селвер, Ч. Брукс, Е. Якобі)
7. Соматична терапія біосинтезу (Д. Боаделла)
8. Бодинамічний аналіз (Л. Марчер)

9. Біодинамічна терапія (Г. Бойсен)

10. Психодинамічна тілесна психотерапія (Х. Кренц) та інші.

2.4. Емоційний потенціал здоров'я

До даного потенціалу відносять здатність до усвідомлення, розуміння, управління емоціями. Ці здатності знаходять вираження у емоційній компетентності, емоційному інтелекті.

Емоційна компетентність – це здатність людини конгруентно виражати свої почуття, розуміти та без оцінно погоджуватися з почуттями інших людей. Ця компетентність відноситься до емоційного рівня організації особистості.

Емоційний інтелект. Поняття «емоційного інтелекту» вперше з'явилося у психологічному обігу у 1990 році завдяки Дж.Майеру, П. Селовею. Першою науковою працею по цій тематиці була монографія Д. Гоулмана «Емоційний інтелект». Д. Гоулман висловив думку про те, що загальний інтелект, який досліджується вже впродовж тривалого часу і вимірюється за допомогою відомих тестів на визначення коефіцієнта IQ, тільки на 20% зумовлює успіх в житті людини, тоді як 80% припадає на долю інших факторів, котрі забезпечують успіх. Серед них значне місце належить емоційному інтелекту, який, на його думку, сприяє особистісному зростанню, ефективності професійної діяльності та кар'єрі людини.

В широкому сенсі до емоційного інтелекту відносять здатність до розпізнавання емоцій, розуміння емоцій і управління ними; маються на увазі як власні емоції суб'єкта, так і емоції інших людей. Крім цього, емоційний інтелект можна використовувати в якості предиктора навчальних досягнень. Зокрема, Аронсон стверджує, що високий емоційний інтелект призводить до підвищення продуктивності навчальної діяльності і до високого рівня академічної успішності.

Розвиток емоційного інтелекту передбачає, з одного боку, розвиток здатності усвідомлювати і розпізнавати емоції, а з другого боку, здатність регулювати їх та управляти ними. *Підвищення рівня емоційного інтелекту* – це розвиток вміння «культивувати» власні почуття, що означає не стримування емоційних проявів, а цивілізоване їх вираження.

Емоційні прояви – це, насамперед, спонтанні імпульсивні реакції, за які несе відповідальність людська природа, однак за способи вираження цих почуттів відповідає сама людина (як особистість).

Навчання засобам реалізації почуттів – важливе виховне завдання, яке сприяє формуванню постійного емоційного фону – настрою людини.

К.Ізард, американський психолог, автор диференційної теорії емоцій, виділив 10 базових емоцій людини, кожна з них є унікальною. Це такі емоції: інтерес, задоволення, здивування, відраза (огида), гнів, презирство, горе, сором, вина, страх. Перші дві емоції є умовно позитивними, здивування – нейтральною, а інші – умовно негативними.

Поділ емоцій на позитивні і негативні є умовним, бо «всі емоції важливі».

Як правило, вважається, що позитивні емоції позитивно впливають на здоров'я, а негативні – негативно.

Однак, це не завжди так. Бо **оцінка емоції як позитивної або негативної** залежить від:

- *ступеня вираженості емоції* (наприклад, інтерес – цікавість, яка у свою чергу може бути серйозною (допитливість) або дозвільною (яку проявляють пліткарі, роззяви, люди, які «всюди сують свій ніс». Або: тривога – нормально виражена, допомагає адаптуватися, занадто виражена – призводить до дезадаптації),
- *адекватності емоцій ситуації або життєвій події* (напр., дитина затримується на 5 хвилин – мати вже у стані паніки);
- *засобів їх вираження*. Так, гнів, вина, тривога, печаль – все це нормальні людські переживання, які мають негативне значення лише тоді, коли людина, проявляючи їх, руйнує особистість іншої людини або власну.

Більш за те, соціальні емоції, пов'язані із соціальною взаємодією, спілкуванням, контролюються соціальними нормами. Наприклад, «батьків (дітей) треба любити»; «не можна закохатися у жінку свого найкращого друга»... Порушення цих норм призводить до появи додаткових почуттів: вини, сорому тощо.

Здатність до елімінації почуття провини, страху, невпевненості в собі є особливою якістю зрілої особистості.

Східна філософія здоров'я людини розглядає три основні причини захворювань: внутрішні (сім настроїв), зовнішні (шість «надто») і нейтральні (як внутрішні, так і зовнішні). До семи настроїв – надмірних почуттів – відносять: велике горе, надмірну радість, страх, гнів, надмірну любов, туга, надмірне бажання. Тобто, навіть такі позитивні емоції як ра-

дість та любов, з точки зору східної філософії, можуть негативно впливати на особистість та її здоров'я у разі їх надмірності.

Останні роки у науці з'явилася квантово-хвильова модель світу. В межах цього вчення спочатку у нетрадиційній психології, а потім і у традиційній, набула поширеності оцінка емоційних станів та почуттів з точки зору їх частоти: високої або низької. Навіть з уст пересічної людини можна почути фрази «високочастотні емоції» «низькочастотні емоції»... Така точка зору відбита у так званих вібраційних шкалах Девіда Хокінса. Варіанти цих шкал наведені нижче. Його теорія описана у книзі «Шлях прийняття», де він досконало і обґрунтовано пише, як ці стани впливають на життя людини.

Отже, кожна емоція, почуття (стан свідомості) виражається в умовних одиницях, які відбивають частоту вібрацій. У таблиці рівні свідомості розділені кольором на п'ять частин, нижні два сектора (червоний та оранжевий) є низькочастотними, коли у людини немає ресурсів і енергії, верхні три сектори (зелений, синій і жовтий) є високочастотними, коли людина перебуває у ресурсному стані.

Найбільш низькими за частотами є:

- ганьба (20 балів);
- почуття вини, сорому (30 балів).
- апатія-депресія, роздратування, образа (50 балів),
- горе, печаль, туга, шкода (75 балів).

Коли людина знаходиться на частотах цих станів, їй дуже важко власними силами «вибратися» з них. Це пасивні почуття, вони не мотивують людину. Як правило, потрібна соціальна та/або психологічна підтримка або допомога спеціаліста.

Далі йдуть трохи більш активні стани:

- страх, паніка (100 балів), страх може змусити людину щось робити, входить у структуру мотивації уникнення;
- жадання, хіть, спокуса, заздрість (125 балів).
- гнів, ненависть, агресія, лють (150 балів) – енергії більше, але вона неконтрольована, люди часто помиляються у таких станах, це руйнівні вібрації;
- гордість, гординя, презирство (175 балів); у цих станах є вірогідність прокрастинації, ілюзія, що «все нормально, все добре, не гірше, ніж у інших».

Однак, є **закон**: те, що не покращується – погіршується. Тому, з цих станів легко скотитися до більш низьких частот.

Всі описані емоції, характерні для стану «Жертви». Причому, у таких станах і рівень енергії, і рівень інтелекту (як можливості приймати розумні рішення) суттєво знижуються. Рівень щастя також є невеликим (від 1 до 22%).

Суфійських ПРИТЧА про чуму:

Зустрілися якимось на дорозі паломник і Чума.

– Куди йдеш? – запитала Чума.

– У Мекку, поклонитися святим місцям. А ти?

– У Багдад, забрати п'ять тисяч людей, – відповіла Чума.

Розійшлися вони; а через рік на тій же дорозі зустрілися знову.

– Але ж ти обдурила мене, – сказав Чумі паломник. – Ти казала, що забереш у Багдаді п'ять тисяч людей, а сама взяла п'ятдесят п'ять тисяч!!!

– Ні, – відповіла Чума, – я сказала правду. Я була в Багдаді і забрала свої п'ять тисяч. Решта померли від страху.

Друга половина станів корелює з підвищенням рівня енергії та щастя. До **нейтральної зони** належать:

- *сміливість* (200 балів) – готовність щось зробити, долати перешкоди. Інтелект в цьому стані функціонує на 55% (у стані гордині лише на 22%).
- *нейтралітет* (250 балів) – здатність бачити і приймати різні точки зору.

Однак, це не просто нейтральна зона, це певним чином небезпечна зона. Ризик скотитися вниз або піднятися нагору у цих станах є однако-вим. При усвідомленні і розумінні ситуації людина може підвищити свої вібрації, «піднятися нагору».

Далі йдуть:

- готовність, впевненість, воля (310 балів);
- прийняття, подяка (вдячність) (350 балів);
- розум, логіка (400 балів);
- любов (500 балів) – це поки що матеріальна любов, за «щось»;
- безумовна любов (540), коли ми любимо кожну людину (як Душу); ця любов схожа на материнську любов (любимо, незалежно від того, як поводить-ся дитина...);

- радість (540 балів) – проста та тотальна, коли радіємо всьому (новому дню, сонцю...);
- гармонія (600 балів);
- просвітлення (700-1000 балів).

Отже, критичною точкою на шкалі Хокінса є рівень близько 200 балів. Всі мотиви, вчинки і прояви нижче цього рівня послаблюють людину, блокують її життєву силу і знижують частоту роботи комплексу «свідомість-тіло». Всі вчинки і прояви, які знаходяться вище 200 балів, надають людині сил, підвищують рівень її енергії, життєвої сили.

Девід Хокінс приходить до важливого висновку: одна людина у стані просвітлення, безумовної любові, радості може нейтралізувати, трансформувати низькі частоти багатьох людей (1000 осіб).

На стан людини дуже впливають вібрації роду, сім'ї. Якщо мати, бабуса, батько, дідуся... жили у стані Жертви, ймовірність життя у цьому стані дитини є дуже великою. Хокінс вчить приймати свої стани, усвідомлено пропрацьовувати їх. Важливо також обирати оточення людей (друзів, колег), які живуть на високих частотах, бо оточення на 50% впливає на наші стани та поведінку.

Згідно Д. Хокінсу, є базова вібрація (емоція, стан), від якої залежить рівень енергії та щастя. Основне завдання людини – навчитися жити у високочастотних станах. Високочастотні рівні дозволяють людині творити, бути енергетично наповненою і здатною ділитися енергією.

Частота емоцій також впливає і на стан здоров'я людини, в тому числі – фізичного. Низькі частоти призводять до зниження імунітету, енергетичного потенціалу, появи багатьох соматичних хвороб. Сучасна наука довела, що віруси, бактерії, паразити, гриби живуть на низьких частотах, і згідно з законом подібності, легко притягуються до осіб, базовими емоціями яких є низькочастотні емоції.

Є цілий науковий напрям, який розглядає вплив психічного (насамперед, емоцій) на здоров'я людини.

Одним з перших вчених сучасності, який всерйоз зайнявся вивченням зв'язку між особливостями психіки і внутрішніми хворобами, був американський лікар Франц Александер. Він ввів в ужиток термін «психосоматичне захворювання», тобто захворювання, що розвилось з якихось емоційно – психологічних причин. Ще у 1950 Ф. Александер дав перелік семи класичних психосоматичних хвороб: есенціальна гіпертонія, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, ревматоїдний ар-

трит, гіпертиреоз (тиреотоксикоз), бронхіальна астма, виразковий коліт і нейродерміт. Сьогодні до цього списку додається цукровий діабет, сексуальні розлади і синдром хронічної втоми.

Рівень свідомості	Кількість балів	Рівень щастя
Просвітлення	700-1000	
Мир – гармонія	600	100
Радість	540	99
Безумовна любов	540	96
Любов	500	89
Причина (логіка)	400	79
Прийняття	350	71
Готовність	310	68
Нейтральність	250	60
Мужність	200	55
Гордість	175	22
Гнів	150	12
Бажання (жага)	125	10
Страх	100	10
Горе	75	9
Апатія – депресія	50	5
Вина	30	4
Ганьба	20	1

Рис. 2.1. Почуття (стан свідомості), що виражається в умовних одиницях, які відбивають частоту вібрацій

Спогади про все, що з нами сталося, зберігаються в нашому тілі, в тому числі – і спогади про наші почуття. Тіло можна порівняти з горищем, на який відправляється все те, що не хочеться бачити в самому будинку. І як господиня кричить: «Я не хочу бачити тут цей мотлох, віднесіть її на горище!» – так і в нашому тілі оселяються все ті почуття, які наша свідомість не хоче в собі бачити, тобто визнавати.

Коли ми витісняємо почуття, то вони починають володіти нами. Там, де в тілі оселилося витіснене почуття – там і проявляється болючий симптом. Очі не хочуть бачити, вуха – слухати, ноги не носять, шлунок не переварює і т.д. Це як би сигнал від почуття: «Подивися на мене!» У тому, як почуття розселяються по тілу, є закономірності. Вони відбиті у так званому «Колесі емоцій».

Традиційне колесо емоцій було створено на підставі східного вчення У-Сін, яке ґрунтується на п'яти першоелементах: вода, земля, метал, дерево і вогонь, кожному з яких відповідає орган людини. Тому це вчення іноді називають системою п'яти першоелементів.

Китайська традиційна медицина спирається на два начала: Інь та Ян. Майже всі хвороби можна розглядати, як порушення балансу між Інь і Ян, а лікування і оздоровлення – як відновлення цього балансу.



Рис. 2.2. Емоції людини. Позитивні та негативні емоції

[Джерело: Емоції людини. Позитивні та негативні емоції. URL: <https://vseosvita.ua/library/embed/0100ck0n-f6ea.docx.html>].

Список можливих хвороб, які викликаються негативними емоціями, можна побачити в будь-якому підручнику. Більшість з них запозичені з вищеназваної системи. А саме:

- гнів – печінка;
- страх – нирки;
- тривога – селезінка;
- образа – шлунок;
- смуток і печаль – легені;

- висока прискіпливість до інших людей – хвороби крові;
- прихильність до матеріальних благ – грижа;
- нав'язування свого світогляду іншим – розтягування суглобів і зв'язок;
- критика себе і інших – нежить, ангіна, пневмонія, бронхіт;
- презирство до людей – хвороби шкіри;
- злоба – артрит і артроз.



Рис. 2.3. Вплив емоцій на здоров'я людини

[Джерело: Вплив емоцій на здоров'я людини URL: <https://surl.li/pzlnak>].



Рис. 2.4. Вплив емоцій на здоров'я людини

[Джерело: Вплив емоцій на здоров'я людини URL: <https://surl.li/pzlnak>].

Останні роки доведено вплив образи на розвиток онкологічних захворювань. Є універсальний стан, який негативно впливає на здоров'я людини – це **хронічний стресовий стан**. Теорія стресу – одна із психосоматичних теорій, яка пояснює зв'язок між стресом і хворобами тіла.

У найбільш загальному та класичному значенні термін «стрес» (від англ. **Stress** – тиск, напруга) використовується для позначення станів людини, які характеризуються сильним напруженням і виникають у відповідь на дію різноманітних несприятливих чинників (стресорів), що порушують гомеостаз організму.

Спочатку термін «стрес» використовували у науці для позначення «нервово-психічної» напруги при синдромі «боротися або бігти», але в 1946 році відомий канадський фізіолог Ганс Сельє почав використовувати цей термін для позначення загального адаптаційного синдрому, що виникає як неспецифічна відповідь організму на будь-який вплив. Згідно Сельє, **загальний адаптаційний синдром включає три стадії**:

1) **стадія тривоги** – в організмі виникають сигнали про незбалансованість стресогенних вимог середовища і відповідей організму на ці вимоги. У цей момент відбувається розкриття резервів організму. Однак, якщо агент надто потужний, його вплив може стати несумісним з життям;

2) **стадія резистентності** – організм адаптується до ситуації, що склалася і економно витрачає свій потенціал. Якщо протягом тривалого часу дія стресорів не закінчується, починається третя стадія;

3) **стадія виснаження** – подальша дія стресогенних факторів призводить до виснаження адаптивних резервів організму. Допомога може прийти тільки ззовні – або у вигляді підтримки, або у формі усунення стресора.

Якщо сам засновник вчення про стрес спочатку розглядав його фізіологічні та біохімічні аспекти, то згодом все більше число дослідників стали звертати увагу на психічну складову стресу, яку назвали «психологічний стрес».

Р. Лазарус та співавтори, розвиваючи у своїх роботах психологічний підхід до стресу, визначали стрес як процес, в якому вимоги середовища розглядаються особистістю, виходячи з її ресурсів і ймовірності вирішення проблемної ситуації, що визначає індивідуальні відмінності в реакції на стресову ситуацію. Стресори викликають порушення адаптації тільки в поєднанні з різними внутрішніми та зовнішніми чинниками. До них відносять: особистісні властивості, компетентність у подоланні навантажень, тенденції копіngu (англ. Coping від to cope with – щоб впоратися з...) і соціальні чинники. Властивості особистості та соціальні фактори можуть сприяти як посиленню, так і ослабленню стресової реакції, впливаючи на її тип, інтенсивність і тривалість.

Крім терміну «психологічний стрес» в літературі також застосовується термін «емоційний стрес» і «психоемоційний стрес». Різні дослідники (соціологи, психологи, фізіологи, психіатри) вкладають свій зміст в цей термін, що, ускладнює створення єдиної концепції психоемоційного стресу.

З точки зору психофізіології, організм людини розрахований на подолання стресорів, які діють короткочасно. На тривалий стан стресу організм людини не розрахований, тому саме хронічний стресовий стан найбільш негативно впливає на здоров'я.

Розглянемо вплив стресу на прикладі хвороб суглобів.

У періоди тривалого стресу і при тривалих переживаннях відбувається стійке підвищення рівня кортикостероїдних гормонів в крові, головним чином, адреналіну і кортизолу, які синтезуються в корі надниркових залоз. Надмірний викид цих гормонів у кров гальмує вироблення гіалуронової кислоти, яка є важливою складовою суглобової рідини («змащення суглобів»).

Якщо суглобової рідини стає мало або якщо вона стає «неповноцінною», відбувається «підсихання» суглобових хрящів. Хрящі розтріскуються і стоншуються – виникає артроз.

Захворювання колінних суглобів, крім фізичних перевантажень, також можуть бути наслідком затяжного або сильного стресу, і часто виникають на тлі важких переживань. У багатьох людей колінні суглоби починають хворіти після розлучень, втрати близьких, звільнення з роботи та інших ударів долі. Дуже часто артроз колінних суглобів виникає у емоційно втомлених людей, чиє життя в цілому перетворилося у «непідйомну ношу». Тобто у тих людей, у яких життя важке і безрадісне.

Артроз колінних суглобів часто спостерігається у «вимерлих поглядом» жінок років п'ятдесяти, яким доводиться тягнути на своїх плечах будинок, роботу, дітей або онуків плюс старих хворих батьків, а іноді ще й хворого чоловіка. Такі жінки стають сутулими, ноги у них набрякають і важчають, в ногах порушується кровообіг. Всі ці проблеми призводять до того, що поступово колінні суглоби втрачають гнучкість і «затискаються». Хрящі колін, позбавлені нормального кровопостачання, втрачають вологу, підсихають і розтріскуються.

Важкі форми поразки колін часто спостерігаються у людей розумних, але критичних або схильних до хронічного невдоволення. Тобто у тих, хто постійно внутрішньо незадоволений життям, обставинами, які оточують або самим собою. Ще гірше, якщо схильність до критицизму поєднується з хронічною образою на весь білий світ, на навколишніх або на близьких людей. Причому неважливо, чи висловлюються образи і критику вголос або вони накопичуються всередині. Роль грає лише сила емоцій і їх тривалість.

Внутрішня напруга нервової системи, відбивається на стані скелетних м'язів – виникає їх спазм та гіпертонус. Це позначається на поставі, стані хребта і тазостегнових суглобів. Навколо тазостегнових суглобів розташовані особливо сильні м'язи, їх спазм призводить до того, що ці м'язи «затискають» ушкоджений суглоб. У результаті тривалого м'язового тиску затиснутий тазостегновий суглоб деформується і руйнується.

Вплив емоцій на стан шкіри. Наша шкіра безпосередньо пов'язана з нервовою системою. Причому, якщо із зовнішньої сторони вплив емоцій на шкіру є зрозумілим, очевидним (почервоніння при гніві або збентеженні, блідість при переляку, «гусяча шкіра» при страху), то що ж тоді відбувається всередині організму?

У період сильного емоційного стресу приплив крові спрямований в основному до тих органів, які організм вважає найбільш важливими для виживання, а від всіх інших відбувається відтік крові. До останньої групи належить і шкіра, яка відразу ж відчуває гостру нестачу кисню, внаслідок чого набуває нездоровий жовтуватий відтінок.

Тому тривалий стрес може сильно порушити механізм роботи всього організму, і особливо сильно це буде помітно на шкірі обличчя. Дерматологи вважають, що стрес провокує екзему, псоріаз, призводить до появи бородавок і папілом. Проте найпоширенішими реакціями шкіри на негативні емоції є висип, роздратування і вугрі. Через сильні переживання і хвилювання сальні залози людини починають працювати набагато старанніше звичайного і продукти цієї активності накопичуються і забивають пори, що і призводить до всього перерахованого.

Управління емоціями. Як відомо, емоції проявляються на трьох рівнях:

- а) як внутрішні переживання (відчуваю радість, гнів...);
- б) на рівні міміки, пантоміміки, експресії (інтонаційних характеристик голосу);
- в) на рівні внутрішніх органів (спазми, больові симптоми, збільшується пульс, потіють або трясуться руки, почервоніння шкіри, тощо)..

Є важлива **закономірність**: чим більше емоції проявляються на психологічному рівні, тим менше на тілесному. Тому основне завдання в ракурсі збереження здоров'я (як фізичного, так і психічного) – прожити емоції, виразити їх, проявити на психологічному рівні.

Різноманітність соматичної патології внаслідок наявності тривалого придушення емоцій є великою. Це і артеріальна гіпертензія, і ішемічна хвороба серця, атеросклеротичні ураження судин, бронхіальна астма, гастрити, дуоденіти, коліти, виразкова хвороба різної локалізації, мігреноподібні головні болі, різні дерматити та алергічні реакції. Отже, дуже важливо проявляти та проробляти свої емоції.

До конструктивних засобів проживання емоцій можна віднести наступні:

- 1) усвідомлення емоцій («дозволити почуттям бути»);
- 2) вербальні засоби проживання емоцій;
- 3) проживання емоцій через тіло;
- 4) проживання емоції через дію, діяльність, творчість.
- 5) зміна ставлення до ситуації (філософське ставлення до життя).

Розглянемо більш конкретно.

1) **Усвідомлення емоції** («дозволити почуттям бути»); Досить часто для проживання почуття достатньо його помітити, побачити, назвати певним ім'ям і прийняти. *Наприклад*, у момент гніву сказати собі «Так, я зараз злюсь, і це нормально». Або: «Так, я зараз злюсь, і це нормально. Намагаюся не злитися, але поки що не виходить».

Іноді людина не може усвідомити свої почуття і назвати їх. Такий симптом зветься «**алекситимією**». У психосоматиці є так звана алекситимічна теорія захворювань, яка стверджує, що в основі психосоматичних розладів лежить нездатність до усвідомлення емоцій і словесного виразу почуттів.

Алекситимія («немає слів для вираження почуттів») є психологічною характеристикою, з якою пов'язана нездатність словесно визначити і описати почуття. Неідентифіковане почуття викликає фізіологічну напругу, що викликає зміну на соматичному рівні. Людина не може розрізнити власне почуття і тілесне відчуття і фокусує свою увагу на тілесних відчуттях, що тільки підсилює напругу і призводить до соматичних порушень внаслідок психофізіологічного перевантаження. Через те, що сильна емоція не піддається вербальній символізації і, отже, залишається недоступною для свідомості, вона починає безпосередньо впливати на організм, завдаючи несприятливі наслідки.

Алекситимія не означає відсутність емоцій. Люди з цим «розладом» відчують не менший спектр емоцій, ніж звичайні люди. Проблема у неможливості вираження і розуміння цих почуттів.

На психологічному рівні алекситимія проявляється:

- а) труднощами у розпізнаванні власних емоцій;
- б) труднощами у пред'явленні власних емоцій;
- в) утруднення у розрізненні емоцій і тілесних відчуттів;
- г) зниженням здатності до символізації, д) скудністю змісту фантазій та інших проявів уяви,
- е) великим фокусуванням на зовнішній стороні подій, а не на внутрішніх переживаннях у зв'язку з ними.

Отже, алекситимія є чинником ризику розвитку психосоматичних захворювань. Однак, вміння розпізнавати почуття, розуміти та усвідомлювати їх доступне для тренування. Методикою психологічної діагностики алекситимії є «**Торонтська алекситимічна шкала**».

У розпізнаванні власних емоцій може **допомогти карта емоцій Роберта Плутчика**. Американський професор психології Роберт Плутчик в 1980 році придумав концепцію, в якій окреслив 8 основних емоцій і пов'язані з ними більш складні емоції. Вийшло вражаюче і наочне «колесо емоцій» або «карта емоцій». Основними емоціями, згідно Роберту, є радість, смуток, страх, довіра, очікування, подив, злість, невдоволення. Вони розташовуються в другій лінії кола від центру.

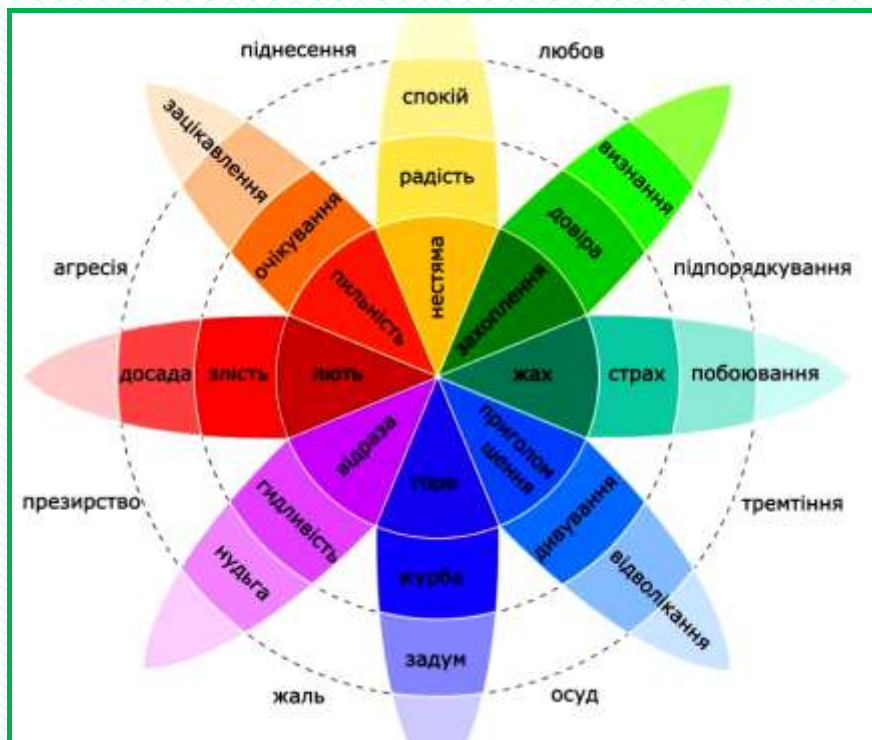


Рис. 2.5. Карта емоцій Роберта Плутчика

[Джерело: Карта емоцій Роберта Плутчика/ URL: <https://surl.li/gojuxx>].

2) **Вербальні засоби проживання емоцій** є, як правило, жіночими засобами, а саме:

а) **Виразити свої емоції вголос**, дати собі виговоритися. Можна собі, щоб ніхто не чув, можна близькій людині (якщо є довіра), домашній тварині, дереву, спеціалісту-психологу, у групах підтримки тощо.

Окремо треба вказати на сповідь та молитву. Сповідь та причастя – для християн – дуже сильно очищаючі процедури. В деяких релігіях Батюшка при сповіді знаходиться за ширмою, щоб людині було легше відкрити Душу. Молитва теж має дуже велику силу як засіб проживання емоцій у будь-якій релігійній конфесії.

б) **Вести щоденник**, куди записувати свої емоції. Тобто, вираження емоцій через письмову мову.

в) **Писати листи образ**. У листів образ є певна структура, згідно з якою їх необхідно писати і правила: а) пишемо: для кожної конкретної людини або ситуації; б) пишемо від руки; в) починається лист завжди зі слів «Дорогий (ім'я людини)»; г) емоції проходять послідовно через злість, образу, біль, страх, розчарування, жаль, смуток, подяку, прощення і до любові; д) лист може по-різному закінчуватися – якщо ви не хочете з людиною у подальшому мати відносини – ви закінчуєте словами «Я відпускаю тебе», якщо ж це людина, яка для вас є важливою, то фінальна фраза «Я люблю тебе».

г) **Анкета «Радикальне пробачення»**. Є така знаменита книжка з такою ж назвою, яка допомагає людям впоратися зі своїми емоціями. У книзі є анкета, яку потрібно заповнювати кожного разу, коли навалюються емоції, з якими складно впоратися. Анкета гарна тим, що є чіткі питання за якими людина йде, її немов ведуть за руку, і їй набагато простіше дійти до суті.

3) **Невербальні засоби проживання емоцій, через тіло**. Сюди можна віднести:

- фізкультуру і спорт;
- релаксація, розслаблення;
- дихання, дихальні практики («продихати емоцію»);
- танці (особливо енергійні притоми, тупотіння, тряски) та співи;
- ходіння босоніж по землі та траві;
- прибирання, миття посуду, викидання мотлоху з квартири;
- биття (подушки, дивану, посуду, биття по воді, якщо це не шкодить оточуючим);

- крик (якщо є де! Крик повинен йти із розслабленого горла, перед цим продихати, зробити глибокий вдих, потім кричимо одне слово, наприклад «ні», «так», і так декілька разів);
- масаж (будь-які наші блоки і затиски в тілі – це непрожиті емоції, які можна подолати за допомогою масажу);
- плач (вихід емоцій через сльози);
- медитації (довільний, контрольований процес управління свідомістю за допомогою концентрації уваги);
- візуалізація, уява (напр., «відпускаю образу (страх, тугу..) як птаха у небо», «...як повітряну кулю», «страх тане як шматочок льоду» тощо).

4) Проживання емоції через дію, діяльність. Це може бути рукоділля, вишивка, вироблення мандал, випілювання, ремонт у квартирі та інша улюблена діяльність, коли вихід/проживання емоції відбувається через руки.

5) Зміна ставлення до ситуації (філософське ставлення до життя). «Якщо не можеш змінити ситуацію, зміни ставлення до неї». На допомогу прийдуть:

а) досвід царя Соломона. Він завжди носив кільце, на внутрішній стороні якого було гравірування. У найважчі періоди цар перевертав кільце і читав: «І це теж пройде».

б) Інверсія реальності. Цей спосіб описав Вадим Зеланд у книзі «Трансерфінг реальності». Принцип: «Хочеш жити, вмій сміятися». Суть: перевернути (змінити) ставлення до ситуації «з ніг на голову». Наприклад: «я відчув дуже радісне розчарування», «зі мною сталася неймовірно щаслива біда», «сталось щось таке, що виправити неможливе, й мої діла одразу пішли вгору», «якийсь симпатичний джентльмен на своїй машині чарівно облив мене брудом», «всі мої спроби були марні, й це стало запорукою успіху», «він мене кинув, я сміялася до...». Якщо емоції дуже сильні, можна ситуацію довести до абсурду, дуже перебільшити у протилежний бік..

в) порада Конфуція: «Витягни краще з того, що маєш».

г) техніка «Довіряю цю проблему Богові. Хай він займається цим"... Відчути всередині деяке полегшення.. А потім – весь час повертатися до цього відчуття.

Можна побачити, що деякі засоби проживання емоцій є суто жіночими (плач, крик, вербальні засоби...), і є не дуже ефективними для чолові-

ків. Більш за те, ці засоби контролюються соціумом («чоловіки на плачуть» та ін..). Для чоловіків важливим є наявність улюбленої справи, діла, проживання емоцій через фізичні навантаження, спорт.

Доцільно засвоїти гавайську методику **Хоо-поно-поно**, яка описана у книзі Дж. Віталє «Життя без обмежень».

У східній філософії здоров'я є техніка, яка зветься **Джин Шин Джитсу** – японське мистецтво зцілення за 5 хвилин або Техніка обхвату пальців рук долонями.

Висловлювання «тримати себе в руках» дуже гарно підходить для опису ефекту масажу рук. Кожен палець співвідноситься з певними емоціями і з 2 органами тіла (з 10-ти). Впливаючи на пальці можна покращити фізичне самопочуття та емоційний стан.

Великий палець. Емоція – занепокоєння; органи – шлунок і селезінка; проблеми – головні болі, порушення травлення, біль у животі, депресія, тривога, занепокоєння, втома, проблеми зі шкірою.

Вказівний палець. Емоція – страх, органи – нирки, сечовий міхур. Проблеми – біль у м'язах, спині, захворювання нирок і сечового, артрит, проблеми з яснами, різні адикції.

Середній палець. Емоція – злість, дратівливість; органи – печінка, жовчний міхур; проблеми – розумова втома, напруга очей, біль в очах, сухий кашель, проблеми з циркуляцією крові, захворювання печінки і жовчного, імпотенція, безпліддя, мігрень, фронтальні головні болі.

Безіменний палець. Емоція – смуток, печаль; органи – легені, товстий кишечник; проблеми – сумніви в собі, смуток, астма, біль в грудях і нирках, дзвін у вухах, порушення травлення. **Мізинець.** Емоція – нервозність, надмірні зусилля; органи – серце і тонкий кишечник; проблеми – біль у горлі, нервозність, здуття живота, занижена самооцінка, тривожність, підвищений тиск, зацикленість на проблемі (ситуації), постійний осуд.

ТЕХНІКА. Щоб заспокоїти емоції, відновити баланс в організмі і розслабитися, обхопіть кожен палець долонею і потримайте 1-2 хвилини. Дихання спокійне, глибоке, розслаблене. Якщо є конкретна емоція – обхватити конкретний палець. Робіть це на обох руках. Якщо треба миттєво заспокоїтися: притисніть великий палець до середини долоні на 2 хвилини.



Рис. 2.6. Техніка Джин Шин Джитсу

[Джерело: Техніка Джин Шин Джитсу. URL: <https://surl.li/gbuyfn>].

Отже, засобів проживання емоцій дуже багато. В цілому, психологічними методами розвитку емоційного потенціалу здоров'я є: сенситивний тренінг, гештальт-терапія, арт-терапія, НЛП, символ-драма, групи особистісного росту.

2.5. Когнітивний потенціал здоров'я, його розвиток (інтелектуальний)

Суть потенціалу: Здатність людини розвивати інтелект та вміти ним користуватися; вміння здобувати об'єктивні знання і втілювати їх у життя. Дана компетенція містить у собі основні установки, цінності, переконання, метафори життя, думки індивіда.

Розвиток даної компетенції – розвиток вміння користуватися «великим інструментом» – інтелектом. Але, розвиток тільки інтелектуальних здібностей людини (зокрема дискурсивного мислення, на шкоду інтуїтивному) деформує його цілість і призводить до формування дискретного типу особистості.

Не випадково на Сході говорять, що «у західної людини інтелект залякав інтуїцію». Его, за твердженням К.-Г. Юнга, – це тільки центр свідомості, але не всієї людини. Як кажуть на Сході: «Пишатися високим інтелектом – це все одно, що пишатися в'язневi в тюрмі розмірами власної

камери». Життя завжди «розумніше» будь-якого інтелекту, людського або штучного. Основне завдання людини полягає в тому, щоб не страждати від власних знань та інтелекту в цілому, а вчитися пристосовувати цей інструмент для власного вдосконалення та вдосконалення інших.

Людина відрізняється від тварин наявністю інтелекту, логічного мислення, аналітичних здібностей. Недарма її назвали Homo sapiens – людина розумна. Наявність інтелекту, розуму дозволяє людині розуміти Світ і себе саму, бути усвідомленою, в тому числі – у сфері здоров'я.

Однак, наявність розвинених когнітивних здібностей, іноді і шкодить здоров'ю.

Організм людини розрахований на подолання стресорів, які діють короткочасно. На тривалий стан стресу організм людини не розрахований, тому саме хронічний стресовий стан найбільш негативно впливає на здоров'я. В житті не так часто об'єктивно зустрічають стресори, які діють тривалий час. Частіше людина на ментальному рівні сама продовжує діяльність стресору.

Приклади:

Уявіть кота, який спить на столі. Ви підходите і б'єте по столу. Кіт підскакує, оглядається (орієнтовна реакція), бачить хазяїна і знову спокійно засинає. Що робить людина, коли потрапляє у схожу ситуацію: 10 хвилин лається, 10 днів ображається, 10 років пам'ятає... Тобто, продовжує діяльність стрес-чиннику. А організму однаково, чи це реальний стрес-чинник, чи він існує ментально... Негативний вплив на здоров'я є очевидним.

На цю тему навіть існує **притча про двох монахів**.

Поверталися два монахи з далекої подорожі у свій монастир: один з них був молодий, другий вже у віці.

Незадовго до цього пройшов проливний дощ і дорогу сильно розмило. Раптом, вони побачили, що на протилежному березі грязьового потоку стоїть дивовижної краси молода дівчина і боїться перейти через швидко бурхливу річку... Тоді літній монах підійшов до красуні, взяв її на руки і не поспішаючи переніс її на інший берег. Дівчина подякувала йому, і обидва монахи пішли далі своєю дорогою.

Вони довго йшли мовчки, але підійшовши до дверей свого монастиря, молодий монах не витримав і запитав старого: «Я йду і всю дорогу думаю про твій вчинок. Адже нам не можна ні думати, ні наближатися до

жінок... А ти так сміливо її взяв на руки і переніс через брудний струмок...».

«Послухай, я залишив цю дівчину давно, ще на тому березі... А ти її несеш у своїх думках до сих пір...»

По-друге, існують так звані **когнітивні установки** (програми, переконання, вірування), які теж впливають на наше життя і здоров'я.

Негативні установки, обмежуючі установки, програми або переконання записуються на рівні підсвідомості, і потім здійснюють вплив на все життя людини. Зазвичай вони проявляються, як ті чи інші проблеми в будь-якій сфері діяльності людини, включаючи здоров'я. 97% того, що відбувається в нашому житті, визначається неусвідомленими програмами, в тому числі такими, які виникають до народження, з'являються у процесі виховання.

Когнітивні установки є досить стабільними. Однак, з точки зору нейробіології, чим частіше людина повторює певну дію, тим міцнішою стає нейронний зв'язок між клітинами мозку, які спільно активувалися для здійснення цієї дії (аналогія: доріжка на снігу: чим частіше ходять, тим краще протоптана доріжка). Чим частіше активується нейронний зв'язок, тим вище ймовірність активації цих нейронів у майбутньому. І значить, вище ймовірність зробити те ж, що і зазвичай.

Вірним є і протилежне твердження: між нейронами, які не синхронізовані, нейронний зв'язок не утворюється.

Важно також знати, що синоптичний зв'язок між нейронами здатний змінюватися. Використання нейронних зв'язків, які являють певний навик і спосіб мислення, призводить до їх зміцнення. Якщо ж дія або переконання не повторюються, нейронні зв'язки слабшають.

Так здобувається навик: будь то вміння діяти або здатність мислити певним чином. Тобто, переконання змінюються.

У науково-популярній літературі досить часто описується алгоритм зміни когнітивних установок за допомогою афірмацій:

1 крок – визначити та усвідомити ці установки,

2 крок – змінити на нові за допомогою афірмацій. Напр., «Очі б мої тебе не бачили! / Мої очі все відмінно бачать».

Або: «У тебе з головою не в порядку! / З моєю головою все в порядку». «У моєму віці всі хворіють» / З кожним роком я становлюся все здоровіше і здоровіше.

Або: «Я вибираю відмінне здоров'я». «При моїй роботі / способу житті неможливо залишатися здоровим» / «Я веду спосіб життя, що веде до здоров'я».

Або «Я перебудовую своє життя так, щоб був час зайнятися своїм здоров'ям»/

Більш детально про ці технології можна ознайомитися у книгах Л. Хей, Л. Бурбо, Д. Свіаша та інших.

Треба згадати і магічну формулу з 10 слів, яку запропонував французький цілитель Еміль Кюе: «З кожним днем мені стає в усіх відношеннях все краще і краще!»

Один з представників НЛП **Роберт Дитлс** у книзі «Фокусы языка. Изменение убеждений с помощью НЛП» запропонував 5-крокову модель **роботи з обмежуючими переконаннями**. При цьому він порівнює цю роботу з приготуванням печеня з тигра. Що у цьому приготуванні найважче? Так, піймати тигра (обмежуюче переконання).

Крок 1. Раніше я думав, що....(переконання).

Крок 2. Тепер я сумніваюся, що.....

Крок 3. А насправді, я....

Крок 4. Я готовий і хочу в це повірити, що я...

Крок 5. Й я готовий довести, що я....

Наприклад, переконання «У моєму віці всі хворіють».

Крок 1. Раніше я думав, що у моєму віці всі хворіють.

Крок 2. Тепер я сумніваюся, що у моєму віці всі хворіють.

Крок 3. А насправді, є багато людей, які у моєму віці є активними і здоровими.

Крок 4. Я готовий і хочу в це повірити, що я теж активний і здоровий

Крок 5. Й я готовий довести, що я активний і здоровий.

У традиційній психології існує когнітивний напрямок і когнітивна психотерапія (зокрема, когнітивна психотерапія А. Бека, раціонально-емотивна терапія А. Еліса та його **АВС- модель**, позитивна психотерапія Н. Пезешкіана тощо).

У моделі АВС А. Еліс показав вплив когніцій (думок, переконань) на наше життя та поведінку. Він довів, що не ситуація (**А**) обумовлює нашу поведінку або викликає емоцію (**С**), а думка про цю ситуацію, її когнітивна оцінка (**В**) обумовлює реакцію у вигляді вчинку або емоції.

Аерон Бек виділив когнітивні помилки, які впливають на наше життя і здоров'я. Позитивна психотерапія – метод короткострокової психотера-

пії, запропонована Носсратом Пезешкіаном у 1968 році. Метод спрямований на мобілізацію внутрішніх ресурсів людини для ухвалення позитивних рішень у будь-яких, навіть найскладніших життєвих ситуаціях.

Н. Пезешкіан виявив, що існують слова, які безпосередньо «програмують» хвороби тіла, і ці руйнівні слова є присутніми у лексиконі усіх людей. Його теорія підкріплена серією експериментів, які стали доказом того, що люди, які використовують в мові "руйнівні" слова, підвищують ризик певних хвороб. Н. Пезешкіан об'єднав ці слова у поняття «органічна мова».

Н. Пезешкіану вдалося знайти зв'язок між словами-руйнівниками і хворобами, які вони створюють, а саме:

- **Гіпертонія:** «піддавати жару», «випускати пару», «підстібати», «увірвався терпець».
- **Інфаркт:** «удар у саме серце», «серце розривається», «приймати близько до серця».
- **Захворювання крові, кровоносної системи:** «вичавлювати соки», «це увійшло до моєї плоті і крові», «висмоктувати кров».
- **Бронхіальна астма, синдром гіпервентиляції:** «перекрити кисень», «чхати на (когось, щось)», «дати волю своєму гніву», «знайти віддушину».
- **Мігрень, метеозалежність:** «суцільний головний біль», «ломати голову», «ще головою побийся», «ризикувати головою».
- **Захворювання печінки і жовчного міхура, ожиріння:** «щоб життя медом не здавалося», «мені гірко», «ніякої радості», «жовчний».
- **Онкологія:** «щось гризе», «сам собі не належу», «все набридло до смерті», «отруювати життя».
- **Урологічні захворювання:** «сеча в голову ударила», «(хтось, щось) сидить у бруньках», «смертельно втомився», «немає сил».
- **Остеохондроз:** «проблеми, які сидять на шиї», «звалити на себе вантаж турбот», «нести свій хрест».
- **Нервова анорексія:** «набридло до нудоти», «ситий по горло», «з душі поверне»; Виразка: «займатися самоїдством», «не переварюю (когось, щось)», «уїдливо».
- **Алергія, захворювання шкіри:** «не хотів би опинитися в (чийсь) шкірі», «вразливий, і не чухається (хто-небудь)», «тонкошкірий».
- **Подагра, хронічні судоми:** «хисткий», «шкутильгати на обидві ноги, «непрохідний», нестійкий.

➤ **Хвороби очей:** «страшно дивитися», «світло не миле», «очі б мої тебе не бачили».

➤ **Зниження слуху, глухота:** «заткнися», «не хочу (щось, когось) чути», «гуркотить», «не говори», «замовкни».

➤ **Депресія:** «мій терпець закінчився», «дратує, б'є, трясє», «неприємно», «не морочте».

Психологічні методи розвитку потенціалу розуму: розвиваючі стратегії навчання, концентрація уваги, нейролінгвістичне програмування, методи, спрямовані на зупинку внутрішнього діалогу (медитація), когнітивна та когнітивно-поведінкова психотерапія та ін.

2.6. Творчий та вольовий потенціали здоров'я, їх розвиток

Потенціал волі (особистісний аспект здоров'я):

Воля – це джерело людської активності, вона допомагає розкриттю будь-якого потенціалу.

Суть потенціалу:

- ✓ здатність людини до самореалізації;
- ✓ вміння ставити цілі і досягати їх, вибираючи адекватні засоби.

Розвиток вольової компетенції включає формування навичок ухвалення рішень, уміння сказати "ні", постояти за себе, визначати і нести відповідальність за себе, свої дії, свій вибір.

Також важливо виробляти навички постановки тактичних і стратегічних цілей життя, з'єднання цілей життя з сенсом свого існування.

Важливо навчитися не дозволяти обставинам управляти собою, а самому управляти собою у будь-яких обставинах.

Методи розвитку цього потенціалу:

- гуманістично-орієнтована психотерапія,
- групи особистісного зростання,
- моделі побудови,
- реалізації цілей і
- перенацілення.

Креативний потенціал (творчий аспект) здоров'я. Суть потенціалу: здатність людини до творчої активності, уміння творчо самовиражатися у життєдіяльності, виходячи за рамки обмежуючих знань.

Креативна компетентність – це, передусім, пізнання і творення себе через різні засоби, у тому числі і через мистецтво, розвиток в собі творчій гнучкості в адаптації до світу.

У «поле креативності» інтегруються усі **три рівні організації людини**: когнітивний, емоційний, поведінковий.

Розкриття цього потенціалу – це можливості виразити себе оригінальним розумом, почуттями, емоціями, відчуттями, поведінкою.

Креативність виступає потужним чинником розвитку особистості, що детермінує її готовність змінюватися, долати стереотипи.

Для творчого життя потрібні умови свободи і свободи від думки інших. Важливо розвивати довіру до творчої частини особистості, надавати їй свободу в цій діяльності, вчитися генерувати оригінальні ідеї, надавати завершеного вигляду продуктам свого мислення.

Рівні психологічного здоров'я.

Креативний – вищий рівень психологічного здоров'я – у людей зі стійкою адаптацією до середовища, наявністю резерву сил для подолання стресових ситуацій та активним творчим відношенням до дійсності, наявністю творчої позиції. Вони успішно орієнтуються в цьому світі тому, що добре засвоїли і прийняли його закони. Не потребують психологічної допомоги.

Креативні люди спираються на інсайтні процеси.

Креативним (творчим) людям **властиві**:

- 1) незалежність – власні стандарти важливіше стандартів групи, незалежність оцінок і суджень;
- 2) відкритість розуму – готовність повірити своїм і чужим фантазіям, сприйнятливість до нового і незвичайного;
- 3) висока толерантність до невизначених і нерозв'язних ситуацій, конструктивна активність у цих ситуаціях;
- 4) розвинуте естетичне почуття, прагнення до краси.

Методи розвитку креативного потенціалу: арттерапія, ізо-, музико-, танцтерапія, перформанс, тренінги креативності.

2.7. Соціальний та духовний потенціали здоров'я, їх розвиток

Громадський потенціал (соціальний аспект здоров'я). Суть потенціалу:

- ✓ здатність людини оптимально адаптуватися до соціальних умов;
- ✓ прагнення постійно підвищувати рівень комунікативної компетентності.

Соціальна компетентність – здатність людини оптимально адаптуватися до соціальних умов; прагнення постійно підвищувати рівень культури спілкування, соціального інтелекту, комунікативної компетентності, надбання почуття приналежності до усього людства.

Соціальне здоров'я – це сукупність потенційних і реальних можливостей людини у здійсненні своїх соціальних дій без погіршення фізичного і духовного стану, без втрат адаптації до життєвої середовищі.

Соціальне здоров'я характеризується рівнем соціалізації особистості, ставленням до норм і правил, прийнятих у суспільстві, соціальними зв'язками з людьми і соціальними інститутами, набутиим соціальним статусом та прагненням до його підвищення у межах діючих законів і моральних традицій, джерелами і рівнем доходів і витрат тощо.

Основним показником соціального здоров'я є рівень соціальної зрілості особистості.

Складові соціальної зрілості особистості:

- ✓ відповідальність;
- ✓ саморозвиток;
- ✓ позитивне мислення;
- ✓ толерантність.

Методи розвитку потенціалу: соціально-психологічний тренінг, тренінги професійного спілкування, сексуальна, сімейна психотерапії, казкотерапія для дітей та інші групові форми психотерапевтичної роботи.

Духовний потенціал (духовний аспект здоров'я).

Суть потенціалу: здатність розвивати духовну природу людини, висловлювати вищі цінності.

Духовна компетентність – це здатність утілювати вищі цінності в життя.

Виразити – означає творити добро, відстоювати справедливість, а не тільки говорити про це. Духовний потенціал можна розкрити за допо-

могою створення атмосфери прийняття кожного, при якій відкривається доступ до станів любові, віри, надії. Він надає досвід переживання вищих станів любові до себе, ближнього, до світу в цілому. Це і слідування **Духовним законам**.

Основними з них є **наступні**:

- ✓ Закон подібності,
- ✓ Закон балансу,
- ✓ Закон вдячності. Закон вдячності: «Ми ніколи не отримаємо те, чого хочемо, поки не будемо вдячні за те, що маємо».
- ✓ «Всі наші нарікання з приводу того, чого ми позбавлені, виникають від нестачі подяки за те, що ми маємо». Даніель Дефо (англ. Письменник і публіцист «Робінзон Крузо»).
- ✓ «Прагну до більшого і кращого, але вдячний за те, що є».

Вдячність та її природа:

По-перше, це одна з трьох основних високочастотних емоцій і почуттів: радість, любов і вдячність.

По-друге, вдячність – одне з тих почуттів, яке допомагає відновити душевну рівновагу практично відразу. Якщо ви стурбовані, вам страшно, прикро, сумно і ін., відразу починайте кого-небудь дякувати. Це перехід на високі частоти. Це легше, ніж радіти (якщо, як здається – нічому).

По-третє, подяка благотворно впливає на здоров'я, продовжує життя. По-четверте, в подяці закладений величезний потенціал для гармонізації відносин між людьми і набуття стійкого емоційного благополуччя. Якщо ми вдячні, то і до нас притягуються вдячні люди (Закон Подібності).

Вправа № 1: «Щоденник Подяки». Купуйте для цього окремий зошит, який вам сподобався. Щовечора записуйте 5-10 подій, за що ви вдячні минулого дня.

Вправа № 2: «Переперегляд». Випишіть на аркуш паперу 30 негативних подій зі свого життя, які надали на вас вплив. Знайдіть в кожній події, що відбулася, позитивний сенс для себе. Це досвід, який ніс в собі безцінний урок, призначений саме для вас. Особливо для травматичних ситуацій. Що це за урок? Для чого вам він був необхідний?

Зробивши цю вправу, ви зробите переперегляд свого життя і відпустите травматичні ситуації, які тягнуть емоційну енергію, якої вам може так не вистачати.

Д. Чопра виділяє також наступні Духовні Закони (успіху):

- ✓ Закону чистої потенційності,
- ✓ Закон дарування,
- ✓ Закон причини і наслідків,
- ✓ Закон найменшого зусилля,
- ✓ Закон наміру та бажання,
- ✓ Закон неприхильності,
- ✓ Закон призначення.

Духовний потенціал – це стержень, на якому росте Квітка Потенціалів – Гармонія Особистості. Корені «квітки» занурені в традиції часів, що складаються з мудрості усієї цивілізації.

Методи розвитку даного потенціалу: трансперсональна психотерапія, приголомшлива психотерапія Ананьєва, духовні практики, медитація.

2.8. Поняття про психологічні ресурси особистості.

Життєстійкість, резильєнтність, життєздатність

Психологічний ресурс – це «резервуар» життєвих можливостей, які ми використовуємо для вирішення будь-яких життєвих завдань. Життєстійкі люди використовують стратегію виживання, яка перетворює потенційно несприятливі обставини в можливість для особистісного зростання та розвитку.

Коли нам не вистачає життєвого ресурсу, ми також схильні обмежувати себе колишніми, звичними стратегіями, не дозволяючи новому позитивному досвіду стати частиною нашого життя. Або проявляємо гнучкість і не боїмося робити те, чого не робили раніше, адаптуючись до нових умов.

Види особистісних ресурсів людини

- 1) усвідомлення власної значущості;
- 2) поєднання у собі непоєднаних талантів та здібностей з метою досягнення успіху;
- 3) виокремлення з минулого досвіду того, що є корисним для успіху;
- 4) аналіз своїх сильних та слабких сторін;
- 5) усвідомлення типових професійних помилок та їхнє використання у контексті відліку змін.

Інші особистісні ресурси як особистісні риси та властивості

- активна мотивація долання, ставлення до стресів як до можливості набуття особистого досвіду та особистісного зростання;
- сила Я-концепції, самоповага, висока самооцінка, чуття самоцінності, самодостатність;
- оптимістична життєва позиція;
- позитивність, раціональність, аналітичність мислення;
- емоційно-вольові якості (уміння створювати собі настрій, самопослідовність)

Інформаційно-інструментальні ресурси

- здатність контролювати ситуацію (адекватна оцінка ступеня її впливу);
- уміння та інструментальні технології для досягнення бажаних цілей (майстерність, компетентність, технології засвоєння нових знань та навичок);
- готовність до самозміни (інтерактивні техніки зміни себе та стресогенної ситуації, активність з перетворення ситуації взаємодії “особистість—стресситуація”);
- здатність до когнітивного структурування та осмислення ситуації.

Е. Фромм: те, що допомагає людині зберігати душевну рівновагу за складних життєвих обставин можна інтерпретувати як психологічні ресурси особистості, а саме:

- надія, як активне сподівання та готовність до зустрічі з новим;
- раціональна віра, як переконаність в наявності можливостей, у тому числі, можливостей долання складної ситуації;
- мужність, як здатність чинити опір спробам зовнішнього світу зруйнувати надію та віру.

Когнітивно-феноменологічний підхід у поясненні стресу

Стрессова реакція – результат певних відношень між характеристиками висунутої вимоги та певними ресурсами, що є у розпорядженні у людини:

- виклик;
- загроза;
- втрата.

Внутрішні ресурси – здатність чинити опір, емоційна стабільність, атрибутивні тенденції (1981). [Джерело: Lazarus R.S., Launier R. Stressbezogene transaktionen zwischen PERSON UND Umwelt. In: R. Nitsch (Hrsg.). *Stress: Theorien, untersuchungen, Massnahmen*. Bern: Huber, 1981. S. 213-259].

Концепція «консервування ресурсів»

Ресурси – особистісні властивості й здібності, що є для людини цінними та допомагають адаптуватися до стресових ситуацій й долати їх (самоповага, професійні уміння, самоконтроль, життєві цінності) (1993).

Ресурсність – співвідношення внутрішніх, соціальних, матеріальних втрат та здобутків. [Джерело: Hobfoll S.E., Lilly R.S. Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*. № 211993P128148]

Ресурси – сили характеру, що дають змогу реалізовувати чесноти (2006).

Загальнолюдські чесноти і «сили характеру»:

- ✓ Мудрість і знання (креативність, допитливість, гнучкість мислення, здатність долати опір обставин, інтерес до навчання).
- ✓ Любов і гуманізм (чуйність у взаєминах, бажання турбуватися про інших, розуміння мотивації інших).
- ✓ Мужність (хорообрість, наполегливість, життєва енергія, відвертість).
- ✓ Справедливість (лідерство, неупередженість, причетність до спільної справи).
- ✓ Помірність (здатність вибачати, скромність, поміркованість, самоконтроль).
- ✓ Духовність, або трансцендентність (почуття прекрасного, почуття гумору, вдячність, надія, релігійність). [Джерело: Park N. Character Strengths: Research and Practice / N. Park, C. Peterson. *Journal of College & Character*. 2009. № 4 (April). VOL. X. URL: <http://www.tandfonline.com/page/terms-and-conditions>].

Ресурси – засіб, умови перетворення, знаходження і розкриття яких приводить до доступу і максимальної реалізації потенціалу особистості, повноцінному і автентичному існуванню (2010).

Опитувальник екзистенціальних ресурсів О. Рязанцевої:

- ресурс свободи,
- ресурс сенсу,
- ресурс самотрансценденції,
- ресурс прийняття,
- ресурс віри.

[Джерело: Рязанцева О.Ю., Бринза І.В. До проблеми діагностики екзистенціальних ресурсів особистості. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка [за ред. С.Д. Максименка]. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2010. Т. 7. Вип. 23. С. 201-209].

Психологічні ресурси особистості

О. Штепа: Ресурси – інтерпретаційні коди досягнення, отриманого людиною у її екзистенціальному досвіді (2017).

Психологічні ресурси – екзистенціально-когнітивні коди інтерпретації людиною значущості події (2019):

- творчість,
- уміння оновлювати власні ресурси,
- любов,
- робота над собою,
- допомога іншим,
- знання власних ресурсів,
- успіх,
- доброта до людей,
- впевненість у собі,
- прагнення мудрості,
- самореалізація у професії,
- віра у добро,
- відповідальність,
- уміння використовувати власні ресурси.

[Джерело: Штепа О.С. Опитувальник психологічної ресурсності особистості: результати розробки й апробації авторської методики. *Проблеми сучасної психології*: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. Ун-ту імені Івана Огієнка, Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України /

за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2018. Вип. 39. С. 380-399].

Психологічні ресурси – виведення персональних психологічних ресурсів засобами рефлексивних, діалогічних, проєктивних завдань.

Оперування ресурсами – знання ресурсів та уміння їх оновлювати та вміщувати.

Знання власних психологічних ресурсів – реалістичне оцінювання своїх психологічних можливостей та їхніх меж.

Уміння оновлювати власні психологічні ресурси – вміння поповнювати свої психологічні ресурси шляхом творчості, успіху, любові.

Уміння вміщувати власні психологічні ресурси – уміння реалізувати власні життєві плани, а також створювати професійні і творчі ідеї, гармонію у взаєминах, вкладаючи у них власну суть.

Базові ресурси:

Доброта до людей – неконкурентне сприймання навколишніх, неконфліктні взаємини з ними. Поблажливе ставлення до інших.

Допомога іншим – активний, а не споглядальницький альтруїзм. Уміння підтримувати та надихати, надавати впевненості у собі.

Віра у добро – переконаність у наявності справедливості та уміння бути милосердним, віра у Бога та уміння сподіватися.

Відповідальність – усвідомлення необхідності звітувати перед собою та іншими щодо зробленого.

Любов – уміння сприяти саморозвитку близької людини, підтримувати її у складних ситуаціях та співрадіти її успіхам.

Ресурси компетентності

Успіх – здатність організовувати ситуації, що сприятимуть найбільш повному саморозкриттю.

Творчість – уміння бути неординарним у професійних та життєвих ситуаціях.

Самореалізація у професії – уміння скеровувати власні здібності та знання на користь суспільству.

Індикатори актуалізованості ресурсів

Впевненість у собі – здатність довіряти собі – своїй інтуїції, почуттям, життєвому досвіду – в ситуаціях вибору.

Прагнення до мудрості – прагнення за допомогою знань зрозуміти сенс через прагнення до істини.

Робота над собою – саморозуміння та самозмінна на основі рефлексії.

Ресурсний стан – мотиваційний стан-переживання:

- здатність особи знайти психологічну опору у самій собі, тобто у певних власних життєвих переконаннях
- стан, якому людина відчуває, що володіє власними ресурсами; стан, у якому у неї найбільше свободи і максимальна кількість виборів

Ресурс-менеджмент – один з головних напрямів самоменеджменту, що полягає у здійсненні людиною самоорганізування стилю власного життя.

Мета ресурс-менеджменту – уміння людини виявляти компетентність у саморозвитку.

Завдання ресурс-менеджменту – визначення людиною власних ресурсів та научіння оперувати власними ресурсами.

Принципи психологічного самоінвестування (Ян Макдермот & Венді Яго, 2006):

- вільний час для філософствування та прослуховування музики
- розслаблення
- нові стимули
- подарунки, свята, розваги
- проведення часу з людьми, з якими нам добре
- хвалити себе.

Психологічна резильєнтність, (від англ. *Resilience* – пружність, еластичність) – це вроджена динамічна властивість особистості, що лежить в основі здатності долати стреси та важкі періоди конструктивним шляхом. Попри те, що ця властивість уроджена, її можна розвивати.

Резильєнтність – здатність людини долати життєві труднощі і будувати повноцінне життя у важких умовах. В українській мові термін

«resilience» представлений у кількох варіантах: резилентність, життєздатність, життєстійкість.

В англomовній психологічній літературі життєстійкість (hardiness) сприймається як чинник психологічної резилентності (resilience). Життєстійкість, на відміну резилентності, визначається як особистісна риса, що амортизує вплив сильного стресу. Життєстійкість включає три компоненти: залучення, контроль і прийняття ризику.

Життєстійкість – здатність протистояти стресу та перетворювати стресові обставини життя на можливості особистісного зростання.

Життєстійкість – це здатність людини витримувати всі складності життя та успішно протистояти життєвим проблемам та труднощам.

Стресостійкість – здатність протистояти стресу,

Життєздатність – це базова навичка, необхідна нам як для виживання, так і для збереження здатності рухатись вперед попри все.

Життєздатність – забезпечує адаптацію, саморегуляцію, управління власними ресурсами, збереження цілісності, самоорганізації

Ключові психологічні аспекти ресурсного розвитку особистості:

1. **Саморегуляція та емоційна інтелігенція.** Здатність ефективно контролювати свої емоції та вміння розпізнавати емоції інших грає важливу роль у ресурсному розвитку. Особистість, яка вміє ефективно керувати своїми емоціями, може легше подолати стрес, уникати вигорання та забезпечити психологічну стійкість.

2. **Самосвідомість та саморефлексія.** Особистість, яка має високий рівень самосвідомості, розуміє свої сильні та слабкі сторони, а також володіє здатністю до саморефлексії. Це сприяє виявленню власних ресурсів та вирішенню внутрішніх конфліктів.

3. **Оптимізм та позитивний погляд на життя.** Позитивне мислення та оптимістичний погляд на події допомагають особистості побачити можливості навіть у важких ситуаціях. Це сприяє розвитку ресурсів для подолання труднощів та досягнення цілей.

4. **Автономія та самотійність.** Здатність приймати рішення та діяти самотійно робить особистість менш залежною від зовнішніх обставин. Самотійність сприяє розвитку внутрішніх ресурсів та впевненості в своїх силах.

5. Гнучкість та адаптивність. Здатність адаптуватися до змін у власному житті та оточуючому середовищі є ключовою для ресурсного розвитку. Гнучкість дозволяє особистості виходити за межі звичайних стратегій та шукати нові, ефективні рішення.

6. Соціальна підтримка та комунікативні навички. Вміння будувати підтримуючі відносини та отримувати підтримку важливе для психологічного розвитку. Соціальна підтримка може допомагати особистості подолати стресові ситуації та відчувати себе більш захищеною.

7. Цілеспрямованість та мотивація. Наявність чітких цілей та мотивації сприяє активному розвитку особистості. Здатність визначати завдання та наполегливо працювати над їх вирішенням робить особистість більш ресурсною.

Розуміння та розвиток цих психологічних аспектів сприяє створенню ефективних програм та підходів до ресурсного розвитку особистості, які можуть бути корисні в різних життєвих ситуаціях, включаючи умови війни та стресу (Л. М. Гридковець, 2016).

Зовнішні та внутрішні ресурси

Особистість використовує як внутрішні, так і зовнішні ресурси для подолання стресу, забезпечення психологічного благополуччя та досягнення ресурсного розвитку.

Зовнішні ресурси – це ті матеріальні цінності, соціальні статуси і соціальні зв'язки, що забезпечують підтримку соціуму та допомагають зовні.

Внутрішній ресурс – це психічний потенціал особистості, характер і навички людини, що допомагають впоратися зсередини. Ці ресурси тісно пов'язані між собою, тому при нестачі одного ресурсу вичерпується й інший.

До внутрішніх ресурсів може відноситися:

- **внутрішня сила та воля** – здатність особистості знаходити в собі внутрішні резерви сили та волі, які допомагають подолати труднощі та рухатися вперед;
- **спроможність до саморефлексії** – здатність оцінювати свої дії та вчинки, розуміти власні емоції та думки, що допомагає в розвитку психологічної стійкості;

- **емоційна інтелігенція** – розуміння та управління власними емоціями дозволяє ефективно адаптуватися до стресових ситуацій та підтримує психічне здоров'я;
- **позитивне мислення** – здатність знаходити позитивні сторони у ситуаціях та має оптимістичний погляд на події, що сприяє психологічній стійкості;
- **гнучкість та адаптивність** – здатність змінювати свій спосіб мислення та діяти гнучко у відповідь на нові обставини та виклики;
- **самодисципліна та самоконтроль** – здатність контролювати свої імпульси для досягнення життєвих цілей;
- **креативність** – здатність породжувати незвичайні ідеї, відхилятися від традиційних схем мислення, швидко вирішувати проблемні ситуації;
- **інтуїція** – здатність швидко зрозуміти щось на основі почуттів, а не фактів тощо.

До зовнішніх ресурсів відноситься:

- **сімейна та соціальна підтримка** – підтримка родини та соціального оточення грає ключову роль у ресурсному розвитку особистості, зменшуючи відчуття самотності та страху;
- **психологічна допомога та психотерапія** – професійна підтримка психолога чи психотерапевта може допомогти особистості подолати травматичні події та розвивати стратегії для ефективного управління емоціями;
- **участь у групових програмах** – залучення до групових програм, спрямованих на психосоціальну підтримку, може забезпечити взаємопідтримку та обмін досвідом;
- **взаємодія з громадськістю** – участь в громадських ініціативах та волонтерська діяльність можуть створювати відчуття приналежності та допомагати відновленню внутрішньої гармонії;
- **матеріальні ресурси**, такі як гроші, житло, транспорт;
- **доступ до освіти**, культурних можливостей, засобів інформації;
- **мережі зв'язків та можливості для спілкування** тощо.

Отже, терміни «внутрішній ресурс» і «зовнішній ресурс» використовуються в психології для опису різних джерел сили, підтримки та впливу на особистість.

2.9. Механізми психологічного захисту: поняття, особливості, види

Механізми психологічного захисту

Психологічний механізм – це елементарна одиниця аналізу, що дозволяє пояснити щось складне, невловиме, що виражається через щось більш просте, зрозуміле. Просте при цьому найчастіше позначається саме терміном «механізм», а складне – тим змістовним феноменом, яке отримує пояснення, коли зрозуміло дію механізму, що лежить в його основі.

Поняття психологічного захисту вперше було введено у 1894 р і зобов'язане своїм походженням психоаналітичній теорії та її засновнику – З.Фрейду. На сьогодні у різних формах ідея психологічного захисту використовується практично у всіх психотерапевтичних школах. З. Фрейд відносив психологічний захист до вторинних психічних процесів і протиставляв їх первинним (уява, сновидіння, мрії).

Первісна розробка теми пов'язана з вивченням генезу невротичних симптомів і лібідо. Механізми психологічного захисту виступали як засіб вирішення конфлікту між свідомістю і несвідомим. Згодом на підставі теорії особистості (Воно, Его, Супер-Его), механізми психологічного захисту розглядалися як функції Его, що відповідають за інтеграцію та адаптацію при загрозі цілісності особистості. Це найбільш примітивні, часто неусвідомлені, механізми, що забезпечують психологічну адаптацію.

Психологічний захист – специфічна система стабілізації особистості, спрямована на відгородження свідомості від неприємних, травмуючих переживань.

За З. Фрейдом захисні механізми:

- ✓ є вродженими;
- ✓ запускаються в екстремальній ситуації;
- ✓ виконують функцію "зняття внутрішнього конфлікту / напруги".

У концепції Анни Фрейд (40-х років XX ст.):

- ✓ механізми захисту розглядаються як продукти розвитку та навчання;
- ✓ набір захисних механізмів є індивідуальним і характеризує рівень адаптованості особистості.

Властивості захисних механізмів:

- вони діють у підсвідомості, індивід не усвідомлює, що з ним відбувається,

- спрацьовують миттєво;
- вони заперечують, спотворюють або фальсифікують дійсність,
- вони діють в ситуації конфлікту, фрустрації, психотравми, стресу і спрямовані на зниження психоемоційної напруги.

Мета психологічного захисту – зниження емоційної напруженості і запобігання дезорганізації поведінки, свідомості та психіки в цілому, збереження психічного здоров'я.

Єдиної класифікації механізмів психологічного захисту не існує, хоча є безліч спроб їх угруповання по різних підставах.

За рівнем зрілості:

а) **протективні** – більш примітивні, не допускають надходження конфліктної і травмуючої інформації у свідомість. Це – заперечення, витіснення, регресія, реактивне утворення і т.п.;

б) **дефінзивні** – допускають травматичну інформацію у свідомість, але інтерпретують її як би "безболісним" для себе чином. Це – раціоналізація, інтелектуалізація, ізоляція, ідентифікація, сублімація, проекція, зміщення та інші.

За спрямованістю, метою:

Перша група

Мета: Відмова від опрацювання травмуючої інформації.

Девіз: «Жити, відволікаючись та уникаючи травмуючої інформацію при наявності залежності від когось».

До цієї групи належать:

- ✓ заперечення;
- ✓ витіснення;
- ✓ придушення.

Заперечення – механізм психологічного захисту, який не допускає травмуючу інформацію до свідомості («не сприймаю», «не почув», «не помітив», «все добре», «нічого не сталося», «життя продовжується» і т.д.). Тобто, інформація без її усвідомлення одразу блокується. Роль цього механізму: відгородити людину від травмуючого фактору.

Витіснення – механізм психологічного захисту, при якому травмуюча інформація торкається свідомості, однак одразу ж витісняється у підсвідомість («забув» і т.д.). Таку інформацію можна відтворити, але пот-

рібні спеціальні ресурси, готовність або допомога спеціаліста (напр., психоаналіз як психологічна практика).

Друга група

Мета: Викривлення або перетворення травмуючої інформації на рівні висновків, які декларуються особистістю, почуттів, які переживаються, та поведінки, що демонструється.

До цієї групи належать:

- ✓ раціоналізація;
- ✓ інтелектуалізація;
- ✓ проекція;
- ✓ відчуження;
- ✓ реактивні утворення;
- ✓ компенсація.

Проекція – переніс на інших людей власних характеристик (думок, почуттів, якостей особистості), які є характерними для нас, як правило, негативних. Девіз: «Жити, звинувачуючи усіх». Тобто, виправдовуємо себе, звинувачуємо інших.

Інтроекція – механізм, протилежний проекції. Людина живе по правилам інших людей, які їй подобаються або яких вона побоюється. Тобто, людина переносить на себе характеристики інших, сприймає ці якості як власні. Такі люди схильні критикувати та звинувачувати себе. Таке самобичування дозволяє досягти рівновагу із середовищем.

Раціоналізація – виправдання себе та своєї поведінки. Це «розумовий спосіб» подолання конфліктної ситуації без переживань. За допомогою пояснень людина намагається представити себе з позитивного боку, шукає причину, чому це сталося. Мета: самоствердження та захист власного «Я». Девіз: «Жити по плану, який намічено, контролювати всіх і вся». Це псевдораціональне пояснення.

Два шляхи виправдання: по типу «солодкого лимону» та «кислого винограду». Феномен «кислий (зелений) виноград» – це своєрідне знецінення недосяжного об'єкта. Якщо неможливо досягти бажаної мети або заволодіти бажаним предметом, людина знецінює його, наділяє негативними рисами. Захист по типу «солодкий лимон» – це перебільшення цінності того, що маєш.

Інтелектуалізація – Девіз: «Жити у світських розмовах». Філософствування на чуттєві та емоційно насичені теми. Відбувається підміна почуттів розмовами про них. Тобто, людина ховає свої переживання від самої себе й переводить їх у слова.

Компенсація – проявляється у спробах знайти відповідну заміну реального або уявного недоліку, дефекту нестерпного почуття іншою якістю, найчастіше за допомогою фантазування або привласнення собі властивостей, достоїнств, цінностей, поведінкових характеристик іншої особистості. Компенсація сприяє підтримці слабких надій, пом'якшує почуття неповноцінності, зменшує травмуючий вплив ситуації.

Реактивні утворення. Особистість запобігає виразу неприємних чи неприйнятних для неї думок, почуттів чи вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень, тенденцій. Наприклад, жалість чи турботливість можуть розглядатися як реактивні утворення по відношенню до несвідомої черствості, жорстокості чи емоційної байдужості (любов дитини до одного з батьків може бути перетворенням соціально неприпустимого почуття ненависті до нього).

Третя група

Мета: розрядка тим чи іншим способом негативної емоційної напруги.

До цієї групи належать:

- ✓ реалізація у дії;
- ✓ соматизація тривоги;
- ✓ сублімація;
- ✓ заміщення.

Реалізація у дії – зняття напруги через будь-яку фізичну дію (бокс, біг, ходьба, прибирання тощо).

Соматизація тривоги – поява будь-якого соматичного симптому, напр, підвищення температури, біль у животі («не хочу йти у школу, на роботу та ін.)

Сублімація – один з найвищих механізмів психологічного захисту. Суть – перенаправлення енергії із внутрішньої напруги у соціально прийнятну активність та творчість (напр., гніваюся – пишу вірш, малюю картину, займаюся будь-якою творчістю, наукою, спортом тощо).

Заміщення – перенос гніву, емоційного збудження на менш небезпечний об'єкт. Як правило, виникає після фрустрації і не призводить до полегшення. Історія про котів, які літають.

Четверта група

Мета: маніпулювання травматичною ситуацією.

До цієї групи відносяться:

- ✓ регресія;
- ✓ фантазування;
- ✓ ізоляція;
- ✓ відхід від реальних проблем у хворобу.

Ізоляція – Девіз: «Жити нудно, однак на стимуляторах можна підтримувати тонус» Тобто, відхід від напруги у інший психічний стан. При цьому погане почуття зникає, однак ситуація залишається. Виникають труднощі емоційного спілкування, відсутність емоційного контакту. (Іноді по типу «Чоловіки не плачуть»).

Регресія – відхід до більш раннього періоду життя, коли було комфортно та безпечно. «Жити як раніше, на чийсь шиї». Напр., у складних ситуаціях у дітей – ссання пальця, повертається до іграшки, яку вже забув, Мета регресії – купірування тривоги

2.10. Копінг-поведінка, копінг-стратегії, копінг-ресурси

Копінг-поведінка. Поняття «копінг» coping – згідно з Оксфордським англійської словником «успішно впоратися, долати».

Копінг-поведінка – діяльність особистості щодо підтримки або збереження балансу між вимогами середовища і ресурсами особистості, які задовольняють ці вимоги. Копінг-поведінка – синонім «опановуюча поведінка».

Опановуюча поведінка – цілеспрямована соціальна поведінка, що дозволяє суб'єкту впоратися з важкою життєвою ситуацією, внутрішнім дискомфортом способами, адекватними особистісним особливостям і ситуації, – через усвідомлені стратегії дій.

Головне завдання копіngu – забезпечення і підтримання благополуччя людини, фізичного і психічного здоров'я та задоволеності соціальними відносинами.

Фолкман і Лазарус узагальнили дані багатьох досліджень і виділили **п'ять основних завдань копіngu**:

- 1) мінімізація негативних впливів обставин і підвищення можливостей відновлення (одужання);
- 2) терпіння, пристосування або регулювання, перетворення життєвих ситуацій;
- 3) підтримання позитивного «образу Я», впевненості у своїх силах;
- 4) підтримання емоційної рівноваги;
- 5) підтримання, збереження досить тісних взаємозв'язків з іншими людьми.

Опановуючи поведінка оцінюється як успішна, якщо вона:

- усуває фізіологічні і зменшує психологічні прояви напруги;
- дає особистості можливість відновити достресову активність;
- оберігає індивіда від психічного виснаження, тобто запобігає дистресу.

Копінг-поведінка включає в себе:

- ✓ копінг-стратегії та
- ✓ копінг-ресурси.

Існує широкий діапазон стратегій подолання стресу.

Більшість класифікацій побудовано навколо двох запропонованих Лазарусом і Фолкманом модусів психологічного опанування, спрямованого на:

- 1) вирішення проблеми;
- 2) зміна власного стану і установок щодо ситуації.

А звідси запропоновані Фолкманом і Лазарусом **моделі подолання**:

- ✓ **проблемно-орієнтовані**
- ✓ **особистісно-орієнтовані способи подолання.**

Копінг включає в себе когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти. Відповідно розрізняють:

- ✓ когнітивні копінг-стратегії,
- ✓ емоційні копінг-стратегії,
- ✓ поведінкові копінг-стратегії.

Залежно від ефективності виконання завдань, копінг-стратегії можуть бути:

- продуктивними – допомагають швидко і успішно упоратися із стресом,
- відносно-продуктивними – допомагають в деяких ситуаціях, наприклад не дуже значимих або при невеликому стресі,
- непродуктивними – не усувають стресовий стан, навпаки, сприяють його посиленню.

Копінг-стратегії, на відміну від психологічного захисту:

- формуються у свідомості, ми їх усвідомлюємо;
- діють на відновлення відносин (зі світом, середовищем, іншими людьми), а не просто на зниження психоемоційної напруги;
- розгортаються поступово (а не миттєво), крок за кроком.

Копінг-ресурси – це відносно стабільні характеристики людей і стресу, які сприятимуть розвитку способів опанування ним.

Виділяють наступні **види копінг-ресурсів**:

- фізичні (здоров'я, витривалість і т.д.),
- соціальні (індивідуальна соціальна мережа, система соціальної підтримки, і інші види соціально-підтримуючої системи – сім'я, друзі, професійні колективи).
- психологічні.

До психологічних копінг-ресурсів особистості відносять:

- розвиненість когнітивної сфери, що дозволяє оцінювати вплив соціального середовища, що оточує людину;
- уявлення людини про себе (адекватна Я-концепція);
- вміння контролювати своє життя, брати на себе відповідальність за неї (інтернальний локус контролю);
- вміння спілкуватися з оточуючими, певна соціальна компетентність, прагнення бути разом з людьми (афіліація);
- вміння співпереживати оточуючим, проживати разом з ними будь-який відрізок їх життя, накопичуючи при цьому свій власний досвід (емпатія);
- позиція людини по відношенню до життя, смерті, любові, самотності, вірі, духовність людини, віра в Бога і т.д.;
- ціннісна мотиваційна структура особистості.

2.11. Модель BASIC Ph. Відновлення психологічних ресурсів

Модель багатовимірної стійкості «Сполучний міст» (BASIC PH)
проф. **Мулі Лаад** надає можливість:

- Продовжити розвиток резильєнтності шляхом поведінки чи станів за ресурсними каналами.
- Пошуку та усвідомлення індивідуальних шляхів відновлення.
- Поведінкової активації по ресурсним каналам при відновленні рутини або безперервності життя.

У 90-х рр. XX ст. ізраїльський вчений і практик М. Лаад поставив собі за мету розробити інтегративну модель коду психологічного виживання людини після сильного стресу.

Згідно М. Лааду, у кожної людини існує 6 основних каналів, кожен з яких «допомагає» вийти зі стресової ситуації.

Канали:

- I. Віра (Belief and values)
- II. Емоції (Affect and emotion)
- III. Спілкування (Social)
- IV. Уява (Imagination)
- V. Розсудливість (Cognition and thought)
- VI. Фізична активність (Physiology and activities)



ЛЕКЦІЯ

Тема 3. ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

- 3.1. Реабілітаційна психологія як галузь психології. Предмет і завдання сучасної психології реабілітаційної діяльності.
- 3.3. Поняття та види реабілітації.
- 3.4. Сутність психологічної реабілітації.
- 3.5. Етапи та завдання медико-психологічної реабілітації.
- 3.8. Система психологічної реабілітації пацієнтів з соматичними захворюваннями.
- 3.11. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців (у воєнний час).

Самостійне опрацювання:

- 1. Структура, основні напрями і проблеми сучасної психології реабілітаційної діяльності.
- 2. Методи психореабілітації.
- 3. Реабілітаційний потенціал особистості.
- 4. Особливості психологічної реабілітації осіб з психічними розладами.
- 5. Психологічна реабілітація осіб із залежностями.
- 6. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців (у воєнний час).

Основні поняття: реабілітація, реабілітаційна психологія, фізична й реабілітаційна медицина, нейрореабілітація, психологічна реабілітація, психолого-педагогічна реабілітація, соціальна реабілітація, професійна реабілітація, реабілітаційна психологія, реабілітація медична, реабілітація професійна, реабілітація екстрена, оцінювання, призначення, втручання, оцінювання результатів реабілітаційної допомоги, психічні розлади з соматичними симптомами (РСС), психосоматичний підхід, конверсійні симптоми, соматопсихічні розлади, депресія.

3.1. Реабілітаційна психологія як галузь психології. Предмет і завдання сучасної психології реабілітаційної діяльності

Реабілітаційна психологія – це прикладна галузь психології, а якщо точніше, – то психології здоров'я, що вивчає методи, завдання та практичний інструментарій психологічної реабілітації як специфічного виду психологічної допомоги населенню.

Термін «реабілітація» з'явився лише всередині XX сторіччя. В Англії та США після Другої світової війни було розроблено принципи реабілітації, які згодом стали основою концепцій реабілітації хворих та інвалідів у різних країнах світу.

Реабілітація – це використання різних можливостей для зменшення впливу чинників, що обмежують життєдіяльність людини або призводять до інвалідизації; забезпечення особам із обмеженням життєдіяльності можливості досягти оптимальної соціальної інтеграції (WHO).

Тоді ж виникла така галузь науки і практики, як **фізична й реабілітаційна медицина** – незалежна лікарська медична спеціальність, спрямована на забезпечення фізичного й когнітивного функціонування (поведінки також), участі в суспільному житті (передусім якості життя) і модифікації особистісних чинників і чинників навколишнього середовища.

Медичний реабілітолог відповідає за профілактику, діагностику, лікування і реабілітацію осіб із клінічними та супутніми станами, що призводять до обмежень життєдіяльності для всіх вікових груп.

Наприкінці XX сторіччя в державних документах різних країн (в Україні також) з'являються такі поняття, як:

- **нейрореабілітація** – система заходів у медицині, що стосується використання всіх засобів реабілітації для зменшення впливу станів ураження нервової системи, які обмежують життєдіяльність або призводять до інвалідизації, та забезпечення відповідним особам можливості досягнути оптимальної соціальної інтеграції (WFNR);

- **психологічна реабілітація** – система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психічного й особистісного здоров'я, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження людини;

- **психолого-педагогічна реабілітація** – система психологічних і педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями й навичками (які стосуються, зокрема, процесів: фо-

рмування адекватної самооцінки своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки тощо) через системну навчально-виховну роботу;

➤ **соціальна реабілітація** – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі в житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності через соціально-довкільну орієнтацію та соціально-побутову адаптацію, соціальне обслуговування, задоволення потреби в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації;

➤ **професійна реабілітація** – система заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності в нових психо-соціально-фізичних умовах, що спонукають до відновлення чи здобуття професійної працездатності через адаптацію, реадaptaцію, навчання, перенавчання чи перекваліфікацію з можливим подальшим працевлаштуванням і необхідним соціальним супроводженням з урахуванням особистих здібностей та побажань особи.

Реабілітаційна психологія – галузь психологічної науки, в межах якої розробляється, впроваджується й організовується системний підхід до психологічної реабілітації людини, що зазнала травмивного впливу, для стабілізації або відновлення її психічного здоров'я, психологічного благополуччя та створення умов для гармонізації психічного, психологічного, духовного та соціального розвитку.

Реабілітаційна психологія також важлива в організації і наданні психологічної допомоги різним верствам населення, зокрема:

- особам, що пережили екстремальні, надзвичайні ситуації та психотравмивні події;
- особам із прогнозованою та наявною інвалідністю; особам із психічними порушеннями та девіантною поведінкою тощо.

Організаційні засади реабілітаційної психології базуються на положеннях психології праці та управління, організаційної психології, медичної психології.

Завдання реабілітаційної психології:

- ефективна організація реабілітаційного процесу особистості (групи);
- визначення етапів і послідовності надання психологічної допомоги особистості чи цільовій групі відповідно до специфіки їхнього травмивного досвіду;

- відбір оптимальних для особистості (групи) психологічних реабілітаційних заходів;
- організація та здійснення супервізійних заходів надавачам психологічних послуг тощо.

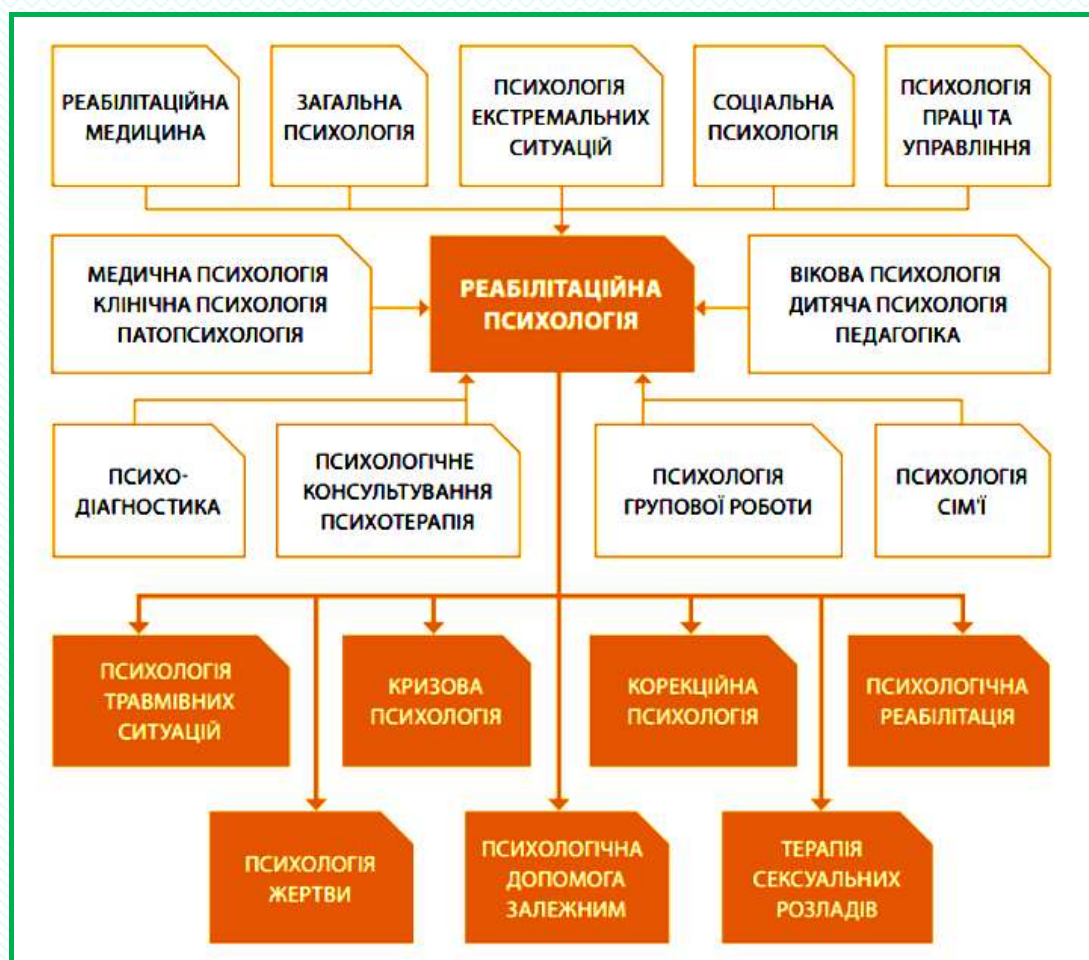


Рис. 2.7. Реабілітаційна психологія в структурі галузевих взаємозв'язків

[Джерело: Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник / загальна редакція: Н. Пророк. Київ, 2018. Том 1. 208 с. С.11].

Завдання психологічної реабілітації:

- 1) психологічна підтримка (в перші дні хвороби, при оголошенні діагнозу, перед операцією і після неї, при вертикалізації пацієнта, перед випискою їх стаціонару, при поверненні на роботу та ін.);
- 2) формування адекватних особистісних реакцій на хворобу;
- 3) підвищення прихильності проведеного лікування;
- 4) формування установок на активну участь в програмах реабілітації, на своєчасне повернення до праці (навчання), на відновлення своєї ролі в родині і соціально-трудовому оточенні.

Основу ПР складають заходи протидії факторам, що негативно впливає на процес психологічної реадаптації, і використання факторів, що сприятливий вплив на процес психологічної реадаптації.

Реабілітаційна психологія також **сприяє**:

- ✓ пропаганді здорового способу життя, зміцненню психічного здоров'я і підвищенню добробуту окремих осіб і громадськості/суспільства загалом, оскільки скерована на своєчасну реабілітацію, формує мотивацію на посткризове зростання та досягнення добробуту;

- ✓ запобіганню погіршенню психічного здоров'я в осіб, що належать до групи ризику через особливості їхньої професійної діяльності та досвід (військові, медики, що перебувають чи перебували в зоні воєнних дій) чи служіння, пов'язаного з екстремальними чи надзвичайними ситуаціями – (волонтери, капелани), через проблеми з перебуванням у зоні надзвичайних чи екстремальних ситуацій (у минулому, теперішньому чи майбутньому);

- ✓ здійсненню втручання/терапії для відновлення цілісного та якісного функціонування психічних функцій, психічних процесів і психологічних індивідуально-особистісних показників; максимізації функцій організму та відновлення сил; зведення до мінімуму терміну непрацездатності; підвищення якості життя, психологічного забезпечення незалежного способу життя і працездатності окремих осіб і груп з обмеженими руховими функціями, що виникли в результаті вроджених чи набутих вад, функціональних обмежень та неповносправності;

- ✓ зміні довкілля, домашнього і робочого простору й особистісного сприймання людиною цього простору для забезпечення безперешкодної і повноправної її участі в житті сім'ї, суспільства та професійній реалізації; психологічну допомогу членам сім'ї, щоб адаптувати їх до умов співжиття і взаємодії з особою з особливими потребами.

3.3. Поняття та види реабілітації

Точкою реабілітації є не прояви захворювань, а їх наслідки.

Весь **комплекс заходів реабілітації** поділяється на:

- ✓ **медичну реабілітацію**, що використовує різні методи медикamentозної терапії, фізіотерапії, лікувальної фізкультури, лікувального харчування, санацію вогнищ хронічної інфекції, хірургічну корекцію патологічних змін і ін.;

✓ **психологічну реабілітацію**, що включає заходи щодо своєчасної профілактики та лікування психічних порушень, по формуванню у пацієнтів свідомої і активної участі в реабілітаційному процесі;

✓ **професійну реабілітацію**, основними завданнями якої є відновлення відповідних професійних навичок або перенавчання пацієнтів, вирішення питань їх працевлаштування;

✓ **соціальну реабілітацію**, що включає розробку, прийняття на державному рівні відповідних нормативно-правових актів, які гарантують інвалідам певні соціальні права і пільги, а також забезпечення реалізації цих постанов.

В останні роки значно збільшилася чисельність особового складу аварійно-рятувальних формувань і різних груп спеціального призначення (спецконтингенту) тих чи інших міністерств і відомств, що працюють в екстремальних ситуаціях. У зв'язку з цим з'явилося поняття «**екстрена реабілітація**» – це комплекс заходів, спрямованих на своєчасне попередження і швидке відновлення порушених психосоматичних функцій, на підтримку працездатності та належної надійності діяльності людей, що працюють в зоні або осередку надзвичайної ситуації, на профілактику у них різних захворювань.

Процес ведення хворого включає лікування, реабілітацію, вторинну і третинну профілактику. Вторинна профілактика, як відомо, має на меті збільшення тривалості життя – «додати роки до життя». А мета реабілітації – «додати життя до років».

3.4. Сутність психологічної реабілітації

Наприкінці ХХ ст. в науковому обігу у світі та Україні виникає трактування сутності поняття **психологічної реабілітації** з позицій державних інституцій (визначається в нормативно-правових актах, розпорядженнях тощо).

Психологічна реабілітація визначається як система заходів, пов'язаних із корекцією та відновленням особистісного та психічного здоров'я, формуванням сприятливого середовища для утвердження та подальшого людського розвитку. Психологічна реабілітація може мати як відновлювальний, так і синергетичний (додатковий) ефект.

Згідно із змістом п. 1 ст. 1 Закону України № 1053-IX від 03.12.2020 р. *[Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я № 053-IX від 03.12.2020 р. (редакція 01.01.2025 р.)]*. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>],

психологічна допомога у реабілітації є діяльністю, орієнтованою на забезпечення підтримки та відновлення розвитку особи у духовній, соціальній, інтелектуальній, емоційній, фізичній сферах за допомогою методів психотерапевтичної і психологічної підтримки через використання відповідних її форм (перша психологічна допомога, психологічне консультування, психотерапія).

Потрібно зазначити, що законодавець в даному випадку спирається на характеристику вказаного феномену з позицій стабілізаційної ознаки (акцент на відновлення станів) та підтримувальної ознаки (вказано на те, що даний процес націлений на підтримку розвитку за певними сферами).

Аналогічне трактування терміну **психологічна реабілітація військовослужбовців** (не є учасниками бойових дій, не несуть військову службу через звільнення) представлено в Постанові Кабінету міністрів України №1338 від 29.11.2022 р., яка стосується порядку та умов реалізації зазначеного процесу *[Порядок та умови надання безоплатної психологічної допомоги особам, які звільняються або звільнені з військової служби, з числа ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, членам сімей таких осіб, постраждалим учасникам Революції Гідності та членам сімей загиблих (померлих) ветеранів війни і членам сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» № 1338 від 29.11.2023 р., затверджений постановою № 1338 від 29.11.2022 р.]*. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-%D0%BF#Text>].

Відповідно, в рамках зазначених нормативно-правових актів не здійснено акцент на конструктивістську ознаку характеристики зазначеного феномену. При цьому, в положеннях ст. 1 Закону України № 2961-IV від 06.10.2005 р. *[Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV]*. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>]

визначається, що психологічна реабілітація є системою заходів, які орієнтовані на корекцію та відновлення психологічних властивостей, якостей, функцій особи, формування сприятливого середовища щодо утвердження та забезпечення особистісного розвитку.

Нормативно-правові акти, які регулюють процес психологічної реабілітації

ЗАКОНИ УКРАЇНИ

Про соціальні послуги (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003, № 45, ст.358) (із змінами 2004-2019 р.). (Закон визначає основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги). – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>

Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні (Назва Закону зі змінами, внесеними згідно із Законом № 2249-VIII (2249-19) від 19.12.2017). – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>

Закон України Про освіту (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 38-39, ст.380). – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>

Про психіатричну допомогу (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст.143) (Із змінами, 2013с. – 2018 рр.). – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>

Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». – <https://zakon.rada.gov.ua/go/2011-12>

Закон України “Про запобігання та протидію домашньому насильству” (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.35). – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19#n231>

3.5. Етапи та завдання медико-психологічної реабілітації

В основі організації реабілітаційного процесу лежить стратегія реабілітаційного циклу, який складається з послідовних **етапів**: оцінювання, призначення, втручання, оцінка якості.

Оцінювання є першим етапом, що допомагає встановити медичний та реабілітаційний діагноз, визначити індивідуальні реабілітаційні потреби, встановити цілі реабілітації, обрати або змінити втручання, а також виявити прогалини в наданні послуг та покращити ефективність надання необхідної допомоги.

Призначення – етап, під час якого визначають склад мультидисциплінарної реабілітаційної команди, залучений до допомоги, встановлюють цілі, обирають реабілітаційні втручання, складають та затверджують індивідуальний реабілітаційний план.

Втручання – безпосередня реалізація індивідуального реабілітаційного плану.

Оцінювання результатів реабілітаційної допомоги є заключним етапом, мета якого полягає у визначенні ефективності наданої реабілітації, подальшому плануванні допомоги та реабілітаційного маршруту.

3.8. Система психологічної реабілітації пацієнтів з соматичними захворюваннями

Психічні розлади з соматичними симптомами (РСС) є важливою медико-соціальною проблемою через високу поширеність у людській популяції, суттєве погіршення якості життя пацієнтів та значну вартість лікування.

Психосоматичний підхід як принцип лікарської діяльності полягає в як найбільш ретельному вивченні впливу психосоціальних факторів на виникнення і плин будь-яких соматичних хворіб і психотерапевтичному лікуванні хворих з врахуванням цих факторів

Виділяють чотири великі **групи розладів**:

1. Конверсійні симптоми – (від лат. *conversio* – сходження, перетворення) символічне вираження, трансформація психічного конфлікту в фізичний симптом (синдром). При цьому симптом виражає замаскований мотив задоволеності або виконання бажань, або, що частіше – гальмування мотиву задоволеності чи виконання бажань, або обох одразу. Конверсії виступають як сенсорні порушення (порушення чутливості), можуть виглядати як судомні припадки. Їхніми прикладами також є психогенна сліпота або глухота, блювота, больові відчуття. Усі вони – первинні психічні феномени без тканинної участі організму.

Психоаналітична інтерпретація **розладів травлення** – це нездатність «переварити життєві обставини». Символічне трактування виразкової хвороби шлунка – соматизовані самозвинувачення, наслідок переживання людиною почуття провини і самопокарання, як би «перетравлення», їм самого себе. В основі захворювань кишечника також лежить «затриманий» плач (фрейдівське психоаналітичне трактування колітів – ригідність, дріб'язковість, скупість і прагнення контролювати оточуючих, так званий «Анальний характер»).

Захворювання **опорно-рухового апарату** (хребет, суглоби) – відображення «пасивної роздратованості» життєвою ситуацією, яку людина, з одного боку, не сприймає (що і служить причиною її роздратування), а з іншого – не вважає для себе можливим вирішити її за допомогою активних власних дій. До цього зазвичай додається переживання відсутності зовнішньої підтримки і опори або відчуття буквально фізичного «тиску» життєвих обставин.

Ще одна проблема, яка давно потрапила в поле зору психоаналізу – **різноманітні болі** (головні болі, болі в області серця і ін.). Тут можна безпосередньо спостерігати, як тілесні болі є відображенням болю душевного. Останній являє собою, по суті, не що інше, як самопокарання, причиною якого є почуття провини, інтерналізоване жорстким батьківським вихованням в ранньому дитинстві в глибинні шари психіки людини.

Нерідко подібні розлади виникають у істероїдних натур, у яких незріла, дитяча частина «Я» прагне вийти з-під контролю більш зрілої частини – Супер-Его.

Схильність до розвитку психогенних болів відзначається також у осіб з жорсткою, ригідною (епілептоїдною) структурою характеру, з гіпертрофованим Супер-Его.

За механізмом **витіснення** («не бачу – тому що не хочу бачити», «не відчуваю – тому що не хочу відчувати»), або **самопокарання** розвиваються і істеричні (конверсійні) порушення рухів, чутливості, зору, мови. Дані патологічні тілесні феномени представлені в МКХ-10 як дисоціативні (конверсивні) розлади (F44).

2. Психосоматичні функціональні синдроми – виникають частіше при неврозах. Такі «соматизовані» форми неврозів іноді називають «неврозами органів», системними неврозами або вегетоневрозами і відповідають критеріям наступних діагностичних рубрик по МКХ-10: 134 соматоформні розлади (F45).

Соматичні симптоми при вегетативному неврозі не усувають суб'єктивно обтяжливий емоційний стан, а супроводжують останній, оскільки є невід'ємною його складовою.

При домінуванні в клінічній картині афективних проявів – таких, як **підвищена тривожність, схильність до депресії** – можна говорити про наявність власне соматизованого розладу (F45.0), а в разі **надмірної, іпохондричної заклопотаності** хворого своїм станом, що супроводжу-

ється спробами маніпулювати уявною важкою хворобою – про іпохондричний розлад (F45.2). Вкрай неприємним різновидом психосоматичних порушень є наполегливі психогенні болі (соматоформний больовий розлад, F45.4). Сюди ж відносяться інші соматоформні розлади (F45.8) – такі, як «істеричний ком» в горлі і порушення ковтання, тонічні м'язові спазми (наприклад, кривошия) і свербіж шкіри, психогенні порушення менструального циклу у жінок.

Особливу патогенетичну роль у формуванні даного типу розладів відіграють **дифузні страхи**, зокрема, страх перед почуттям вини. в основі всіх подібних патогенних комплексів лежить незв'язана, **вільноплаваюча тривога**.

Іншими словами, тривога, яка «виринаючись» з-під контролю механізмів психологічного захисту, здатна привести до **стану декомпенсації** (дезадаптації).

В загальноприйнятій медичній термінології такий стан називається **невротичним**. Постійне відчуття і переживання генералізованої, вільноплаваючої тривоги суб'єктивно важко переноситься, а тому вимагає специфічних – **невротичних форм психологічного захисту** (MascDougall, 1993; Вайсс, 1998; Кернберг, 1998). Найрозповсюдженішим (і найзрозумілішим з побутової точки зору) серед вказаних механізмів захисту є «конвертування» тривоги у тілесноподібні симптоми чи скарги (MascDougall, 1993), що і лежить в основі формування соматоформних розладів: при їх наявності пацієнт отримує можливість виражати позасвідомі комплекси та тривогу у вигляді найбільш конвенційних для медичної практики тілесних скарг.

3. Органічні психосоматичні хвороби (психосоматози) – в їхній основі лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановленими патологічними змінами в органах.

Відповідна **спадкова схильність може впливати на вибір органу**. Перші прояви психосоматозів виникають у будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися вже в ранній юності в осіб з виразними і постійними особистісними характеристиками. Етіопатогенез власне психосоматичних розладів значною мірою, особливо на ранніх етапах захворювання, пов'язаний із психологічно значимими для особистості подразниками з навколишнього середовища. Однак, функціональні порушення внутрішніх органів на більш пізніх етапах хвороби приводять до їхньої

деструкції, тобто органічних змін і захворювання набуває рис типово соматичного, фізичного страждання. Історично до цієї групи відносять сім класичних **психосоматичних захворювань**:

- 1) есенціальна гіпертонія;
- 2) бронхіальна астма;
- 3) виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунку;
- 4) неспецифічний виразковий коліт;
- 5) нейродерміт;
- 6) ревматоїдний артрит;
- 7) гіпертиреоїдний синдром «Чикагська сімка»

4. Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування і поведінки – схильність до травм та інших саморуйнівних видів поведінки, (алкоголізм, наркоманія, куріння, переїдання з ожирінням і інші). Ці розлади зумовлені особливостями особистості і її переживань, що приводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я. *Наприклад*, схильність до травм характерна для особистостей із властивостями, що протилежні точності, старанності. Підвищене споживання їжі можна розуміти як індикатор престижу, соціальної позиції чи компенсацією невдоволення. У деяких психосоматичних хворих можна виявити в завуальованій формі садистські або мазохістські тенденції.

Соматопсихічні розлади – це психічні синдроми різної вираженості (від неврозу до психозу), обумовлені наявним у пацієнта соматичним захворюванням, тісно пов'язані з тяжкістю і небезпекою цього захворювання. Таким чином, хвороба, яка початково не була пов'язана з порушенням психіки (гостра інфекція, травма, пухлина) стає причиною ушкодження мозку або розладу психіки внаслідок переживання з приводу прогнозу.

Виявлено два головні впливи психічних розладів, що викликані **соматичною патологією на психіку** (Березанцев):

1) **Вплив за біологічним механізмом**. Психічні розлади екзогенного типу (соматогенні), виникають у зв'язку з впливом на центральну нервову систему важкого соматичного захворювання (останнє виступає як органічний фактор). В даних випадках соматичне захворювання виступає як органічний фактор, негативно впливає на центральну нервову систему. Сюди відносяться важкі соматичні захворювання (судинні, ендокринні, інфекційні) з метаболічними порушеннями, інтоксикаціями, які надають біологічний вплив на нервову систему і викликають пошкодження і заги-

бель нейронів і формування органічних психічних розладів. Реакції особистості на власне хронічне або гостре соматичне захворювання. Як правило, це соматичні розлади, що загрожують життю пацієнтів, стигматизуючі захворювання, що різко змінюють рівень соціального функціонування та якості життя: онкологічні захворювання, ВІЛ-інфекція, туберкульоз, гепатит та ін.

2) **Вплив за психологічним механізмом.** Психічні розлади психогенного типу (нозогенії), виникають у зв'язку з реакцією особистості на своє соматичне захворювання (останнє виступає як психогенний фактор).

Психічні розлади, що викликані соматопсихічними порушеннями прийнято ділити на дві групи:

Органічні (соматогенні, обумовлені ушкодженням мозку)	Функціональні (психологічна реакція на хворобу та її наслідки)
Астенічний синдром; Розлади сприйняття (оглушення, сопор, кома, делірій, сутінкове запаморочення свідомості); Галюциноз; Розлади пам'яті; Розлади інтелекту	Афективно-шоківі реакції; Істеричні реакції; Фобії та напади паніки; Підозрілість (надцінні ідеї або марення).

Таким чином, інфекції, інтоксикації, захворювання внутрішніх органів прямо та опосередковано впливають на психічні функції, лежать в основі психічних порушень. Органічні соматопсихічні розлади можуть бути тяжкими, та проявлятися у вигляді психотичних психічних розладів (психозів), або можуть проходити м'яко, у вигляді непсихотичних психічних розладів (на невротичному рівні). Вони залежать від особливостей протікання захворювання, локалізації ураження.

Виділяють такі параметри, на підставі яких оцінюється будь-яка хвороба і формується психологічне ставлення до неї:

- вірогідність смертельного випадку;
- вірогідність інвалідизації та хронічного перебігу хвороби;
- больова характеристика хвороби;
- необхідність радикального або паліативного лікування;
- вплив хвороби на можливість підтримувати колишній рівень спілкування;
- соціальна значущість хвороби і традиційне ставлення до хворого з боку його мікросоціуму;
- вплив хвороби на сімейну та сексуальну сфери;
- вплив хвороби на сферу розваг та інтересів.

Депресія є однією з найбільш частих та не бажаних реакцій на хворобу. Депресія може бути психологічною реакцією на повідомлення про невиліковне захворювання або результатом осмислення відсутності успіху лікування, що було проведене. Але слід зазначити, що у багатьох випадках її можна розглядати, як біологічну реакцію на хворобу. Відомо, що багато ендокринних захворювань, злоякісних пухлин, порушення обміну речовин проявляються депресією. Вона також може бути проявом ускладнень фармакотерапії.

Огляд міжнародної літератури показує сильну кореляцію між тривожністю, депресією та хронічними захворюваннями (Polikandrioti et al.,; Gerontoukou, Michaelidou, Rekleiti, Saridi, & Souliotis).

Якість життя є важливим показником системи охорони здоров'я, а також допомагає оцінювати результати лікування хворих, оскільки аналізує не тільки тяжкість патологічного процесу, а й те, як пацієнт переносить своє захворювання і оцінює надану йому медичну допомогу.

Найбільш поширеним трактуванням якості життя є соціологічна характеристика, що виражає якість задоволення матеріальними і культурними потребами людей, включаючи якість харчування, одягу, комфорт житла, якість охорони здоров'я, рівень освіти, якість сфери обслуговування, якість навколишнього середовища, рівень дозвілля, задоволення в спілкуванні, заняттях, творчій праці. Психологічним індикатором **якості життя** є ступінь задоволеності різними сферами життя і позитивна узгодженість з психікою, адекватністю особистості.

Поняття ЯЖ об'єднує показники не менше ніж чотирьох різних, але взаємопов'язаних між собою областей:

- 1) фізичної (фізичне самопочуття – комбінація проявів здоров'я і / або хвороби);
- 2) функціональної (функціональні можливості – здатність людини здійснювати діяльність, обумовлену його потребами, амбіціями і соціальною роллю);
- 3) емоційної (емоційний стан двополярної спрямованості з відповідно протилежними результатами у вигляді благополуччя або дистресу);
- 4) соціальним статусом (рівень суспільної та сімейної активності, що включає ставлення до соціальної підтримки, підтримку повсякденної).

Комунікабельні захворювання не передаються від людини людині. Вони мають довгу тривалість і, як правило, повільно прогресують. Чотир-

ма їх основними типами є **серцево-судинні, онкологічні захворювання, хронічні респіраторні хвороби (БА і ХОЗЛ) і діабет.**

Факторами ризику є нераціональне харчування, недостатня фізична активність, вплив тютюнового диму і надмірне вживання алкоголю.

Рушійними силами цих захворювань є глобалізація, швидка урбанізація і старіння населення, над якими ні пацієнти, ні система практичної охорони здоров'я не владні. Гуманітарні, соціальні та економічні наслідки цієї епідемії болючі для всіх без винятку країн, але особливо від них страждають бідні та вразливі верстви населення (Global status report on noncommunicable diseases, 2015).

Психологічні зміни при захворюваннях серцево-судинної системи

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є одними з найбільш актуальних медико-соціальних проблем і головних причин захворюваності, інвалідізації і смертності у всьому світі. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) повідомляє, що серцево-судинні захворювання призводять до 17,5 мільйонів смертей на рік, а депресивні розлади є четвертою за значимістю причиною глобального тягара хвороб.

До найбільш поширених серцево-судинних захворювань відносяться: ІХС або ішемічна хвороба серця; порушення ритму серця; інфаркт міокарду; артеріальна гіпертензія; вродженні вади серця.

Важливу роль відіграє вивчення **психоемоційного стану хворих** на ІХС для виявлення і корекції його порушень, оскільки саме психоемоційні особливості людини є значущими, ніж такі класичні фактори ризику розвитку та прогресування ІХС, як підвищення рівня холестерину, куріння, гіподинамія.

Найбільший стрес завжди викликають ситуації, що загрожують життю. При ІХС однією з таких є гострий коронарний синдром (ГКС), який трансформується в гострий інфаркт міокарда (ГІМ) або нестабільну стенокардію (НС).

Депресивний синдром при серцево-судинних захворювань має наступні особливості: хворі рідше дотримуються принципів здорового способу життя, гірше виконують лікарські рекомендації щодо дотримання дієти, відмови від куріння та збільшення фізичної активності, необхідності обмеження алкоголю; вони менш регулярно приймають препарати і рідко беруть участь в заходах по реабілітації та вторинної профілактики гострого інфаркту міокарда.

Психологічні зміни при захворюваннях дихальної системи

Хронічна респіраторна патологія охоплює більше 1 млрд людей у всіх країнах світу. Бронхіальна астма (БА) та хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ) відносяться до числа найбільш поширених захворювань бронхолегеневої системи серед дорослого населення, що представляють собою глобальну медико-соціальну проблему у зв'язку з неухильним зниженням якості життя пацієнтів і зростанням витрат системи охорони здоров'я на довічне вживання лікарських препаратів, тривалі періоди непрацездатності та виплати по інвалідності.

Саме на частку ХОЗЛ і БА припадає дві третини випадків стійкої втрати працездатності, пов'язаної із захворюваннями органів дихання.

Тютюнопаління – це вид аддиктивної (залежної) поведінки та відноситься до одних із головних факторів ризику розвитку ХОЗЛ, що суттєво погіршує соматичні симптомами серед осіб з ХОЗЛ. Доведено, що відмова від паління уповільнює прогресування захворювання.

Бронхіальна астма – це найвідоміше психосоматичне захворювання, головним етіологічним фактором якої є психічна травма та емоційна напруга. Головні чинники, які сприяють її розвитку, мають наступні відсоткові співвідношення: 1) 30% психологічних; 2) 40% інфекційних; 3) 30% алергічних.

Психологічні зміни при захворюваннях травного тракту

Функціонування системи органів шлунково-кишкового тракту тісно пов'язане з психічним станом людини. Психосоматичні розлади є причиною скарг 36-71% хворих, які звертаються до лікарів у зв'язку з порушеннями з боку органів травлення.

За даними оцінки психологічних показників емоційного стану хворих з патологією кишково-шлункового тракту за допомогою **Вісбаденського опитувальника**, у пацієнтів в 53% випадків виявлені значущі психічні травми в найближчому анамнезі, у решти (47%) – мікротравми, негаразди, які грають не менш важливу роль в розвитку психосоматичного розладу.

3.11. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців (у воєнний час)

Згідно із підходом Т. Титаренко (Україна), яка досліджує зазначене поняття з позицій психологічної та соціальної наук, соціально-психологічна реабілітація не може розглядатись як пасивне відновлення, процес повернення до попереднього способу життєдіяльності, а є активізацією потенціалу людини до конструювання, перепроєктування власного життя, втілення, оновлення, реалізації нових проектів за основними сферами життя. Можемо зазначити, що визначення вказаного феномену в контексті акценту на конструктивістській ознаці є актуальним в контексті орієнтиру програмних засад ООН в сфері людського розвитку, які пов'язані із сприянням готовності людських ресурсів до майбутніх змін за основними сферами.

В роботі В. Алещенка (Україна), який досліджує особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій, зазначений процес визначається у якості складової загальної реабілітації (у комплексі із соціально, професійною, медичною), яка орієнтована на відновлення втраченого (порушеного) соціальної активності та психічного стану, оптимальності працездатного стану, соціального статусу військовослужбовця, самооцінки. Також автор наголошує на тому, що психічна реабілітація орієнтована на відновлення (збереження) показників психологічного та фізичного стану здоров'я, нівелювання та скорочення наслідків психологічних розладів, недопущення інвалідності, профілактику деструктивної поведінки. Можна відмітити, що дослідник при характеристиці зазначеного поняття враховує його стабілізаційну ознаку (вказівка на тому, що психологічна реабілітація націлена на відновлення), ознаку комплексності (системності) (акцент на тому, що зазначений процес є частиною загальної реабілітації), ознаку опірності (орієнтир на протидію деструктивним діям з боку військовослужбовців із психологічними розладами). В рамках підходу О. Гульбс, О. Кобця (Україна) встановлено, що психологічна реабілітація є комплексом заходів, націлених на відновлення, збереження, компенсування порушених якостей, функцій психічного стану, та забезпечення психосоціальної адаптації. Дослідники переважно орієнтуються на положення ознаки комплексності (системності) та стабілізаційну ознаку.



ЛЕКЦІЯ

Тема 4. ТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕС ТА СТАНИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

- 4.1. Поняття про травматичний стрес, психічну травму.
- 4.2. Психофізіологія травми.
- 4.3. Гостра реакція на стрес. Ознаки гострого стресового розладу.
- 4.4. Поняття та чинники розвитку посттравматичного стресового розладу.
- 4.5. Критерії діагностики посттравматичного стресового розладу за МКХ-10 і DSM-V.
- 4.6. Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані.
- 4.8. Психоедукація при роботі з кризовими клієнтами.
- 4.10. Техніки стабілізації психічного стану людини.
- 4.11. Відновлення безперервності життя травмованої людини. Зниження впливу травматичної події на якість життя.
- 4.12. Протоколи TRIM та TID.

Самостійне опрацювання:

1. Модель VIVO.
2. Холістичний підхід до відновлення психічного здоров'я пацієнтів з травматичним досвідом.
3. Травмоорієнтовані методи психологічної допомоги.
4. Посттравматичне зростання.

Основні поняття: стрес, стрес психічний (емоційний), стадії стресу: стадія тривожності, стадія резистентності, стадія виснаження; психологічне травмування, травматичні ситуації, травмівна подія (ситуація), травматичний стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), ступор, резильєнтність, білатеральна стимуляція.

4.1. Поняття про травматичний стрес, психічну травму

Поняття психічного або емоційного стресу, насамперед, пов'язано з теорію адаптації. Процес патологічних психофізичних змін в організмі, психічній діяльності і поведінці людини у стані дезадаптації супроводжується критичним режимом гомеостатичного неврівноваження зі спробою втримання функціонального балансу на максимально можливому рівні виживання та розвитку. Саме такі стани і процеси описані у теорії стресу Ганса Сельє.

Стрес (англ.: stress – тиск, навантаження, напруга) – це сукупність стереотипних, філогенетично запрограмованих, неспецифічних реакцій організму людини (у тому числі, з боку психічної діяльності), які викликаються будь-якими сильними або екстремальними впливами на нього та супроводжуються якісною перебудовою функціональної активності різних систем організму шляхом реалізації необхідних адаптивних процесів (Сельє, 1992).

Стрес (від англ. stress – напруга, тиск) – це неспецифічна реакція організму у відповідь на дуже сильну дію (подразник) зовні, яка перевищує норму, а також відповідна реакція нервової системи.

Психічний (емоційний) стрес – це виражені патопсихологічні реакції, які виникають при надмірних за інтенсивністю та тривалістю психологічних впливах (психотравмах) і розглядаються як прояви загального адаптаційного синдрому щодо психіки людини (її нервовопсихічної діяльності, емоційно-когнітивного реагування та поведінки).

Якщо фізіологічний стрес виникає у зв'язку з безпосереднім зовнішнім фізичним або біотичним впливом, то **психологічний стрес** формується під впливом психічних стресорів – **абіотичних факторів або стресогенної, психотравмуючої ситуації**.

Є три стадії стресу:

1. **Стадія тривожності.** Якийсь час ми витримуємо стрес, а потім психіка слабне та їй стає не дуже комфортно.
2. **Стадія резистентності.** Ми вчимося жити зі стресом, звикаємо до нього, кажемо, що адаптувалися. На цій стадії підвищуються стійкість та протидія організму до подразників, активізується розумова діяльність, мобілізуються воля, бажання подолати обставини. Людина думає: *“Клас, зі мною все гаразд”*.

3. Якщо чинник стресу сильний, він не зменшується й не зникає, то психіка входить у **стадію виснаження**. Якщо людина не розуміє, що вона живе в постійному стресі та не усуває його, це може призвести навіть до летальних випадків. Коли людина працювала на стресовій роботі, не слідувала за фізичним і психічним здоров'ям, не відпочивала, може статися той-таки інсульт або інфаркт. Це – про вислів “згорів на роботі”.

Події, які можуть спричинити **психологічне травмування** – це події, які людина сприймає як загрозу своєму, життю близьких або свідком яких стає. Ідеться про воєнні події, кримінальні дії різного штибу (зґвалтування, катування, пограбування), стихійні лиха (зокрема, хвороби, раптові втрати близьких) та ДТП.

Якою має бути подія, щоби спричинити травму:

- раптовою;
- сильною та інтенсивною – руйнівна сила;
- здаватися безвихідною – безпорадність, безсилля;
- тривалою – спричиняє відчай.

Травматичні ситуації – це такі екстремальні критичні події, які мають потужну негативну дію, загрозу і вимагають від індивіда екстраординарних зусиль, щоб впоратися з наслідками.

МКХ-10 уточнює поняття: **травматичні ситуації (події)** – це ситуації, що виходять за рамки звичайного людського досвіду.

Під «звичайним» людським досвідом розуміють такі події, як втрата близької людини, що відбулася в силу природних причин, важка хронічна хвороба, втрата роботи або сімейний конфлікт.

До ситуацій, що виходять за рамки звичайного людського досвіду, відносяться події, які здатні травмувати психіку практично будь-якої здорової людини. Це, *наприклад*, стихійні лиха, техногенні катастрофи, події, які є результатом цілеспрямованої, нерідко злочинної діяльності (диверсії, терористичні акти, тортури, масове насильство, бойові дії, потрапляння в «ситуацію заручника», руйнування власного будинку). Як правило, ці події становлять загрозу життю або здоров'ю – як самого індивіда, так і його значущих близьких, і докорінно порушують почуття його безпеки.

Травмівна подія (ситуація) – це подія, яка сприймається як загрозна для життя, фізичного та психічного здоров'я людини або її близьких. Під час події людина відчуває безпорадність та сильний страх, жах.

Типи травматичних ситуацій (за Н. Тарабріною):

Тип 1. Короткострокова, несподівана травматична подія.

Приклади: сексуальне насильство, природні та техногенні катастрофи, ДТП, виробничі аварії, снайперська стрільба, напади.

1. Одиначна дія, що несе загрозу і вимагає від індивіда можливостей, що перевершують його механізми опанування.
2. Ізольоване, досить рідкісне травматичне переживання.
3. Несподівана, раптова подія.
4. Подія залишає незгладимий слід у психіці індивіда (індивід часто бачить сни, в яких є ті або інші аспекти події), сліди у пам'яті носять яскравий і конкретний характер.
5. Така подія з великою мірою вірогідності призводить до виникнення типових симптомів ПТСР: від нав'язливої розумової діяльності, пов'язаної з подією, до симптомів уникнення і високої фізіологічної реактивності.
6. При такій події з великою вірогідністю проявляється класичне повторне переживання травматичного досвіду.
7. Швидке відновлення нормального функціонування є рідкісним і маловірогідним.

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

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

1. Варіативність, множинність, пролонгованість, повторюваність травматичної події або ситуації, її передбачуваність.
2. Ймовірніше, що ситуація носить умисний характер.
3. Спочатку переживається як травма типу 1, але в процесі повторюваності травматичної події, жертва переживає страх повторення травми.
4. Почуття безпорадності у запобіганні травмі.
5. Для спогаду про такого роду події характерна неясність і неоднорідність через дисоціативний процес; з часом дисоціація може стати одним з основних способів того, як упоратися з травматичною ситуацією.
6. Результатом дії травми типу 2 може стати зміна Я-концепції і образу світу індивіда, що може супроводжуватися відчуттями провини, сорому і зниженням самооцінки.
7. Висока вірогідність виникнення довгострокових проблем особистісного та інтерперсонального характеру, що проявляється в усунутості,

відстороненості від інших, у звуженні і порушенні лабільності і модуляції афекту.

8. Дисоціація, заперечення, набінг, усунутість, зловживання алкоголем і іншими психоактивними речовинами як спроба захиститися від непереносних переживань.

9. Така ситуація призводить до так званого комплексного ПТСР, або розладу, що обумовлений дією екстремального стресора.

Залежно від того, яку **роль відіграє в подіях людина**, вони діляться на:

- а) природні, спричинені людьми без наміру заподіяти шкоду,
- б) здійснені людьми з особливим наміром заподіяти шкоду.

Вважається, що найбільш травматичними являються події, пов'язані з навмисним спричиненням шкоди іншими людьми.

Травмуючі події за масштабом дії: **масові, групові і індивідуальні** травмуючі події. Найбільшу увагу фахівців привернули саме масові травмуючі події (воєнні дії, техногенні і природні катастрофи, теракти), проте не менше травматичними бувають групові події (аварія, дорожньо-транспортна пригода).

Кажучи про види травмуючих подій, виділяють так звану **первинну травматизацію** (коли людина була безпосереднім учасником або свідком події) і **вторинну травматизацію** (коли людина перетворилася на свідка події через розповіді інших людей, перегляд хроніки подій, читання газет і так далі). Саме з нею інколи пов'язаний синдром «вигорання». Однак, є й інше розуміння вторинної травматизації (див. лекцію про ПТСР).

Визначення **психотравми, за міжнародною класифікацією**, – це експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження або сексуального насильства в один чи більше таких способів:

- безпосереднє переживання травматичної події;
- спостереження за подіями, які трапилися з іншими (люди, на очах яких це стається, або фахівці, які приїжджають на місце злочину);
- знання того, що травматична подія трапилася з членом сім'ї чи близьким другом у випадках смерті чи загрози життю (ідеться про раптовість);
- переживання багаторазової чи надмірної експозиції до нестерпних деталей травматичної події. *Наприклад*, фахівці швидкого реагуван-

ня, які збирають частини тіл, офіцери поліції, що стикаються з деталями скривдження дітей.

Вченими виділені наступні чотири характеристики травми, здатної викликати травматичний стрес:

- 1) подія, що сталася, усвідомлюється, тобто людина знає, що з нею сталося, і через що у неї погіршився психологічний стан;
- 2) цей стан обумовлений зовнішніми причинами;
- 3) пережите руйнує звичний спосіб життя;
- 4) подія, що сталася, викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля що-небудь зробити або незробити.

Травматичний стрес – це переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу. Це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду. Ряд явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широкий і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власного життя або життя близької людини, загроза фізичному здоров'ю або «образу Я».

Для позначення дуже сильного стресу іноді використовують поняття «травматичний стрес».

Травматичний стрес – це особлива форма загальної стресової реакції. Коли стрес перевантажує психологічні, фізичні, адаптаційні можливості людини, він стає травматичним.

Поняття «**травма**» походить від грецького trauma – рана, пошкодження. За визначенням, це пошкодження в організмі людини і тварин в результаті дії факторів зовнішнього середовища.

Психічна травма – наслідок травматичного стресового впливу; передбачає крайній (екстремальний) ступінь стресогенності фактора, який руйнує систему індивідуальних особистісних захистів, що, призводить до глибоких порушень (від психологічних до біологічних) цілісної системи функціонування практично будь-якої людини.

Психічна травма або психотравма – шкода, завдана психічному здоров'ю людини в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або гостроемоційних, стресових впливів інших людей на її психіку.

Німецькі дослідники Годфрід Фішер і Пітер Рьедессер визначають психічну травму наступним чином: «**Психічна травма** – це переживання

дисбалансу між погрозуючими обставинами і індивідуальними можливостями побороти їх, що супроводжується почуттям безпорадності й незахищеності і викликає тривале потрясіння в розумінні себе і світу». Вони пропонують розрізняти поняття психічна травма і стрес.

Відмінності між психічною травмою і стресом

Психічна травма	Стрес
Свідомий вибір реагування відсутній: впадіння у стан заціпеніння або фрагментація психіки	Людина має вибір: боротися або поступитися
Демобілізація, зниження чутливості	Мобілізація енергії
Завжди більш суттєва	Менш суттєвий
Наслідки травми зачіпають глибинні шари психіки, мають тривалий вплив на тіло, розум і психіку, в цілому на життя людини та її самосприйняття	Наслідки не сильні

Поняття психічної травми, на думку цих вчених, є відносним: чи буде ситуація травмуючою або стресовою, залежить від значущості події, захисних механізмів людини та від зовнішнього середовища. Так, автори відзначають, що у кожного з нас є декілька найголовніших, базових потреб. Щоб зростати і засвоювати досвід, щоб розвиватися, нам потрібно спиратися на глибинне знання: «я є коханим», «я хороший», «я можу». Але це знання є дуже вразливим. І якщо людина один раз (напр., під впливом сильного душевного болю) випробувала сумніви в якомусь із цих пунктів, то у подальшому майже будь-яка подія може стати для неї травмуючою. Від цих же факторів залежить руйнівна сила психічної травми.

Травматичний досвід не вкладається в повсякденні алгоритми поведінки людини. Йдеться про ситуації де була загроза (фізична, психологічна) життю та безпеці людини, було порушено базові людські інстинкти: інстинкт самозбереження, інстинкт збереження роду.

У цих випадках прийняття всієї ситуації відразу має руйнівний вплив на психіку. Механізм витіснення, як один з потужних психологічних захистів, дозовано проявляється, симптом за симптомом, нагадуючи про те, що трапилось.

Відстрочені реакції – реакції, що відбуваються не в момент сильного стресу, а після нього (пограбування, зґвалтування, повернення із зони бойових дій тощо), але психологічно для людини це ще незакінчено. Ці реакції виникають на тлі загального благополуччя через тривалий час після події.

Психологічна травма – «душевна рана», що «болить», турбує, викликає дискомфорт, погіршує якість життя, приносить страждання людині і оточуючим її близьким людям. Як і будь-яка рана, психологічна травма може бути різного ступеня прояву, і, відповідно, «лікування» буде різним.

Загальні умови розвитку травматичного стресу:

- людина сприймала ситуацію як неможливу;
- людина не могла ефективно протидіяти ситуації (боротися або тікати);
- людина не могла вивільняти емоційну енергію (стан заціпеніння);
- присутність у житті людини раніше невіршених травматичних ситуацій.

Має значення і попередня оцінка ситуації. Більш інтенсивною та тривалою є реакція на антропогенні (соціальні) катастрофи, де має місце людський фактор (терористичний акт, військові дії, зґвалтування), ніж на природні катастрофи.

Фактори, що впливають на ступінь дії на людину сильної стресової ситуації

Фактори, що підсилюють травматичний стрес	Фактори, що послаблюють травматичний стрес
Сприйняття того, що сталося як крайньої несправедливості	Сприйняття того, що сталося як можливого
Нездатність і/або неможливість хоч якось протистояти ситуації	Часткове прийняття відповідальності за ситуацію
Пасивність у поведінці. Наявність невилікованих травм	Поведінкова активність. Наявність позитивного досвіду самостійного вирішення складних життєвих ситуацій
Фізична перевтома	Сприятливе фізичне самопочуття
Відсутність соціальної підтримки	Психологічна підтримка з боку членів родини, друзів, товаришів по службі

Психічну травму треба розглядати як процес, і досліджувати цей процес слід в динаміці, починаючи з самої травмуючої події і до найвіддаленіших наслідків. Різні автори виділяють різні етапи і стадії розвитку травми. Психологічна реакція на травму включає в себе **три відносно самостійні фази**, що дозволяє охарактеризувати її як розгорнутий у часі процес.

Перша фаза – фаза психологічного шоку – містить два основних компоненти:

1. Пригнічення активності, порушення орієнтування в навколишньому середовищі, дезорганізація діяльності;

2. Заперечення того, що сталося (своєрідна охоронна реакція психіки). У нормі ця фаза є досить короткочасною.

Друга фаза – вплив – характеризується вираженими емоційними реакціями на подію та її наслідки. Друга фаза є **критичною** в тому відношенні, що після неї починається:

- або процес одужання (відреагування, прийняття реальності, адаптація до нових обставин) – це **третя фаза нормального реагування**,
- або відбувається фіксація на травмі і подальший перехід пост-стресових станів у хронічну форму.

Стадії розвитку симптомів психічної травми:

1. Вплив травмуючої події.
2. Гостра реакція на стрес – моментально і до декількох годин.
3. Гострий стресовий розлад – до 30 днів.
4. Посттравматичний стресовий розлад – більше 30 днів та далі: гострий та хронічний ПТСР; відстрочений ПТСР – симптоми з'являються через 6 місяців і більше..

А. Гостра реакція на стрес (F43.0). Сюди включені транзиторні розлади значної тяжкості, які розвиваються у осіб без видимого психічного розладу у відповідь на виключно сильні стресові життєві події (природні катастрофи, нещасні випадки, зґвалтування і т.п.). Ці розлади зазвичай проходять через кілька годин або днів. Клінічна симптоматика поліморфна (аж до порушеної свідомості) і транзиторна.

Для постановки діагнозу «Гостра реакція на стрес» крім чіткого часового зв'язку між стресом і клінічними проявами необхідні наступні **діагностичні критерії**:

- Клініко-психопатологічна картина поліморфна і калейдоскопічна; на додаток до ініціального стану оглушення можуть спостерігатися депресія, тривога, гнів, відчай, гіперактивність і відгородженість, але жоден з симптомів не переважає тривало.
- Швидка редукція психопатологічної симптоматики (найбільше протягом декількох годин) в тих випадках, де можливе усунення стресової ситуації. У випадках, де стрес триває або за своєю природою не може припинитися, симптоми зазвичай починають зникати через 24-48 годин і зводяться до мінімуму протягом 3 днів.

Як правило, такі пацієнти рідко потрапляють в поле зору психіатрів.

Статистика: 70-80% людей, які пережили травмівну подію, повернуться до нормального стану власними силами.

У МКХ-11 такої діагностичної рубрики немає. Така реакція людини вважається «нормальною реакцією на ненормальні події».

Б. Гострий стресовий розлад – до 30 днів.

З'являються деякі симптоми стресового розладу.

Людина потребує соціальної підтримки, психологічної допомоги

В. ПТСР – посттравматичний стресовий розлад (F43.1).

ПТСР проявляється як довготермінова реакція на травматичний стрес.

Характеристики події, яка здатна викликати травматичний стрес (за Ромек з співавт., 2004):

1. Подія, що сталася, усвідомлюється, тобто людина знає, що з нею трапилося і через що у неї погіршився психічний стан;
2. Цей стан зумовлено зовнішніми причинами;
3. Пережите руйнує звичний спосіб життя;
4. Подія, що сталася, викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля що-небудь зробити.

4.2. Психофізіологія травми

У травмуючих ситуаціях інформація про навколишнє середовище минає кору головного мозку і передається у лімбічну систему, яка відповідає за інстинктивні захисні механізми поведінки.

Інформація спочатку потрапляє у таламус, а потім в **амігдолу**, маленьку мигдалевидну структуру мозку, що зберігає інформацію про почуття, стани, відчуття, які людина переживала у своєму житті.

У амігдолі інформація проходить перевірку на небезпеку, і якщо небезпека підтвердилася, амігдола припиняє взаємодію з гіпокампом – зоною, яка відповідає за біографічну пам'ять.

Цей поділ призводить до того, що пізніше, коли людина завдяки зовнішнім подразникам згадує травмуючу подію, амігдола фіксує небезпеку, зв'язок з гіпокампом знову припиняється, як в реальній ситуації травми, і передача повідомлення про хибну тривогу стає неможливою.

Реакція амігдоли на небезпеку викликає **блокаду зони Брока**, що відповідає за мову. Тому мовна функція часто виявляється пригніченою

(це причина того, що у людини часто немає слів для опису своїх почуттів і переживань під час травмуючої події).

Одночасно в тіло викидається велика кількість **опіатів і ендорфінів**, тому біль не відчувається.

Рівень кортизолу різко підвищується, що дозволяє організму перешкоджати падінню кров'яного тиску нижче небезпечного рівня.

У разі хронічної травматизації рівень кортизолу залишається підвищеним, так що стресова система організму виходить з рівноваги і залишається хронічно неврівноваженою.

Якщо травматизація тривала, то рівень кортизолу сильно падає, це служить захисту мозку, інакше важливі структури мозку зруйнувалися б.

Отже, при травмі:

- кора головного мозку повністю вимикається разом з мовним центром;
- відбувається поділ систем пам'яті в амігдале і гіпокампі, що не дозволяє зберігати свідомі спогади про травматичної ситуації як про цілісний досвід;
- травматична подія запам'ятовується у всій цілісності переживань (почуття, відчуття, думки, картинки);
- травматичне переживання запам'ятовується у м'язах тіла на все життя.

При одноразовій травматизації зв'язки в головному мозку відновлюються, тому найважливіше – провести своєчасну стабілізацію стану людини.

Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають усі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної і соціальної взаємодії), призводять до стійких особистісних змін не лише у людей, що пережили стрес, але й у членів їх сімей.

4.3. Гостра реакція на стрес. Ознаки гострого стресового розладу

Стадії розвитку симптомів психічної травми:

1. Вплив травмуючої події.
 2. Гостра реакція на стрес – моментально і до декількох годин.
 3. Гострий стресовий розлад – до 30 днів.
 4. Посттравматичний стресовий розлад – більше 30 днів та далі:
- гострий та хронічний ПТСР;
 - відстрочений ПТСР – симптоми з'являються через 6 місяців і більше.

Гостра реакція на стрес (F43.0). Сюди включені транзиторні розлади значної тяжкості, які розвиваються у осіб без видимого психічного розладу у відповідь на виключно сильні стресові життєві події (природні катастрофи, нещасні випадки, зґвалтування і т.п.).

Ці розлади зазвичай проходять через кілька годин або днів.

Клінічна симптоматика поліморфна (аж до порушеної свідомості) і **транзиторна**.

Для постановки діагнозу «Гостра реакція на стрес» крім чіткого часового зв'язку між стресом і клінічними проявами необхідні наступні **діагностичні критерії**:

➤ **Клініко-психопатологічна картина поліморфна і калейдоскопічна**; на додаток до ініціального стану оглушення можуть спостерігатися депресія, тривога, гнів, відчай, гіперактивність і відгородженість, але жоден з симптомів не переважає тривало.

➤ **Швидка редукція психопатологічної симптоматики** (найбільше протягом декількох годин) в тих випадках, де можливе усунення стресової ситуації. У випадках, де стрес триває або за своєю природою не може припинитися, симптоми зазвичай починають зникати через 24-48 годин і зводяться до мінімуму протягом 3 днів.

Статистика: 70-80% людей, які пережили травмівну подію, повернуться до нормального стану власними силами.

Гострий стресовий розлад – до 30 днів. З'являються деякі симптоми стресового розладу. Оцінка: протокол TRIM. Людина потребує соціальної підтримки, психологічної допомоги.

4.4. Поняття та чинники розвитку посттравматичного стресового розладу

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад. ПТСР проявляється як довготермінова реакція на травматичний стрес.

Класифікація.

Динаміка переживання травматичної ситуації

1. **Фаза «заперечення і шоку»** – настає відразу після дії травмуючого фактору. Це найперше зіткнення людини з тим жахом, який їй належить пережити. Людина відмовляється сприймати те, що трапилося,

намагаючись тим самим втекти від реальності і від хворобливих для неї переживань.

2. Фаза «агресії і провини». Людина починає поступово переживати те, що сталося. Починає звинувачувати в тому, що сталося тих, хто прямо або опосередковано пов'язаний або мав відношення до травматичної події. Такий стан може змінитися аутоагресією (агресія на себе, почуття провини, наприклад, «якби б я вчинив інакше, цього б не сталося»).

3. Фаза «депресії». Настає після усвідомлення людиною, що обставини сильніше за неї. Для даної фази характерно почуття безпорадності, покинутості, самотності, власної непотрібності. Немає виходу з положення, що сталося, людині здається, що біль буде посилюватися з кожним днем.

4. Фаза «зцілення». Фаза характеризується повним прийняттям (свідомим і емоційним) свого минулого і придбанням нового сенсу життя. «Я можу жити, не дивлячись на травму, яка була в моєму житті». Людина здатна витягти зі свого минулого життєвий досвід. При розгляді травми, пов'язаної з втратою близьких, ми практично розглядаємо стадії горя. У всіх випадках слід розрізняти процес нормального переживання психічної травми (тобто процес переживання травми і відновлення після неї) і процес патологічний, «затягнутий», «застряглий», що призводить до розвитку різних патологічних станів, хронічних порушень і змін.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це неспокійна відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати психічні порушення практично у будь-якої людини.

ПТСР є комплексом реакцій людини на травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яке у більшості людей викликає страх, жах, безпорадність. Це, в першу чергу, ситуації, коли людина сама пережив загрозу власному життю, смерть або поранення іншої людини. Передбачається, що симптоми можуть з'явитися відразу після перебування у травматичній ситуації, а можуть виникнути через багато років – в цьому особлива каверзність посттравматичного стресового розладу. Описані випадки, коли у ветеранів Другої світової війни симптоми ПТСР проявилися через сорок років після закінчення військових дій.

Відповідно до особливостей прояву і перебігу розрізняють **три підвиди посттравматичних стресових розладів:**

1. Гострий, розвивається у терміни до трьох місяців (його не слід змішувати з гострим стресовим розладом, яке розвивається протягом одного місяця після критичного інциденту);

2. Хронічний, що виникає у термін після трьох місяців;

3. Відстрочений, коли розлад виникає через шість і більше місяців після травматизації.

В даний час ряд зарубіжних авторів пропонує доповнити діагностику постстресових порушень ще однією категорією – посттравматичними особистісними розладами (або РТПД – posttraumatic personality disorder), оскільки присутність хронічних симптомів ПТСР часто відзначається протягом усього подальшого життя людини, яка пережила масовану психотравму. Безумовно, що така травма здатна залишити незгладимий відбиток в душі людини і привести до патологічної трансформації всієї її особистості.

4.5. Критерії діагностики посттравматичного стресового розладу за МКХ-10 і DSM-V

Діагностичні критерії ПТСР в класифікації психічних і поведінкових розладів

Критерії ПТСР в **МКХ-10** визначені у такий спосіб:

А. Хворий повинен зазнати дію стресової події або ситуації (як короткої, так і тривалої) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що здатна викликати загальний дистрес майже у будь-якого індивідуума.

- початок розладів після латентного періоду, наступного за травмою (від декількох тижнів до 6 місяців, але іноді і пізніше);

В. Стійкі спогади чи «пожвавлення» стресора у нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або повторюваних снах, або повторюваних переживаннях горя при впливі ситуацій, що нагадують чи асоціюються зі стресором. (спалах спогадів – «flashbacks»).

(Це так звані симптоми «повторного переживання»).

С. Хворий повинен виявляти фактичне уникнення чи прагнення уникнути обставин, що нагадують або асоціюються зі стресором.

(У літературі ці симптоми відносять до групи симптомів «уникнення»).

D. Будь-яке з двох:

1. Психогенна амнезія, або часткова, або повна, щодо важливих аспектів періоду впливу стресора.

2. Стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (що не спостерігалися до дії стресора), представлені будь-якими двома з **наступних**:

- утруднення засипання або збереження сну;
- дратівливість або вибухи гніву;
- труднощі концентрації уваги;
- підвищення рівня неспання;
- посилений рефлекс четверохолмія.

(У літературі ці симптоми відносять до групи симптомів «загальної психічної збудливості / загальмованості»).

E. Критерії Б, В і С виникають протягом шести місяців після дії стресогенної ситуації або в кінці періоду стресу.

Психодіагностичні методики, які використовуються для постановки діагнозу ПТСР:

1. Структуроване клініко-діагностичне інтерв'ю (СКІД);
2. Клінічна діагностична шкала (CAPS)
3. Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події;
4. Місісіпська шкала посттравматичного стресового розладу;
5. Опитувальник Бека для оцінки рівня депресії;
6. Опитувальник оцінки вираженості психопатологічної симптоматики (CSL-90-R)\$
7. Індекс ПТСР реакцій для дітей / підлітків (DSM – 5) та інші.

Фактори ризику ПТСР:

- інтенсивність психотравмуючої ситуації;
- передуючі травматичні події,
- проблеми з психічним здоров'ям;
- наявність близьких родичів, які страждають психічними розладами,
- хронічний стрес;
- залежна поведінка;
- наявність психотравми в анамнезі;
- слабкі навички подолання;
- недостатність соціальної підтримки;

- підлітковий вік,
- похилий вік,
- наявність соматичного захворювання.

Досить часто індивіди з ПТСР **переживають вторинну травматизацію**, яка виникає, як правило, в результаті негативних реакцій інших людей, медичного персоналу та працівників соціальної сфери на проблеми, з якими стикаються люди, які перенесли травму.

Негативні реакції проявляються у:

- а) запереченні самого факту травми,
- б) запереченні зв'язку між травмою і стражданнями індивіда,
- в) звинуваченні і навіть ганьбі жертв,
- г) відмові у наданні допомоги.

В інших випадках вторинна травматизація може виникати в результаті:

д) гіперопіки постраждалих, навколо яких оточуючі створюють «травматичну мембрану», яка відгороджує їх від зовнішнього світу, виводячи з-під впливу стресорів повсякденного життя.

4.6. Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані

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

МАРЕННЯ Й ГАЛЛЮЦИНАЦІЇ

Критична ситуація викликає в людини потужний стрес, приводить до сильної нервової напруги, порушує рівновагу в організмі, негативно позначається на здоров'я в цілому – не тільки фізичному, але й психічному теж.

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

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

Перша допомога. До прибуття фахівців, стежте за тим, щоб потерпілий не зашкодив собі й навколишнім. Заберіть від нього предмети, що можуть представляти потенційну небезпеку. Переведіть потерпілого у відокремлене місце, не залишайте його наодинці. Говоріть з постраждалим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним, не намагайтеся його переконати. Потрібно пам'ятати, що у такій ситуації переконати потерпілого неможливо.

АПАТІЯ

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

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

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

Перша допомога. Поговоріть з потерпілим. Задайте йому кілька простих запитань, виходячи з того, знайомий він Вам чи ні. «Як тебе звуть?», «Як ти себе почуваєш?», «Хочеш їсти?» і т.п. Проводіть потерпілого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися. Візьміть потерпілого за руку або покладіть свою руку йому на чоло. Дайте потерпілому поспати або просто полежати. Якщо немає можливості відпочити (подія на вулиці, у громадському транспорті й т.п.), то більше говоріть з ним, утягуючи його в будь-яку спільну діяльність.

СТУПОР

Ступор – одна з найдужчих захисних реакцій організму. Відбувається після найсильніших нервових потрясінь, коли людина затратила стільки енергії на виживання, що сил на контакт із навколишнім світом у неї вже немає. Ступор може тривати від декількох хвилин до декількох годин. Тому, якщо не надати допомогу, і потерпілий пробуде в такому стані

досить довго, це приведе його до фізичного виснаження. Контакт з навколишнім світом відсутній, потерпілий не помічає небезпеки й не починає дій, щоб її уникнути.

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

Перша допомога. Зігніть потерпілому пальці на обох руках і пригорніть їх до основи долоні. Більші пальці повинні бути виставлені назовні. Кінчиками великого й вказівного пальців масажуйте потерпілому точки, розташовані на чолі, над очима рівно посередині між лінією росту волосся й бровами, чітко над зіницями. Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Налаштуйте свій подих під ритм його подиху. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути, бачити. Тому говоріть йому на вухо, тихо, повільно й чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні). Пам'ятайте, необхідно будь-якими засобами домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння.

РУХОВЕ ПОРУШЕННЯ

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

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

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

Перша допомога Використовуйте прийом «захоплення»: перебуваючи позаду, просуньте свої руки потерпілому під пахви, пригорніть її до себе й злегка перекиньте на себе. Ізолюйте потерпілого від навколишніх. Говоріть спокійним голосом про почуття, які він відчуває («Тобі хочеться

щось зробити, щоб це припинилося. Ти хочеш сховатися від того, що відбувається»). Не сперечайтесь з потерпілим, не задавайте питань, у розмові уникайте фраз із часткою «не», що ставляться до небажаних дій («не біжи», «не розмахуй руками», «не кричи»). Рухове порушення звичайно триває недовго й може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивним поведінням.

АГРЕСІЯ

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

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

Перша допомога. Зведіть до мінімуму кількість оточуючих. Дайте потерпілому можливість «випустити пар» (наприклад, виговоритися, або «побити» подушку). Доручіть роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням. Демонструйте доброзичливість, навіть якщо Ви не згодні з потерпілим, не обвинувачуйте його, не висловлюйтеся із приводу його дій, інакше агресивне поведіння буде спрямоване на Вас. Не можна говорити: «Що ж ти за людина!» Необхідно говорити: «Ти жахливо злишся, тобі хочеться все рознести вщент. Давай разом спробуємо знайти вихід із цієї ситуації». Намагайтеся розрядити обстановку смішними коментарями або діями. Агресія може бути погашена страхом покарання.

СТРАХ

Ознаки: напруга м'язів (особливо м'язів обличчя); сильне серцебиття; прискорений поверхневий подих; знижений контроль власної поведінки. Панічний страх може спонукати до втечі, викликати заціпеніння або, навпаки, підвищену активність, агресивну поведінку. При цьому людина не контролює себе, не усвідомлює, що вона робить і що відбувається навколо.

Перша допомога. Покладіть руку людини собі на зап'ястя, щоб вона відчула Ваш спокійний пульс. Це буде для нього сигналом: «Я зараз поряд, ти не одна». Дихайте глибоко й рівно. Спонукайте потерпілого дихати в одному з Вами ритмі. Якщо потерпілий говорить, слухайте його, висловлюйте зацікавленість, розуміння, співчуття. Зробіть потерпілому лег-

кий масаж найбільш напружених м'язів тіла. Пам'ятайте, страх може бути корисним, коли допомагає уникати небезпеки. Тому боротися зі страхом потрібно тоді, коли він заважає жити нормальним життям.

НЕРВОВЕ ТРЕМТІННЯ

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

Ознаки: неконтрольоване нервово тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Виникає сильне тремтіння всього тіла або окремих частин (людина не може утримати в руках дрібні предмети, запалити сірник). З боку це виглядає так, начебто вона змерзла. Реакція триває досить довгий час (до декількох годин). Потім людина відчуває сильну втому й має потребу у відпочинку. Якщо цю реакцію зупинити, то напруга залишиться усередині, у тілі, і викличе м'язові болі, а надалі може привести до розвитку серйозних захворювань, таких, як гіпертонія й ін.

Перша допомога. Потрібно підсилити тремтіння. Візьміть потерпілого за плечі й сильно, різко потрясіть протягом 10-15 секунд. Продовжуйте розмовляти з ним, інакше він може сприйняти Ваші дії як напад. Після завершення реакції необхідно дати потерпілому можливість відпочити. Бажано покласти його спати. Не можна обіймати людину або притискати її до себе; укривати чимось теплим; заспокоювати, говорити, щоб вона взяла себе в руки.

ПЛАЧ

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

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

Пам'ятайте, не відбувається емоційної розрядки, полегшення, якщо людина стримує сльози. Коли ситуація триває дуже довго, внутрішнє

напруження може завдати шкоди фізичному й психічному здоров'ю людини. Про такий стан говорять: «Збожеволів від горя».

Перша допомога. Не залишайте людину наодинці. Встановіть з нею фізичний контакт (візьміть за руку, покладіть свою руку їй на плече або спину, погладьте її по голові). Дайте відчуття, що Ви поруч. Застосовуйте прийоми «активного слухання» (вони допоможуть людині виплеснути своє горе). Періодично вимовляєте «так», «ага», киваючи головою, тобто підтверджуйте, що слухаєте й співчуваєте. Повторюйте за людиною уривки фраз, у яких вона висловлює почуття; говоріть про свої почуття й почуття людини. Не намагайтеся її заспокоїти. Дайте людині можливість виплакати й виговоритися, «виплеснути із себе горе, страх, образу». Не задавайте питань, не давайте порад. Пам'ятайте, ваше завдання – вислухати.

ІСТЕРИКА

Істеричний напад триває кілька годин або кілька днів.

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

Перша допомога. Забезпечте спокійні умови. Відведіть глядачів, залишайтеся з людиною наодинці при відсутності небезпеки для Вас. Зненацька зробіть дію, що може сильно здивувати (можна дати ляпас, облити водою, з гуркотом упустити предмет, різко крикнути на потерпілого). Говоріть з людиною короткими фразами, упевненим тоном («Випий води», «Умийся»). Після істерики настає занепад сил. Укладіть людину спати. До прибуття фахівця спостерігайте за її станом. Не потурайте її бажанням.

РЕАКЦІЯ ГОРЯ

Реакція горя виникає у ситуації якої-небудь втрати (смерть близької людини, тривала розлука, важкі операції, пов'язані з ампутацією й т.п.). Виділяють кілька фаз горя. Фаза горя – шок і заціпеніння – триває – від декількох секунд до декількох тижнів.

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

Перша допомога. 1. Не залишайте людину наодинці.

2. Говоріть про померлого в минулому часі. Частіше доторкайтеся до людини (обіймайте, кладіть руку на плече, беріть її руку у свою).

3. Дайте їй можливість відпочити. Стежте за тим, щоб вона приймала їжу.

4. Допомагайте людині ухвалювати необхідні рішення; залучайте до організації похорону.

5. Не говоріть «Від такої втрати ніколи не оправитися, тільки час лікує» і т.ін.

Фаза горя – страждання – триває 6-7 тижнів.

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

Перша допомога. 1. Дайте людині можливість побути наодинці, відпочити. Не намагайтеся припинити плач, не заважайте проявляти злість.

2. Розмову про померлого переведіть в область почуттів. Дайте пити багато води (до двох літрів у день).

3. Забезпечте людині фізичні навантаження (прогулянки по 45 хвилин).

4. Доводьте, що страждання буде не завжди, що все можна пережити, що втрата – це не покарання, а частина нашого життя, що у втратах нема рації, мети, плану, не треба їх шукати. Ставтеся до людини з увагою, але будьте з нею суворим.

5. Поясніть, що поховати близьку людину – це не те ж саме, що забути кохану людину.

Фаза горя – прийняття – зазвичай завершується через рік після втрати.

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

Перша допомога. 1. При хворобливих реакціях горя й «застряванні» на тривалий час у фазі страждання необхідна кваліфікована психологічна допомога.

Фаза горя – відновлення

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

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

4.8. Психоедукація при роботі з кризовими клієнтами

Психоедукація для травмованої людини включає в себе надання інформації про психічне здоров'я, засоби його збереження, обговорення інформації, пов'язаної з клінічною симптоматикою гострого стресового розладу та ПТСР. Це допомагає клієнту зрозуміти «Що відбувається зі мною?», зняти ореол унікальності переживань.

Нормалізація стану. Сюди також відноситься навчання людини технікам стабілізації психо-емоційного стану.

Психоедукація може проводитися у формі бесід, вебінарів, консультацій, шляхом створення спеціальних пам'яток для конкретної категорії травмованих людей (учасників бойових дій, жертв насильства тощо).

Психологічних знань (освіти) потребують не тільки травмовані люди, а й їх близькі (родичі, друзі).

Соціальне оточення повинно розуміти, що можна робити (казати), і чого не можна робити (казати). Напр., висловлення «Я тебе розумію»

може у травмованої людини викликати гнів, обурення по типу «Ти не можеш мене розуміти, ти там не був, не пережив того, що пережив я!!!»)

Треба навчити близьке оточення як підтримувати людину, яка переживає кризу. Близьким людям треба зрозуміти, що людина, яка зазнала травматичної кризи, не є жертвою, вона є людиною, яка переживає. (переживаюча).

Доцільно уникати оцінних суджень! Чому це потрібно? Може бути вторинна травматизація (див. вище).

Тобто, психоедукація у даному випадку – це підвищення психологічної культури соціального оточення травмованої людини. Техніки стабілізації психічного стану.

4.10. Техніки стабілізації психічного стану людини

Подальша психологічна допомога.

Методи психологічної допомоги можна умовно розділити на 4 категорії:

1. Освітні – психоедукація.
2. Холістичні – цілісне відношення до здоров'я. Фізична активність, правильне харчування, відмова від алкоголю і наркотиків, що створює основу для повнішого і ефективнішого відновлення.
3. Методи, що збільшують соціальну підтримку і соціальну інтеграцію. Сімейна і групова терапія, участь в групах взаємодопомоги, участь в роботі громадських організацій.

1, 2, 3 – на всіх етапах / стадіях.

Спираємося на салютогенний підхід (у протилежність від патогенного): мобілізація ресурсів і здорових сил. Важливо: розвиток резильєнтності!!!

Резильєнтність (*resilience*) або стресостійкість – це вроджене динамічна властивість особистості, що лежить в основі здатності долати стреси та важкі періоди конструктивним шляхом та гнучко адаптуватися до змін.

1. Травмоорієнтована психотерапія – терапія ПТСР.

Техніки стабілізації психічного стану

ТЕХНІКИ СТАБІЛІЗАЦІЇ			
Розслаблення	Дистанціювання	Переключення	Внутрішній помічник
Релаксація з візуалізацією	Сейф	Рахунок	Групи підтримки
М'язова релаксація (по Джекобсону)	Щоденник	Усвідомлене дихання	Моя тварина
Вправи на заземління. «Я таке дерево», «по Пітеру Левіну»	Фото у рамці	Діафрагмальне дихання	BASIC Ph
Австралійський дощ	Handmade (вправи на дрібну моторику)	Дихання по квадрату	
Трясучка	Техніка «Безпечне місце»	Практики Майндфулнес	
Промінь світла		Техніка «Три вдихи»	
Ключ Алієва		«Сканування тіла»	

2. Техніки, спрямовані на подолання окремих симптомів ГСР.

Техніка саморегуляції **"Обійми метелика"** – поперемінне поплескування по плечах, обійнявши себе за плечі. Основана на білатеральній стимуляції мозку (BLS).

Білатеральна стимуляція – це почергова стимуляція правої та лівої півкулі головного мозку за рахунок: швидких рухів очей вліво-вправо, дотиків по черзі до правої та лівої руки, плечу, (або ноги), подачі звуку через навушники по черзі у лівому та правому вусі тощо.

Вважається, що така стимуляція викликає у мозку відповідь у вигляді **ритмів швидкого сну**.

Тобто, під час білатеральної стимуляції, перебуваючи у стані неспання та навмисно звертаючи увагу на травматичні переживання, ми стимулюємо мозок **до переробки травматичного досвіду**.

4.11. Відновлення безперервності життя травмованої людини. Зниження впливу травматичної події на якість життя

Поняттю «**Психологічне подолання**» (*coping*) в зарубіжній психології присвячена значна кількість робіт.

Україномовні психологічні журнали почали публікувати статті з цієї проблеми в кінці 90 років, які спиралися на дослідження західних учених.

Стратегії подолання виникають, включаються (або не включаються):

- а) при зіткненні особистості з новими для цієї особистості вимогами;
- б) коли раніше засвоєні і звичні форми реагування вже не спрацювують;
- в) коли суб'єкт стикається з неможливістю реалізації своїх планів і намірів, прагнень і цінностей.

Поняття “**coping**” походить від англійського “cope” – долати і за змістом воно близьке до поняття «адаптації», яке у вітчизняній психології до останнього часу застосовувалося частіше.

Подолання – індивідуальний спосіб взаємодії з ситуацією відповідно до її власної логіки, значущості в житті людини і її психологічних можливостей.

Копінг-поведінка – діяльність особистості щодо підтримки або збереження балансу між вимогами середовища і ресурсами особистості, які задовольняють ці вимоги.

Головне завдання подолання – утримати людину в стані психічної рівноваги, коли вона потрапляє в ситуацію невизначеності.

П'ять основних **завдань копінгу**:

- 1) мінімізація негативних впливів обставин і підвищення можливостей відновлення (одужання);
- 2) терпіння, пристосування або регулювання, перетворення життєвих ситуацій;
- 3) підтримання позитивного «образу Я», впевненості у своїх силах;
- 4) підтримання емоційної рівноваги;
- 5) підтримання, збереження тісних взаємозв'язків з іншими людьми.

Опановуюча поведінка оцінюється як успішна, якщо вона:

- ✓ усуває фізіологічні і зменшує психологічні прояви напруги;
- ✓ дає особистості можливість відновити достресову активність;
- ✓ оберігає індивіда від психічного виснаження, тобто запобігає дистресу.

Існує велике число **класифікацій копінг-стратегій**, які інколи доповнюють одна одну, інколи суперечать. Так, кажучи про чисто когнітивні стратегії, виділяють: ті що шукають інформацію і “товстошкірі”, “закриті” для неї (Е. Korlik).

К. Parkers звертає увагу на пряме і психологічне придушення і на витіснення фрустраційних чинників.

Billings, R. Moos пропонують для розгляду три способи психологічного подолання:

- оцінка ситуації,
- втручання в ситуацію
- уникнення.

Більш розгорнуту класифікацію запропонував Н. Weber:

- реальне (поведінкове або когнітивне) вирішення проблеми;
- пошук соціальної підтримки;
- перетлумачення ситуації на свою користь;
- захист і відкидання проблем;
- ухилення і уникнення;
- співчуття до самого себе;
- пониження самооцінки;
- емоційна експресія.

Дана класифікація не межа. В цілому, класифікації видів психологічного подолання проводяться за наступними критеріями:

1. Орієнтованість або локус coping (спрямованість на вирішення проблеми або на себе – зміну власних установок щодо ситуації).

2. Область психічного, в якій розгортається подолання (зовнішня діяльність, уявлення або відчуття).

3. Ефективність. Приносить стратегія бажаний результат чи ні (продуктивні, відносно продуктивні, не продуктивні).

4. Тривалість отриманого ефекту (вирішується ситуація радикально або вимагає повернення до неї).

5. Ситуації, що провокують coping-проведення (кризисні або повсякденні).

Копінг-поведінка (копінг-стратегії) на відміну від психологічного захисту:

- формуються у свідомості, ми їх усвідомлюємо;
- діють на відновлення відносин (зі світом, середовищем, іншими людьми), а не просто на зниження психоемоційної напруги;
- розгортаються поступово (а не миттєво), крок за кроком.

Напр., Франц Рупперт виділяє чотири основні способи, якими людина виходить з травмуючої ситуації:

- блокування сприйняття: людина почувається ніби крізь туман;
- заморожування почуттів: оніміння, байдужість, холодність;
- усвідомлення себе поза тілом: людина відчуває, що вона залишила своє тіло, і подія сприймається так, що ніби то відбувається з боку;
- поділ на субособистості (здорову, травмовану та виживаючу частини).

У кожної їх свої ознаки і завдання.

Копінг-ресурси – це відносно стабільні характеристики людей і стресу, які сприятимуть розвитку способів опанування ним.

Виділяють наступні **види копінг-ресурсів**:

- фізичні (здоров'я, витривалість і т.д.),
- соціальні (індивідуальна соціальна мережа, система соціальної підтримки, і інші види соціально-підтримуючої системи
- сім'я, друзі, професійні колектив).
- психологічні.

До **психологічних копінг-ресурсів** особистості відносять:

- розвиненість когнітивної сфери, що дозволяє оцінювати вплив соціального середовища, що оточує людину;
- уявлення людини про себе (Я-концепція);
- вміння контролювати своє життя, брати на себе відповідальність за неї (інтернальність локус контролю);
- вміння спілкуватися з оточуючими, певна соціальна компетентність, прагнення бути разом з людьми (афіліація);
- вміння співпереживати оточуючим, проживати разом з ними будь-який відрізок їхнього життя, накопичуючи при цьому свій власний досвід (емпатія);
- позиція людини по відношенню до життя, смерті, любові, самотності, вірі, духовність людини, віра в бога і т.д.;
- ціннісна мотиваційна структура особистості та інші.

Поняття **резилентність або стресостійкість** – це вроджена динамічна властивість особистості, яка лежить в основі здатності людини долати стреси і важкі періоди життя конструктивним шляхом та гнучко адаптуватися до змін.

4.12. Протоколи TRIM та TID

Стадії розвитку симптомів психічної травми:

1. Вплив травмуючої події.
2. Гостра реакція на стрес – моментально і до декількох годин.
3. Гострий стресовий розлад – до 30 днів.
4. Посттравматичний стресовий розлад – більше 30 днів та далі: гострий та хронічний ПТСР; відстрочений ПТСР – симптоми з'являються через 6 місяців і більше.

Гострий стресовий розлад – до 30 днів. Людина потребує спеціалізованої допомоги.

З'являються деякі симптоми стресового розладу.

Мета: зниження впливу травматичної події на якість життя.

Протокол TID – Trauma Incident Desensibilisation – три етапи.

Перший етап. Оцінка ризиків травматизації та необхідної психологічної допомоги за допомогою протоколу TRIM (Trauma Risk Incident Management). Проводиться шляхом бесіди, інтерв'ю (розповіді людини про ТС).

Дає можливість виявити людей, які потенційно здатні впоратися з наслідками ТС самостійно або потребують професійної допомоги.

Метод TRIM виник у збройних силах Великобританії з метою запобігти виникненню психологічних розладів, пов'язаних із травматичною ситуацією (травматичним стресом).

Ця модель спирається на навички активного та структурованого слухання, яке передбачає наявність у спеціаліста навичок уважного та зосередженого спостереження у роботі з людьми, які стали учасниками чи свідками травматичної події.

Watchful waiting – активний моніторинг стану людей протягом першого місяця після травматичного інциденту.

Кому адресований TRIM:

1. Безпосереднім учасникам події.
2. Рятувальникам та фахівцям допомагаючих професій.
3. Співробітникам диспетчерських служб.
4. Near Miss (той, хто "ЧУДОМ" уникнув ТС).
5. Особам з подібним досвідом.
6. Випадковим свідкам.

Протокол TRIM.

Оцінюємо:

- 0 балів – фактор відсутній;
- 1 бал – ми припускаємо наявність даного фактору, але явно клієнт про нього не каже.
- 2 бали – клієнт каже про даний фактор.

Ризик розвитку гострого стресового розладу у людини зростає, якщо вона:

- раніше переживала травматичну ситуацію;
- була свідком або знала про подію, що травмує;
- були інші розлади психічного здоров'я;
- вік молодший 40 років;
- у жінок ризик вищий, ніж у чоловіків.



ЛЕКЦІЯ

Тема 5. ПСИХОЛОГІЯ ВТРАТИ ТА ГОРЮВАННЯ

- 5.1. Поняття та класифікації втрат. Неоднозначна втрата.
- 5.2. Поняття та ознаки гострого горя.
- 5.3. Етапи переживання горя. Нормальне та патологічне горе.
- 5.6. Психологічна допомога людині у стані горя.
- 5.7. Особливості консультативної практики військовослужбовців, які мають важкі наслідки бойових поранень (ампутація кінцівки, втрата зору, зміна зовнішності).

Самостійне опрацювання:

- 1. *Різновиди та критерії діагностики патологічного (ускладненого) горя.*
- 2. *Основні задачі «роботи горя» за Ворденом.*
- 3. *Особливості консультативної практики військовослужбовців, які мають важкі наслідки бойових поранень (ампутація кінцівки, втрата зору, зміна зовнішності).*

Основні поняття: втрата, типи неоднозначної втрати: фізична, психологічна, горе, процес горювання, гостре горе, інтегроване горе, ускладнене горе, експозиція уявна, експозиції in vivo, скорбота.

5.1. Поняття та класифікації втрат

Втрата – це причина і суть кризових станів, які так і зветься «криза втрати». Найбільш значущими причинами таких криз є: смерть близької людини, вимушена розлука, зрада інших людей, розлучення (пов'язане з утратою міжособистісних ролей).

Отже, **втрата** – дія, внаслідок якої хтось лишається кого-небудь, чого-небудь, втрачає когось, щось.

Основні типи втрат:

1. За часом:

- а) безповоротні: смерть близької людини (найважча втрата), припинення відносин з близькою людиною;
- б) тимчасові: тривалі розлуки, припинення відносин з близькою людиною (тимчасове);

2. За змістом:

- а) соціальні втрати – втрата роботи або навчання, близьких людей;
- б) матеріальні – втрата майна, спадщини, доходів, улюбленої іграшки (у дітей) тощо;
- в) психічні – психічних здібностей та можливостей, сенсу життя;
- г) фізичні: втрата здоров'я, частини організму.

3. За ступенем реальності:

- а) реальні;
- б) уявні.

Останніми роками (починаючи з 1970-х років) почали говорити ще про один різновид втрати – **«неоднозначну втрату»**.

Спочатку цей термін був використаний Паулін Бос, дослідницею, яка вивчала сім'ї солдатів, зниклих без вести. Потім його замінили терміном «двозначність кордонів», а з 1977р. знову почали використовувати термін «неоднозначна втрата»

Паулін Бос створила **теорію «неоднозначної втрати»**.

Неоднозначна втрата – ситуація неясної втрати, яка залишилася не роз'ясненою, а значить вона не вирішується. З іншого боку, це стресор, який веде до невизначеності кордонів сімейної системи. Невизначеність меж – це тривала змінна, яку можна визначити як незнання, хто знаходиться всередині, а хто зовні сімейної системи. Це, в свою чергу, викликає неконгруентність індивідуальних сприйнять щодо членства сім'ї і сімейних ролей, призводить до конфліктів у сім'ї, а також до індивідуальних симптомів депресії і тривоги. **Типи неоднозначної втрати:**

1. **Фізична** – коли людина фізично не є присутньою, але її близькі люди вважають психологічно присутньою. Сім'я не знає, де їх рідні, чи живі? «Пішов, але не точно» – так говорять. Характерним є стан очікування (зберігають кімнату, речі). До фізичних неоднозначних втрат належать: без вісті зниклі військові або цивільні особи під час військових дій,

терактів; люди, які пропали під час природних катастроф; викрадення; пропажа людини (пішла у магазин...); зникле тіло, напр., після авіакатастрофи; перебування у в'язниці; міграція; різні інституції (будинки престарілих, хоспис); розлучення – особливо для дитини; сепарація молодих людей від батьків; дитина, яка перейшла в інтернат.

2. **Психологічна втрата** – навпаки, член сім'ї фізично є присутнім, але психологічно його немає. «Тут, але не тут». До психологічних неоднозначних втрат належать: хвороба Альцгеймера та інші форми деменції; ЧМТ; кома; аутизм (коли маємо втрату очікувань, планів батьків); хронічні психічні захворювання; адикції (алкогольна, наркотична, ігрова); ностальгія – туга по Батьківщині; депресія; надмірна одержимість роботою.

Зазвичай слова втрата та горе використовуються як синоніми.

Горе – це почуття і прояв переживання втрати.

Синдром втрати також іноді прийнято називати «гостре горе».

5.2. Поняття та ознаки гострого горя

Джоуль. Тейтелбаум узагальнив найголовніше, що відомо про переживання горя.

1. **Горе** – комплексний феномен, що охоплює емоційну і соматичну сфери, а також сферу повсякденної діяльності і спілкування, де горе створює труднощі адаптації, ізоляцію, втрату працездатності і т. д.;

2. **Пережити горе** – означає не лише випробувати відповідні емоції, але і здолати їх;

3. **Щоб пережити горе**, необхідно відчувати, виразити і прийняти усі емоції, які воно викликає;

4. **Хоча горе є хворобливим станом**, проте це нормальне і неминуче життєве переживання; горе переборне, більше того, воно дає можливість особистісного зростання; знання про протікання процесу горя робить терапевтичний ефект на людину, яка горює.

Феномен горя (іноді пишуть – горювання) в літературі розглядається психологами з психоаналітичних, когнітивних або феноменологічних позицій.

3. Фрейд відносив його витоки до ранньої оральної стадії, коли дитина є найбільш залежною і безпорадною, в силу чого щонайменша втрата, зазвичай пов'язана з матір'ю, викликає вітальну кризу.

Теорія диференціальних емоцій вважає горе складною структурою, що включає фундаментальні емоції і афективно-когнітивні взаємодії. Її творець, К. Ізард вважає, що ядром горя є страждання. Воно виконує ряд функцій:

- а) повідомляє, що людині погано,
- б) спонукає зробити дії для його зменшення, усунення причини або зміни відношення,
- в) полегшує об'єднання людей усередині груп (сім'ї або суспільства).

Феноменологія горя і його розуміння як процесу стали об'єктом психологічного дослідження після появи відомої (класичної) роботи американського психіатра Е. Ліндемана «Симптоматологія і робота гострого горя» (1943).

Гостре горе характеризується наступними проявами:

1. На перший план виступає **фізичне страждання** у вигляді періодичних нападів, тривалістю від декількох хвилин до години із спазмами в горлі, випадками задухи, прискореним диханням і постійною потребою зітхнути. Згодом постійні зітхання зберігаються тривалий час, і знову стають особливо помітними, якщо людина згадує або розповідає про своє страждання. Відчувається почуття порожнечі в животі, втрата апетиту, м'язової сили; щонайменший рух стає у край обтяжливим і майже неможливим, від незначного фізичного навантаження виникає щонайповніше знемога. На тлі цих тілесних ознак людина зазнає психічні страждання у вигляді емоційної напруги або душевного болю. Відзначаються зміни ясності свідомості: виникає легке почуття нереальності і відчуття збільшення емоційної відстані, що відділяє людину від інших людей.

2. **Поглиненість образом втраченого.** На фоні деякої нереальності можуть виникати зорові, слухові або змішані ілюзії. Ті, що переживають горе повідомляють, що чують кроки померлого, зустрічають його швидкоплинний образ в натовпі, впізнають знайомі запахи і так далі. Такі стани відрізняються особливою емоційною охопленістю, під впливом якої може втрачатися грань між переживанням і реальністю.

3. **Відчуття провини.** Той, хто горює намагається відшукати в подіях, вчинках, що передують втраті, те, чого він не зробив для померлого. Щонайменші помилки, неувага, упущення перебільшуються і сприяють розвитку ідей самозвинувачення.

4. **Ворожі реакції.** У стосунках з людьми знижується або зникає симпатія, втрачається звичайна теплота і природність звернення, нерідко про те, що відбувається, людина говорить з роздратуванням або злістю, висловлює бажання, щоб її не турбували. Ворожість іноді виникає спонтанно і виявляється нез'ясовною для тих, хто горює. Деякі вважають її початком безумства. Інші намагаються контролювати спалахи гніву, що вдається далеко не завжди. Постійні спроби тримати себе у вузді, призводять до особливої манірнонатягнутої форми спілкування.

5. **Втрата колишніх, природних моделей поведінки.** У вчинках відзначається квапливість, метушливість, людина стає непосидючою або здійснює хаотичні дії в пошуках якого-небудь зайняття, але виявляється абсолютно не здатною до простої організованої діяльності. З часом вона, по суті, знову освоює круг повсякденних справ. Ці повсякденні справи природно, найтіснішим чином виявляються пов'язаними з втратою. Горючій людині дуже часто доводиться "вчитися" їх робити, оскільки активність, що проявляється, сприймається позбавленою якого б то не було сенсу.

6. **Ідентифікація із втратою.** У висловлюваннях і вчинках людини з'являються риси поведінки померлого або ознаки його останнього захворювання. Як правило, ідентифікація з втратою стає наслідком поглиненості образом втраченого.

Таким є поперечний зріз стану горя.

5.3. Етапи переживання горя. Нормальне та патологічне горе

У часі горю властива динаміка, проходження ряду етапів, коли людина, як писав Е. Ліндемман, здійснює «роботу горя». Вона потребує фізичної і психічної енергії: переживання включає не лише вираження емоцій, але і активні дії. Людина і ті, хто прагне їй допомогти, діяльно беруть участь у процесі горя.

Мета «роботи горя» полягає в тому, щоб пережити його, стати незалежним від втрати, пристосуватися до життя, що змінилося, і знайти нові стосунки з людьми і світом.

Єдиної загальноприйнятої класифікації періодів процесу горювання на сьогодні не існує, хоча дослідники відмічають одні й ті ж клінічні явища. В той же час, можна відмітити наявність загальних тенденцій в різних періодизаціях процесу горювання, близькість деяких з них між собою.

Процес горювання – це процес універсальний, що проживається зі схожими психологічними реакціями усіма суб'єктами процесу втрати, а також людьми у всьому світі, для усіх культур, незалежно від релігії, духовних або побутових вірувань і уявлень.

До суб'єктів процесу горювання можна віднести:

- 1) людей, які втратили близьку людину;
- 2) родичів термінальних хворих, оскільки процес горювання розпочинається з виявлення факту близької втрати або з моменту втрати.

Більшість дослідників фіксують **п'ять основних психологічних реакцій горюючої людини**:

- 1) шок;
- 2) заперечення;
- 3) агресія;
- 4) депресія;
- 5) прийняття.

Проте думки дослідників розходяться у питанні щодо шляху розвитку горя. Зокрема, Е. Ліндемманн, вивчаючи феноменологію гострого горя, відмічає у процесі його переживання наступні **п'ять фаз, або стадій**:

- 1) заперечення;
- 2) обурення, гнів;
- 3) жаль, відчай, депресія;
- 4) примирення;
- 5) прийняття.

У класифікації наводиться **п'ять фаз горя**:

1. **Фаза шоку** (від декількох секунд до декількох днів, в середньому до 7-9 днів). Комплекс шоківих реакцій автор тлумачить як захисне заперечення факту або значення смерті, що оберігає людину від зіткнення з втратою відразу в усьому об'ємі. Він вказує на певну дисоціацію (людина психологічно відсутня в сьогоденні, вона не чує, не відчуває, не включається в сьогодення, воно як би проходить повз неї, тоді як вона сама перебуває десь в іншому просторі і часі).

2. **Фаза пошуку** (важко вказати часові межі цього періоду, оскільки він поступово змінює попередню фазу і потім характерні для нього феномени ще довго зустрічаються в подальшій фазі гострого горя. Але в середньому пік фази пошуку доводиться на 5-12-й день після звістки про

смерть). Специфіка фази полягає в тому, що надія, яка постійно народжує віру в диво, співіснує з реалістичною установкою, яка керує усією зовнішньою поведінкою горючого. Ослаблена чутливість дозволяє свідомості деякий час жити за двома законами: по відношенню до зовнішньої дійсності – за принципом реальності, а по відношенню до втрати – за принципом «задоволення» (напр., «зараз позвоню їй по телефону»).

3. Фаза гострого горя або відчаю, страждання і дезорганізації (до 6-7 тижнів після втрати). У цій фазі не просто відбувається відділення, розрив і знищення старого зв'язку, але народжується новий зв'язок (двох нових «Я» та зв'язку між ними, двох нових часів, навіть – світів, і узгодження між ними).

4. Фаза залишкових поштовхів і реорганізації (триває впродовж року). На цій фазі життя входить у свою колію, відновлюються сон, апетит, професійна діяльність, померла людина перестає бути головним зосередженням життя.

5. Фаза завершення (через рік після втрати). Сенси і завдання роботи горя у цій фазі полягає в тому, щоб образ померлого зайняв своє постійне місце у тривалому смисловому цілому життя скорботного і був закріплений в позачасовому, ціннісному вимірі буття.

Опис станів, що відповідають різним стадіям

1. Шоковий стан. Він розвивається відразу після втрати і триває від декількох днів до місяця, співіснуючи з ознаками наступного етапу – переживання. Людина не усвідомлює втрати, не в змозі осмислити подію, все сприймається як в тумані або уві сні. Потім приходить невіра, що це могло статися. Психологічним захистом служать витіснення і заперечення. Їх залучення є природним і корисним, оскільки допомагає людині поступово освоїтися з тим, що сталося. До кінця етапу шоку після психічної анестезії починається страждання, що свідчить про початок переживання, тобто «роботу горя». Про завершення шокowego стану говорять елементи розуміння і визнання втрати, а також обставин, при яких вона сталася.

2. Стан переживання, що являється в процесі горя найбільш інтенсивним. Розуміння і визнання втрати досягає міри ясності факту. Ритуальні дії і інші конкретні події грають в цьому важливу роль. Страждання зазвичай досягає найбільшої сили і відрізняється різноманітністю про-

явів. Усвідомлення приводить людину до зяючої порожнечі, яка виникла після втрати, і необхідності освоїтися з нею. Спроби її заповнення виражаються в неодноразових поверненнях і оповіданнях про обставини втрати. Потім людина йде все далі, виникають різноманітні спогади про втрату, про минуле. Вони не лише сприяють розумінню втрати, але і призводять до ідеалізації і ідентифікації з тим, «хто пішов» за рахунок залучення механізмів витіснення. Проте, відходження у минуле характеризує початок прийняття і інтеграції досвіду втрати.

3. Стан прийняття втрати (інтеграція). «Робота горя» в цей час полягає у подоланні психічного страждання, ідей самозвинувачення, поглиненості образом втрати і ідентифікації з нею для того, щоб повернутися до реальності. Прийняття втрати не виключає, що докори совісті, відчуття провини можуть бути тривалими. Поступово зникає вороже ставлення до оточення. Зберігаються спогади про минуле, які істотно знижують емоційну напругу. Починається освоєння свого нового місця у світі, а енергія перемикається на стосунки і зайняття, не пов'язані з втраченою. У реальному житті динаміка етапів горя не буває лінійною, вони швидше нагадують цикли, що накладаються один на одного. Шок, переживання і прийняття не сліднують строго один за іншим, хоча сама послідовність є типовою і, відповідно, передбачуваною. Їх прояви часто перекривають один одного. Оскільки переживання горя є індивідуальним процесом, характерні ознаки етапів можуть існувати у різних поєднаннях, створюючи унікальні можливості для позитивних змін. Отже, кожен переживає горе по-своєму, навіть якщо іноді можна вивести якісь закономірності. Кожен проходить свій шлях.

Види горя

Розрізняють гостре горе та інтегроване.

Гостре горе проявляється вираженням смутком, плачем, незвичними дисфоричними емоціями, заклопотаністю думками та спогадами про людину, що пішла, порушеними нейровегетативними функціями: страх, занепокоєння, задишка, серцебиття, печіння або біль у ділянці грудей або живота, утруднення дихання, кашель, сухість у роті, втома, пітливість, порушення сечовипускання, деякі інші симптоми. складністю концентрації уваги та відносна відсутність інтересу до інших людей та активності у повсякденному житті.

Інтегроване горе. Інтенсивність психопатологічних проявів знижується і людина, яка пережила втрату, знаходить шлях до повноцінного життя. Втрата інтегрується в автобіографічну пам'ять, думки та спогади про померлого більше не поглинають всю увагу і не позбавляють працездатності.

Патологічне (ускладнене) горе. **Ускладнене горе** – синдром, який виникає у людей, які зазнали втрати, що пов'язано з нездатністю перейти від гострого горя до інтегрованого.

Різниця між нормою і патологією горя – у тривалості і інтенсивності переживань. Отже, **нормальна** «робота горя» може стати патологічним процесом, якщо людина «застряє» на одній з фаз. Як правило – на другій. Це призводить до важких наслідків, коли людина приречена нескінченно довго переживати гостру фазу горя – найважчу і найболючішу.

Всі симптоми другої фази посилюються і підкреслюються. І у людини розвивається важкий синдром посттравматичних стресових порушень у повному обсязі.

5.6. Психологічна допомога людині у стані горя

Психологічна допомога. Підходи до надання психологічної допомоги при травмівному горюванні поєднують методики роботи як з горем, так і з травмою:

- 1) визначення внутрішніх і зовнішніх ресурсів;
- 2) когнітивне та емоційне опрацювання травмівної смерті;
- 3) фасилітація процесів горювання.

Визначення внутрішніх і зовнішніх ресурсів. Для того, щоб впоратися з травмою, людям потрібні ресурси.

Перший ресурс – внутрішній – саморегуляція. Слід допомогти клієнту навчитися розпізнавати свої емоції та почуття, відкрито їх переживати, не заперечувати, але вміти контролювати їх інтенсивність.

Другий ресурс – зовнішній – соціальна підтримка, здатність розвиватись та спиратися на зв'язки з іншими. Клієнт визначає види підтримки, які йому потрібні в цей час та способи її отримання. Комплексним ресурсом є вміння ефективно вирішувати проблеми, зумовлені горюванням, зокрема ті, що виникають при необхідності розповідати про обставини

смерті, знову повертатися на місце загибелі рідного, зустрічатися з його друзями тощо. Велику увагу слід приділити навичкам регулювання дихання та збереженню навичок турботи про себе. Зрештою, важливим ресурсом стає визначення цінностей, змінених смертю рідного та нових життєвих цілей (насамперед, короткотермінових).

Опрацювання травми. Оскільки раптова, травматична смерть може спричинити симптоми ПТСР, то підхід до опрацювання травм базується на когнітивно-поведінковій терапії. Слід використовувати елементи когнітивної терапії (U. Schnyder, 1996), щоб допомогти клієнтам спочатку виявити неприємні автоматичні думки про себе, інших людей або про світ («Я – поганий батько»).

На наступному етапі змінити ці думки, щоб зменшити їх негативний вплив на настрій та поведінку клієнтів (наприклад, терапевт просить клієнта розповісти про приклади того, як він був хорошим батьком, що хорошого було в його стосунках з дитиною) і вже після того, як травма буде когнітивно переосмислена, починається її емоційне опрацювання засобами експозиційної терапії, коли клієнти відкрито переживають болісні емоції, яких вони до цього уникали.

Терапевти зазвичай використовують **два види експозиції**: уявну та in vivo.

Уявна експозиція може включати детальний опис смерті, запис усіх деталей події та щоденне читання написаного тексту.

Завдяки **експозиції in vivo**, клієнти співпрацюють з терапевтом для розробки ієрархії ситуацій, що провокують тривогу (від найменш тривожних до максимально тривожних). Потім терапевт підтримує клієнта у просуванні цим списком починаючи із несильно неприємних ситуацій, при цьому терапевт не пришвидшує клієнта, дозволяючи йому рухатися у власному темпі, використовуючи для емоційного опрацювання травми стільки часу, скільки йому потрібно.

Зіткнення з цими ситуаціями допомагає клієнтам опрацьовувати травму та звикати до своїх емоцій. Експозиційна терапія виявилася надзвичайно ефективною не тільки для зменшення симптомів ПТСР, але і для психотерапії депресії та тривожності. Насправді, дослідження показали, що експозиційна терапія дуже корисна для людей, які сильно страждають від втрати коханої людини, яка не обов'язково була раптовою або травмівною.

Експозиційна терапія при ПТСР та нав'язливих станах. Важливо спочатку пояснити клієнту, на що спрямована експозиційна терапія, потім скласти поетапну програму терапії і разом з клієнтом почати «занурення» у «небезпечну ситуацію».

Спочатку **складається список ієрархії «небезпечних» ситуацій** від найменш небезпечних – до таких, які тривожать найбільше.

Потім клієнт **навчається «терпіти» почуття тривоги і страху** під час «занурення» в ситуацію, спостерігаючи як би з боку за своєю тривогою і відчуваючи, як вона слабшає у своїй виразності без здійснення ритуалу нав'язливості (придушення тривоги).

У психотерапії посттравматичного стресового розладу усунення нав'язливих спогадів можна домогтися за допомогою **технік уяви**, де клієнти зустрічаються з травматичними слідами пам'яті. *Так, наприклад*, детальна до дрібних деталей, протягом 45-60 хвилин розповідь про пережиту травму, причому в теперішньому часі може сприяти зменшенню частоти повернення тяжких спогадів.

Експозиційна терапія насамперед орієнтована на тривалу конфронтацію зі стимулами, які запускають нав'язливості та травматичні спогади, що супроводжуються почуттям тривоги.

Тривала конфронтація набагато результативніша, ніж коротка і переривчаста. Результати багатьох досліджень свідчать, що для зниження рівня тривоги і зменшення потреби в ритуальних діях, потрібна безперервна експозиція тривалістю близько 90 хвилин, однак, за необхідності експозиція може бути і більш тривалою, головне, щоб клієнт відчув, що його напруженість і тривога почали зменшуватися.

Експозиція може бути і більш короткою, однак не менше 40 хвилин.

У свою чергу, **пролонгована конфронтація**, врешті-решт, призводить до згасання тривоги і нав'язливих станів, в результаті, кожна наступна зустріч з «небезпечним» стимулом, стає менш загрозливою і легше переноситься.

Зменшення вираженості тривоги в свою чергу призводить до ослаблення і зниження частоти появи реакцій уникнення, які зазвичай підтримують існування нав'язливих станів. В ході експозиційної терапії слід блокувати тенденції пацієнта до ухилення і втечі від ситуацій, здатних викликати нав'язливі стани, прояви агресивних дій спрямовані на самого себе та інших осіб. Незважаючи на те, що перші сеанси «занурення» клі-

єнт найчастіше проводить разом з психотерапевтом, відзначимо, що найбільш важливе значення має експозиція, яка проводиться ним самостійно в реальному середовищі (in vivo).

В останньому випадку тривога редукується значно швидше, ніж коли експозиція проходить в кабінеті психотерапевта. Зауважимо, що нерідко навіть в процесі ознайомлення з правилами експозиційної терапії у пацієнта відзначається зниження рівня тривоги.

Експозиційна терапія ефективна як при індивідуальній, так і при груповій терапії, проте, вона має і протипоказання, зокрема, не може бути рекомендована клієнтам з низьким порогом фрустраційної толерантності або тим, хто в поточний момент часу відчують реальну небезпеку від зовнішнього оточення.

Етапи експозиційної терапії

1. Інформування клієнта про зміст експозиційної терапії, отримання згоди на експозиційну терапію (клієнт може припинити експозиційну терапію в будь-який момент часу).

2. Визначення ієрархії ситуацій, в яких можлива поява нав'язливих (травматичних) станів (20 ситуацій складених спільно клієнтом і психотерапевтом в письмовому вигляді, потім записаних на диктофон).

3. Вибір ситуації для першої експозиції (зазвичай ситуація з «середини списку»), на основі наступних критеріїв: помірна вираженість емоційного стану у відповідь на експозицію ситуації, здатність клієнта самостійно впоратися зі своїм станом протягом досить тривалого часу.

4. Виявлення ключових стимулів зовнішнього середовища, що запускають нав'язливі стани і ритуали дії, а також стимулів, що полегшують їх дію.

5. Перегляд значущості стимулів, що провокують виникнення нав'язливих станів, надання відомостей про варіанти їх нейтралізації.

6. Підлаштування ситуації і терапевтичної експозиції до проблемних ситуацій, що викликають негативні емоційні стани.

7. Навчання клієнта навичкам докладного опису свого емоційного стану, відчуттів в момент пред'явлення експозиційної ситуації в теперішньому часі.

8. Достатня глибина і тривалість експозиції. В середньому експозиційна терапія триває 40-60 хв. Основним критерієм припинення експози-

ції вважається помітне зниження рівня тривоги (принаймні на 50% від початкового рівня).

9. «Стеження» («моніторинг тривоги») за емоційним станом клієнта в момент експозиції: фіксація «відволікаючих маневрів»; контроль за достатньою тривалістю експозиції.

10. Дозування інтенсивності терапевтичної експозиції за допомогою акценту на ключових словах-стимулів, що запускають негативний емоційний стан.

11. Визначення оптимального темпу експозиційної терапії.

12. Аналіз поведінки клієнта в ситуації терапевтичної експозиції.

13. Домашні завдання, спрямовані на закріплення навичок, отриманих в ході експозиційної терапії. Експозиція в домашніх умовах спочатку 1-2 рази на день, в подальшому – не менше 30 днів без пропуску навіть одного дня.

14. Тренінг впевненості в собі, тренінг навичок адаптивного копіngu.

15. Навчання клієнта навичкам усвідомленого, а не автоматичного конструктивного виходу з потенційно небезпечної для нього ситуації.

16. Опрацювання аналогічних ситуацій.

17. Повторення найбільш важких експозицій.

18. Підведення підсумків експозиційної терапії.

Т. Рандо розрізняє **горе і скорботу (горювання)**.

На її думку, **горе** – це більше мимовільна реакція на втрату, а **скорбота** – тривалий, активний процес адаптації до життя без близької людини.

Вона виділяє **три фази скорботи (горювання)** – уникнення, конфронтації та акомодатії.

Під час кожної фази відбуваються наступні «R» процеси.

Перший процес (Recognize) – **визнання (усвідомлення) втрати** характерне для **фази уникнення** (крім прийняття власне факту втрати, цей процес означає розуміння того, що спричинило втрату, а це доволі складно зробити при травмівних втратах), його можна розпочати із розповіді про померлого і / або написання йому листа.

Другий процес (React) **реагування на розлуку**, виражається у сильних болючих емоційних реакціях, пов'язаних зі смертю близької людини, включає виявлення та оплакування вторинних втрат, таких як втрата

сексуальної близькості чи фінансової стабільності після смерті одного з подружжя, відбувається на **фазі конфронтації**.

Важливо також, щоб **горюючий згадав і знову пережив позитивні та негативні емоції щодо померлого**, цей **третій процес отримав назву згадування та перепроживання** (Recollect-re-experience), на цьому етапі важливо допомогти клієнту реалістично оцінити стосунки з померлим, не ідеалізуючи його, цей процес також відбувається на фазі конфронтації.

Так само на фазі конфронтації відбувається і процес відмови від минулої прив'язаності (Relinquish) до коханої людини, коли горюючий формує нову прив'язаність, де померлої людини немає в фізичному житті. На перший погляд здається, що цей процес є болючим та неприпустимим, але насправді це визнання того, що є певні речі, які потрібно буде відпустити, щоб рухатися вперед.

Фаза акомодатії характеризується двома наступними процесами: переосмисленням власної ідентичності так, щоб вона відповідала новій реальності (Readjust) та залучення у нові стосунки, формування нових цінностей та життєвих цілей (Reinvest). Це означає створення простору для нових речей, зберігаючи простір для нового та іншого типу стосунків із померлим.

Терапевтичні нотатки

Терапевти та консультанти, ймовірно, зіткнуться з **контрпереносом**, коли всі думки та почуття терапевта щодо кожного клієнта, включаючи його втрати, адаптацію до них та способи зв'язку з іншими.

Хоча це неминучий аспект психотерапії, терапевти, які пережили раптову, травмівну втрату, можуть виявити, що їх власне горе знову актуалізувалося. Навіть не маючи такої втрати в життєвій історії, раптова чи несвоєчасна смерть викликає співпереживання і може зумовити у **терапевта страх подібних втрат**.

У таких випадках важливо (1) помітити, що є найбільш складним у роботі і як це впливає на самого себе, та (2) аналіз цих проблем або в клінічній консультації, або при особистій психотерапії.

5.7. Особливості консультативної практики військовослужбовців, які мають важкі наслідки бойових поранень (ампутація кінцівки, втрата зору, зміна зовнішності)

Військовослужбовці – учасники бойових дій часто вирізняються характерними особливостями, що виявляються у певних психічних станах, процесах, властивостях, поведінці. Це, насамперед, можуть бути підвищена дратівливість, схильність до поганого настрою, нетерплячість, підвищена реактивність, напруженість, ознаки депресії, підвищена стомлюваність, апатичність, тривожність, страх, фобічні реакції, почуття провини, синдром втрати, агресивність, гнів, образа, злість, гіперболізоване відчуття справедливості, а також фіксація на втратах, труднощі з засинанням, нічні кошмари, тремор, неможливість зняти напругу, в тому числі тілесну, постійне відчуття небезпеки тощо.

Найбільш складний і визначальний етап консультаційної взаємодії психолога з військовослужбовцем – встановлення психологічного контакту й довіри. Складність встановлення відносин з військовослужбовцем полягає в необхідності врахування певних особливостей. Так, військовослужбовці в ситуації спілкування керуються правилами поведінки в бою. Питання довіри для них є дуже важливим. Щоб вижити в зоні бойових дій, військовослужбовець мав навчитися нікому не довіряти: краще вважати всіх ворогами, доки переконаєшся в протилежному.

Не варто «тиснути» на військовослужбовця, намагаючись об'єктивувати його почуття в тих чи інших обставинах. Для військовослужбовця одним із найважливіших критеріїв оцінки роботи психолога чи психотерапевта стане відповідь на питання – «Чи відчув я полегшення після першої розмови?»

Серед військовослужбовців трапляються такі клієнти, які «все знають», все піддають сумнівам, приховують інформацію, переконані у власній правоті, сперечаються. Вони часто створюють собі ілюзію вирішення власних проблем, самовпевнено вважаючи, що зможуть будь-коли все владнати, бо знають, як це зробити, а насправді «поглиблюють» свою проблему, переводять її в хронічний стан. Часто ці клієнти потребують медичної допомоги.

Частина військовослужбовців – це клієнти з рентною орієнтацією. Цим клієнтам властива занижена самооцінка, можлива позиція жертви й переоцінка можливостей консультанта. Важливим моментом роботи з такими клієнтами є відмова підтримувати демонстрацію нездатності про-

тистояти життєвим труднощам і негараздам. Провокування конфронтації клієнта із зовнішньою та внутрішньою реальністю може бути оптимальною консультативною стратегією.

Під час консультації у військовослужбовців можлива неадекватність реакцій при взаємодії не тільки з оточуючими, а й з психологом. Поведінка може бути більш агресивною, у спілкуванні з'являється роздратованість та підвищується рівень конфліктності.

Реакції перенесення часто мають надзвичайно інтенсивний характер із виявленням агресії та намаганням тримати психолога під контролем. Неконтрольований гнів та роздратованість, труднощі у взаєминах з оточуючими можуть з часом посилюватися поряд зі зростанням відчуття, що «ніхто не може мене зрозуміти, усвідомити через що я пройшов та відчувати мої страждання». Може з'являтися невмотивована настороженість, підозрілість, тривожність, несприйняття вказівок психолога та порад оточуючих, виправдування деструктивних дій, спалахи гніву, труднощі з концентрацією уваги, надмірна пильність та реакція на раптові подразники, бажання швидко все змінити, але без чіткого усвідомлення, як саме та з якою метою, тощо. Крім того, травматичне перенесення відображує переживання безпорадності й покинутості клієнта в момент травми та пов'язану з цими почуттями потребу в рятівникові. Роль рятівника часто делегується психологу, який унаслідок ідеалізації уявляється досконалим, всемогутнім, таким, що може напевно захистити від повторних травмувань. У випадку проявів невідповідності психолога цим фантазіям і очікуванням, клієнта охоплює сильний розпач і гнів, бажання помститися, довести психолога до стану жаху й безпорадності, які він сам пережив під час травми.

Взаєморозташування клієнта та психолога при консультуванні військовослужбовців є важливим елементом організації «простору бесіди». Ідеальний варіант посадки клієнта та консультанта – навпроти один одного, але під невеликим кутом, щоб їхні погляди, коли вони сидять рівно на стільці або кріслі, перехрещувалися під кутом приблизно 120 градусів. Це дозволяє бачити один одного та, в той же час, при бажанні, спокійно відвести погляд. Взагалі контакт очей, хоча і є важливим елементом невербальної взаємодії консультанта з клієнтом, не повинен займати надміру часу (загалом 25-30% часу) і ним не слід зловживати, щоб не викликати роздратування й агресію. Слід витратити якийсь час на те, щоб вибрати найкраще положення для себе у візуальній рамці. Крім того, реко-

мендується, щоб військовослужбовець розміщався спиною до стіни, зберігаючи у полі зору вхідні двері та вікна.

Дистанція між консультантом і клієнтом відображає відомий у соціальній психології феномен «особистого простору». Особистий простір змінюється залежно від стосунків між учасниками бесіди, від теми, що обговорюється, від культурних відмінностей. Через неправильно обрану дистанцію в консультуванні (наприклад, неспіврозмірність соціального або вікового аспекту особистого простору) деякі теми взагалі не можуть бути порушені. Якщо консультант і клієнт сидять із протилежних боків столу, то між ними зберігається соціальна дистанція й атмосфера консультування буде офіційною. Така позиція більш прийнятна для неврівноважених клієнтів.

З проблемою дистанції тісно пов'язане питання про психологічний зміст і можливість фізичного дотику до клієнта. Дотик означає дуже близький, інтимний контакт. Найбільш доречним він є за таких обставин:

- консультування соціально й емоційно незрілих клієнтів;
- консультування людей, що перебувають у кризі після психічної травми, особливо якщо вона пов'язана з втратою близької людини;
- прагнення продемонструвати емоційну підтримку.

Разом з тим, дотик психолога може сприйматися військовослужбовцем вкрай негативно і розцінюватися, як спроба встановлення контролю над ним або як фізичний напад, що може спровокувати миттєву реакцію у відповідь. Тому рекомендується перед здійсненням доторку запитати дозволу на це клієнта.

Дуже важко встановити межу, за якою фізичний невротичний контакт набуває еротичного характеру. У будь-якому випадку дотик не повинен використовуватися як специфічна техніка консультування, коли відсутні щирі почуття до клієнта. Щоб дотик допоміг створити безпечний для клієнта психологічний клімат, він повинен бути спонтанним і щирим.

Важливою частиною роботи на початковій стадії є спостереження за спонтанними, реактивними емоціями, їх змінами залежно від теми, яка обговорюється. Слід уважно ставитися до вербальних і невербальних реакцій клієнта, зокрема, фіксувати неприродність пози й рухів, реакції «завмирання», м'язового напруження, механізми захисту, якості відповідей, емоцій і переживань, тривоги та неспокою. Знання структури індивідуальності та динаміки поведінки в їх нормі й патології – невід'ємна частина взаємодії психолога з клієнтом.

Психолог може зіткнутися з опором, захистом клієнта. Опір і захист слугують одному й тому ж: вони допомагають уникнути хворобливих переживань (таких, наприклад, як тривога, сором, вина, тривожність, флеш-беки, дереалізація, деперсоналізація тощо), забезпечуючи тим самим певну стабільність

Особливості спілкування з учасником бойових дій

1. Не примушуйте його розповідати про війну.
2. Не переривайте, не зупиняйте його, коли він говорить.
3. Слухайте його уважно.
4. Не давайте оцінок почуттю від нього.
5. Не використовуйте під час спілкування висловів на зразок: «Війна – це пекло», «Так, я розумію» тощо.
6. Не давайте йому порад, попередньо не вислухавши його уважно.
7. Перед тим, як надати пораду чи рекомендацію, переконайтеся, що він не проти її вислухати



ЛЕКЦІЯ

Тема 6. ПСИХОЛОГІЯ ВМИРАННЯ ТА СМЕРТІ

- 6.1. Поняття біологічної та клінічної смерті. Смерть як екзистенційне явище.
- 6.2. Поведінка і суб'єктивні переживання вмираючих. Динаміка психологічних реакцій вмираючих за Е. Кюблер-Росс.
- 6.4. Психологічна складова паліативної допомоги.
- 6.5. Евтаназія: за і проти.
- 6.7. Суїцидальна поведінка як форма кризового реагування. Індикатори суїцидального ризику.
- 6.8. Антисуїцидальні чинники. Профілактика і раннє розпізнавання суїцидальних тенденцій.

Самостійне опрацювання:

- 1. Термінальний хворий і якість його життя.
- 2. Танатотерапія.
- 3. План антисуїцидальної безпеки.

Основні поняття: смерть, смерть біологічна, смерть клінічна, паліативна медицина, евтаназія, активна евтаназія, евтаназія пасивна, самогубство, суїцидальна поведінка, спроба самогубства, спроба самогубства невдала, суїцидальні думки (ідеї), суїцидальні наміри, летальність суїцидальної поведінки, навмисне заподіяння собі шкоди, пресуїцид, суїцидальна predisпозиція, латентний пресуїцид, маніфестний пресуїцид, гострий пресуїцид, суїцидальні дії, помста.

6.1. Поняття біологічної та клінічної смерті.

Смерть як екзистенційне явище

Смерть – незворотнє припинення функціональних процесів, що підтримують життя, який характеризується остаточним розривом узгодженості процесів життєдіяльності (харчування, дихання тощо) даного організму.

Активне припинення життя називається **вбивством**. Перехід від життя до смерті називається **вмиранням**. У медицині вивчення процесу смерті здійснює наука танатологія.

Біологічна смерть – необоротний стан клітин життєво важливих органів, коли оживлення організму як цілісної системи неможливо.

Клінічна смерть – оборотний стан, що починається з моменту припинення вітальних функцій (кровообігу, дихання) до настання незворотних змін в корі головного мозку. Іншими словами, це період збереження своєї життєздатності нейронами кори головного мозку в умовах аноксії (оскільки вміст O_2 в тканинах головного мозку знижується до нуля протягом 1 хв. з моменту зупинки кровообігу).

Клінічна смерть – це такий стан організму, який виникає на протязі декількох хвилин від 3 до 5 хвилин після зупинки дихання та кровообігу, коли зникають всі зовнішні прояви життєдіяльності, але в найбільш чутливих до гіпоксії органах та тканина незворотних змін ще не відбулося.

Клінічна смерть – повторна фаза помирання. У цьому стані зовнішніх признаках смерті організму (відсутність серцевих скорочень, самостійного дихання, рефлексів на зовнішні дії) зберігається потенційна можливість відновлення його життєвих функцій за допомогою методики реанімації.

6.2. Поведінка і суб'єктивні переживання вмираючих. Динаміка психологічних реакцій вмираючих за Е. Кюблер-Росс

Психологічні аспекти умирання та смерті

Смерть являє собою припинення усіх життєвих функцій. Вона має особистісне і культурне значення, стосується не тільки вмираючої людини, але й живих. Згідно з психоаналітичними теоріями, для людей нормально боятися смерті, хоча ряд досліджень показують, що набагато менше страх смерті відчувають люди, які дожили до похилого віку. Їх лякає не сама смерть, а можливість тривалого й болісного вмирання.

Традиційно виділяють п'ять **фаз пристосування до думок про смерть** (Кюблер-Росс):

1. **«Заперечення»**. Першою реакцією на звістку про смертельну хворобу дуже часто бувають слова: «Ні, тільки не я, не може бути!».

2. **«Гнів»** (іноді – протест). Коли пацієнт вже не в силах заперечувати очевидне, його починають переповнювати лютя, роздратування, заздрість і обурення. Виникає наступне логічне запитання: «Чому саме я?», «Чому ця біда трапилася зі мною, а не з ним?».

3. **«Торг/торгівля»**. Пацієнт намагається домовитися з хворобою, домовитися з вищою силою у тому вигляді, в якому її розуміє, «обіцяє» промірну поведінку у обмін на диво зцілення.

4. **Депресія**. Причин до зниження у пацієнтів з невиліковними хворобами може бути багато. Але тут йдеться не про психогенні депресії, пов'язані з минулими втратами (матеріальними, впливами хвороби на зовнішність тощо). Тут йдеться про депресію, викликану неминучими втратами в майбутньому. Не варто пропонувати такому пацієнту бачити у всьому світлу сторону, адже це, по суті, означає, що він не повинен думати про майбутню смерть.

Абсолютно протипоказано твердити йому, щоб він не засмучувався, так як всі ми відчуваємо горе, коли втрачаємо кохану людину. На етапі депресії хворий буде вдячний тим, хто зможе просто побути поруч, не роблячи постійних спроб його втішити, надаючи допомогу невербально.

5. **Прийняття смерті**. Якщо в розпорядженні пацієнта було багато часу і йому допомогли подолати описані вище етапи, він досягне тієї стадії, коли депресія і гнів відступають. Він уже виплеснув всі колишні почуття: заздрість до здорових людей і роздратування тими, чий кінець настане ще не скоро. Він перестав оплакувати неминучу втрату улюблених людей і речей і тепер починає розмірковувати про прийдешню смерть з певною часткою спокійного очікування. Хворий відчуває втому і, в більшості випадків, фізичну слабкість. Прийняття не слід вважати етапом радості, це, скоріш, перепочинок.

У цій фазі треба створювати впевненість у хворого в тому, що він не залишиться один наодинці зі своєю смертю (контекст – «Я Вас не залишу»).

Залежно від свого духовного потенціалу, лікар на цій стадії може залучити на допомогу релігію.

Однак деякі дослідники вказують на **проблеми цієї моделі**:

- Згідно зі спостереженнями, пацієнти не проходять через всі стадії, а порядок їх слідування не дотримується (Maciejewski, Zhang, Block, & Prigerson).
- Емпіричність виділення стадій на основі проведення інтерв'ю з хворими
- Іноді хворі та їхні родичі підлаштовуються під відому програму стадій
- Послідовне проходження стадій залежить від оточення, тому не має підстав вважати, що всі пацієнти пройдуть через одні й ті ж стадії.

6.4. Психологічна складова паліативної допомоги

Наразі в Україні та світі розвивається система надання **паліативної та хоспісної** допомоги.

Головною метою паліативної допомоги є створенням максимально можливого комфорту для хворого (в першу чергу знеболення), тобто метою паліативного лікування є поліпшення якості життя хворої людини. Особливо це важливо для хворих приречених, повільно вмираючих (наприклад, від онкологічного захворювання).

Паліативна медицина визнає тяжкість людських страждань і прагне полегшити їх, але не визнає правомірність евтаназії як засобу припинення страждань. Головним тут є не тільки продовження життя, а й створення умов для того, щоб решта життя для хворого була більш комфортальною і значущою. З цих позицій прохання про евтаназії – це свідчення неспроможності проведених лікувальних заходів, якщо вони взагалі проводилися, а неконтрольовані страждання термінальних хворих повинні розглядатися як невідкладний клінічний стан.

Коли вичерпані можливості патогенетичного лікування основного захворювання, для полегшення страждань хворого вдаються до симптоматичного, а в цих ситуаціях так званому паліативному лікуванню. Головною його метою є знеболювання зі створенням максимально можливого комфорту для хворого, тобто метою паліативного лікування є поліпшення якості життя хворої людини. Особливо це важливо для хворих приречених, повільно вмираючих (наприклад, від онкологічного захворювання). Головним тут є не тільки продовження життя, а й створення умов для того, щоб решта життя для хворого була більш комфортальною і значущою.

6.5. Евтаназія: за і проти

Евтаназія – це умисні дії чи бездіяльність медичних працівників, які здійснюються ними за наявності письмово оформленого клопотання пацієнта, який перебуває у стані, коли усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, з дотриманням законодавчо встановлених умов, з метою припинення його фізичних, психологічних і моральних страждань, у результаті яких реалізується право на гідну смерть.

Наразі в Україні евтаназія заборонена п.4 чт.281 Цивільного кодексу України де зазначено, що «забороняється задоволення прохання фізичної особи про припинення її життя». Але у деяких країнах (Нідерланди, Бельгія, Швейцарія, Японія, Канада, Індія, деякі штати США та Австралії) евтаназія дозволена в тому чи іншому вигляді, чітко регламентованому законом. Зазвичай нормативні акти, які регламентують проведення евтаназії містять наступні **вимоги для її проведення**:

1. Неможливість існуючими на сьогодні способами і прийомами медицини вилікувати хворого, полегшити його страждання.
2. Усвідомлене прохання хворого про проведення евтаназії.
3. Достатнє інформування такого хворого з боку лікуючого лікаря щодо стану здоров'я і наслідків евтаназії.
4. Проведення консилиуму фахівців-медиків, за умови одноголосного підтвердження думки про неможливість врятувати або полегшити страждання хворого.
5. Інформування родичів хворого.
6. Інформування правоохоронних органів.
7. Рішення суду про можливість застосування евтаназії.

У даний час підхід до проблеми евтаназії характеризується полярністю думок. Якщо прихильники ототожнюють її з полегшенням хворому його страждань, з "приємною, легкою смертю", то опоненти прямо пов'язують це з убивством. Підвищений інтерес до евтаназії пов'язаний у тому числі й з істотним постарінням населення, що викликає безліч питань соціального, економічного, медичного і правового характеру.

Виділяють два її види: активну і пасивну евтаназію.

Активна евтаназія – навмисне умертвіння «з жалю», на прохання хворого, або без нього. У правовому аспекті ці дії кваліфікуються як навмисне вбивство – в тих країнах, де евтаназія заборонена законом. Активну евтаназію називають також «методом наповненого шприца».

Пасивна евтаназія – припинення особливо складних медичних методів для підтримання життя хворого, які хоча і продовжують його існування, але й не рятують. Йдеться про скорочення періоду дістаназії, тобто «Поганого вмирання». Інша назва пасивної евтаназії – «метод відкладеного шприца». У країнах, де евтаназія визнана законодавчо, для її виконання необхідно дотримання близько сорока вимог, у тому числі має бути і констатація відсутності яких-небудь інших сучасних медичних методів збереження життя хворого.

Основні аргументами проти евтаназії:

- можливість помилкового діагнозу, коли первинно невиліковне захворювання, виявляється, надалі піддається лікуванню;
- гуманність професії лікаря, що зобов'язує останнього продовжувати життя, а не прискорювати прихід смерті;
- дозвіл евтаназії здатний призвести до зловживань з боку медичних працівників (вбивства, замасковані під евтаназію);
- порушення волі бога (вищої сили у тому вигляді, в якому її розуміють);
- незворотність рішення – неможливість змінити рішення про евтаназію в процесі її проведення, якщо особа, стосовно якої проводиться ця процедура, передумала;
- зупинка прогресу в медичній науці.

Основні аргументи за евтаназію:

- це вищий прояв реалізації права людини на життя;
- законодавство дозволяє хворому відмовитись від лікування;
- краще спокійна гідна смерть, ніж важкі, принижуючі страждання, породжені нестерпним болем;
- обмеження прав невиліковно хворих людей у порівнянні з іншими людьми, оскільки останні для зведення "рахунків з життям" можуть зробити самогубство, у той час як невиліковно хворі за станом здоров'я часто позбавлені такої можливості;
- перерозподіл медичних ресурсів – дозвіл евтаназії може вивільнити обмежені медичні ресурси для надання допомоги іншим, не смертельно та невиліковно хворим особам.

6.7. Суїцидальна поведінка як форма кризового реагування.

Індикатори суїцидального ризику

У всьому світі близько 800 000 чоловік вмирають в результаті самогубства кожного року; майже одна третина всіх самогубств відбувається серед молодих людей.

Самогубство є другою провідною причиною смерті серед 15–19-річних, а також другою за величиною причиною смертності жінок у віці 25–39 років.

В Україні рівень самогубств традиційно є вищим за світовий рівень.

Самогубство – смерть, заподіяна самому собі, з доказами (явними або неявними), що людина мала намір померти.

Суїцидальна поведінка – будь-які внутрішні та зовнішні форми психічних актів, що спрямовані уявленнями про позбавлення себе життя.

Спроба самогубства – поведінка, що завдає шкоди, з нефатальним результатом, що супроводжується свідченнями (явними або неявними) про те, що людина має намір померти. Вона має дві фази. Перша – зворотна, коли об'єкт сам може припинити спробу, друга – незворотна.

Невдала спроба самогубства – потенційно самопошкожуюча поведінка з доказами (явним або неявним) про те, що людина мала намір померти, але припинила спробу до нанесення фізичної шкоди.

Суїцидальні думки (ідеї) – думки про те, щоб служити агентом власної смерті. Суїцидальні думки можуть варіюватися по серйозності в залежності від специфіки планів самогубства і ступеню суїцидальних намірів.

Суїцидальні наміри – суб'єктивні очікування і прагнення до саморуйнівного акта, який закінчиться смертю.

Летальність суїцидальної поведінки – об'єктивна небезпека для життя, пов'язана з методом або діями самогубства. Зауважте, що летальність відрізняється від і може не завжди збігатися з очікуванням індивідуума від того, що є медично небезпечним.

Навмисне заподіяння собі шкоди – навмисне заподіяння собі хворобливих, руйнівних або шкідливих дій без наміру померти.

Пресуїцид – період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації. Виділяють гострий (хвилини, години) та хронічний (тижні, місяці) пресуїциди.

До факторів ризику суїцидальної поведінки відносять:

- навмисні самоушкодження/спроби суїциду в минулому;
- психіатричне лікування з приводу (особливо в разі шизофренії, депресії і наркотичної / алкогольної залежностей);
- імпульсивні риси особистості, емоційна нестійкість;
- соціальна ізоляція, самотність;
- недавно понесена важка втрата, соматичні захворювання, що супроводжується сильним болем;
- похилий вік;
- чоловіча стать;
- безробіття;
- суїцидальна поведінка в оточенні;
- наявність легкого доступу до засобів, які можуть бути використані для самогубства (анестезіологи, власники зброї, особи, що приймають ліки або вживають наркотики). Всесвітня організація охорони здоров'я виділяє наступні основні фактори ризику виникнення суїцидів, залежно від рівня яких треба докладати зусиль по превенції суїцидів.

Рівень впливу фактора	Фактори ризику суїцидів
СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	Перешкоди до отримання медичної допомоги
СУСПІЛЬСТВО	Доступ до засобів скоєння самогубства Безвідповідальне освітлення в ЗМІ. Стигма в зв'язку зі зверненням за допомогою
МІСЦЕВІ СПІЛЬНОТИ	Лиха, війни, конфлікти. Стрес акультурації і переміщення. Дискримінація. Травма або жорстоке поводження
ВЗАЄМОВІДНОСИНИ	Почуття ізоляції і дефіцит соціальної підтримки. Міжособистісні конфлікти, негаразди або втрати
ІНДИВІДУАЛЬНІ ФАКТОРИ	Попередня суїцидальна спроба. Психічні розлади. Шкідливе вживання алкоголю. Втрата роботи або фінансові проблеми. Відчуття безнадійності. Хронічний больовий синдром. Випадки самогубств в сім'ї. Генетичні і біологічні фактори

6.8. Антисуїцидальні чинники. Профілактика і раннє розпізнавання суїцидальних тенденцій

Фактори, які запобігають суїцидам.

1. **Здібності, якості, екологічні та особисті ресурси**, що підвищують стійкість; прагнення до зростання, стабільності та / або здоров'я і / або збільшення здібності поратися з іншим життям.

2. Система підтримки соціального контексту:

- ✓ Сильні міжособистісні зв'язки з членами родини та підтримкою громади.
- ✓ Зайнятість.
- ✓ Функціональний (непошкоджений) шлюб.
- ✓ Обов'язки з виховання дітей.
- ✓ Обов'язки перед іншими.
- ✓ Досить безпечне та стабільне середовище.

3. Позитивні особистісні риси:

- ✓ Пошук допомоги.
- ✓ Хороший контроль імпульсивності.
- ✓ Хороші навички у вирішенні проблем, конфліктів.
- ✓ Відчуття приналежності, почуття ідентичності та доброї самооцінки.
- ✓ Культурні, духовні та релігійні переконання про сенс і цінність життя.
- ✓ Оптимістичний прогноз – визначення майбутніх цілей.
- ✓ Конструктивне використання вільного часу (приємні заняття).
- ✓ Стійкість.

4. Доступ до медичної допомоги:

- ✓ Підтримка через постійні відносини в сфері охорони здоров'я і психічного здоров'я.
- ✓ Ефективна клінічна допомога при психічних, фізичних і наркологічних розладах.
- ✓ Хороша прихильність до лікування і розуміння важливості здоров'я і гарного самопочуття.

Оскільки суїцид дуже рідко буває спонтанним, і більшість осіб які його задумали тривалий час обмірковують, традиційно виділяють наступні **стадії формування суїцидальної поведінки** – тимчасові етапи становлення суїцидальної активності з характерними формами її проявів:

1 стадія – **суїцидальна predisпозиція**: виявляється такими особливостями як тривожно-депресивний радикал, імпульсна, інтерперсональна залежність, фрустрація потреб з прагненнями до ліквідації;

2 стадія – **латентний пресуїцид**: період часу, коли особа знаходиться у стані соціально-психологічної і психічної дезадаптації і одночасно перебуває в «мотиваційній готовності» до суїциду, при цьому ознаки суїцидальної активності відсутні. Характеризується незначними змінами у поведінці (підвищена тривожність, зміна настрою, порушення у спілкуванні, асоціальні вчинки, алкогольні ексцеси), суїцидальними фантазіями, періодичними суїцидальними думками;

3 стадія – **маніфестний пресуїцид**: виявляється постійними суїцидальними думками, суїцидальними висловами, різкою зміною поведінки, способу життя, різними формами саморуйнуючої поведінки;

4 стадія – **гострий пресуїцид** (стан психологічної кризи, пряма загроза здійснення суїцидальних дій): виявляється надцінним характером суїцидальних думок, суїцидальними тенденціями, цілеспрямованим пошуком засобів здійснення суїцидальних дій, прямими або непрямыми «прощаннями» з близькими, неадекватними формами поведінки («злий віщий» спокій, ідеоторномоторна розгальмованість, ажитація);

5 стадія – **суїцидальні дії** (суїцидальна спроба або самовбивство).

Психологічний стан особи, яка вирішила намагається покінчити життя самогубством описується терміном «суїцидальна криза».

У спілкування з такими особами повинні насторожувати такі прояви, як несподіваний спокій, який настав після ажитованої депресії, різке полегшення obsесивно-компульсивних симптомів, помітна зміна звичайної поведінки, завзяте заперечення суїцидальних думок депресивним пацієнтом, накопичення медикаментів, підготовка заповіту, несподівана роздача боргів.

Залежно від **мети** розрізняють наступні **форми суїцидів**:

1. **Справжні (істинні) самогубства, замаху і тенденції** – їх метою є позбавлення себе життя, в якості кінцевого результату передбачається смерть, однак, ступінь реальної бажаності смерті може суттєво відрізнятися, що відбивається на умовах і способах реалізації суїцидальних тенденцій.

2. **Демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка** – передбачає не позбавлення життя, а лише демонстрацію цього наміру. Іноді така демонстрація може закінчуватися завершеним суїцидом внаслідок недоврахування реальних обставин.

3. **Самоушкодження** – їх мета обмежується лише нанесенням собі ушкоджень та травм без мети позбавити себе життя. Нарешті, як уже зазначалося раніше, небезпечні для життя дії, що направляються іншими цілями, слід відносити до нещасних випадків.

З іншого боку виділяють **різновиди суїцидів** залежно від **домінуючих мотивів**:

1. **«Протестні» форми** суїцидальної поведінки виникають в ситуації конфлікту, коли об'єктивна його ланка ворожа або агресивна по відношенню до суб'єкта, а сенс суїциду полягає в негативному впливі на об'єктивну ланку.

Помста – це конкретна форма протесту, нанесення конкретної шкоди ворожому оточенню. Дані форми поведінки припускають наявність високої самооцінки, активну або агресивну позицію особистості з функціонуванням механізму трансформації гетероагресії в аутоагресію.

2. **Сенс суїцидальної поведінки типу «заклику»** полягає в активації допомоги ззовні з метою зміни ситуації. При цьому позиція особистості менш активна.

3. **При суїциді з мотивом «уникнення»** (покарання або страждання) суть конфлікту – в загрозі особистісному чи біологічному існуванню, якій протистоїть висока самоцінність. Сенс суїциду полягає в уникненні непереносимості готівкової загрози шляхом самоусунення.

4. **«Самопокарання»** можна визначити як «протест у внутрішньому плані особистості»; конфлікт, переважно, внутрішній при своєрідному розщепленні «Я», інтеріоризації і співіснуванні двох ролей: «Я-судді» і «Я-підсудного». Причому сенс суїцидів самопокарання має дещо різні відтінки у випадках «знищення в собі ворога» (так би мовити, «від судді», «зверху») і «спокутування провин» («від підсудного», «знизу»).

5. **При суїциді «відмови»** відсутня розбіжність мети і мотиву: мотивом є відмова від існування, а метою – позбавлення себе життя.

Для кращого розуміння психічної діяльності осіб, які вчиняють суїцид розглянемо **мотиви і приводи суїцидальних вчинків** в рамках інтеграційного підходу:

1. **Особисто-сімейні конфлікти**, у тому числі:

- несправедливе ставлення (образи, звинувачення, приниження) з боку родичів і оточуючих;

- ревності, подружня зрада, розлучення;
- втрата значущого іншого, хвороба і смерть близьких;
- перешкоди до задоволення ситуаційної актуальної потреби;
- незадоволеність поведінкою і особистісними якостями значущих інших; самотність, зміна звичного стереотипу життя, соціальна ізоляція;
- невдала любов;
- брак уваги, турботи з боку оточуючих;
- статева неспроможність.

2. Стан психічного здоров'я, в тому числі:

- реальні конфлікти у психічно хворих;
- патологічні мотивування;
- постановка психіатричного діагнозу.

3. Стан фізичного здоров'я, в тому числі:

- соматичні захворювання, фізичні страждання;
- каліцтва.

4. Конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою суїцидента:

- побоювання судової відповідальності;
- боязнь іншого покарання або ганьби;
- самозвинувачення за непорядний вчинок.

5. Конфлікти в професійній або навчальній сфері, в тому числі:

- неспроможність, невдачі на роботі або в навчанні, падіння престижу;
- несправедливі вимоги до виконання професійних або навчальних обов'язків.

6. Матеріально-побутові труднощі.

7. Інші мотиви і приводи.

Виявлення ризику суїцидів є важливим завданням як для всього суспільства в цілому, так і для працівників системи охорони здоров'я. В основі діагностики завжди є оцінка про- та контрсуїцидальних факторів. Існує багато психологічних методик виявлення суїцидальної поведінки, схильності до суїцидів.

Короткий перелік адаптованих методик.

Метод тестування. Оцінка суїцидального ризику і намірів:

Методика. Психодіагностика суїцидальних намірів у дітей «ПСН «В» (В. Войцех, А. Кучер, В. Костюкевич.)

Методика діагностики схильності до поведінки, що відхиляється «СОП» (А. Орел).

Опитувальник суїцидального ризику «ОСР» (А.Г. Шмельов).

Методика визначення ступеня ризику скоєння суїциду (І.А. Погодін).

Методика визначення схильності до суїцидальних реакцій «СР-45» (П.І. Юнацкевич).

Вивчення схильності підлітків до суїцидальної поведінки (СПСП) М.В. Горської.

Методика діагностики суїцидальних нахилів «Суїцидальна мотивація» (Ю.Р. Вагін).

Методика діагностики суїцидальних нахилів «Протисуїцидальна мотивація» (Ю.Р. Вагін).

Шкала суїцидальних інтенцій Пірса. Шкала оцінки ризику суїциду Паттерсона.

Проективний метод дослідження суїцидальної поведінки:

Тематичний аперцептивний тест (чотири фотографії).

Тест «Ваші суїцидальні нахили» (З. Королєва).

Графічний тест «Ваші думки про смерть» Л.Б. Шнейдер.

Метод незакінчених пропозицій.

Емоційно-особистісний тест Луїзи Дюссо «Казка «Похорон» (адаптація М. Габрунер, В. Соколовська).

Методи анкетування з психодіагностики суїцидального ризику:

Діагностична анкета критичних ситуацій підлітків.

Шкала безнадійності Бека.

Анкета вивчення ставлення підлітків до смерті (І.М. Лаврикова).

Метод стандартизованого самозвіту в психодіагностики суїцидального ризику. Методика «Карта ризику суїциду».

Шкала наміри суїцидів.

Метод психодіагностическої бесіди в отриманні додаткової інформації для психологічного ув'язнення і подальшої корекції суїцидальної поведінки:

Скринінг-тест для виявлення суїцидальної поведінки (Л. Юр'єва).

Прогностична таблиця ризику серед дітей та підлітків (А. Волкова).

Наприклад, шкала оцінки ризику суїциду Паттерсона (The Sad persons Scale, (Patterson, Dohn, Bird, & Patterson) складає:

Фактор	Значення
Стать	1 – чоловічий; 0 – жіночий
Вік	1 – <19 років або> 45
Депресія	1 – якщо є
Парасуїциди	1 – якщо є
Зловживання алкоголем	1 – якщо є
Порушення раціонального мислення (марення, галюцинації, фіксація на втрати, депресивний звуження сприйняття)	1 – шизофренія, розлад настрою, когнітивні порушення
Недолік соціальної підтримки (проживання в самоті, важкі порушені відносини, що не приймає соціальне оточення)	1 – якщо присутній, особливо при недавньої втрати «значущого іншого»
Організований план суїциду	1 – якщо є, а обраний метод потенційно летальний
Відсутність дружини (чоловіка)	1 – розлучений, вдів, відділений, проживає в самоті
Хвороба	1 – якщо є, особливо хронічна, інвалідизуюча, важка

Загальний бал варіює від 0 (дуже низький ризик) до 10 (дуже високий ризик) та передбачає наступні дії:

0–2, низький ризик – Амбулаторне спостереження.

3–4, середній ризик – Амбулаторне спостереження з частими зустрічами (1-3 р / нед.); денний стаціонар; розглянути можливість госпіталізації.

5–6, високий ризик – Рекомендувати госпіталізацію, якщо немає впевненості в якісному амбулаторії спостереженні (психіатрична і соціальна служби, родичі).

7–10, дуже високий ризик – Госпіталізація (в тому числі примусова).

Допомога у разі суїцидальної кризи має бути негайною (хвилини, години). Необхідно зібрати інформацію про причини кризи, очікуваннях і цілях (чого хотілося досягти суїцидом), прояснити внутрішній сенс кризи, дізнатися, кому приписується вина. Потрібно давати клієнту правдиву інформацію, в тому числі і про свої почуття; слід уникати утіх.

Слід обов'язково задати питання, що стосуються суїцидальних намірів. Можлива наступна **послідовність запитань**:

1. Ви відчуваєте тугу і безпорадність, відчай?
2. Відчуваєте Ви, що нікому до Вас немає діла?
3. Чи є у Вас відчуття, що життя не варте того, щоб її продовжувати?
4. Чи є у Вас фантазії про смерть?
5. Чи є у Вас думки про нанесення собі самоушкодження?
6. Ви відчуваєте бажання накласти на себе руки?

Якщо пацієнт ствердно відповідає на останні питання, необхідно **уточнити наступне**:

- ✓ Як часто з'являються думки про самогубство / самоушкодження?
- ✓ Чи має пацієнт конкретний спосіб цієї дії?
- ✓ Чи був (є) у нього певний план самогубства (час, місце, обставини, спосіб)?
- ✓ Чи є доступ до обраного способу (медикаменти, отрути, зброя тощо)?
- ✓ Чи відчуває він здатність протистояти цим думкам?
- ✓ Що може допомогти протистояти цим ідеям (сім'я, діти, робота, друзі, надання медичної та психологічної допомоги та ін.)?

Варто звернути увагу, що більшість осіб, які вчинили спробу суїциду, повідомляли рідним, близьким особам або працівникам системи охорони здоров'я про свої наміри. Але дуже часто їх не почули. Чого слід уникати в розмові, аби пацієнт розповів Вам про свої наміри.

- ✓ Часто перебивати пацієнта.
- ✓ Показувати, що Ви «шоковані», проявляти занадто сильні емоції.
- ✓ Демонструвати, що Ви зайняті, і що у вас немає часу.
- ✓ Виявляти заступницьке ставлення (розмовляти з позицій «старшого» або всезнаючого людини).
- ✓ Допускати неясність у висловлюваннях.
- ✓ Стимулювати на більш «серйозні» суїцидальні дії.

✓ Давати обіцянки про те, що Ви збережете «в таємниці» суїцидальні задуми.

Основними завданнями кризового втручання є подолання винятковості ситуації, розробка ясного плану дій. При цьому альтернативний вихід із ситуації пацієнт знаходить сам, лікар забезпечує підтримку і допомагає адекватним радою. Необхідно стимулювати фізичну активність пацієнта. Опрацьовуються варіанти поведінки в майбутніх кризових ситуаціях. Після проведення першої бесіди про суїцид необхідно критично ставиться до полегшення, що виникло, можливе складання «антисуїцидального контракту». Важливо, щоб після надання першої допомоги пацієнт перебував під наглядом до тих пір, поки не буде проведено подальше лікування (психотерапевтичне і/або медикаментозне).



РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття 1

Тема 1. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ЯК ГАЛУЗЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НАУКИ

- 1.1. Поняття медичної психології, її об'єкт предмет. Завдання медичної психології.
- 1.2. Основні методи дослідження
- 1.3. Порівняння медичної і клінічної психології.
- 1.4. Структура медичної психології.
- 1.6. Зв'язок медичної психології з іншими науками.
- 1.8. Особливості психологічної реабілітації під час воєнного часу.

Основні поняття теми: медична психології, загальна медична психологія, приватна медична психологія, спеціальна медична психологія, етапи психологічного дослідження, спостереження, наукове спостереження, експеримент, експеримент лабораторний, експеримент природний, подвійний сліпий метод, тести, психодіагностика, психологічний діагноз: перший рівень – симптоматичний; другий рівень – етіологічний діагноз; третій рівень – типологічний діагноз; метод моделювання, метод аналізу продуктів діяльності, бесіда, інтерв'ю, діагностичне інтерв'ю, прямі питання, непрямі питання, проективні питання, сугестивні питання, анкетування, клінічна психологія, психосоматика, патопсихологія, психопатологія, психологія здоров'я, медична деонтологія, психологічна просвіта (психоедукація), психопрофілактика, психогігієна, психологія здоров'я, клінічна психодіагностика, медико-психологічне консультування, коучинг здоров'я, психотерапія, психореабілітація.

Самостійна робота:

Історія розвитку медичної психології.

Прикладні галузі медичної психології: психологічна просвіта (психоедукація), психопрофілактика, психогігієна, психологія здоров'я, клінічна психодіагностика, медико-психологічне консультування, коучинг здоров'я, психотерапія, психореабілітація.

Сучасні тенденції розвитку медичної психології.

Основні поняття медичної психології.

Література:

Основна

1. Вітенко І. С. Медична психологія: [підручник]. Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
2. Гавенко В. Л. та ін. Практикум з медичної психології. Харків: Оєгіонінформ, 2002. 248 с.
3. Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. Основи медичної психології. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014.
4. Медична психологія: підручник / за редакцією академіка С.Д. Максименка. 3-е вид. доробл. і доповн. Київ: Видавництво «Людмила», 2023. Том І. 512 с.
5. Медична психологія / Спіріна І.Д., Пилягіна Г.Я., Чугунов В.В., Фаузі Є.С., Живілова Я.С., Шевченко Ю.М.: підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І.Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
6. Медична психологія: навч. посіб. / Н.Г. Пшук, М.В. Маркова, А.І. Кондратюк, Л.В. Стукан. [2-ге вид.]. Вінниця: 2012. 134 с.
7. Медична психологія: в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: ПП «Нова Книга», 2020. 288 с.
8. Медична психологія: в 2-х т. Т.2. Спеціальна медична психологія / [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.
9. Шевченко А., Губенко І., Карнацька О. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування. Київ: Медицина, 2021.
10. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. URL: <https://langs.physio-pedia.com/uk/international-classification-of-functioning-disability-and-health-icf-uk>

Допоміжна

1. Вітенко І.С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Харків: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
2. Гавенко В.Л. Практикум з медичної психології. Харків: Регіон-інформ, 2002. 245 с.

3. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
4. Гридковець Л.М. Реабілітаційна психологія. Київ: КІБІТ, 2015. 42 с.
5. Дідковська Л.І. Психологічні аспекти надання паліативної допомоги. *Актуальні питання розвитку стаціонарної та мобільної паліативної допомоги в Україні*: матер. науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Львів, 23 листопада 2019 р.). Львів, 2019. С. 9–13.
6. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2023. 175 с.
7. Лазаревська О., Найдьонова Г. Проблеми психологічної реабілітації людей після травматизму. *Психологія і суспільство*. 2005. № 1. С. 82–86.
8. Магдисюк Л.І., Федоренко Р.П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
9. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Київ, 2007. 114 с.
10. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
11. Оверчук В.А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вінниця: Міленіум, 2007. 295 с.
12. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 1 / заг. ред. Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
13. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 2 / заг. ред. Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.
14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 3 / заг. ред. Л. Гридковець. Київ, 2018. 236 с.
15. Панчук Н.П. Психологічна діагностика професійної придатності фахівця: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2006», 2019. 130 с. URI: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/3545>
16. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р.П. Федоренко та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.
17. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунова; [О.І. Федоренко та ін.]; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків: ХНУВС, 2022. 84 с.
18. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навчальний посібник / за заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. Київ: ВНТУ, 2018. 108 с.
19. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посіб. / уклад. О.Ю. Овчаренко. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.
20. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події: навчально-методичний посібник / автори-упоряд.: Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова; за заг. ред. О. Калашник. Київ: 2022.

21. Спіріна І.Д., Вітенко І.С., Лагутін В.А., Серебрицька, О.В. Основи психологічного консультування в медичній практиці: навч. посіб. Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС. 2004.
22. Тимофієва М.П., Слободська О.В. Психологія здоров'я: підручник. Київ: МЕДПРИНТ. 2022, 600 с.
23. Lazorko, O., Panchuk, N., Borysiuk, O., Kulchytska, A., Borysenko, O., & Khavula, R. (2022). Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity: Neurophysiological Aspects. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 13(1), 324-346. DOI: <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/287>

Аудиторна робота

1. Дайте відповіді на питання.

1. Медична психологія, ціль, задачі, місце серед інших дисциплін;
2. Роль медичного психолога у діагностичному, лікувальному та реабілітаційному процесах;
3. Теоретичні та методологічні основи медичної психології;
4. Етапи становлення та розвиток медичної психології у світі та в Україні;
5. Методи психологічного дослідження: спостереження, самоспостереження, цілеспрямована психологічна бесіда;
6. Експериментально-психологічні методи, їх роль у психологічній діагностиці хворих;
7. Принципи побудови комплексного психологічного дослідження з урахуванням віку та культурних особливостей пацієнта;
8. Визначення психічного здоров'я та рівнів психологічної адаптації людини. Критерії здоров'я ВООЗ.

2. Програмований контроль знань.

1. До базових принципів коучингу належать всі, крім:

- А) фокусування на сильних сторонах;
- Б) спрямованість: з сьогодення в майбутнє;
- В) у людини вже є усі необхідні ресурси для досягнення успіху;
- Г) кожна людина має великий потенціал;
- Д) навчання на власних помилках.

2. До передумов виникнення психології здоров'я відносять:

- А) поява у межах медицини і клінічної психології психосоматичного напрямку;
- Б) всі відповіді є невірними;
- В) зміна вектору розвитку медицини з патоцентричної на саноцентричну;
- Г) всі відповіді є вірними;
- Д) поява валеології.

3. Медична психологія за теорією, методами і методологією є

- А) медичною наукою;
- Б) психіатричною наукою;
- В) психологічною наукою;
- Г) психологічною і медичною наукою одночасно;
- Д) галуззю психотерапії.

4. Медична психологія у порівнянні з клінічною має більш _____ предмет дослідження?

- А) вузький;
- Б) широкий;
- В) всі відповіді є невірними;
- Г) це питання є не коректним;
- Д) однаковий.

5. Мотиваційне консультування було створено та впроваджене У. Мілером та С. Ролніком для роботи з _____

- А) всі відповіді є вірними;
- Б) пацієнтами з психічними розладами;
- В) пацієнтами з психосоматичними розладами;
- Г) пацієнтами з соматичними хворобами;
- Д) людьми, залежними від алкоголю.

6. Надання людині інформації про психічне здоров'я, засоби його збереження, обговорення інформації, пов'язаної з клінічною симптоматикою, прогнозом хвороби тощо – це:

- А) психодіагностика;
- Б) медико-психологічне консультування;
- В) психоедукація;
- Г) психокорекція;
- Д) психотерапія.

7. *Предметом нейропсихології є:*

- А) психологічна структура порушень психічних функцій з урахуванням їх мозкової локалізації;
- Б) психологічна структура порушень психіки при психосоматичних захворюваннях;
- В) психологічна структура порушень психіки при соматичних захворюваннях;
- Г) психічні розлади;
- Д) психологічна структура порушень психіки при психічних розладах.

8. *Психологія здоров'я як науковий напрям з'явилася у:*

- А) 90-х роках XX ст.;
- Б) на початку XXI ст.;
- В) 70-х роках XX ст.;
- Г) 50-х роках XX ст.;
- Д) всі відповіді є невірними.

9. *Термін «медична психологія» був введений:*

- А) Л. Уїтмером;
- Б) немає правильної відповіді;
- В) К.-Г. Юнгом;
- Г) Е. Кречмером;
- Д) всі відповіді є вірними.

10. *Які норми оцінюють стани людини з точки зору їх наслідків або можливості досягнення певної мети?*

- А) всі відповіді є вірними;
- Б) індивідуальні;
- В) функціональні;
- Г) соціальні;
- Д) середньостатистичні.

11. *Кому належить термін «клінічна психологія»?*

- А) Кречмеру;
- Б) Жане;
- В) Уїтмеру;
- Г) Фрейду;
- Д) Адлеру.

12. Кого можна вважати родоначальником нейропсихології?

- А) Прібрама;
- Б) Лейбніца;
- В) Коха;
- Г) Галля;
- Д) Корсакові.

13. Найважливішим завданням медичної психології є:

- А) вивчення психіки хворої людини;
- Б) вивчення психіки здорової людини;
- В) вивчення функцій спілкування;
- Г) вивчення поведінки людини в соціумі;
- Д) вивчення поведінки людини в стресових ситуаціях.

14. Предметом вивчення медичної психології є:

- А) особистість хворої людини;
- Б) взаємини хворого і медичних працівників;
- В) вплив психічних особливостей людини на його здоров'ї;
- Г) особистість медичного працівника;
- Д) всі відповіді вірні.

15. Клінічна психологія базується на методології:

- А) медицини;
- Б) психології;
- В) педагогіки;
- Г) філософії;
- Д) соціології.

16. Психосоматика вивчає:

- А) вплив психіки на виникнення психічних захворювань;
- Б) вплив психіки на виникнення соматичних захворювань;
- В) вплив соматичного стану на психіку людини;
- Г) вплив середовища на психіку людини;
- Д) вплив генетичних чинників на розвиток захворювань.

17. Медична психологія робить значний вплив на розвиток таких загальнотеоретичних питань психології:

- А) співвідношення соціального і біологічного в розвитку психіки;
- Б) аналіз компонентів, що входять до складу психічних процесів;
- В) розвиток і розпад психіки;

Г) роль особистісного компоненту в структурі різних форм психічної діяльності;

Д) всі відповіді вірні.

18. До допоміжних методів психологічного дослідження відносять всі, окрім:

А) інтерв'ю;

Б) анкетування;

В) методи самоспостереження;

Г) експеримент;

Д) методи самооцінки.

19. Вивчення результатів конкретних методик психодіагностичного дослідження відбувається в:

А) два етапи;

Б) три етапи;

В) чотири етапи;

Г) п'ять етапів;

Д) шість етапів.

20. Психометричні методики використовуються для:

А) виявлення якісних закономірностей психічної діяльності;

Б) вимірювання психічних функцій;

В) визначення структури особистості;

Г) вивчення психофізіологічних особливостей пацієнта;

Д) всі відповіді вірні.

Еталони відповідей до завдань

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Д	Г	В	Б	Д	В	А	В	Г	В	В	Г	А	Д	Б	Б	Д	Г	В	Б

3. Практична робота.

Тема: Психологічне дослідження

Завдання: опишіть вимоги та рекомендації до проведення психологічного дослідження хворого

Основні психодіагностичні методики

Сфера психічної діяльності	Психодіагностична методика
Сприйняття	Сенсорна збудливість Проби Ашаффенбурга, Рейхардта, Ліпмана
Пам'ять	Тест десяти слів Запам'ятовування чисел Відтворення оповідань
Увага	Таблиці Шульте Корректурная проба Лічба за Крепеліним
Мислення	Тести на класифікацію; виключення понять; аналогії; узагальнення тлумачення прислів'їв Асоціативний експеримент Піктограма
Інтелект	Тест Равена, Тест Векслера
Емоції	Тест Спілбергера Метод кольорових виборів Люшера ТАТ (тематичний аперцепційний тест) Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)
Особистість	ММРІ САН, ТРАНС Опитувальник Айзенка «Незакінчені речення» Методика самооцінки Дембо - Рубінштейна

4. Ситуаційні завдання:

При обстеженні пацієнта виникли підозри у недостатньому рівні його інтелекту. Які методи можуть допомогти в оцінці його інтелектуального рівня.

5. Підведення підсумку заняття.

Тема 2. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ЗДОРОВ'Я

- 2.1. Поняття та види здоров'я.
- 2.2. Комплексна валеологічна програма розвитку здоров'я людини – «квітка потенціалів».
- 2.3. Тілесний потенціал здоров'я та його розвиток.
- 2.4. Емоційний потенціал здоров'я.
- 2.5. Когнітивний потенціал здоров'я, його розвиток.
- 2.6. Творчий та вольовий потенціали здоров'я, їх розвиток.
- 2.7. Соціальний та духовний потенціали здоров'я, їх розвиток.
- 2.8. Поняття про психологічні ресурси особистості. Життестійкість, резильєнтність, життєздатність.
- 2.9. Механізми психологічного захисту: поняття, особливості, види.
- 2.10. Копінг-поведінка, копінг-стратегії, копінг-ресурси.
- 2.11. Модель BASIC Ph. Відновлення психологічних ресурсів.

Самостійне опрацювання:

Емоційний потенціал здоров'я.

Когнітивний потенціал здоров'я, його розвиток.

Творчий та вольовий потенціали здоров'я, їх розвиток.

Соціальний та духовний потенціали здоров'я, їх розвиток.

Механізми психологічного захисту: поняття, особливості, види.

Копінг-поведінка, копінг-стратегії, копінг-ресурси.

Модель BASIC Ph.

Відновлення психологічних ресурсів.

Основні поняття теми: медична психологія, здоров'я людське, здоров'я психічне, психічне здоров'я, основні критерії психічного здоров'я відносять: 1. Усвідомлення та відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного та психічного «Я». 2. Відчуття сталості та ідентичності переживань в однотипних життєвих ситуаціях. 3. Критичність до себе та своєї власної психічної діяльності, а також її результатів. 4. Відповідність психічних реакцій силі та частоті впливів різноманітних чинників середовища, соціальним обставинам та ситуаціям; 5. Здатність самостійно керувати своєю поведінкою відповідно до соціальних норм,

правил та законів. 6. Здатність планувати власну життєву діяльність та реалізовувати заплановане. 7. Психологічна гнучкість, яка полягає у можливості змінювати свою поведінку в залежності від зміни життєвих ситуацій та обставин; рівні функціонування психічного здоров'я: біологічний, психологічний і соціальний; біологічні чинники, психологічні чинники, соціальні чинники, коморбідність між фізичними та психічними розладами, соціальні негативні наслідки: 1. Стигматизація. 2. Дискримінація та соціальна ексклюзія. 3. Порушення прав людини, комплексна валеологічна програма розвитку здоров'я людини – «квітка потенціалів», потенціал тіла, потенціал розуму, потенціал почуттів, потенціал волі, громадський потенціал, креативний потенціал, духовний потенціал, тілесний інтелект, тілесна компетентність, здорова тілесність, аліментарна компетентність, сексуальна компетентність.

Література:

Основна

1. Вітенко І. С. Медична психологія: [підручник]. Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
2. Гавенко В. Л. та ін. Практикум з медичної психології. Харків: Оєгіонінформ, 2002. 248 с.
3. Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. Основи медичної психології. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014.
4. Медична психологія: підручник / за редакцією академіка С.Д. Максименка. 3-є вид. доробл. і доповн. Київ: Видавництво «Людмила», 2023. Том І. 512 с.
5. Медична психологія / Спіріна І.Д., Пилягіна Г.Я., Чугунов В.В., Фаузі Є.С., Живілова Я.С., Шевченко Ю.М.: підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І.Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
6. Медична психологія: навч. посіб. / Н.Г. Пшук, М.В. Маркова, А.І. Кондратюк, Л.В. Стукан. [2-ге вид.]. Вінниця: 2012. 134 с.
7. Медична психологія: в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: ПП «Нова Книга», 2020. 288 с.
8. Медична психологія: в 2-х т. Т.2. Спеціальна медична психологія / [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.
9. Шевченко А., Губенко І., Карнацька О. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування. Київ: Медицина, 2021.
10. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. URL: <https://langs.physio-pedia.com/uk/international-classification-of-functioning-disability-and-health-icf-uk>

Допоміжна

1. Вітенко І.С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Харків: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
2. Гавенко В.Л. Практикум з медичної психології. Харків: Регіон-інформ, 2002. 245 с.
3. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
4. Гридковець Л.М. Реабілітаційна психологія. Київ: КІБіТ, 2015. 42 с.
5. Дідковська Л.І. Психологічні аспекти надання паліативної допомоги. *Актуальні питання розвитку стаціонарної та мобільної паліативної допомоги в Україні*: матер. науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Львів, 23 листопада 2019 р.). Львів, 2019. С. 9–13.
6. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2023. 175 с.
7. Лазаревська О., Найдьонова Г. Проблеми психологічної реабілітації людей після травматизму. *Психологія і суспільство*. 2005. № 1. С. 82–86.
8. Магдисюк Л.І., Федоренко Р.П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
9. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Київ, 2007. 114 с.
10. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
11. Оверчук В.А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вінниця: Міленіум, 2007. 295 с.
12. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 1 / заг. ред. Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
13. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 2 / заг. ред. Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.
14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 3 / заг. ред. Л. Гридковець. Київ, 2018. 236 с.
15. Панчук Н.П. Психологічна діагностика професійної придатності фахівця: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2006», 2019. 130 с. URI: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/3545>
16. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р.П. Федоренко та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.
17. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунова; [О.І. Федоренко та ін.]; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків: ХНУВС, 2022. 84 с.
18. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навчальний посібник / за заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. Київ: ВНТУ, 2018. 108 с.
19. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посіб. / уклад. О.Ю. Овчаренко. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.

20. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події: навчально-методичний посібник / автори-упоряд.: Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова; за заг. ред. О. Калашник. Київ: 2022.
21. Спіріна І.Д., Вітенко І.С., Лагутін В.А., Серебрицька, О.В. Основи психологічного консультування в медичній практиці: навч. посіб. Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС. 2004.
22. Тимофієва М.П., Слободська О.В. Психологія здоров'я: підручник. Київ: МЕДПРИНТ. 2022, 600 с.
23. Lazorko, O., Panchuk, N., Borysiuk, O., Kulchytska, A., Borysenko, O., & Khavula, R. (2022). Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity: Neurophysiological Aspects. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 13(1), 324-346. DOI: <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/287>

Аудиторна робота

1. Огляд теоретичних питань.

2. Програмований контроль знань.

1. *«Дихання життя» за С.Лосєвим виконується за наступними правилами, КРІМ:*
 - А) вдих – видих – затримка дихання;
 - Б) затримка дихання на 5 рахунків з поступовим збільшенням часу;
 - В) вдих – затримка дихання – видих;
 - Г) тривалість виконання 15 хвилин;
 - Д) виконується на ніч.
2. *Алекситимія – це психологічна характеристика особистості, що включає наступні особливості, КРІМ:*
 - А) скудність змісту фантазій та інших проявів уяви;
 - Б) фокусування переважно на внутрішніх переживаннях, на шкоду зовнішнім подіям;
 - В) утруднення у розрізненні емоцій і тілесних відчуттів;
 - Г) утруднення у визначенні та вербалізації власних емоцій і емоцій інших людей;
 - Д) підвищенням здатності до символізації.
3. *Арттерапія, ізо-, музико-, танцтерапія, перформанс є методами розвитку_____ потенціалу здоров'я:*
 - А) креативного потенціалу;
 - Б) потенціалу волі;

- В) тілесного потенціалу;
- Г) емоційного потенціалу.

4. Використання у мові фрази «все набридло до смерті» збільшує ризик розвитку:

- А) алергії;
- Б) онкології;
- В) хвороб легенів;
- Г) хвороб серця;
- Д) остеохондрозу;
- Е) когнітивного потенціалу.

5. Використання у мові фрази «нести свій хрест» збільшує ризик розвитку:

- А) хвороб серця;
- Б) хвороб легенів;
- В) алергії;
- Г) остеохондрозу;
- Д) гастриту.

6. Висока прискіпливість до інших людей збільшує ризик хвороб:

- А) шлунка;
- Б) крові,
- В) печінки;
- Г) горла;
- Д) нирок.

7. Вставте вірні слова: «Чим _____ емоції проявляються на психологічному рівні, тим _____ на тілесному»:

- А) все зазначене не вірно;
- Б) більше, більше;
- В) менше, менше;
- Г) більше, менше;
- Д) краще, гірше.

8. Д. Чопра виділяє наступні Духовні Закони успіху, крім:

- А) закону призначення;
- Б) закону причини і наслідків;
- В) закону чистої потенційності;
- Г) закону дарування;
- Д) закону найбільшого зусилля.

9. *Емоції смутку та печалі підвищують ризик розвитку хвороб:*

- А) суглобів;
- Б) легенів;
- В) серця;
- Г) горла;
- Д) нирок.

10. *Емоція страху найбільш негативно впливає на здоров'я:*

- А) печінки і жовчного міхура;
- Б) суглобів,
- В) легенів;
- Г) шлунку;
- Д) нирок.

11. *За Г.Сельє стрес включає наступні три стадії (оберіть правильну послідовність):*

- А) виснаження – тривоги – резистентності;
- Б) резистентності – виснаження – тривоги;
- В) тривоги – виснаження – резистентності;
- Г) тривоги – резистентності – виснаження;
- Д) резистентності – тривоги – виснаження.

12. *Методи, спрямовані на зупинку внутрішнього діалогу відносять до методів розвитку наступного потенціалу здоров'я:*

- А) потенціалу волі;
- Б) потенціалу тіла;
- В) потенціалу розуму;
- Г) духовного потенціалу;
- Д) потенціалу почуттів.

13. *Найнижчу частоту має наступна емоція, за Д. Хокінсом:*

- А) страх;
- Б) образа;
- В) почуття сорому;
- Г) почуття вини;
- Д) ганьба.

14. *Першим кроком у 5-кроковій моделі роботи з обмежуючими переконаннями Роберта Дитлса є:*

- А) А насправді, я....;

- Б) Я готовий і хочу в це повірити, що я...;
- В) Й я готовий довести, що я....;
- Г) Раніше я думав, що....;
- Д) Тепер я сумніваюся, що... .

15. Середній палець в системі Джин Шин Джитсу відповідає емоції:

- А) радості;
- Б) сорому;
- В) смутку;
- Г) злості;
- Д) страху.

16. Соціально-психологічний тренінг, тренінги професійного спілкування, сімейна психотерапії – це методи розвитку наступного потенціалу здоров'я:

- А) потенціалу тіла;
- Б) потенціалу волі;
- В) потенціалу розуму;
- Г) громадського потенціалу;
- Д) потенціалу почуттів.

17. Страх дивитися у майбутнє підвищує ризик розвитку:

- А) короткозорості;
- Б) гастриту;
- В) артрозів;
- Г) хвороб горла;
- Д) хвороб серця.

18. Техніка, спрямована на зміну ставлення до ситуації «з ніг на голову» – це:

- А) техніка «інверсія реальності»;
- Б) техніка «довіряю цю проблему Богові»;
- В) техніка зворотного зв'язку;
- Г) техніка Джин Шин Джитсу;
- Д) техніка Хоо-поно-поно.

19. У ABC – моделі А. Елліса «В» – це:

- А) думки, установки;
- Б) все зазначене невірно;
- В) емоція;

- Г) ситуація;
- Д) поведінка.

20. Яку когнітивну помилку використовує людина? «У мене вже тиждень болить живіт зліва під ребрами. Боже, в мене рак шлунку!!!!»

- А) дихотомічне мислення;
- Б) емоційне обґрунтування;
- В) знецінення позитивного;
- Г) гіперузагальнення;
- Д) катастрофізація.

Еталони відповідей до завдань

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
В	Д	А	Б	Г	Б	Б	Д	Б	Д	Г	В	Д	Г	Г	Г	А	А	А	Д

3. Підведення підсумку заняття.

Практичне заняття 3

Тема 3. ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

3.1. Реабілітаційна психологія як галузь психології. Предмет і завдання сучасної психології реабілітаційної діяльності.

3.3. Поняття та види реабілітації.

3.4. Сутність психологічної реабілітації.

3.5. Етапи та завдання медико-психологічної реабілітації.

3.8. Система психологічної реабілітації пацієнтів з соматичними захворюваннями.

3.11. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців (у воєнний час).

Самостійне опрацювання:

Структура, основні напрями і проблеми сучасної психології реабілітаційної діяльності.

Методи психореабілітації.

Реабілітаційний потенціал особистості.

Особливості психологічної реабілітації осіб з психічними розладами.

Психологічна реабілітація осіб із залежностями.

Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців (у воєнний час).

Основні поняття: реабілітація, реабілітаційна психологія, фізична й реабілітаційна медицина, нейрореабілітація, психологічна реабілітація, психолого-педагогічна реабілітація, соціальна реабілітація, професійна реабілітація, реабілітаційна психологія, реабілітація медична, реабілітація професійна, реабілітація екстрена, оцінювання, призначення, втручання, оцінювання результатів реабілітаційної допомоги, психічні розлади з соматичними симптомами (РСС), психосоматичний підхід, конверсійні симптоми, соматопсихічні розлади, депресія.

Література:

Основна

1. Вітенко І. С. Медична психологія: [підручник]. Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
2. Гавенко В. Л. та ін. Практикум з медичної психології. Харків: Оєгіонінформ, 2002. 248 с.
3. Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. Основи медичної психології. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014.
4. Медична психологія: підручник / за редакцією академіка С.Д. Максименка. 3-є вид. доробл. і доповн. Київ: Видавництво «Людмила», 2023. Том І. 512 с.
5. Медична психологія / Спіріна І.Д., Пилягіна Г.Я., Чугунов В.В., Фаузі Є.С., Живілова Я.С., Шевченко Ю.М.: підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І.Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
6. Медична психологія: навч. посіб. / Н.Г. Пшук, М.В. Маркова, А.І. Кондратюк, Л.В. Стукан. [2-ге вид.]. Вінниця: 2012. 134 с.
7. Медична психологія: в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: ПП «Нова Книга», 2020. 288 с.
8. Медична психологія: в 2-х т. Т.2. Спеціальна медична психологія / [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.
9. Шевченко А., Губенко І., Карнацька О. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування. Київ: Медицина, 2021.
10. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. URL: <https://langs.physio-pedia.com/uk/international-classification-of-functioning-disability-and-health-icf-uk>

Допоміжна

1. Вітенко І.С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Харків: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
2. Гавенко В.Л. Практикум з медичної психології. Харків: Регіон-інформ, 2002. 245 с.
3. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
4. Гридковець Л.М. Реабілітаційна психологія. Київ: КІБіТ, 2015. 42 с.
5. Дідковська Л.І. Психологічні аспекти надання паліативної допомоги. *Актуальні питання розвитку стаціонарної та мобільної паліативної допомоги в Україні*: матер. науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Львів, 23 листопада 2019 р.). Львів, 2019. С. 9–13.
6. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2023. 175 с.
7. Лазаревська О., Найдьонова Г. Проблеми психологічної реабілітації людей після травматизму. *Психологія і суспільство*. 2005. № 1. С. 82–86.
8. Магдисюк Л.І., Федоренко Р.П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
9. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Київ, 2007. 114 с.
10. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
11. Оверчук В.А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вінниця: Міленіум, 2007. 295 с.
12. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 1 / заг. ред. Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
13. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 2 / заг. ред. Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.
14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 3 / заг. ред. Л. Гридковець. Київ, 2018. 236 с.
15. Панчук Н.П. Психологічна діагностика професійної придатності фахівця: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2006», 2019. 130 с. URI: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/3545>
16. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р.П. Федоренко та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.
17. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунова; [О.І. Федоренко та ін.]; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків: ХНУВС, 2022. 84 с.
18. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навчальний посібник / за заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. Київ: ВНТУ, 2018. 108 с.
19. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посіб. / уклад. О.Ю. Овчаренко. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.

20. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події: навчально-методичний посібник / автори-упоряд.: Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова; за заг. ред. О. Калашник. Київ: 2022.
21. Спіріна І.Д., Вітенко І.С., Лагутін В.А., Серебрицька, О.В. Основи психологічного консультування в медичній практиці: навч. посіб. Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС. 2004.
22. Тимофієва М.П., Слободська О.В. Психологія здоров'я: підручник. Київ: МЕДПРИНТ. 2022, 600 с.
23. Lazorko, O., Panchuk, N., Borysiuk, O., Kulchytska, A., Borysenko, O., & Khavula, R. (2022). Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity: Neurophysiological Aspects. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 13(1), 324-346. DOI: <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/287>

Аудиторна робота

1. Огляд теоретичних питань.

2. Програмований контроль знань.

1. *Mindfulness* – це стан повної присутності:
 - А) у майбутньому моменті життя;
 - Б) у безперервному потоці думок;
 - В) всі відповіді є невірними;
 - Г) у минулому моменті життя;
 - Д) у теперішньому моменті життя.
2. *Відносно стабільні характеристики людей, які сприятимуть розвитку способів опанування ним – це:*
 - А) стрес-синдром;
 - Б) копінг-стратегії;
 - В) саморегуляція;
 - Г) копінг-ресурси;
 - Д) психологічний захист.
3. *До вправ у методі «Ключ» Х. Алієва належать всі, КРІМ*
 - А) крутитися;
 - Б) «легкий танець»;
 - В) «лижник»;
 - Г) вис назад, вис вперед з нахилом вниз;
 - Д) хльоскання руками по грудині.

4. До групи механізмів психологічного захисту, що спрямовані на відмову від опрацювання травмуючої інформації, відноситься:
- А) проекція;
 - Б) заперечення;
 - В) раціоналізація;
 - Г) сублімація;
 - Д) регресія.
5. До протективних, більш примітивних механізмів психологічного захисту відноситься:
- А) проекція;
 - Б) заперечення;
 - В) сублімація;
 - Г) заміщення;
 - Д) раціоналізація.
6. До технік пасивної медитації належать всі, крім:
- А) концентрація на диханні;
 - Б) мантра-медитація;
 - В) концентрація на медитативній музиці;
 - Г) медитація на процесі їжі;
 - Д) концентрації на різних частинах тіла.
7. Залежно від ефективності виконання завдань, копінг-стратегії можуть бути:
- А) відносно-продуктивними;
 - Б) особистісно-орієнтованими;
 - В) поведінковими;
 - Г) емоційними;
 - Д) когнітивними.
8. Звукосполучення, що емоційно впливають на людину за рахунок виразності, гучності, музичності сказаних слів – це:
- А) мудри;
 - Б) мандали;
 - В) асани;
 - Г) янтри;
 - Д) мантри.

9. Згідно з моделлю BASIC Ph збір інформації, рішення проблем, внутрішня розмова, складання списків дій і переваг становить зміст наступного ресурсного каналу:
- А) спілкування;
 - Б) емоції;
 - В) віра;
 - Г) фізична активність;
 - Д) когніції.
10. Копінг-стратегії, на відміну від психологічного захисту:
- А) розгортаються поступово, крок за кроком.
 - Б) формуються у підсвідомості;
 - В) є вродженими;
 - Г) діють миттєво;
 - Д) діють на зниження психоемоційної напруги.
11. Метод, в основу якого покладені інструментальні прийоми, що дозволяють навчитися свідомому контролю за своїм фізичним та психічним станом – це:
- А) біологічний зворотний зв'язок;
 - Б) аутогенне тренування;
 - В) йога;
 - Г) медитація,
 - Д) ідеомоторне тренування.
12. Механізм психологічного захисту, коли людина переносить на себе характеристики інших, сприймає ці якості як власні – це:
- А) інтроекція;
 - Б) сублімація;
 - В) проекція;
 - Г) заміщення;
 - Д) раціоналізація.
13. Механізм психологічного захисту, суть якого полягає у перенесенні на інших людей власних характеристик (думок, почуттів, якостей особистості), які є характерними для нас, як правило, негативних – це:
- А) проекція;
 - Б) заперечення;
 - В) сублімація;

- Г) регресія;
- Д) раціоналізація.

14. *Оберіть невірну відповідь. «Аутогенне тренування (АТ)» –*

- А) в основі – застосування спеціальних формул самонавіювання;
- Б) пов'язане з перемиканням та зосередженням уваги;
- В) розроблене І. Г. Шультцем;
- Г) розроблене у 1992 р.;
- Д) навчає управлінню деякими вегетативними функціями та психічними процесами.

15. *Один з механізмів психологічного захисту, суть якого – перенаправлення енергії із внутрішньої напруги у соціально прийнятну активність та творчість*

- А) сублімація;
- Б) заміщення;
- В) регресія;
- Г) саморегуляція;
- Д) інтроекція.

16. *Опановуюча поведінка оцінюється як успішна, якщо вона:*

- А) зменшує психологічні прояви напруги;
- Б) оберігає індивіда від психічного виснаження, тобто запобігає дистресу;
- В) всі відповіді є вірними;
- Г) дає особистості можливість відновити достресову активність;
- Д) усуває фізіологічні прояви напруги.

17. *Планомірно повторюване, свідоме, активне уявлення і відчуття навіку, що засвоюється складає суть:*

- А) ідеомоторного тренування;
- Б) візуалізації;
- В) візуомоторного тренування;
- Г) майндфулнесу;
- Д) аутогенного тренування.

18. *Процес зменшення або ліквідації неприємних почуттів, негативних емоцій шляхом поступового вербального пред'явлення проранжованих травмуючих ситуацій – це:*

- А) аутогенне тренування;
- Б) біологічний зворотний зв'язок;

- В) своєрідне знецінення недосяжного об'єкта;
- Г) ідеомоторне тренування;
- Д) психічна десенсибілізація.

19. Схильність людини відкладати неприємні завдання на потім – це:

- А) візуалізація;
- Б) саморегуляція;
- В) систематизація;
- Г) прокрастинація;
- Д) десенсибілізація.

20. Яка з вправ не відноситься до нижчого ступеня аутогенного тренування?

- А) викликання відчуття прохолоди в області чола;
- Б) регуляція діяльності серця, органів черевної порожнини та дихання.
- В) викликання тяжкості (м'язове розслаблення)
- Г) викликання відчуття тепла (розширення судин),
- Д) моделювання емоцій стосовно конкретної життєвої ситуації.

Еталони відповідей до завдань

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Д	Г	Д	Б	Б	Г	А	Д	Д	А	А	А	А	Г	А	В	А	Д	Г	Д

3. Підведення підсумку заняття.

Практичне заняття 4

Тема 4. ТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕС ТА СТАНИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

- 4.1. Поняття про травматичний стрес, психічну травму.
- 4.2. Психофізіологія травми.
- 4.3. Гостра реакція на стрес. Ознаки гострого стресового розладу.
- 4.4. Поняття та чинники розвитку посттравматичного стресового розладу.
- 4.5. Критерії діагностики посттравматичного стресового розладу за МКХ-10 і DSM-V.
- 4.6. Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані.
- 4.8. Психоедукація при роботі з кризовими клієнтами.
- 4.10. Техніки стабілізації психічного стану людини.
- 4.11. Відновлення безперервності життя травмованої людини. Зниження впливу травматичної події на якість життя.
- 4.12. Протоколи TRIM та TID.

Самостійне опрацювання:

Модель VIVO.

Холістичний підхід до відновлення психічного здоров'я пацієнтів з травматичним досвідом.

Травмоорієнтовані методи психологічної допомоги.

Посттравматичне зростання.

Основні поняття: стрес, стрес психічний (емоційний), стадії стресу: стадія тривожності, стадія резистентності, стадія виснаження; психологічне травмування, травматичні ситуації, травмівна подія (ситуація), травматичний стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), ступор, резильєнтність, білатеральна стимуляція.

Література:

Основна

- 1. Вітенко І. С. Медична психологія: [підручник]. Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
- 2. Гавенко В. Л. та ін. Практикум з медичної психології. Харків: Оєгіонінформ, 2002. 248 с.

3. Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. Основи медичної психології. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014.
4. Медична психологія: підручник / за редакцією академіка С.Д. Максименка. 3-є вид. доробл. і доповн. Київ: Видавництво «Людмила», 2023. Том І. 512 с.
5. Медична психологія / Спіріна І.Д., Пилягіна Г.Я., Чугунов В.В., Фаузі Є.С., Живілова Я.С., Шевченко Ю.М.: підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І.Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
6. Медична психологія: навч. посіб. / Н.Г. Пшук, М.В. Маркова, А.І. Кондратюк, Л.В. Стукан. [2-ге вид.]. Вінниця: 2012. 134 с.
7. Медична психологія: в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: ПП «Нова Книга», 2020. 288 с.
8. Медична психологія: в 2-х т. Т.2. Спеціальна медична психологія / [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.
9. Шевченко А., Губенко І., Карнацька О. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування. Київ: Медицина, 2021.
10. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. URL: <https://langs.physio-pedia.com/uk/international-classification-of-functioning-disability-and-health-icf-uk>

Допоміжна

1. Вітенко І.С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Харків: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
2. Гавенко В.Л. Практикум з медичної психології. Харків: Регіон-інформ, 2002. 245 с.
3. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
4. Гридковець Л.М. Реабілітаційна психологія. Київ: КІБіТ, 2015. 42 с.
5. Дідковська Л.І. Психологічні аспекти надання паліативної допомоги. *Актуальні питання розвитку стаціонарної та мобільної паліативної допомоги в Україні*: матер. науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Львів, 23 листопада 2019 р.). Львів, 2019. С. 9–13.
6. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2023. 175 с.
7. Лазаревська О., Найдьонова Г. Проблеми психологічної реабілітації людей після травматизму. *Психологія і суспільство*. 2005. № 1. С. 82–86.
8. Магдисюк Л.І., Федоренко Р.П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
9. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Київ, 2007. 114 с.

10. Наугольник Л.Б. Психология стрессу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
11. Оверчук В.А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вінниця: Міленіум, 2007. 295 с.
12. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 1 / заг. ред. Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
13. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 2 / заг. ред. Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.
14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 3 / заг. ред. Л. Гридковець. Київ, 2018. 236 с.
15. Панчук Н.П. Психологічна діагностика професійної придатності фахівця: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2006», 2019. 130 с. URI: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/3545>
16. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р.П. Федоренко та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.
17. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунова; [О.І. Федоренко та ін.]; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків: ХНУВС, 2022. 84 с.
18. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навчальний посібник / за заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. Київ: ВНТУ, 2018. 108 с.
19. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посіб. / уклад. О.Ю. Овчаренко. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.
20. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події: навчально-методичний посібник / автори-упоряд.: Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова; за заг. ред. О. Калашник. Київ: 2022.
21. Спіріна І.Д., Вітенко І.С., Лагутін В.А., Серебрицька, О.В. Основи психологічного консультування в медичній практиці: навч. посіб. Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС. 2004.
22. Тимофієва М.П., Слободська О.В. Психологія здоров'я: підручник. Київ: МЕДПРИНТ. 2022, 600 с.
23. Lazorko, O., Panchuk, N., Borysiuk, O., Kulchytska, A., Borysenko, O., & Khavula, R. (2022). Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity: Neurophysiological Aspects. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 13(1), 324-346. DOI: <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/287>

Аудиторна робота

1. Огляд теоретичних питань.

2. Програмований контроль знань.

1. *Вкажіть правильну послідовність стадій розвитку симптомів психічної травми:*

А) вплив травмуючої події; гострий стресовий розлад; гостра реакція на стрес; посттравматичний стресовий розлад;

Б) вплив травмуючої події; гостра реакція на стрес; гострий стресовий розлад; посттравматичний стресовий розлад;

В) гострий стресовий розлад; посттравматичний стресовий розлад; вплив травмуючої події; вплив травмуючої події;

Г) жодна з відповідей не є вірною;

Д) гостра реакція на стрес; вплив травмуючої події; гострий стресовий розлад; посттравматичний стресовий розлад.

2. *До стресорів, які виходять за рамки звичайного людського досвіду, відносяться:*

А) сімейний конфлікт;

Б) важка хронічна хвороба;

В) повінь;

Г) втрата близької людини, що відбулася в силу природних причин;

Д) втрата роботи.

3. *Жінка розповідає, що у її чоловіка, який 3 місяці потому повернувся із зони бойових дій, бувають напади, коли він падає на землю, притискається, ніби ховається від когось або чогось. Це прояв:*

А) жодна з відповідей не є вірною;

Б) бойової астенізації;

В) синдрому «солдатського серця»;

Г) флешбек-синдрому;

Д) «комбатантної» психопатії.

4. *Зберігати свідомі спогади про травматичну ситуацію як про цілісний досвід НЕ дозволяє:*

А) виділення кортизолу у момент травми;

Б) відповіді є не вірними;

В) виділення великої кількості опіатів і ендорфінів в момент травми;

Г) блокада зони Брока;

Д) поділ систем пам'яті в амігдале і гіпокампі.

5. *Нездатність згадати про важливі аспекти травми (психогенна амнезія) – це симптом ПТСР, що відноситься до групи:*

- А) повторного переживання;
- Б) всі відповіді є не вірними;
- В) уникнення;
- Г) всі відповіді є вірними;
- Д) загальної психічної збудливості / загальмованості.

6. *Оберіть правильну відповідь:*

- А) білатеральна стимуляція проводиться шляхом поплескування одночасно по лівому та правому плечу;
- Б) білатеральна стимуляція проводиться шляхом поплескування одночасно по лівому та правому коліну;
- В) білатеральна стимуляція викликає у мозку відповідь у вигляді ритмів глибокого сну;
- Г) немає правильної відповіді;
- Д) білатеральна стимуляція викликає у мозку відповідь у вигляді ритмів швидкого сну.

7. *Ознаками травматичної ситуації другого типу є всі, крім:*

- А) дисоціація, заперечення, намбінг, усунутість, зловживання алкоголем і іншими психоактивними речовинами як спроба захиститися від непереносних переживань;
- Б) для спогадів про такого роду події характерна неясність і неоднорідність;
- В) варіативність, множинність, пролонгованість, повторюваність травматичної події або ситуації, її передбачуваність;
- Г) почуття безпорадності у запобіганні травмі;
- Д) сліди у пам'яті носять яскравий і конкретний характер.

8. *Ознаками травматичної ситуації першого типу є всі, крім:*

- А) ізольоване, рідкісне травматичне переживання;
- Б) короткостроковість травматичної події;
- В) з великою вірогідністю проявляється класичне повторне переживання травматичного досвіду;
- Г) дисоціація, заперечення як психологічний захист від непереносних переживань;
- Д) несподіваність, раптовість події.

9. Основними ознаками ступору є всі, крім:

- А) напруга окремих груп м'язів;
- Б) відсутність можливості чути;
- В) різке зниження або відсутність довільних рухів і мови;
- Г) «застигання» у певній позі, заціпеніння (numbing), стан повної нерухомості;
- Д) відсутність реакцій на зовнішні подразники.

10. Прийом «взяти потерпілого за плечі і сильно, різко потрясти протягом 10-15 секунд» доцільно використовувати при наступному гострому стресовому стані:

- А) нервовому тремтінні;
- Б) руховому збудженні;
- В) ступорі;
- Г) апатії;
- Д) істериці.

11. Прийом «захоплення» ззаду використовується при:

- А) маренні;
- Б) нервовому тремтінні;
- В) руховому збудженні;
- Г) ступорі;
- Д) агресії.

12. Прийом «зігніть потерпілому пальці на обох руках і притисніть їх до основи долоні; великі пальці повинні бути виставлені назовні» використовується при:

- А) руховому збудженні;
- Б) маренні;
- В) агресії;
- Г) нервовому тремтінні;
- Д) ступорі.

13. Прийом «несподівано зробите дію, яка може сильно здивувати» застосовується при:

- А) апатії;
- Б) нервовому тремтінні;
- В) руховому збудженні;
- Г) істериці;
- Д) ступорі.

14. Психічна травма – це переживання, потрясіння, яке у більшості людей викликає страх, жах і _____:

- А) гнів;
- Б) всі відповіді є вірними;
- В) безпорадність;
- Г) образу;
- Д) злість.

15. Техніка «Безпечне місце» відноситься до технік:

- А) переключення;
- Б) дистанціювання;
- В) розслаблення;
- Г) внутрішній помічник;
- Д) всі відповіді є не вірними.

16. Техніка «Трясучка» відноситься до технік:

- А) розслаблення;
- Б) дистанціювання;
- В) внутрішній помічник;
- Г) переключення;
- Д) всі відповіді є не вірними.

17. Утруднення засипання або збереження сну – це симптом ПТСР, що відноситься до групи:

- А) повторного переживання;
- Б) загальної психічної збудливості / загальмованості;
- В) уникнення;
- Г) всі відповіді є не вірними;
- Д) всі відповіді є вірними.

18. Флешбеки – це симптом ПТСР, що відноситься до групи:

- А) загальної психічної збудливості / загальмованості;
- Б) повторного переживання;
- В) уникнення;
- Г) всі відповіді є не вірними;
- Д) всі відповіді є вірними.

19. Як правило, симптоми гострого стресового розладу з'являються:

- А) в межах 3 – 30 днів після впливу травматичної події;
- Б) через 30 днів і більше (до 2 місяців) після впливу травматичної події;

- В) через 6 місяців і більше після впливу травматичної події;
 Г) через декілька років після впливу травматичної події;
 Д) моментально або через декількох годин після впливу травматичної події.

20. Яка фаза переживання травматичної ситуації починається відразу після дії травмуючого фактора?

- А) депресії;
 Б) зцілення;
 В) агресії і вини;
 Г) заперечення і шоку;
 Д) всі відповіді є невірними.

Еталони відповідей до завдань

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Б	В	Г	Д	В	Д	Д	Г	Б	А	В	Д	Г	В	Б	А	Б	Б	А	Г

3. Підведення підсумку заняття.

Практичне заняття 5

Тема 5. ПСИХОЛОГІЯ ВТРАТИ ТА ГОРЮВАННЯ

- 5.1. Поняття та класифікації втрат. Неоднозначна втрата.
 5.2. Поняття та ознаки гострого горя.
 5.3. Етапи переживання горя. Нормальне та патологічне горе.
 5.6. Психологічна допомога людині у стані горя.
 5.7. Особливості консультативної практики військовослужбовців, які мають важкі наслідки бойових поранень (ампутація кінцівки, втрата зору, зміна зовнішності).

Основні поняття: втрата, типи неоднозначної втрати: фізична, психологічна, горе, процес горювання, гостре горе, інтегроване горе, ускладнене горе, експозиція уявна, експозиції in vivo, скорбота.

Самостійне опрацювання:

Різновиди та критерії діагностики патологічного (ускладненого) горя.
 Основні задачі «роботи горя» за Ворденом.

Особливості консультативної практики військовослужбовців, які мають важкі наслідки бойових поранень (ампутація кінцівки, втрата зору, зміна зовнішності).

Література:

Основна

1. Вітенко І. С. Медична психологія: [підручник]. Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
2. Гавенко В. Л. та ін. Практикум з медичної психології. Харків: Оєгіонінформ, 2002. 248 с.
3. Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. Основи медичної психології. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014.
4. Медична психологія: підручник / за редакцією академіка С.Д. Максименка. 3-є вид. доробл. і доповн. Київ: Видавництво «Людмила», 2023. Том І. 512 с.
5. Медична психологія / Спіріна І.Д., Пилягіна Г.Я., Чугунов В.В., Фаузі Є.С., Живілова Я.С., Шевченко Ю.М.: підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І.Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
6. Медична психологія: навч. посіб. / Н.Г. Пшук, М.В. Маркова, А.І. Кондратюк, Л.В. Стукан. [2-ге вид.]. Вінниця: 2012. 134 с.
7. Медична психологія: в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: ПП «Нова Книга», 2020. 288 с.
8. Медична психологія: в 2-х т. Т.2. Спеціальна медична психологія / [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.
9. Шевченко А., Губенко І., Карнацька О. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування. Київ: Медицина, 2021.
10. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. URL: <https://langs.physio-pedia.com/uk/international-classification-of-functioning-disability-and-health-icf-uk>

Допоміжна

1. Вітенко І.С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Харків: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
2. Гавенко В.Л. Практикум з медичної психології. Харків: Регіон-інформ, 2002. 245 с.
3. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
4. Гридковець Л.М. Реабілітаційна психологія. Київ: КІБіТ, 2015. 42 с.
5. Дідковська Л.І. Психологічні аспекти надання паліативної допомоги. *Актуальні питання розвитку стаціонарної та мобільної паліативної допомоги в Україні: матер. науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Львів, 23 листопада 2019 р.)*. Львів, 2019. С. 9–13.

6. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2023. 175 с.
7. Лазаревська О., Найдьонова Г. Проблеми психологічної реабілітації людей після травматизму. *Психологія і суспільство*. 2005. № 1. С. 82–86.
8. Магдисюк Л.І., Федоренко Р.П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
9. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Київ, 2007. 114 с.
10. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
11. Оверчук В.А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вінниця: Міленіум, 2007. 295 с.
12. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 1 / заг. ред. Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
13. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 2 / заг. ред. Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.
14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 3 / заг. ред. Л. Гридковець. Київ, 2018. 236 с.
15. Панчук Н.П. Психологічна діагностика професійної придатності фахівця: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2006», 2019. 130 с. URL: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/3545>
16. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р.П. Федоренко та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.
17. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунова; [О.І. Федоренко та ін.]; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків: ХНУВС, 2022. 84 с.
18. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навчальний посібник / за заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. Київ: ВНТУ, 2018. 108 с.
19. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посіб. / уклад. О.Ю. Овчаренко. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.
20. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події: навчально-методичний посібник / автори-упоряд.: Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова; за заг. ред. О. Калашник. Київ: 2022.
21. Спіріна І.Д., Вітенко І.С., Лагутін В.А., Серебрицька, О.В. Основи психологічного консультування в медичній практиці: навч. посіб. Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС. 2004.
22. Тимофієва М.П., Слободська О.В. Психологія здоров'я: підручник. Київ: МЕДПРИНТ. 2022, 600 с.
23. Lazorko, O., Panchuk, N., Borysiuk, O., Kulchytska, A., Borysenko, O., & Khavula, R. (2022). Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity: Neurophysiological Aspects. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 13(1), 324-346. DOI: <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/287>

Аудиторна робота

1. Огляд теоретичних питань.

2. Програмований контроль знань.

1. *«Фаза пошуку» за Ф. Василюком характеризується наступною ознакою:*

А) всі відповіді є невірними;

Б) ослаблена чутливість дозволяє свідомості деякий час жити за двома законами: по відношенню до зовнішньої дійсності – за принципом реальності, а по відношенню до втрати – за принципом "задоволення";

В) у цій фазі відбувається відділення, розрив і знищення старого зв'язку, народжується новий зв'язок;

Г) часові межі цього періоду – через два місяці після смерті близької людини;

Д) образ померлого займає своє постійне місце у тривалому смисловому цілому життя скорботного.

2. *Виборче забування чогось, пов'язаного з померлим, фраза «я не сумую» свідчить про:*

А) заперечення факту втрати;

Б) всі відповіді є вірними;

В) заперечення незворотності втрати;

Г) заперечення значущості втрати;

Д) всі відповіді є невірними.

3. *Гостре горе характеризується наступними проявами, крім:*

А) поглиненість образом втраченої людини;

Б) протиставлення себе із втратою;

В) відчуття провини;

Г) фізичні страждання;

Д) ворожі реакції.

4. *Для діагностики клінічної депресії тривалість її симптомів повинна бути:*

А) один тиждень;

Б) не має значення;

В) три тижні;

Г) два тижні;

Д) місяць.

5. До критеріїв діагностики неускладненого горя належать всі, крім:

- А) наявність динаміки процесу;
- Б) поява позитивних почуттів протягом перших 6 місяців після втрати;
- В) перехід від інтегрованого горя до неінтегрованого;
- Г) здатність людини визнати факт втрати, знайти нові конструктивні способи балансування внутрішніх і зовнішніх реалій;
- Д) можливість періодичного відволікання уваги від хворобливих переживань.

6. До критеріїв діагностики неускладненого горя належать всі, крім:

- А) поява позитивних почуттів протягом перших 6 місяців після втрати;
- Б) здатність пацієнта визнати факт втрати;
- В) динаміка процесу горювання;
- Г) можливість періодичного відволікання уваги від хворобливих переживань;
- Д) перехід від інтегрованого горя до гострого.

7. До психологічної неоднозначної втрати належать всі, крім:

- А) адикції;
- Б) хвороби Альцгеймера;
- В) трудового ліризму;
- Г) аутизму;
- Д) зниклих без вісті.

8. До фізичного типу неоднозначної втрати належать всі, крім:

- А) зниклих без вісті;
- Б) хвороби Альцгеймера;
- В) міграції;
- Г) перебування у в'язниці;
- Д) викрадення людини.

9. Е.Линдемман виділив наступні п'ять стадій горя, КРІМ:

- А) заперечення;
- Б) жаль, відчай, депресія;
- В) обурення, гнів;
- Г) прийняття;
- Д) непримирення.

10. За час «роботи горя» повинні бути вирішені наступні завдання:

- А) визнання втрати;
- Б) створення нових емоційно насичених зв'язків;

В) вироблення умінь справлятися з тими областями життя, де вплив померлого був найбільш помітним;

Г) всі відповіді є вірними;

Д) відкрите проживання почуттів.

11. Людина, яка горює повідомляє, що чує кроки померлого, зустрічає його швидкоплинний образ в натовпі, впізнає знайомі запахи і так далі. Про який симптом гострого горя йде мова?

А) ворожі реакції;

Б) поглиненість образом втраченої людини;

В) фізичні страждання;

Г) протиставлення себе із втратою;

Д) відчуття провини.

12. Один або декілька ознак горя спотворюються або надмірно посилюються при наступній формі ускладненого горя:

А) хронічному горі;

Б) відставленому горі;

В) несподіваному горі;

Г) конфліктному горі;

Д) пригніченому горі.

13. Ознаками закінчення «роботи горя» є всі, КРІМ

А) почуття стають зверненими на реальні об'єкти;

Б) людина стає досить адаптивною;

В) може говорити про померлого без болю;

Г) всі відповіді є вірними;

Д) почуття звернені на померлий об'єкт.

14. Переживання горя носить постійний характер, інтеграції втрати не настає при наступній формі ускладненого горя:

А) конфліктному горі;

Б) пригніченому горі;

В) несподіваному горі;

Г) відставленому горі;

Д) хронічному горі.

15. Про який симптом гострого горя свідчить наступне: «У висловлюваннях і вчинках людини з'являються риси поведінки померлого або ознаки його останнього захворювання»?

А) ворожі реакції;

- Б) фізичні страждання;
- В) поглиненість образом втраченої людини;
- Г) ідентифікація себе із втратою;
- Д) відчуття провини.

16. *Прояви горя незначні або повністю відсутні. Замість них з'являються соматичні скарги, ознаки хвороби, що відзначалися у померлого, з подальшим розвитком тривалої іпохондрії. Про яку форму ускладненого горя йде мова?*

- А) відставлене горе;
- Б) хронічне горе;
- В) пригнічене горе;
- Г) несподіване горе;
- Д) конфліктному горі.

17. *Соціальна заборона на нові відносини горюючої людини відноситься до перешкод при вирішенні _____ задачі «роботи горя».*

- А) всі відповіді є не вірними;
- Б) створення нових емоційно насичених зв'язків;
- В) визнання втрати;
- Г) відкрите проживання почуттів;
- Д) вироблення умінь справлятися з тими областями життя, де вплив померлого був найбільш помітним.

18. *Теорію «неоднозначної втрати» розробив(ла):*

- А) Елізабет Кюблер-Рос;
- Б) Паулін Бос;
- В) Джоуль Тейтелбаум;
- Г) немає правильної відповіді;
- Д) Еріх Линдемманн.

19. *Яке з тверджень є вірним?*

- А) включення горюючого до груп підтримки є доцільним не раніше, ніж через пів-року;
- Б) включення горюючого до груп підтримки є доцільним через місяць після втрати;
- В) всі відповіді є не вірними;
- Г) включення горюючого до груп підтримки, – чим раніше, тим краще;
- Д) включення горюючого до груп підтримки є доцільним через рік-два після втрати.

20. Яке з тверджень є невірним?

А) переживання горя хоч і є індивідуальним процесом, але підкоряється певним закономірностям;

Б) у реальному житті динаміка етапів горя не буває лінійною, вони нагадують цикли, що накладаються один на одного;

В) динаміка етапів горя є лінійною, вони йдуть послідовно один за одним;

Г) процес горювання – це процес універсальний, що проживається зі схожими психологічними реакціями усіма суб'єктами процесу втрати;

Д) всі відповіді є вірними.

Еталони відповідей до завдань

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Б	Г	Б	Г	В	Д	Г	Б	Д	Г	Б	Г	Д	Д	Г	В	Б	Б	А	В

3. Підведення підсумку заняття.

Практичне заняття 6

Тема 6. ПСИХОЛОГІЯ ВМИРАННЯ ТА СМЕРТІ

- 6.1. Поняття біологічної та клінічної смерті. Смерть як екзистенційне явище.
- 6.2. Поведінка і суб'єктивні переживання вмираючих. Динаміка психологічних реакцій вмираючих за Е. Кюблер-Росс.
- 6.4. Психологічна складова паліативної допомоги.
- 6.5. Евтаназія: за і проти.
- 6.7. Суїцидальна поведінка як форма кризового реагування. Індикатори суїцидального ризику.
- 6.8. Антисуїцидальні чинники. Профілактика і раннє розпізнавання суїцидальних тенденцій.

Самостійне опрацювання:

Термінальний хворий і якість його життя.

Танатотерапія.

План антисуїцидальної безпеки.

Основні поняття: смерть, смерть біологічна, смерть клінічна, паліативна медицина, еутаназія, активна еутаназія, еутаназія пасивна, самогубство, суїцидальна поведінка, спроба самогубства, спроба самогубства невдала, суїцидальні думки (ідеї), суїцидальні наміри, летальність суїцидальної поведінки, навмисне заподіяння собі шкоди, пресуїцид, суїцидальна predisпозиція, латентний пресуїцид, маніфестний пресуїцид, гострий пресуїцид, суїцидальні дії, помста.

Література:

Основна

1. Вітенко І. С. Медична психологія: [підручник]. Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
2. Гавенко В. Л. та ін. Практикум з медичної психології. Харків: Оєгіонінформ, 2002. 248 с.
3. Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. Основи медичної психології. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014.
4. Медична психологія: підручник / за редакцією академіка С.Д. Максименка. 3-е вид. доробл. і доповн. Київ: Видавництво «Людмила», 2023. Том І. 512 с.
5. Медична психологія / Спіріна І.Д., Пилягіна Г.Я., Чугунов В.В., Фаузі Є.С., Живілова Я.С., Шевченко Ю.М.: підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І.Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
6. Медична психологія: навч. посіб. / Н.Г. Пшук, М.В. Маркова, А.І. Кондратюк, Л.В. Стукан. [2-ге вид.]. Вінниця: 2012. 134 с.
7. Медична психологія: в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: ПП «Нова Книга», 2020. 288 с.
8. Медична психологія: в 2-х т. Т.2. Спеціальна медична психологія / [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.
9. Шевченко А., Губенко І., Карнацька О. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування. Київ: Медицина, 2021.
10. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. URL: <https://langs.physio-pedia.com/uk/international-classification-of-functioning-disability-and-health-icf-uk>

Допоміжна

1. Вітенко І.С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Харків: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
2. Гавенко В.Л. Практикум з медичної психології. Харків: Регіон-інформ, 2002. 245 с.
3. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.

4. Гридковець Л.М. Реабілітаційна психологія. Київ: КІБіТ, 2015. 42 с.
5. Дідковська Л.І. Психологічні аспекти надання паліативної допомоги. *Актуальні питання розвитку стаціонарної та мобільної паліативної допомоги в Україні*: матер. науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Львів, 23 листопада 2019 р.). Львів, 2019. С. 9–13.
6. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2023. 175 с.
7. Лазаревська О., Найдьонова Г. Проблеми психологічної реабілітації людей після травматизму. *Психологія і суспільство*. 2005. № 1. С. 82–86.
8. Магдисюк Л.І., Федоренко Р.П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
9. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Київ, 2007. 114 с.
10. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
11. Оверчук В.А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вінниця: Міленіум, 2007. 295 с.
12. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 1 / заг. ред. Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
13. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 2 / заг. ред. Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.
14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 3 / заг. ред. Л. Гридковець. Київ, 2018. 236 с.
15. Панчук Н.П. Психологічна діагностика професійної придатності фахівця: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2006», 2019. 130 с. URI: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/3545>
16. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р.П. Федоренко та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.
17. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунова; [О.І. Федоренко та ін.]; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків: ХНУВС, 2022. 84 с.
18. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навчальний посібник / за заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. Київ: ВНТУ, 2018. 108 с.
19. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посіб. / уклад. О.Ю. Овчаренко. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.
20. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події: навчально-методичний посібник / автори-упоряд.: Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова; за заг. ред. О. Калашник. Київ: 2022.
21. Спіріна І.Д., Вітенко І.С., Лагутін В.А., Серебрицька, О.В. Основи психологічного консультування в медичній практиці: навч. посіб. Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС. 2004.

22. Тимофієва М.П., Слободська О.В. Психологія здоров'я: підручник. Київ: МЕДПРИНТ. 2022, 600 с.
23. Lazorko, O., Panchuk, N., Borysiuk, O., Kulchytska, A., Borysenko, O., & Khavula, R. (2022). Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity: Neurophysiological Aspects. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 13(1), 324-346. DOI: <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/287>

Аудиторна робота

1. Огляд теоретичних питань.

2. Програмований контроль знань.

1. Повторна фаза помирання – це:
 - А) клінічна смерть;
 - Б) біологічна смерть;
 - В) вбивство;
 - Г) вмирання.
2. Яку з фаз пристосування до думок про смерть характеризують такі запитання: «Чому саме я?», «Чому ця біда трапилася зі мною, а не з ним?»
 - А) гнів;
 - Б) заперечення;
 - В) торг/торгівля;
 - Г) депресія;
 - Д) прийняття смерті.
3. Умисні дії чи бездіяльність медичних працівників, які здійснюються ними за наявності письмово оформленого клопотання пацієнта, який перебуває у стані, коли усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, з дотриманням законодавчо встановлених умов, з метою припинення його фізичних, психологічних і моральних страждань, у результаті яких реалізується право на гідну смерть – це:
 - А) евтаназія;
 - Б) паліативна медицина;
 - В) хоспісна допомога;
 - Г) всі відповіді правильні.

4. *Період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації. В даному випадку мова йде про*
- А) пресуїцид;
 - Б) суїцидальні наміри;
 - В) самогубство;
 - Г) навмисне заподіяння собі шкоди.
5. *Стан психологічної кризи, пряма загроза здійснення суїцидальних дій: виявляється надцінним характером суїцидальних думок, суїцидальними тенденціями, цілеспрямованим пошуком засобів здійснення суїцидальних дій, прямими або непрямими «прощаннями» з близькими, неадекватними формами поведінки («злий віщий» спокій, ідеотормоторна розгальмованість, ажитація) характеризують стадію:*
- А) гострий пресуїцид;
 - Б) маніфестний пресуїцид;
 - В) латентний пресуїцид;
 - Г) суїцидальна диспозиція;
 - Д) суїцидальні дії.
6. *Передбачає не позбавлення життя, а лише демонстрацію цього наміру. Іноді така демонстрація може закінчуватися завершеним суїцидом внаслідок недоврахування реальних обставин. Про яку форму суїцидів йде мова?*
- А) Справжні (істинні) самогубства, замаху і тенденції;
 - Б) Демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка;
 - В) Самоушкодження;
 - Г) Правильної відповіді немає.
7. *Виникають в ситуації конфлікту, коли об'єктивна його ланка ворожа або агресивна по відношенню до суб'єкта, а сенс суїциду полягає в негативному впливі на об'єктивну ланку. Про який різновид суїцидів йде мова?*
- А) Протестні форми;
 - Б) Сенс суїцидальної поведінки типу «заклику»;
 - В) При суїциді з мотивом «уникнення»;
 - Г) «Самопокарання»;
 - Д) При суїциді «відмови».

8. *Потенційно самопошкожуюча поведінка з доказами (явним або неявним) про те, що людина мала намір померти, але припинила спробу до нанесення фізичної шкоди – це:*
- А) невдала спроба самогубства;
 - Б) суїцидальні думки (ідеї);
 - В) суїцидальні наміри;
 - Г) навмисне заподіяння собі шкоди.
9. *«Метод відкладеного шприца». Це інша назва поняття:*
- А) пасивна евтаназія;
 - Б) активна евтаназія;
 - В) дістаназія;
 - Г) танатологія.
10. *У якій фазі треба створювати впевненість у хворого в тому, що він не залишиться один наодинці зі своєю смертю (контекст – «Я Вас не залишу»).*
- А) Гнів;
 - Б) Заперечення;
 - В) Торг/торгівля;
 - Г) Депресія;
 - Д) Прийняття смерті.

Еталони відповідей до завдань

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
А	А	А	А	А	Б	А	А	А	Д

3. Підведення підсумку заняття.

МУЛЬТИМЕДІЙНІ ПРЕЗЕНТАЦІЇ ЛЕКЦІЙ

ЛЕКЦІЯ 1

Тема 1. Медична психологія як галузь психологічної науки

1

План лекції

1. Поняття медичної психології, її об'єкт предмет. Завдання медичної психології.
2. Основні методи дослідження
3. Порівняння медичної і клінічної психології.
4. Структура медичної психології.
5. Зв'язок медичної психології з іншими науками.
6. Особливості психологічної реабілітації під час воєнного часу.

2

Самостійне опрацювання:

Історія розвитку медичної психології.

Прикладні галузі медичної психології: психологічна просвіта (психоедукація), психопрофілактика, психогігієна, психологія здоров'я, клінічна психодіагностика, медико-психологічне консультування, коучинг здоров'я, психотерапія, психореабілітація.

Сучасні тенденції розвитку медичної психології.

Основні поняття медичної психології.

3

Поняття медичної психології, її об'єкт та предмет



Медична психологія – наука, що вивчає психологічні особливості людей з різними захворюваннями, методи і способи діагностики психічних відхилень, диференціації психологічних феноменів і психопатологічних симптомів і синдромів, психологію взаємин пацієнта і медичного працівника, психопрофілактичні, психокорекційні і психотерапевтичні способи допомоги пацієнтам, а також теоретичні аспекти психосоматичних і соматопсихічних взаємовпливів (С.Д. Максименко).

4

Медична психологія



При вивченні психіки пацієнта особливе місце в медичній психології займає виявлення за допомогою різних психологічних методик захворювань та механізмів їх виникнення. При цьому найбільш важливим є вивчення ролі у виникненні та перебігу хвороб психотравмуючих факторів психогенного характеру, а також дослідження особливостей особистісної реакції людини на своє захворювання (індивідуальне і соціальне значення хвороби). Так само при вивченні взаємодії і спілкування медичних працівників з хворими особливо підкреслюється, що пацієнт для лікаря не тільки об'єкт діагностики і терапії, але і суб'єкт зі своїм складним внутрішнім психологічним світом, що індивідуально реагує на хворобу і умови мікросоціального середовища.

5

Медична психологія



Загальна медична психологія займається вивченням змін психіки людини, які викликані певним захворюванням, поведінки медичних працівників, психологічного клімату лікувально-профілактичних установ різного типу, впливом психіки на фізичний стан людини і навпаки, основними особливостями, що характеризують індивідуальність людини (темперамент, характер, особистість) і їх можливі зміни в процесі онтогенезу; етика і деонтологія.

Приватна медична психологія займається вивченням індивідуальних особливостей психіки пацієнтів з різними захворюваннями: пацієнтів з психічною патологією; осіб, які страждають на захворювання, що вимагають хірургічного втручання; психологічні особливості осіб, які страждають на вроджені та набуті дефекти; психологічні особливості громадян при проведенні різних видів експертиз, у тому числі військово – лікарської, судової, медико – соціальної, психічні особливості осіб, що страждають на хімічні і нехімічні залежності, а також психічні особливості хворих при будь-якій іншій соматичній патології.

6

Спеціальна медична психологія



Спеціальна медична психологія розкриває провідні аспекти лікарської етики при спілкуванні з конкретним пацієнтом і при певних формах захворювань. При цьому основну увагу приділяють:

- особливості психології пацієнта з межевими (пограничними) формами нервово психічних розладів (найбільш вразливі і чутливі пацієнти), котрі фактично є об'єктом діяльності лікаря будь-якої спеціальності;
- психології пацієнтів на етапах підготовки, проведення хірургічних втручань і у післяопераційному періоді;
- особливості психології пацієнтів з серцево-судинними, інфекційними, онкологічними, гінекологічними, нервовими, шкірними, психічними формами патології.

7

Цілі медичної психології

вивчення впливу певних захворювань на психіку	вивчення різних виявів психіки у їхній динаміці	вивчення порушень розвитку психіки	вивчення характеру взаємин хворої людини з медичним персоналом і мікросередовищем оточення	розробка принципів і методів психологічного дослідження в клініці	створення і вивчення психологічних методів впливу на психіку людини з лікувальною і профілактичною метою

8



Предмет вивчення медичної психології

Особистість хворої людини в широкому розумінні цього слова (різноманітні і глибокі зрушення в психічній діяльності душевнохворих докладно вивчаються спеціальною наукою – психіатрією), медичний працівник, взаємини хворого і медичних працівників на різних етапах їхнього спілкування. При цьому різні суміжні проблеми розглядаються стосовно до основної задачі – наданню максимальної допомоги пацієнтові.

9

Методологічні принципи дослідження

Основою для проведення експериментально-психологічних досліджень служать **методологічні принципи**, які відносяться до фундаментальних, загальних принципів дослідження, запозичених психологічною наукою на етапі її перетворення в самостійну наукову дисципліну з філософії. Це принципи детермінізму, єдності свідомості і діяльності, формування свідомості і діяльності, розвитку психічного процесу при безпосередньому спілкуванні і діяльності, а також принцип моделювання і системний підхід, який використовується при описі складних об'єктів, до числа яких, безперечно, належить і психічна діяльність людини.

10

Методи отримання психологічних фактів



Медична психологія в своїй діяльності використовує два основних методи отримання психологічних фактів:

метод спостереження (описовий метод) і метод експерименту.

11

Методи отримання психологічних фактів: спостереження



Спостереження – це систематичне, цілеспрямоване відстеження проявів психіки людини в певних умовах. Невтручання дослідника (об'єкт спостереження не знає, що за ним спостерігають) з очікуванням, коли явища котрі їх цікавлять проявляться таким чином, що їх можна буде зафіксувати і описати, є найбільш важливою характеристикою даного методу.

12

Види спостереження

Розрізняють такі види спостереження:

- зріз;
- лонгітюдне;
- суцільне;
- вибіркове;
- включене ;
- самоспостереження



13

Самоспостереження (інтроспекція)



Вивчення власних психічних процесів здійснюється шляхом самоспостереження (інтроспекції).

14

Наукове спостереження



Наукове спостереження вимагає постановки чіткої мети і планування. Заздалегідь визначається, які саме психічні явища будуть цікавити спостерігача, по яких зовнішніх проявах їх можна простежувати, в яких умовах буде відбуватися спостереження і яким чином передбачається фіксувати результати.

15

Методологічні підходи в основі експериментально-психологічного вивчення особистості хворих

В основі експериментально-психологічного вивчення особистості хворих в соматичній клініці може лежати один з двох методологічних підходів:

один з них передбачає цілісний опис всієї констеляції особистісних рис і спирається на особистісну типологію акцентуацій А.Є. Лічко, К.Леонгарда або типологію психопатій П. Ганнушкіна;

другий заснований на послідовному вивченні окремих рис, властивостей, характеристик, для оцінки наявності і вираженості яких використовуються різні експериментально-психологічні методи.

16

Експеримент



При природному експерименті обстежуваний може навіть не підозрювати, що він піддається психологічному дослідженню. Звичайність, природність умов і введення на цьому тлі експериментальних змінних дозволяє досліднику простежити дію цих змінних і тим самим встановити їх роль та особливості впливу на досліджуване явище.



Лабораторний експеримент проводять в спеціально створених умовах, часто із застосуванням апаратури. Випробуваний знає, що над ним експериментують і дії його визначаються інструкцією. При експерименті потрібно враховувати фактори які піддаються (контрольовані змінні – стать, вік та інше), і не піддаються контролю (зацікавленість чи байдужість випробуваного до дослідження, його настрій, тощо).

Виділяють два основні різновиди психологічного експерименту: природний і лабораторний.

17



Подвійний сліпий метод



При проведенні психологічного експерименту використовується подвійний сліпий метод, коли випробовувані не мають інформації щодо прийнятих гіпотез, а експериментатор не знає, чи введено в даному дослідженні незалежна змінна (наприклад, замість досліджуваного препарату дається зовні схожу, але нейтральну речовину – "плацебо").

18

Додаткові методи дослідження



Крім основних методів дослідження в медичній психології застосовуються також і ряд додаткових методів.

До них відносяться метод тестів, моделювання, метод аналізу продуктів діяльності людини, бесіда (опитування).



Розрізняють інтелектуальні тести, тести досягнень і спеціальних здібностей (перцептивних, мнемічних, розумових, музичних, професійних та ін.), особистісні тести (інтересів, установок, цінностей), а також тести діагностують міжособистісні відносини.

19

Психодіагностика



Як самостійна область психології вона орієнтує дослідника не на дослідження, а на обстеження, тобто постановку психологічного діагнозу.

Психологічний діагноз, як основна мета діагностики, може встановлюватися на різних рівнях:

перший рівень – симптоматичний (емпіричний) діагноз;

другий рівень – етіологічний діагноз;

третій рівень – типологічний діагноз.

20

Моделювання



Моделювання як метод застосовується в тому випадку, коли дослідити досліджуване явище іншими способами утруднено. Створена штучна модель досліджуваного феномену повинна повторювати його основні параметри і передбачувати властивості.

21

Метод аналізу продуктів діяльності



Продуктами діяльності людей є створені ними різні речі, написані книги, листи, винаходи тощо. По них можна певною мірою судити про особливості діяльності, яка призвела до їх створення і включених у цю діяльність психічних процесів.

22

Бесіда



Бесіда – це з'ясування за допомогою системи спеціально підібраних питань тих чи інших особливостей психічних явищ або психічних якостей людини. Можна виділити наступні різновиди цього методу: збір анамнезу, інтерв'ю та психологічні анкети.

23

Інтерв'ю



Інтерв'ю – вид бесіди, при якому ставиться завдання отримати відповіді на певні і заздалегідь підготовлені питання. Інтерв'ю може мати різні різновиди в залежності від його цілей і ступеня стандартизації. При програмному, керованому інтерв'ю має місце суворе дотримання наміченого плану бесіди. Воно дає можливість гарної квантифікації понять і порівняння відповідей різних обстежуваних.

Діагностичне інтерв'ю. Головна умова успішного проведення бесіди або інтерв'ю є створення дружньої атмосфери і залучення пацієнта до співпраці, встановлення контакту з опитуваним.

24

Група питань при психологічному дослідженні

- ☐ прямі
- ☐ непрямі
- ☐ проєктивні
- ☐ сугестивні

Під час проведення бесіди своїми позиціями дослідник повинен дати пацієнту відчуття атмосфери поблажливості, так щоб пацієнт міг вільно виявляти свої почуття, дослідник приймає пацієнта таким, який він є.

25



Анкетування

Анкетування має місце в тому випадку, коли питання і відповіді подаються в письмовій формі.

26

Порівняння медичної і клінічної психології

А. Lewicki визначає три різні точки зору на предмет клінічної психології в американській літературі.

Перша характеризується тим, що зводить вивчення клінічної психології до виявлення психічних розладів, які виникають у зв'язку з певними захворюваннями;

згідно з **другою** – клінічну психологію розуміють як ідеографічну психологічну дисципліну, що займається вивченням психічних виявів особистості (сюди включають професійні консультації, консультування студентів коледжів, дослідження керівників підприємств);

з **третьої** точки зору клінічну психологію розглядають як галузь прикладної психології, що вивчає за допомогою вимірювальних прийомів, аналізу і спостереження здібності і властивості особистості у біхевіористському напрямку і скерована на розробку способів усунення дезадаптованої поведінки.

На думку В.М. Блейхера, відношення клінічної психології до медичної можна визначити як **відношення клініки до медицини загалом**.

27

Клінічна психологія



Під клінічною психологією В.М. Блейхер розуміє галузь медичної психології, прикладне значення котрої визначається потребами клініки – психіатричної, неврологічної, соматичної.

Розглядає клінічну психологію як частину медичної, що ставить перед собою безпосередні діагностичні завдання, і розрізняє такі складові розділи клінічної психології як патопсихологія, нейропсихологія, соматопсихологія.

Такий поділ дещо умовний. Медичну та клінічну психологію значно зближує використання у кожній із перелічених галузей методів дослідження, розроблених в іншій, а також наявність межової (пограничної) патології, що є предметом вивчення кількох наук.

28

Порівняння медичної і клінічної психології



Методи дослідження психічних особливостей соматичних хворих клінічна психологія бере у психодіагностики і загальної психології; оцінку адекватності або девіантності поведінки людини – у психіатрії, психології розвитку і віковій психології. Вивчення клінічної психології неможливе без медичних знань з галузі неврології, нейрохірургії і суміжних дисциплін. Психосоматичний розподіл клінічної психології ґрунтується на наукових уявленнях з таких галузей, як психотерапія, вегетологія, валеологія.

В широкому розумінні під медичною психологією розуміють (Roslen; Szewczyk, Wild grube) "застосування знань і методів психології для вирішення медичних проблем"; предмет психології, на їхню думку, – емоції і поведінка у стані хвороби і всі форми попередження хвороби та профілактики. На думку Schwenkmezge, Schmidt), на першому плані у медичній психології стоять порушення пацієнта та взаємин лікаря і пацієнта.

29

Структура медичної психології



Психосоматика



Патопсихологія



Нейропсихологія



Спеціальна психологія

Існує досить багато споріднених психологічних дисциплін, що стосуються медичної психології: патопсихологія, психопатологія, нейропсихологія, психологія девіантної поведінки, психіатрія, психосоматична медицина тощо. Кожна із них містить як психологічні, так і медичні знання. Однак усі вони дотичні до клініки, і отже, можуть бути визнані складовими частинами медичної психології.

Самостійне й істотне місце медичної психології посідають **психогігієна** та **психопрофілактика**.

Медична деонтологія (грец. Deon-борг) також є частиною сучасної медичної психології.

30

Зв'язок медичної психології з іншими науками

Медична психологія переважно вивчає у хворих зміни тих процесів і станів, що притаманні й здоровій психіці.

Патопсихологія як частина медичної психології – це психологія особистості у її зв'язку з хворобою, вивчення психіки хворої людини не лише у її хворобливих змінах, а й у її збережених проявах, тобто без хворобливих змін.

Патопсихологічне дослідження спирається як на психологічну теорію, так і на психологічні методи.

Умовно можна розмежувати ці два дуже близькі поняття, які належать до медицини: **психопатологію** – переважно як розділ психіатрії, а **патопсихологію** – як розділ медичної психології.

31

Особливості психологічної реабілітації під час воєнного часу

Аналіз соціальної ситуації дозволяє визначити кілька тенденцій у розвитку негативних психологічних наслідків воєнних дій в Україні:

- зростає маргіналізація суспільства за рахунок розмивання загальноукраїнської ідентичності;
- відчутно утруднюється побудова програм перспективного майбутнього;
- посилюється взаємозв'язок негативних наслідків війни із криміналізацією побутових конфліктів;
- підвищується сенситивність громадян до маніпулятивних вплив (в тому числі через ЗМК з боку агресора);
- зростає кількість маніпуляцій з боку агентів внутрішньої політики задля досягнення парціальних політичних цілей;
- консолідуються настрої, які перешкоджають інтеграційним процесам у суспільстві;
- посилюється комбінований вплив різних внутрішніх і зовнішніх соціальних, політичних, економічних та інших факторів на виникнення і поширення негативних психологічних явищ, пов'язаних із війною.

32

Особливості психологічної реабілітації під час воєнного часу

Як же відбуваються впливи та маніпуляції через кризову ситуацію в Україні через стан війни та ковід? Багато хто переживає це як специфічну форму деформаційної посттравматичного стану на переживання і хвороби особистості.



33

Чинники впливу на людей

- постійне висвітлення у ЗМІ страху та негативу війни;
- низький рівень готовності громадян нашої країни до проведення військових дій на території України (військова, моральна, психологічна),
- відсутність конструктивної комунікації з населенням;
- наповнення світового інформаційного простору викривленою інформацією про військові дії на території України;
- незахищеність прав людини в умовах війни.

Комунікація між ровесниками, соціальна взаємодія є надзвичайно важливими компонентами розвитку особистості. Багато хто переживає це як специфічну форму :

1. Obsessive-compulsive disorder (OCD)
2. Illogical thinking
3. Splitting of consciousness

34

Висновки

При вивченні психіки пацієнта особливе місце в медичній психології займає виявлення за допомогою різних психологічних методик захворювань та механізмів їх виникнення. При цьому найбільш важливим є вивчення ролі у виникненні та перебігу хвороб психотравмуючих факторів психогенного характеру, а також дослідження особливостей особистісної реакції людини на своє захворювання (індивідуальне і соціальне значення хвороби). Так само при вивченні взаємодії і спілкування медичних працівників з хворими особливо підкреслюється, що пацієнт для лікаря не тільки об'єкт діагностики і терапії, але і суб'єкт зі своїм складним внутрішнім психологічним світом, що індивідуально реагує на хворобу і умови мікросоціального середовища.

Медична психологія в своїй діяльності використовує два основних метода отримання психологічних фактів: метод спостереження (описовий метод) і метод експерименту. Кожен з цих методів має ряд модифікацій, які уточнюють, але не змінюють їх сутність.

Методи дослідження психічних особливостей соматичних хворих клінічна психологія бере у психодіагностики і загальної психології; оцінку адекватності або девіантності поведінки людини – у психіатрії, психології розвитку і віковій психології. Вивчення клінічної психології неможливе без медичних знань з галузі неврології, нейрохірургії і суміжних дисциплін. Психосоматичний розподіл клінічної психології ґрунтується на наукових уявленнях з таких галузей, як психотерапія, вегетологія, валеологія.

35

Висновки

Традиційно до галузей медичної психології відносять клінічну психологію, психопрофілактику, психогігієну. Іноді окремо як галузь виділяють психологію граничних станів. Ці галузі складають її структуру.

У свою чергу, до складу клінічної психології входить патопсихологія, нейропсихологія і соматопсихологія.

Медична психологія як психологічна практика.

Можна означити наступні види медико-психологічної практики:

1. Психоедукація.
2. Психодіагностика.
3. Медико-психологічне консультування.
4. Коучинг (здоров'я).
5. Психокорекція (психотерапія).
6. Психореабілітація.
7. Медико-психологічний супровід.

Ситуація, що пов'язана із війною та пандемією Covid-19 в Україні продукує реакції та переживання, внаслідок чого деформуються наступні процеси психіки: критичне мислення, креативність, емоційний інтелект, когнітивна гнучкість, системне мислення.

36

Література

Основна

1. Вітенко І. С. Медична психологія: [Підручник] Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
2. Гавенко В. Л. та ін. Практикум з медичної психології. Харків: Регіонінформ, 2002. 248 с.
3. Ждан В. М., Скрипніков А. М., Животовська Л. В. Основи медичної психології. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014.
4. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія: підручник / за загальною ред. С. Д. Максименка. 2-е вид. К.: Слово, 2014. 516 с.
5. Медична психологія: підруч.: за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
6. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан [2-ге вид.]. Вінниця: 2012. 134 с.
7. Медична психологія: в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін.; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця: ПП «Нова Книга», 2020. 288 с.
8. Медична психологія: в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін.]; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.
9. Шевченко А., Губенко І., Карнацька О. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та мікросоціального спілкування. Київ: Медицина, 2021.
10. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. https://moz.gov.ua/uploads/1/5262-dn_20180523_981_dod_1.pdf

Допоміжна

1. Вітенко І. С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Х.: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
2. Гавенко В. Л. Практикум з медичної психології. Харків: Регіон-інформ, 2002. 245 с.
3. Галенська І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
4. Гридковець Л. М. Реабілітаційна психологія. Київ: КІБІТ, 2015. 42 с.
5. Дідковська Л. І. Психологічні аспекти надання паліативної допомоги. Актуальні питання розвитку стаціонарної та мобільної паліативної допомоги в Україні: Матер. науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Львів, 23 листопада 2019 р.). Львів, 2019. С. 9-13.

37

Література

Допоміжна

6. Хохун О.М., Пішко І.О., Лозинська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сирець М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. 175 с.
7. Пазарявська О., Найдьонова Г. Проблеми психологічної реабілітації людей після травматизму. Психологія і суспільство. 2005. № 1. С. 62 – 66.
8. Матдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
9. Максименко С. Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. К., 2007. 114 с.
10. Максимчук Н.П. Основи психолого-педагогічної діагностики. Конспекти лекцій. Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: "Медобори" (ПП Мошак М.І.), 2002. 56с.
11. Максимчук Н.П. Лабораторно-практичні заняття з основ психолого-педагогічної діагностики. Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: "Медобори" (ПП Мошак М.І.), 2002. 60с.
12. Наугольнич Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
13. Панчук Н.П. Психологічна діагностика професійної придатності фахівця: Навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2006», 2019. 130 с. URL: <http://elar.kpni.edu.ua/xmlui/handle/123456789/3545>
14. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р. П. Федоренко та ін. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 224 с.
15. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Загальна редакція: Н. Пророк. Київ, 2016. 208 с.
16. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Загальна редакція: Л. Царенко. Київ, 2016. 240 с.
17. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Загальна редакція: Л. Гриджовець. Київ, 2016. 236 с.
18. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунов ; [О. І. Федоренко та ін.] ; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Харків : ХНУВС, 2022. 84 с.
19. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навчальний посібник / за заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової, К. ВНТУ, 2018. 108 с.
20. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / П86 Уклад. О. Ю. Овчаренко. К. : Університет «Україна», 2023. 266 с.
21. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події. Навчально-методичний посібник / Автори-упоряд. : Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова, за заг. ред. О. Капашник. К.: 2022.
22. Овчарук В. А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вівениця : Міленіум, 2007. 295 с.
23. Спірина, І. Д., Вітенко, І. С., Ялугін, В. А., Серебрицька, О. В. Основи психологічного консультування в медичній практиці : навч. посіб. Дніпропетровськ : АРТ-ПРЕС, 2004.
24. Тимофєєва М.П., Слободська О.В. Психологія здоров'я: Підручник. Київ: МЕДПРІНТ, 2022. 600 с.
25. Lazorko, O., Panchuk, N., Borysiuk, O., Kulchytska, A., Borysenko, O., & Khavula, R. (2022). Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity: Neurophysiological Aspects. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 13(1), 324-346. <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/287>

38

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

39

ЛЕКЦІЯ 2

Тема 2. Психологічні основи збереження та розвитку здоров'я

1

План лекції

1. Поняття та види здоров'я.
2. Комплексна валеологічна програма розвитку здоров'я людини - «квітка потенціалів».
3. Тілесний потенціал здоров'я та його розвиток.
4. Поняття про психологічні ресурси особистості. Життєстійкість, резильєнтність, життєздатність.

2

Самостійне опрацювання:

1. Емоційний потенціал здоров'я.
2. Когнітивний потенціал здоров'я, його розвиток.
3. Творчий та вольовий потенціали здоров'я, їх розвиток.
4. Соціальний та духовний потенціали здоров'я, їх розвиток.
5. Механізми психологічного захисту: поняття, особливості, види.
6. Копінг-поведінка, копінг-стратегії, копінг-ресурси.
7. Модель BASIC Ph.
8. Відновлення психологічних ресурсів.

3

Поняття та види здоров'я



На сьогодні існує декілька визначень поняття «психічного здоров'я», найбільш вживаним з яких є визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка визначає **психічне здоров'я**, як стан благополуччя, в якому індивід реалізовує свої власні здібності, може впоратися із звичайними життєвими стресовими ситуаціями, може продуктивно та плідно працювати, а також здатний зробити свій внесок у громаду (спільноту), в якій він функціонує.

4

Людське здоров'я



Відповідно до формулювання Всесвітньої організації охорони здоров'я, **людське здоров'я** – це не просто відсутність хвороби, а стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя.

5

Поняття та види здоров'я

Проте, глибше розуміння того, що насправді може вважатися «психічною нормою» та «психічною патологією», а також дискусії щодо цих понять не дають можливості однозначно означити ці поняття.

Ще давньогрецький філософ Платон вказував, що **божевілля** («нестям», «одержимість») є вищою властивістю людської душі, яка перевершує можливості розуму.

Карл Ясперс у своїй видатній праці «Загальна психопатологія» (Ясперс, 1997) запропонував своє бачення психічно здорової та психічно хворої людини

У багатьох культурах люди, які страждали психічними розладами вважалися особливими, вибраними та іноді наділеними надприродними здібностями та силами.

Важливим є і сприйняття людиною, яка має психічний розлад, своєї хвороби. Для більшості пацієнтів хворобливі феномени сприймаються, як об'єктивна реальність, в якій вони намагаються жити та адаптуватися до неї.

Таким чином поняття «норми» щодо психічного здоров'я є дуже відносним і не може визначатися лише наявністю чи відсутністю конкретних симптомів.

Сучасне розуміння поняття «психічного здоров'я» також є набагато ширшим, ніж просто відсутність психічного захворювання.

6

Основні критерії психічного здоров'я



1. Усвідомлення та відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного та психічного «Я».
2. Відчуття сталості та ідентичності переживань в однотипних життєвих ситуаціях.
3. Критичність до себе та своєї власної психічної діяльності, а також її результатів.
4. Відповідність психічних реакцій силі та частоті впливів різноманітних чинників середовища, соціальним обставинам та ситуаціям;
5. Здатність самостійно керувати своєю поведінкою відповідно до соціальних норм, правил та законів.
6. Здатність планувати власну життєву діяльність та реалізовувати заплановане.
7. Психологічна гнучкість, яка полягає у можливості змінювати свою поведінку в залежності від зміни життєвих ситуацій та обставин.

7

Основні проблеми психічного здоров'я



Проблеми психічного здоров'я стали актуальними для світових лідерів та країн на глобальному рівні. Це знайшло своє відображення у прийнятих у вересні 2015 року на Генеральній Асамблеї Організації Об'єднаних Націй «Цілях сталого розвитку». Зокрема підпункти цілі 3 звучать як: «3.4. До 2030 року зменшити на третину передчасну смертність від неінфекційних захворювань за допомогою профілактики і лікування, а також підтримувати психічне здоров'я і благополуччя; 3.5. Покращувати профілактику та лікування залежності від психоактивних речовин, у тому числі зловживання наркотичними засобами й алкоголем»

8

Рівні функціонування

Психічне здоров'я забезпечується на різних, але взаємозалежних рівнях функціонування:

1

біологічному,

2

психологічному

3

соціальному.

9

Основні фактори здоров'я



- спосіб життя – 50 %;
- навколишнє середовище – 20 %;
- генетичні (спадкові) фактори – 20 %;
- медичні фактори – 10 %.

10

Чинники впливу на стан психічного здоров'я людини

1

Біологічні чинники

2

Психологічні чинники

3

Соціальні чинники

11

Вплив на психічне та соматичне здоров'я



Медичні негативні наслідки

1. Коморбідність між фізичними та психічними розладами
2. Випадки передчасної смерті
3. Показники тимчасової та стійкої непрацездатності

Соціальні негативні наслідки

1. Стигматизація осіб, які страждають психічними розладами
2. Дискримінація та соціальна ексклюзія
3. Порушення прав людини

12

Економічні негативні наслідки

1

Глобальні витрати на лікування психічних розладів у світі.

2

Індивідуальні витрати осіб, які хворіють психічними розладами

3

Захворюваність на психічні розлади веде до бідності та зниження якості життя

13

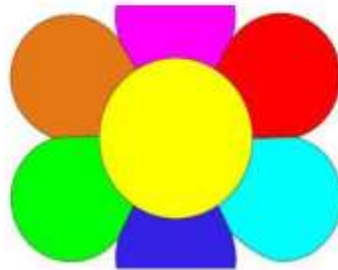
Ознаки психічних порушень психіки та поведінки

Серед найпоширеніших ознак виділяють наступні:

1. Порушення сну або апетиту
2. Зміна настрою;
3. Бажання соціальної ізоляції та відмова від приємних активностей;
4. Відмова від навчання, роботи, повсякденних обов'язків.
5. Погіршення когнітивних функцій,
6. Підвищення чутливості,
7. Апатія.
8. Відчуття втрати зв'язку з реальністю
9. Нелогічне мислення, незвичні та нереальні переконання про себе, світ та оточуючих
10. Відчуття тривоги за нереальні події
11. Незвична поведінка
12. Думки про втрату сенсу життя та самогубство.

Вищезазначені прояви можуть бути ранніми ознаками психічного захворювання та потребують звернення до фахівців у сфері психічного здоров'я.

14



«Квітка потенціалів»

Комплексна валеологічна програма розвитку людини - «квітка потенціалів» - включає в себе основні завдання та методи психології здоров'я
Програма «квітка потенціалів» - є органічно-цілісною системою теоретико-практичних уявлень, пов'язаних між собою спільним змістом, ідейними цілями і технологіями.

15

Тілесний потенціал здоров'я та його розвиток

Сутністю **потенціалу тіла або фізичного аспекту здоров'я** є здатність людини розвивати фізичну складову здоров'я, «усвідомлювати» власну тілесність як властивість своєї особистості.

Тілесний інтелект - це тонка рефлексія, диференціація у своєму тілі різних модальностей (візуальних, слухових, тактильних, нюхових, смакових відчуттів) і використання цієї здатності для підвищення рівня культури харчування, руху, дихання, сну, якості сексуальних відносин.

Тілесна компетентність - здатність усвідомлювати, диференціювати, розуміти власні відчуття, тілесні потреби, вміння самостійно регулювати тілесні процеси.

Здорова тілесність - це природна, спонтанна тілесна поведінка, цілісність сприйняття тіла, прийняття власного тіла, стійкість тіла, врівноваженість, гармонійність, здатність до отримання сексуального задоволення

16

Цілі підвищення тілесної компетентності

- пізнання та прийняття свого тіла,
- вивчення мови тіла;
- розвиток вміння усунути і контролювати м'язові затиски,
- засвоєння методів психосоматичної саморегуляції,
- розвиток вміння бути стійким, гнучким, спонтанним,
- отримання задоволення від взаємодії з тілом через спорт, танці, секс як спосіб пізнання себе в умовах інтимної взаємодії відкритого тіла і душі.

17

Аліментарна і сексуальна компетентність



До тілесної компетентності також відносять аліментарну і сексуальну компетентність

18

«Біологічне» тіло



організм,
система органів
і тканин, що
дано нам
природою.

19

«Соціальне» тіло



створює соціум за
допомогою норм,
законів, заборон і
правил поведінки,
моди. Це наші жести,
манера рухатися,
говорити, міміка та ін.
У ньому відбивається
досвід, отриманий
людиною у процесі
життя

20

Розвиток тілесного потенціалу здоров'я



Тіло являє неусвідомлену частину психіки

Піраміда тілесного здоров'я

Прикладна кінезіологія - це наука про рух, напругу м'язів тіла та їх зв'язку з психікою.

М'язовий тест

«Двохпальцевий О-кільцевий тест методу молекулярної ідентифікації і локалізації»

Кінезіологічний (м'язовий) тест

Хвильові рухи: дельфінотерапія

Тілесна практика «Крокодил»

Танцювально-рухова терапія (TRT)

Нейрогімнастика

21

Релаксаційні практики



Аутогенне тренування (аутотренінг)

М'язова релаксація

Ідеомоторне тренування

Шавасана

«Тибетська гормональна гімнастика», «Око відродження».

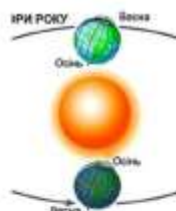
22

Дихання



змінюючи характер
дихання, ми можемо
змінювати свій стан

23



Ритми

Зима - весна: лютий, березень, до 15 квітня. Активні печінка та жовчний міхур.

Весна - літо: з 15 квітня по 10 липня. Активні серце, судини, тонкий кишечник.

Літо - осінь: з 10 липня по 15 вересня. Активні селезінка – підшлункова залоза.

Осінь: з 15 вересня по 20 листопада. Активні легені та товстий кишечник.

Зима: з 20 листопада, грудень, січень. Активні нирки та сечовий міхур.

Здоровий сон!!!

24

Основні підходи тілесно-орієнтованої терапії

1. Аналіз характеру та вегетотерапія за В. Райхом
2. Біоенергетичний аналіз А. Лоуена
3. Метод М. Фельденкрайза (АТМ)
4. Метод Ф.М. Олександера
5. Первинна терапія А. Янова
6. Чуттєве усвідомлення (Ш. Селвер, Ч. Брукс, Е. Якобі)
7. Соматична терапія біосинтезу (Д. Боаделла)
8. Бодинамічний аналіз (Л. Марчер)
9. Біодинамічна терапія (Г. Бойсен)
10. Психодинамічна тілесна психотерапія (Х. Кренц) та інші.

25

Поняття про психологічні ресурси особистості



Психологічний ресурс – це "резервуар" життєвих можливостей, які ми використовуємо для вирішення будь-яких життєвих завдань. Життєстійкі люди використовують стратегію виживання, яка перетворює потенційно несприятливі обставини в можливості для особистісного зростання та розвитку.

26

Види особистісних ресурсів людини

- 1) усвідомлення власної значущості;
- 2) поєднання у собі неpojєднаних талантів та здібностей з метою досягнення успіху;
- 3) виокремлення з минулого досвіду того, що є корисним для успіху;
- 4) аналіз своїх сильних та слабких сторін;
- 5) усвідомлення типових професійних помилок та їхнє використання у контексті відліку змін.

27

Когнітивно-феноменологічний підхід у поясненні стресу



Річард Лазарус

Стрессова реакція – результат певних відношень між характеристиками висунутої вимоги та певними ресурсами, що є у розпорядженні у людини

- Виклик
- Загроза
- Втрата

Внутрішні ресурси – здатність чинити опір, емоційна стабільність, атрибутивні тенденції (1981). [Джерело: Lazarus R. S., Launier R. Stressbezogene transaktionen zwischen PERSON UND Umwelt. In R. Nitsch (Hrsg.). Stress: Theorien, untersuchungen, Massnahmen. Bern: Huber, 1981. S.213-259].

28

Концепція «консервування ресурсів»



Стівен Хобфолл

Ресурси – особистісні властивості й здібності, що є для людини цінними та допомагають адаптуватися до стресових ситуацій й долати їх (самоповага, професійні уміння, самоконтроль, життєві цінності) (1993).

Ресурсність – співвідношення внутрішніх, соціальних, матеріальних втрат та здобутків. [Джерело: Hobfoll S. E., Lilly R. S. Resource conservation as a strategy for community psychology // Journal of Community Psychology. №211993P128148]

29

Ресурси – сили характеру, що дають змогу реалізовувати чесноти

Загальнолюдські чесноти і «сили характеру»

- ☐ Мудрість і знання (креативність, допитливість, гнучкість мислення, здатність долати опір обставин, інтерес до навчання)
- ☐ Любов і гуманізм (чуйність у взаєминах, бажання турбуватися про інших, розуміння мотивації інших)
- ☐ Мужність (хорообрість, наполегливість, життєва енергія, відвертість)
- ☐ Справедливість (лідерство, неупередженість, причетність до спільної справи)
- ☐ Помірність (здатність вибачати, скромність, поміркованість, самоконтроль)
- ☐ Духовність, або трансцендентність (почуття прекрасного, почуття гумору, вдячність, надія, релігійність)

[Джерело: Park N. Character Strengths: Research and Practice / N. Park, C. Peterson // Journal of College & Character. – 2009. – №4 (April). – VOL. X [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.tandfonline.com/page/terms-and-conditions>].



Мартін Селігман



Крістофер Петерсон

30

ОПИТУВАЛЬНИК ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНИХ РЕСУРСІВ

- ☐ ресурс свободи,
- ☐ ресурс сенсу,
- ☐ ресурс самотрансценденції,
- ☐ ресурс прийняття,
- ☐ ресурс віри.



Олена Рязанцева

[Джерело: Рязанцева О. Ю., Бринза І. В. До проблеми діагностики екзистенціальних ресурсів особистості // Актуальні проблеми психології. Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка [за ред. С.Д. Максименка]. - Житомир: "Видео ЖДУ ім. І. Франка, 2010. Т. 7. Вип. 23. С. 201-209].

31

Психологічні ресурси особистості

О. Штепа: Ресурси - інтерпретаційні коди досягнення, отриманого людиною у її екзистенціальному досвіді (2017).

Психологічні ресурси – екзистенціально-когнітивні коди інтерпретації людиною значущості події (2019).

- творчість,
- уміння оновлювати власні ресурси,
- любов,
- робота над собою,
- допомога іншим,
- знання власних ресурсів,
- успіх,
- доброта до людей,
- впевненість у собі,
- прагнення мудрості,
- самореалізація у професії,
- віра у добро,
- відповідальність,
- уміння використовувати власні ресурси.

[Джерело: Штепа О. С. Опитувальник психологічної ресурсності особистості: результати розробки й апробації авторської методики // Проблеми сучасної психології : Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. Ун-ту імені Івана Огієнка, Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Вип. 39. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2018. – С.380-399].



32

Ресурсний стан – мотиваційний стан-переживання:



- здатність особи знайти психологічну опору у самій собі, тобто у певних власних життєвих переконаннях
- стан, у якому людина відчуває, що володіє власними ресурсами; стан, у якому у неї найбільше свободи і максимальна кількість виборів

Ресурс-менеджмент - один з головних напрямів самоменеджменту, що полягає у здійсненні людиною самоорганізування стилю власного життя

33

Резильєнтність Життєстійкість Життєздатність

Психологічна резильєнтність, (від англ. resilience — пружність, еластичність) — це вроджена динамічна властивість особистості, що лежить в основі здатності долати стреси та важкі періоди конструктивним шляхом. Попри те, що ця властивість уроджена, її можна розвивати.

Життєстійкість – це здатність людини витримувати всі складності життя та успішно протистояти життєвим проблемам та труднощам.

Життєздатність – це базова навичка, необхідна нам як для виживання, так і для збереження здатності рухатись вперед попри все.

34

Висновки

Відповідно до формулювання Всесвітньої організації охорони здоров'я, людське здоров'я – це не просто відсутність хвороби, а стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя. У світлі цього формулювання людина є автором власного здоров'я, а в справі його збереження вона виконує основну роль, що визначається зрілою самосвідомістю індивіда й повагою до свого ества. Останнє виражається гармонійною стратегією поведінки, що прийнято називати — здоровим способом життя.

До проблеми збереження та розвитку здоров'я, як і до розуміння його сутності, доцільно підходити системно, комплексно, з позицій холистичного підходу. Такому підходу відповідає комплексна валеологічна програма розвитку здоров'я людини - «квітка потенціалів», яку запропонував відомий спеціаліст в галузі психології здоров'я.

Сутністю потенціалу тіла або фізичного аспекту здоров'я є здатність людини розвивати фізичну складову здоров'я, «усвідомлювати» власну тілесність як властивість своєї особистості. Потенціал тіла характеризує особистість людини на більш «грубому» матеріальному, поведінковому рівні та на рівні інтероцептивних відчуттів.

Підвищення рівня емоційного інтелекту – це розвиток вміння «культивувати» власні почуття, що означає не стримування емоційних проявів, а цивілізоване їх вираження. У психосоматиці є так звана алекситимічна теорія захворювань, яка стверджує, що в основі психосоматичних розладів лежить нездатність до усвідомлення емоцій і словесного виразу почуттів.

35

Висновки

Організм людини розрахований на подолання стресорів, які діють короткочасно. На тривалий стан стресу організм людини не розрахований, тому саме хронічний стресовий стан найбільш негативно впливає на здоров'я.

У традиційній психології існує когнітивний напрямок і когнітивна психотерапія (зокрема, когнітивна психотерапія А.Бека, раціонально-емотивна терапія А.Еліса та його АВС- модель, позитивна психотерапія Н.Пезешкіана тощо).

Психологічні методи розвитку потенціалу розуму: розвиваючі стратегії навчання, концентрація уваги, нейролінгвістичне програмування, методи, спрямовані на зупинку внутрішнього діалогу (медитація), когнітивна та когнітивно-поведінкова психотерапія та ін.

Методи розвитку креативного потенціалу: арттерапія, ізо-, музико-, танцотерапія, перформанс, тренінги креативності.

Соціальне здоров'я характеризується рівнем соціалізації особистості, ставленням до норм і правил, прийнятих у суспільстві, соціальними зв'язками з людьми і соціальними інститутами, набутим соціальним статусом та прагненням до його підвищення у межах діючих законів і моральних традицій, джерелами і рівнем доходів і витрат тощо.

Методи розвитку даного потенціалу: трансперсональна психотерапія, приголомшлива психотерапія Ананьєва, духовні практики, медитація.

Психологічний захист – специфічна система стабілізації особистості, спрямована на відгородження свідомості від неприємних, травмуючих переживань.

36

Література

Основна

1. Вітенко І. С. Медична психологія. [Підручник] Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
2. Гавенко В. Л. та ін. Практикум з медичної психології. Харків: Регіонінформ, 2002. 248 с.
3. Ждан В.М., Скрипников А.М., Животовська Л.В. Основи медичної психології. Полтава: ТОВ «АСМі», 2014.
4. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія : підручник / за загальною ред. С. Д. Максименка. 2-е вид. К.: Слово, 2014. 516 с.
5. Медична психологія : підруч. ; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спірної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
6. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан [2-ге вид.]. Вінниця: 2012. 134 с.
7. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чебан та ін.; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця: ПП «Нова Книга», 2020. 288 с.
8. Медична психологія: в 2-х т. Т.2. Спеціальна медична психологія / [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чебан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга. 2020. 496 с.
9. Шевченко А., Губенко І., Карнацька О. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування. Київ: Медицина, 2021.
10. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. https://moz.gov.ua/uploads/1/5/262-dn_20180523_961_dod_1.pdf

Допоміжна

1. Вітенко І. С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Х.: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
2. Гавенко В.Л. Практикум з медичної психології. Харків: Регіон-інформ, 2002. 245 с.
3. Галещак І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
4. Гридковець Л. М. Реабілітаційна психологія. Київ: КІБІТ, 2015. 42 с.
5. Дідковська Л.І. Психологічні аспекти надання паліативної допомоги. Актуальні питання розвитку стаціонарної та мобільної паліативної допомоги в Україні: Матер. науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Львів, 23 листопада 2019 р.). Львів, 2019. С. 9-13.

37

Література

Допоміжна

6. Кокуш О.М., Пашко І.О., Лозинська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сиріця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, воякам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. 175 с.
7. Лазаревська О., Найдьонова Г. Проблеми психологічної реабілітації людей після травматизму. Психологія і суспільство. 2005. № 1. С. 82 – 86.
8. Майдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
9. Максименко С. Д. Психологічна допомога тяжкохворим соматично хворим. К., 2007. 114 с.
10. Максимчук Н.П. Основи психолого-педагогічної діагностики. Конспекти лекцій. Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: "Медобори" (ПП Мошак М.І.), 2002. 56с.
11. Максимчук Н.П. Лабораторно-практичні заняття з основ психолого-педагогічної діагностики. Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: "Медобори" (ПП Мошак М.І.), 2002. 60с.
12. Наугольнич Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
13. Панчук Н.П. Психологічна діагностика професійної придатності фахівця. Навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2006», 2019. 130 с. URL: <http://elar.kpiu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/3545>
14. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р. П. Федоренко та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.
15. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Загальна редакція: Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
16. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Загальна редакція: Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.
17. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Загальна редакція: Л. Гридковець. Київ, 2018. 236 с.
18. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунов. [О. І. Федоренко та ін.], МВС України, Харків: нац. ун-т внутр. справ, Харків: ХНУВС, 2022. 84 с.
19. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навчальний посібник / за заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової. К. ВНТУ, 2018. 108 с.
20. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / ГЗ86 Уклад. О. Ю. Отчаренко. К. : Університет «Україна», 2023. 266 с.
21. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події. Навчально-методичний посібник / Автори-упоряд.: Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова, за заг. ред. О. Калашник. К.: 2022.
22. Оверчук В. А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Випуск : Міленіум, 2007. 295 с.
23. Спірна, І. Д., Вітенко, І. С., Лагутін, В. А., Серебрицька, О. В. Основи психологічного консультування в медичній практиці : навч. посіб. Дніпропетровськ : АРТ-ПРЕС. 2004.
24. Тимофієва М.П., Слободська О.В. Психологія здоров'я: Підручник. Київ: МЕДПРИНТ. 2022. 600 с.
25. Lazorko, O., Panchuk, N., Borysiuk, O., Kulchytska, A., Borysenko, O., & Khavula, R. (2022). Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity: Neurophysiological Aspects. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 13(1), 324-346. <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/287>

38

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

ЛЕКЦІЯ 3

Тема 3. Основи психологічної реабілітації

1

План лекції

1. Реабілітаційна психологія як галузь психології. Предмет і завдання сучасної психології реабілітаційної діяльності.
2. Поняття та види реабілітації.
3. Сутність психологічної реабілітації.
4. Етапи та завдання медико-психологічної реабілітації.
5. Система психологічної реабілітації пацієнтів з соматичними захворюваннями.

2

Фізична й реабілітаційна медицина

Медичний реабілітолог відповідає за профілактику, діагностику, лікування і реабілітацію осіб із клінічними та супутніми станами, що призводять до обмежень життєдіяльності для всіх вікових груп.

Наприкінці XX сторіччя в державних документах різних країн (в Україні також) з'являються такі поняття, як:

- нейрореабілітація
- психологічна реабілітація
- психолого-педагогічна реабілітація
- соціальна реабілітація
- професійна реабілітація
- Реабілітаційна психологія

5

Реабілітаційна психологія

Реабілітаційна психологія – галузь психологічної науки, в межах якої розробляється, впроваджується й організовується системний підхід до психологічної реабілітації людини, що зазнала травмивного впливу, для стабілізації або відновлення її психічного здоров'я, психологічного благополуччя та створення умов для гармонізації психічного, психологічного, духовного та соціального розвитку.



Рис. 1.1. Реабілітаційна психологія в структурі галузевих взаємозв'язків

6

Завдання реабілітаційної психології



- ефективна організація реабілітаційного процесу особистості (групи);
- визначення етапів і послідовності надання психологічної допомоги особистості чи цільовій групі відповідно до специфіки їхнього травматичного досвіду;
- відбір оптимальних для особистості (групи) психологічних реабілітаційних заходів;
- організація та здійснення супервізійних заходів надавачам психологічних послуг тощо.

7

Завдання психологічної реабілітації



- 1) психологічна підтримка (в перші дні хвороби, при оголошенні діагнозу, перед операцією і після неї, при вертикалізації пацієнта, перед випискою їх стаціонару, при поверненні на роботу та ін.);
- 2) формування адекватних особистісних реакцій на хворобу;
- 3) підвищення прихильності проведеного лікування;
- 4) формування установок на активну участь в програмах реабілітації, на своєчасне повернення до праці (навчання), на відновлення своєї ролі в родині і соціально-трудовому оточенні.

8

Поняття та види реабілітації

Весь комплекс заходів реабілітації поділяється на:

- медичну реабілітацію
- психологічну реабілітацію
- професійну реабілітацію
- «екстрена реабілітація»

Згідно із змістом п. 1 ст. 1 Закону України № 1053-IX від 03.12.2020 р. [Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>], **психологічна допомога у реабілітації** є діяльністю, орієнтованою на забезпечення підтримки та відновлення розвитку особи у духовній, соціальній, інтелектуальній, емоційній, фізичній сферах за допомогою методів психотерапевтичної і психологічної підтримки через використання відповідних її форм (перша психологічна допомога, психологічне консультування, психотерапія).

9

Поняття та види реабілітації

Аналогічне трактування терміну **психологічна реабілітація військовослужбовців** (не є учасниками бойових дій, не несуть військову службу через звільнення) представлено в Постанові Кабінету міністрів України №1338 від 29.11.2022 р., яка стосується порядку та умов реалізації зазначеного процесу [Порядок та умови надання безоплатної психологічної допомоги особам, які звільняються або звільнені з військової служби, з числа ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, членам сімей таких осіб, постраждалим учасникам Революції Гідності та членам сімей загиблих (померлих) ветеранів війни і членам сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» No 1338 від 29.11.2023 р., затверджений постановою No 1338 від 29.11.2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-%D0%BF#Text>].

Відповідно, в рамках зазначених нормативно-правових актів не здійснено акцент на конструктивістську ознаку характеристики зазначеного феномену. При цьому, в положеннях ст. 1 Закону України № 2961-IV від 06.10.2005 р. [Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>] визначається, що психологічна реабілітація є системою заходів, які орієнтовані на корекцію та відновлення психологічних властивостей, якостей, функцій особи, формування сприятливого середовища щодо утвердження та забезпечення особистісного розвитку.

10

Нормативно-правові акти, які регулюють процес психологічної реабілітації

ЗАКони УКРАЇНИ

- Про соціальні послуги (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003, N 45, ст.358) (із змінами 2004-2017 р (Закон визначає основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги). – <https://xn--80aagahqwyibe8an.com/ukrajiny-zakony/zakon-ukrajini-pro-sotsialni-poslugividomosti-2003-1017.html>
- Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні (Назва Закону зі змінами, внесеними згідно із Законом N 2249-VIII (2249-19) від 19.12.2017). – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>
- Закон України Про освіту (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 38-39, ст.380). – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>
- Про психіатричну допомогу (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст.143) (Із змінами, 2013с. – 2018 р.р.). – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>
- Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». – <https://zakon.rada.gov.ua/go/2011-12>
- Закон України "Про запобігання та протидію домашньому насильству" (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.35). – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19#n231>

11

Медична психологія



Загальна медична психологія займається вивченням змін психіки людини, які викликані певним захворюванням, поведінки медичних працівників; психологічного клімату лікувально-профілактичних установ різного типу, впливом психіки на фізичний стан людини і навпаки, основними особливостями, що характеризують індивідуальність людини (темперамент, характер, особистість) і їх можливі зміни в процесі онтогенезу; етика і деонтологія.

Приватна медична психологія займається вивченням індивідуальних особливостей психіки пацієнтів з різними захворюваннями: пацієнтів з психічною патологією; осіб, які страждають на захворювання, що вимагають хірургічного втручання; психологічні особливості осіб, які страждають на вроджені та набуті дефекти; психологічні особливості громадян при проведенні різних видів експертиз, у тому числі військово – лікарської, судової, медико – соціальної, психічні особливості осіб, що страждають на хімічні і нехімічні залежності, а також психічні особливості хворих при будь-якій іншій соматичній патології.

12



Етапи та завдання медико-психологічної реабілітації

Оцінювання
Призначення
Втручання
Оцінювання результатів реабілітаційної допомоги

13

1. Конверсійні симптоми

Психоаналітична інтерпретація розладів травлення

Захворювання опорно-рухового апарату

Різноманітні болі

За механізмом витіснення або самопокарання розвиваються істеричні (конверсійні) порушення рухів, чутливості, зору, мови.

Дані патологічні тілесні феномени представлені в МКХ-10 як дисоціативні (конверсивні) розлади (F44).

2. Психосоматичні функціональні синдроми

підвищена тривожність, схильність до депресії

надмірна, іпохондрична заклопотаність

дифузні страхи, вільнопливаюча тривога

невротичні форми психологічного захисту

Система психологічної реабілітації пацієнтів з соматичними захворюваннями

Психічні розлади з соматичними симптомами (РСС) є важливою медико-соціальною проблемою через високу поширеність у людській популяції, суттєве погіршення якості життя пацієнтів та значну вартість лікування.

3. Органічні психосоматичні хвороби (психосоматози)

спадкова схильність може впливати на вибір органу

сім класичних психосоматичних захворювань

4. Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування і поведінки

14

Впливи психічних розладів, що викликані соматичною патологією на психіку



- 1) Вплив за біологічним механізмом
- 2) Вплив за психологічним механізмом

Психічні розлади, що викликані соматопсихічними порушеннями прийнято ділити на дві групи:

Органічні (соматогенні, обумовлені ушкодженням мозку)	Функціональні (психологічна реакція на хворобу та її наслідки)
Астенічний синдром; Розлади сприйняття(оглушення, сопор, кома, делірій, сутінкове запаморочення свідомості); Галюциноз; Розлади пам'яті; Розлади інтелекту	Афективно-шоківі реакції; Істеричні реакції; Фобії та напади паніки; Підозрілість (надцінні ідеї або марення).

15

Поняття ЯЖ об'єднує показники не менше ніж чотирьох різних, але взаємопов'язаних між собою областей:

1. фізичної
2. функціональної
3. емоційної
4. соціальним статусом

16

Комунікабельні захворювання :

Комунікабельні захворювання не передаються від людини людині.

Вони мають довгу тривалість і, як правило, повільно прогресують.

Чотирма їх основними типами є

**серцево-судинні,
онкологічні захворювання,
хронічні респіраторні хвороби (БА і ХОЗЛ)
діабет.**

Факторами ризику є нераціональне харчування, недостатня фізична активність, вплив тютюнового диму і надмірне вживання алкоголю.

Рушійними силами цих захворювань є глобалізація, швидка урбанізація і старіння населення, над якими ні пацієнти, ні система практичної охорони здоров'я не владні.

17

Психологічні зміни при захворюваннях серцево-судинної системи



Важливу роль відіграє вивчення психоемоційного стану хворих

Депресивний синдром при серцево-судинних захворювань

18

Психологічні зміни при захворюваннях дихальної системи



Тютюнопаління
Бронхіальна астма

19

Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців (у воєнний час)



Соціально-психологічна реабілітація не може розглядатись як пасивне відновлення, процес повернення до попереднього способу життєдіяльності, а є активізацією потенціалу людини до конструювання, перепроєктування власного життя, втілення, оновлення, реалізації нових проектів за основними сферами життя. Можемо зазначити, що визначення вказаного феномену в контексті акценту на конструктивістській ознаці є актуальним в контексті орієнтури програмних засад ООН в сфері людського розвитку, які пов'язані із сприянням готовності людських ресурсів до майбутніх змін за основними сферами.

20

Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців (у воєнний час)



При характеристиці соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців потрібно враховувати його стабілізаційну ознаку, ознаку комплексності, ознаку опірності.

21

Висновки

Реабілітаційна психологія – це прикладна галузь психології, а якщо точніше, – то психології здоров'я, що вивчає методи, завдання та практичний інструментарій психологічної реабілітації як специфічного виду психологічної допомоги населенню.

Організаційні засади реабілітаційної психології базуються на положеннях психології праці та управління, організаційної психології, медичної психології.

Процес ведення хворого включає лікування, реабілітацію, вторинну і третинну профілактику. Вторинна профілактика, як відомо, має на меті збільшення тривалості життя - «додати роки до життя». А мета реабілітації - «додати життя до років».

Психологічна реабілітація визначається як система заходів, пов'язаних із корекцією та відновленням особистісного та психічного здоров'я, формуванням сприятливого середовища для утвердження та подальшого людського розвитку [1]. Психологічна реабілітація може мати як відновлювальний, так і синергетичний (додатковий) ефект.

Психосоматичний підхід як принцип лікарської діяльності полягає в як найбільш ретельному вивченні впливу психосоціальних факторів на виникнення і плин будь-яких соматичних хворіб і психотерапевтичному лікуванні хворих з врахуванням цих факторів.

В рамках підходу О. Гульбе (доктор психологічних наук), О. Кобця (доктор психологічних наук) (Україна) встановлено, що психологічна реабілітація є комплексом заходів, націлених на відновлення, збереження, компенсування порушень якостей, функцій психічного стану, та забезпечення психосоціальної адаптації. Дослідники переважно орієнтуються на положення ознаки комплексності (системності) та стабілізаційну ознаку.

22

Література

Основна

1. Вітенко І. С. Медична психологія: [Підручник] Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
2. Гавенко В. Л. та ін. Практикум з медичної психології. Харків: Оріонінформ, 2002. 248 с.
3. Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. Основи медичної психології. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014.
4. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія : підручник / за загальною ред. С. Д. Максименка. 2-е вид. К. : Слово, 2014. 516 с.
5. Медична психологія : підруч. ; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
6. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стухан [2-ге вид.]. Вінниця: 2012. 134 с.
7. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін.; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця: ПП «Нова Книга», 2020. 288 с.
8. Медична психологія: в 2-х т. Т.2. Спеціальна медична психологія / [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.
9. Шевченко А., Губенко І., Карнацька О. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування. Київ: Медицина, 2021.
10. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. https://moz.gov.ua/uploads/1/5262-dn_20180523_981_dod_1.pdf

Допоміжна

1. Вітенко І.С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Х.: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
2. Гавенко В.Л. Практикум з медичної психології. Харків: Ретіон-інформ, 2002. 245 с.
3. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
4. Гридковець Л. М. Реабілітаційна психологія. Київ: КІБІТ, 2015. 42 с.
5. Дідковська Л.І. Психологічні аспекти надання паліативної допомоги. Актуальні питання розвитку стаціонарної та мобільної паліативної допомоги в Україні: Матер. науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Львів, 23 листопада 2019 р.), Львів, 2019. С. 9-13.

23

Література

Додаток

6. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозинська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сирець М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦД, 2023. 175 с.
7. Лазаревська О., Найдисюва Г. Проблеми психологічної реабілітації людей після травматизму. Психологія і суспільство. 2005. № 1. С. 82 – 88.
8. Мадисюк Л. І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
9. Максименко С. Д. Психологічна допомога тяжко соматично хворим. К., 2007. 114 с.
10. Максимчук Н.П. Основи психолого-педагогічної діагностики. Конспекти лекцій. Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський "Медобори" (ПП Мошак М.І.), 2002. 56с.
11. Максимчук Н.П. Лабораторно-практичні заняття з основ психолого-педагогічної діагностики. Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський "Медобори" (ПП Мошак М.І.), 2002. 60с.
12. Наугопильник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
13. Панчук Н.П. Психологічна діагностика професійної придатності фахівця. Навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський. ПП «Медобори-2006», 2019. 130 с. URL: <http://elar.kpni.edu.ua/xmlui/handle/123456789/3545>
14. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р. П. Федоренко та ін. Луцьк : Вежа-Друк, 2018. 224 с.
15. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Загальна редакція: Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
16. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Загальна редакція: Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.
17. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Загальна редакція: Л. Гридковець. Київ, 2018. 236 с.
18. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунова, [О. І. Федоренко та ін.] : МВС України, Харків: нац. ун-т внутр. справ, Харків: ХНУВС, 2022. 84 с.
19. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навчальний посібник / за заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової, К. ВНТУ, 2018. 108 с.
20. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / Під ред. О. Ю. Овчаренко, К. : Університет «Україна», 2023. 266 с.
21. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події. Навчально-методичний посібник / Автор-упоряд. : Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова, за заг. ред. О. Калашник. К.: 2022.
22. Свєрчук В. А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вицеви : Міленіум, 2007. 295 с.
23. Спірна, І. Д., Вітенко, І. С., Пагутін, В. А., Серебряцька, О. В. Основи психологічного консультування в медичній практиці : навч. посіб. Дніпропетровськ : АРТ-ПРЕС. 2004.
24. Тимофієва М.П., Слободська О.В. Психологія здоров'я: Підручник. Київ: МЕДПРИНТ. 2022. 600 с.
25. Lazorko, O., Panchuk, N., Borysiuk, O., Kulchytska, A., Borysenko, O., & Khavula, R. (2022). Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity. Neurophysiological Aspects BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 13(1), 324-348. <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/267>

24

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

25

ЛЕКЦІЯ 4

Тема 4. Травматичний стрес та стани дезадаптації особистості

1

План лекції

1. Поняття про травматичний стрес, психічну травму.
2. Психофізіологія травми.
3. Гостра реакція на стрес. Ознаки гострого стресового розладу.
4. Поняття та чинники розвитку посттравматичного стресового розладу.
5. Критерії діагностики посттравматичного стресового розладу за МКХ-10 і DSM-V.
6. Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані.
7. Відновлення безперервності життя травмованої людини. Зниження впливу травматичної події на якість життя.
8. Протоколи TRIM та TID.

2

Самостійне опрацювання:

Модель VIVO.

Психоедукація при роботі з кризовими клієнтами.

Холістичний підхід до відновлення психічного здоров'я пацієнтів з травматичним досвідом.

Техніки стабілізації психічного стану людини.

Травмоорієнтовані методи психологічної допомоги.

Посттравматичне зростання.

3

Поняття про травматичний стрес, психічну травму



Психічний (емоційний) стрес – це виражені патопсихологічні реакції, які виникають при надмірних за інтенсивністю та тривалістю психологічних впливах (психотравмах) і розглядаються як прояви загального адаптаційного синдрому щодо психіки людини (її нервовопсихічної діяльності, емоційно-когнітивного реагування та поведінки).

4

Стадії стресу

1

Стадія тривожності

2

Стадія резистентності

3

Стадія виснаження

5

Поняття про травматичний стрес, психічну травму

Психічна травма – наслідок травматичного стресового впливу; передбачає крайній (екстремальний) ступінь стресогенності фактора, який руйнує систему індивідуальних особистісних захистів, що, призводить до глибоких порушень (від психологічних до біологічних) цілісної системи функціонування практично будь-якої людини.

Травматичний стрес – це переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу. Це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду. Ряд явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широкий і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власного життя або життя близької людини, загроза фізичному здоров'ю або «образу Я».

6

Відмінності між психічною травмою і стресом

Психічна травма	Стрес
Свідомий вибір реагування відсутній: впадіння у стан заціпеніння або фрагментація психіки..	Людина має вибір: боротися або поступитися.
Демобілізація, зниження чутливості	Мобілізація енергії
Завжди більш суттєва	Менш суттєвий
Наслідки травми зачіпають глибинні шари психіки, мають тривалий вплив на тіло, розум і психіку, в цілому на життя людини та її самосприйняття.	Наслідки не сильні

7

Фактори, що впливають на ступінь дії на людину сильної стресової ситуації

Фактори, що підсилюють травматичний стрес	Фактори, що послаблюють травматичний стрес
Сприйняття того, що сталося як крайньої несправедливості	Сприйняття того, що сталося як можливого
Нездатність і/або неможливість хоч якось протистояти ситуації	Часткове прийняття відповідальності за ситуацію
Пасивність у поведінці. Наявність невилікованих травм	Поведінкова активність. Наявність позитивного досвіду самостійного вирішення складних життєвих ситуацій
Фізична перевага	Сприятливе фізичне самопочуття
Відсутність соціальної підтримки	Психологічна підтримка з боку членів родини, друзів, товаришів по службі

8

Психологічна реакція на травму включає в себе три відносно самостійні фази



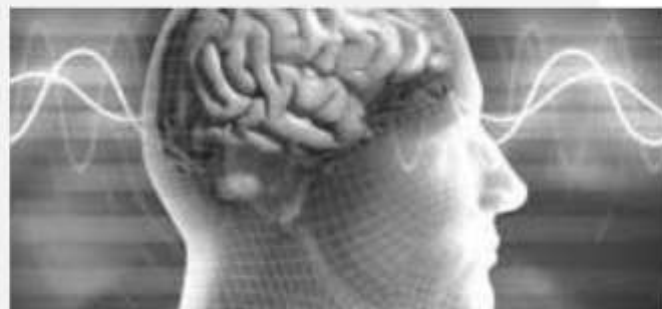
Перша фаза - фаза психологічного шоку

Друга фаза є критичною в тому відношенні, що після неї починається:

- або процес одужання (відреагування, прийняття реальності, адаптація до нових обставин) - це третя фаза нормального реагування,
- або відбувається фіксація на травмі і подальший перехід постстресових станів у хронічну форму.

9

Психофізіологія травми



Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають усі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної і соціальної взаємодії), призводять до стійких особистісних змін не лише у людей, що пережили стрес, але й у членів їх сімей.

10

Гостра реакція на стрес. Ознаки гострого стресового розладу.



Стадії розвитку симптомів психічної травми:

1. Вплив травмуючої події.
2. Гостра реакція на стрес – моментально і до декількох годин.
3. Гострий стресовий розлад – до 30 днів.
4. Посттравматичний стресовий розлад – більше 30 днів та далі: гострий та хронічний ПТСР; відстрочений ПТСР – симптоми з'являються через 6 місяців і більше..

Гостра реакція на стрес (F43.0).

Сюди включені транзиторні розлади значної тяжкості, які розвиваються у осіб без видимого психічного розладу у відповідь на виключно сильні стресові життєві події (природні катастрофи, нещасні випадки, згвалтування і т.п.).

11

Діагностичні критерії



Клініко - психопатологічна картина поліморфна і калейдоскопічна

Швидка редукція психопатологічної симптоматики

12

Поняття та чинники розвитку посттравматичного стресового розладу



Фаза
«заперечення і
шоку»



Фаза «агресії і
провини»



Фаза
«депресії»



Фаза
«зцілення»

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад. ПТСР проявляється як довготермінова реакція на травматичний стрес.

13



Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це
непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес,
здатна викликати психічні порушення практично у будь-
якої людини

14

Підвиди
посттрав-
матичних
стресових
розладів:

1

Гострий

2

Хронічний

3

Відстрочений

15

Діагностичні критерії ПТСР в класифікації психічних і поведінкових розладів

Критерії ПТСР в МКХ-10 визначені у такий спосіб:

A. Хворий повинен зазнати дію стресової події або ситуації (як короткої, так і тривалої) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що здатна викликати загальний дистрес майже у будь-якого індивідуума.

• початок розладів після латентного періоду, наступного за травмою (від декількох тижнів до 6 місяців, але іноді і пізніше);

B. Стійкі спогади чи «пожвавлення» стресора у нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або повторюваних снах, або повторюваних переживаннях горя при впливі ситуацій, що нагадують чи асоціюються зі стресором. (спалах спогадів - «flashbacks»).

(Це так звані симптоми «повторного переживання»).

C. Хворий повинен виявляти фактичне уникнення чи прагнення уникнути обставин, що нагадують або асоціюються зі стресором.

(У літературі ці симптоми відносять до групи симптомів «уникнення»).

D. Будь-яке з двох:

1. Психогенна амнезія, або часткова, або повна, щодо важливих аспектів періоду впливу стресора.

2. Стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (що не спостерігалися до дії стресора), представлені будь-якими

двома з наступних:

a. утруднення засипання або збереження сну;

b. дратівливість або вибухи гніву;

c. труднощі концентрації уваги;

d. підвищення рівня неспання;

e. посилений рефлекс четверохолмія.

(У літературі ці симптоми відносять до групи симптомів «загальної психічної збудливості / загальмованості»).

E. Критерії B, C і D виникають протягом шести місяців після дії стресогенної ситуації або в кінці періоду стресу.

16

Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані



МАРЕННЯ Й ГАЛЛЮЦИНАЦІЇ

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

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

Перша допомога. До прибуття фахівців, стежте за тим, щоб потерпілий не завдав собі й навколишнім. Заберіть від нього предмети, що можуть представляти потенційну небезпеку. Переведіть потерпілого у відокремлене місце, не залишайте його наодинці. Говоріть з постраждалим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним, не намагайтеся його переконати. Потрібно пам'ятати, що у такій ситуації переконати потерпілого неможливо.

17

Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані



АПАТІЯ

Перша допомога. Поговоріть з потерпілим. Задайте йому кілька простих запитань, виходячи з того, знайомий він Вам чи ні. «Як тебе звуть?», «Як ти себе відчуваєш?», «Хочеш їсти?» і т.п. Проводіть потерпілого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися. Візьміть потерпілого за руку або покладіть свою руку йому на чоло. Дайте потерпілому поспати або просто полежати. Якщо немає можливості відпочити (подія на вулиці, у громадському транспорті й т.п.), то більше говоріть з ним, утягуючи його в будь-яку спільну діяльність.

18

Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані



СТУПОР

Перша допомога. Зігніть потерпілому пальці на обох руках і пригорніть їх до основи долоні. Більші пальці повинні бути виставлені назовні. Кінчиками великого й вказівного пальців масажуйте потерпілому точки, розташовані на чолі, над очима рівно посередині між лінією росту волосся й бровами, чітко над зіницями. Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Налаштуйте свій подих під ритм його подиху. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути, бачити. Тому говоріть йому на вухо, тихо, повільно й чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні). Пам'ятайте, необхідно будь-якими засобами домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння.

19

Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані



РУХОВЕ ПОРУШЕННЯ

Перша допомога. Використовуйте прийом «захоплення»: перебуваючи позаду, просуньте свої руки потерпілому під пахви, пригорніть її до себе й злегка перекиньте на себе. Ізолюйте потерпілого від навколишніх. Говоріть спокійним голосом про почуття, які він відчуває («Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося. Ти хочеш сховатися від того, що відбувається»). Не сперечайтесь з потерпілим, не задавайте питань, у розмові уникайте фраз із часткою «не», що ставляться до небажаних дій («не біжи», «не розмахуй руками», «не кричи»). Рухове порушення звичайно триває недовго й може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивним поведінням.

20

Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані



АГРЕСІЯ

Перша допомога. Зведіть до мінімуму кількість оточуючих. Дайте потерпілому можливість «випустити пар» (наприклад, виговоритися, або «побити» подушку). Доручіть роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням. Демонструйте доброзичливість, навіть якщо Ви не згодні з потерпілим, не обвинувачуйте його, не висловлюйтеся із приводу його дій, інакше агресивне поведіння буде спрямоване на Вас. Не можна говорити: «Що ж ти за людина!» Необхідно говорити: «Ти жахливо злишся, тобі хочеться все рознести вщент. Давай разом спробуємо знайти вихід із цієї ситуації». Намагайтеся розрядити обстановку смішними коментарями або діями. Агресія може бути погашена страхом покарання.

21

Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані



СТРАХ

Перша допомога. Покладіть руку людини собі на зап'ястя, щоб вона відчула Ваш спокійний пульс. Це буде для нього сигналом: «Я зараз поряд, ти не одна». Дихайте глибоко й рівно. Спонукайте потерпілого дихати в одному з Вами ритмі. Якщо потерпілий говорить, слухайте його, висловлюйте зацікавленість, розуміння, співчуття. Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла. Пам'ятайте, страх може бути корисним, коли допомагає уникати небезпеки. Тому боротися зі страхом потрібно тоді, коли він заважає жити нормальним життям.

22

Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані



НЕРВОВЕ ТРЕМТІННЯ

Перша допомога. Потрібно підсилити тремтіння. Візьміть потерпілого за плечі й сильно, різко потрясіть протягом 10-15 секунд. Продовжуйте розмовляти з ним, інакше він може сприйняти Ваші дії як напад. Після завершення реакції необхідно дати потерпілому можливість відпочити. Бажано покласти його спати. Не можна обіймати людину або притискати її до себе; укривати чимось теплим; заспокоювати, говорити, щоб вона взяла себе в руки.

23

Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані



ПЛАЧ

Перша допомога. Не залишайте людину наодинці. Встановіть з нею фізичний контакт (візьміть за руку, покладіть свою руку їй на плече або спину, погладьте її по голові). Дайте відчуття, що Ви поруч. Застосовуйте прийоми «активного слухання» (вони допоможуть людині виплеснути своє горе). Періодично вимовляєте «так», «ага», киваючи головою, тобто підтверджуйте, що слухаєте й співчуваєте. Повторюйте за людиною уривки фраз, у яких вона висловлює почуття; говоріть про свої почуття й почуття людини. Не намагайтеся її заспокоїти. Дайте людині можливість виплакати й виговоритися, «виплеснути із себе горе, страх, образи». Не задавайте питань, не давайте порад. Пам'ятайте, ваше завдання – вислухати.

24

Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані

ІСТЕРИКА



Перша допомога. Забезпечте спокійні умови. Відведіть глядачів, залишайтеся з людиною наодинці при відсутності небезпеки для Вас. Зненацька зробіть дію, що може сильно здивувати (можна дати ляпас, облити водою, з гуркотом упустити предмет, різко крикнути на потерпілого). Говоріть з людиною короткими фразами, упевненим тоном («Випий води», «Умийся»). Після істерики настає занепад сил. Укладіть людину спати. До прибуття фахівця спостерігайте за її станом. Не потурайте її бажанням.

25

Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані

РЕАКЦІЯ ГОРЯ

Перша допомога

1. Не залишайте людину наодинці.
2. Говоріть про померлого в минулому часі. Частіше доторкайтеся до людини (обіймайте, кладіть руку на плече, беріть її руку у свою).
3. Дайте їй можливість відпочити. Стежте за тим, щоб вона приймала їжу.
4. Допомагайте людині ухвалювати необхідні рішення; залучайте до організації похорону.
5. Не говоріть «Від такої втрати ніколи не оправитися, тільки час лікує» і т.ін.



26

Екстрена психологічна допомога людям в гострому стресовому стані

Фаза горя - страждання - триває 6-7 тижнів.

Перша допомога

1. Дайте людині можливість побути наодинці, відпочити. Не намагайтеся припинити плач, не заважайте проявляти злість.
2. Розмову про померлого переведіть в область почуттів. Дайте пити багато води (до двох літрів у день).
3. Забезпечте людині фізичні навантаження (прогулянки по 45 хвилин).
4. Доводьте, що страждання буде не завжди, що все можна пережити, що втрата – це не покарання, а частина нашого життя, що у втратах нема рації, мети, плану, не треба їх шукати. Ставтеся до людини з увагою, але будьте з нею суворим.
5. Поясніть, що поховати близьку людину - це не те ж саме, що забути кохану людину.

Фаза горя - прийняття – зазвичай завершується через рік після втрати.

Перша допомога

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

Фаза горя - відновлення

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

27

Фактори ризику ПТСР:

- інтенсивність психотравмуючої ситуації;
- передуючі травматичні події;
- проблеми з психічним здоров'ям;
- наявність близьких родичів, які страждають психічними розладами;
- хронічний стрес;
- залежна поведінка;
- наявність психотравми в анамнезі;
- слабкі навички подолання;
- недостатність соціальної підтримки;
- підлітковий вік;
- похилий вік;
- наявність соматичного захворювання.



28

Методологічні принципи дослідження

Основою для проведення експериментально-психологічних досліджень служать **методологічні принципи**, які відносяться до фундаментальних, загальних принципів дослідження, запозичених психологічною наукою на етапі її перетворення в самостійну наукову дисципліну з філософії. Це принципи детермінізму, єдності свідомості і діяльності, формування свідомості і діяльності, розвитку психічного процесу при безпосередньому спілкуванні і діяльності, а також принцип моделювання і системний підхід, який використовується при описі складних об'єктів, до числа яких, безперечно, належить і психічна діяльність людини.

29

Відновлення безперервності життя травмованої людини. Зниження впливу травматичної події на якість життя



Стратегії подолання виникають, включаються (або не включаються):

- а) при зіткненні особистості з новими для цієї особистості вимогами;
- б) коли раніше засвоєні і звичні форми реагування вже не спрацьовують;
- в) коли суб'єкт стикається з неможливістю реалізації своїх планів і намірів, прагнень і цінностей.

30

Копінг-поведінка

Копінг-поведінка (копінг-стратегії) на відміну від психологічного захисту:

- формуються у свідомості, ми їх усвідомлюємо;
- діють на відновлення відносин (зі світом, середовищем, іншими людьми), а не просто на зниження психоемоційної напруги;
- розгортаються поступово (а не миттєво), крок за кроком.

Виділяють наступні види копінг-ресурсів:

- фізичні (здоров'я, витривалість і т.д.),
- соціальні (індивідуальна соціальна мережа, система соціальної підтримки, і інші види соціально-підтримуючої системи
- сім'я, друзі, професійні колективи).
- психологічні.

31

Протоколи TRIM та TID



Протокол TID - Trauma Incident Desensibilisation – три етапи. Перший етап. Оцінка ризиків травматизації та необхідної психологічної допомоги за допомогою протоколу TRIM (Trauma Risk Incident Management). Проводиться шляхом бесіди, інтерв'ю (розповіді людини про ТС). Дає можливість виявити людей, які потенційно здатні впоратися з наслідками ТС самостійно або потребують професійної допомоги.

Метод TRIM виник у збройних силах Великобританії з метою запобігти виникненню психологічних розладів, пов'язаних із травматичною ситуацією (травматичним стресом). Ця модель спирається на навички активного та структурованого слухання, яке передбачає наявність у спеціаліста навичок уважного та зосередженого спостереження у роботі з людьми, які стали учасниками чи свідками травматичної події. Watchful waiting – активний моніторинг стану людей протягом першого місяця після травматичного інциденту.

Кому адресований TRIM:

1. Безпосереднім учасникам події
2. Рятувальникам та фахівцям допомагаючих професій
3. Співробітникам диспетчерських служб
4. Near Miss (той, хто "ЧУДОМ" уникнув ТС)
5. Особам з подібним досвідом
6. Випадковим свідкам

Протокол TRIM.

Оцінюємо:

- > 0 балів – фактор відсутній;
- > 1 бал – ми припускаємо наявність даного фактору, але явно клієнт про нього не каже.
- > 2 бали – клієнт каже про даний фактор.

32

Висновки

Психічний (емоційний) стрес – це виражені патопсихологічні реакції, які виникають при надмірних за інтенсивністю та тривалістю психологічних впливах (психотравмах) і розглядаються як прояви загального адаптаційного синдрому щодо психіки людини (II нервовопсихічної діяльності, емоційно-когнітивного реагування та поведінки).

До ситуацій, що виходять за рамки звичайного людського досвіду, відносяться події, які здатні травмувати психіку практично будь-якої здорової людини. Це, наприклад, стихійні лиха, техногенні катастрофи, події, які є результатом цілеспрямованої, нерідко злочинної діяльності (диверсії, терористичні акти, тортури, масове насильство, бойові дії, потрапляння в «ситуацію заручника», руйнування власного будинку). Як правило, ці події становлять загрозу життю або здоров'ю - як самого індивіда, так і його значущих близьких, і докорінно порушують почуття його безпеки.

Травматичний стрес – це переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу. Це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду. Ряд явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широкий і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власного життя або життя близької людини, загроза фізичному здоров'ю або «образу Я».

Психічна травма - це переживання дисбалансу між погрожуючими обставинами і індивідуальними можливостями побороти їх, що супроводжується почуттям безпорадності й незахищеності і викликає тривале потрясіння в розумінні себе і світу

33

Висновки

Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають усі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної і соціальної взаємодії), призводять до стійких особистісних змін не лише у людей, що пережили стрес, але й у членів їх сімей.

ПТСР є комплексом реакцій людини на травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яке у більшості людей викликає страх, жах, безпорадність. Це, в першу чергу, ситуації, коли людина сама пережив загрозу власному життю, смерть або поранення іншої людини. Передбачається, що симптоми можуть з'явитися відразу після перебування у травматичній ситуації, а можуть виникнути через багато років - в цьому особлива небезпечність посттравматичного стресового розладу. Досить часто індивіди з ПТСР переживають вторинну травматизацію, яка виникає, як правило, в результаті негативних реакцій інших людей, медичного персоналу та працівників соціальної сфери на проблеми, з якими стикаються люди, які перенесли травму.

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

34

Література

Основна

1. Вітенко І. С. Медична психологія: [Підручник] Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
2. Гавенко В. Л. та ін. Практикум з медичної психології. Харків: Реаліформ, 2002. 248 с.
3. Ждан В. М., Скрипніков А. М., Животовська Л. В. Основи медичної психології. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014.
4. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія: підручник / за загальною ред. С. Д. Максименка. 2-е вид. К.: Слово, 2014. 516 с.
5. Медична психологія: підруч. : за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спірної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
6. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пашук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стухан [2-ге вид.]. Вінниця: 2012. 134 с.
7. Медична психологія: в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / Г. Я. Пілягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін.; за ред. Г. Я. Пілягіної. Вінниця: ПП «Нова Книга», 2020. 288 с.
8. Медична психологія: в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / Г. Я. Пілягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін.; за ред. Г. Я. Пілягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.
9. Шваченко А., Губенко І., Карнацька О. Основи загальної і медичної психології, психичного здоров'я та міжособового спілкування. Київ: Медицина, 2021.
10. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. https://moz.gov.ua/uploads/1/5/202-dn_20180529_981_dod_1.pdf

Допоміжна

1. Вітенко І. С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Х.: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
2. Гавенко В. Л. Практикум з медичної психології. Харків: Реаліформ, 2002. 245 с.
3. Галещька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
4. Гридковець Л. М. Реабілітаційна психологія. Київ: КІБІТ, 2015. 42 с.
5. Дідковська П. І. Психологічні аспекти надання паліативної допомоги. Актуальні питання розвитку стаціонарної та мобільної паліативної допомоги в Україні: Матер. науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Львів, 23 листопада 2019 р.). Львів, 2019. С. 9-13.

35

Література

Допоміжна

6. Кожен О.М., Пашо І.О., Лозинська Н.С., Стейник В.О., Хорунжий С.М., Ларіонов С.О., Сарица М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: метод. посіб. К.: 75ЦД, 2023. 175 с.
7. Лазаревська О., Найдьонова Г. Проблеми психологічної реабілітації людей після травматизму. Психологія і суспільство. 2005. № 1. С. 82 – 86.
8. Магдасюк Л. І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
9. Максименко С. Д. Психологічна допомога травмованим соматично хворим. К., 2007. 114 с.
10. Максимчук Н.П. Основи психолого-педагогічної діагностики. Конспекти лекцій. Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: "Медобори" (ПП Мошак М.І.), 2002. 56с.
11. Максимчук Н.П. Лабораторно-практичні заняття з основ психолого-педагогічної діагностики. Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: "Медобори" (ПП Мошак М.І.), 2002. 60с.
12. Наукольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
13. Панчук Н.П. Психологічна діагностика професійної придатності фахівця: Навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2006», 2019. 130 с.
URL: <http://elar.kpvo.edu.ua/bitstream/handle/123456789/3545>
14. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р. П. Федоренко та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.
15. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Загальна редакція: Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
16. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Загальна редакція: П. Царенко. Київ, 2018. 240 с.
17. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Загальна редакція: П. Гридасовий. Київ, 2018. 236 с.
18. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунов, [О. І. Федоренко та ін.] : МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків: ХНУВС, 2022. 84 с.
19. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навчальний посібник / за заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової. К.: ВНТУ, 2018. 109 с.
20. Психологія стресу та стресові розлади : навч. посіб. / ПРБ Уклад. О. Ю. Овчаренко. К.: Університет «Україна», 2023. 268 с.
21. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події. Навчально-методичний посібник / Автори-упоряд.: Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова, за заг. ред. О. Калюшник. К.: 2022.
22. Свєрчук В. А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вінниця: Міленіум, 2007. 295 с.
23. Сарица, І. Д., Віленко, І. С., Лагутич, В. А., Серебряцька, О. В. Основи психологічного консультування в медичній практиці: навч. посіб. Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС, 2004.
24. Тимофієва М.П., Слободська О.В. Психологія здоров'я: Підручник. Київ: МЕДПРИНТ. 2022. 600 с.
25. Lazorko, O., Panchuk, N., Boysenik, O., Kulchytska, A., Boysenko, O., & Khavula, R. (2022). Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity. Neurophysiological Aspects BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 13(1), 324-346.
<https://doi.org/10.18662/brain/13.1/287>

36

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

37

ЛЕКЦІЯ 5

Тема 5. Психологія втрати та горювання

1

План лекції

1. Поняття та класифікації втрат. Неоднозначна втрата.
2. Поняття та ознаки гострого горя.
3. Етапи переживання горя. Нормальне та патологічне горе.
4. Психологічна допомога людині у стані горя.

2

Самостійне опрацювання:

Різновиди та критерії діагностики патологічного (ускладненого) горя.

Основні задачі «роботи горя» за Ворденом.

Особливості консультативної практики військовослужбовців, які мають важкі наслідки бойових поранень (ампутація кінцівки, втрата зору, зміна зовнішності).

3

Поняття та класифікації втрат



Втрата – це причина і суть кризових станів, які так і зветься «криза втрати». Найбільш значущими причинами таких криз є: смерть близької людини, вимушена розлука, зрада інших людей, розлучення (пов'язане з утратою міжособистісних ролей).

4

Основні типи втрат: За часом:



безповоротні:



тимчасові

5

Основні типи втрат: За змістом:



соціальні втрати



матеріальні



психічні



фізичні

6

Основні типи втрат: за змістом:



реальні

уявні

7

Неоднозначна втрата



Неоднозначна втрата - ситуація неясної втрати, яка залишилася не роз'ясненою, а значить вона не вирішується. З іншого боку, це стресор, який веде до невизначеності кордонів сімейної системи. Невизначеність меж - це тривала змінна, яку можна визначити як незнання, хто знаходиться всередині, а хто зовні сімейної системи. Це, в свою чергу, викликає неконгруентність індивідуальних сприйнять щодо членства сім'ї і сімейних ролей, призводить до конфліктів у сім'ї, а також до індивідуальних симптомів депресії і тривоги.

Типи неоднозначної втрати :

1. Фізична
2. Психологічна втрата

Синдром втрати

8

Поняття та ознаки гострого горя



1. Горе
2. Пережити горе
3. Щоб пережити горе, необхідно відчувати, виразити і прийняти
4. Хоча горе є хворобливим станом, проте це нормальне і неминуче життєве переживання;

9

Прояви гострого горя

1. На перший план виступає фізичне страждання
2. Поглиненість образом втраченого.
3. Відчуття провини
4. Ворожі реакції
5. Втрата колишніх, природних моделей поведінки
6. Ідентифікація із втратою

10

Фази горя

1. Фаза шоку
2. Фаза пошуку
3. Фаза гострого горя або відчаю, страждання і дезорганізації
4. Фаза залишкових поштовхів і реорганізації
5. Фаза завершення

11

Стани, що відповідають різним стадіям

1

Шоковий стан

2

Стан переживання

3

Стан прийняття втрати

12

Види горя



Гостре горе проявляється вираженим смутком, плачем, незвичними дисфоричними емоціями, заклопотаністю думками та спогадами про людину, що пішла, порушеними нейровегетативними функціями: страх, занепокоєння, задишка, серцебиття, печіння або біль у ділянці грудей або живота, утруднення дихання, кашель, сухість у роті, втома, пітливість, порушення сечовипускання, деякі інші симптоми. складністю концентрації уваги та відносна відсутність інтересу до інших людей та активності у повсякденному житті.

Інтегроване горе. Інтенсивність психопатологічних проявів знижується і людина, яка пережила втрату, знаходить шлях до повноцінного життя. Втрата інтегрується в автобіографічну пам'ять, думки та спогади про померлого більше не поглинають всю увагу і не позбавляють працездатності. Патологічне (ускладнене) горе. Ускладнене горе - синдром, який виникає у людей, які зазнали втрати, що пов'язано з нездатністю перейти від гострого горя до інтегрованого.

13

Визначення внутрішніх і зовнішніх ресурсів



Перший ресурс – внутрішній – саморегуляція

Другий ресурс – зовнішній – соціальна підтримка, здатність розвиватись та спиратися на зв'язки з іншими.

14

Експозиційна терапія при ПТСР та нав'язливих станах.

Спочатку складається **список ієрархії «небезпечних» ситуацій** від найменш небезпечних – до таких, які тривожать найбільше:

Потім клієнт **навчається «терпіти» почуття тривоги і страху** під час «занурення» в ситуацію

У психотерапії посттравматичного стресового розладу усунення нав'язливих спогадів можна домогтися за допомогою **технік уяви**

продовжена конфронтація, врешті-решт, призводить до згасання тривоги і нав'язливих станів

Опрацювання травми

Терапевти зазвичай використовують два види експозиції: уявну та *in vivo*.

Уявна експозиція може включати детальний опис смерті, запис усіх деталей події та щоденне читання написаного тексту.

Завдяки експозиції ***in vivo***, клієнти співпрацюють з терапевтом для розробки ієрархії ситуацій, що провокують тривогу (від найменш тривожних до максимально тривожних). Потім терапевт підтримує клієнта у просуванні цим списком починаючи із не сильно неприємних ситуацій, при цьому терапевт не пришвидшує клієнта, дозволяючи йому рухатися у власному темпі, використовуючи для емоційного опрацювання травми стільки часу, скільки йому потрібно.

15

Етапи експозиційної терапії

1. Інформування клієнта про зміст експозиційної терапії, отримання згоди на експозиційну терапію (клієнт може припинити експозиційну терапію в будь-який момент часу).
2. Визначення ієрархії ситуацій, в яких можлива поява навіязливих (травматичних) станів (20 ситуацій складених спільно клієнтом і психотерапевтом в письмовому вигляді, потім записаних на диктофон).
3. Вибір ситуації для першої експозиції (зазвичай ситуація з «середини списку»), на основі наступних критеріїв: помірна вираженість емоційного стану у відповідь на експозицію ситуації, здатність клієнта самостійно впоратися зі своїм станом протягом досить тривалого часу.
4. Виявлення ключових стимулів зовнішнього середовища, що запускають навіязливі стани і ритуали дії, а також стимулів, що полегшують їх дію.
5. Перегляд значущості стимулів, що провокують виникнення навіязливих станів, надання відомостей про варіанти їх нейтралізації.
6. Підлаштування ситуації і терапевтичної експозиції до проблемних ситуацій, що викликають негативні емоційні стани.
7. Навчання клієнта навичкам докладного опису свого емоційного стану, відчуттів в момент пред'явлення експозиційної ситуації в теперішньому часі.
8. Достатня глибина і тривалість експозиції. В середньому експозиційна терапія триває 40-60 хв. Основним критерієм припинення експозиції вважається помітне зникнення рівня тривоги (принаймні на 50% від початкового рівня).
9. «Стеження» («моніторинг тривоги») за емоційним станом клієнта в момент експозиції: фіксація «відволікаючих маневрів»; контроль за достатньою тривалістю експозиції.
10. Дозування інтенсивності терапевтичної експозиції за допомогою акценту на ключових словах-стимулах, що запускають негативний емоційний стан.
11. Визначення оптимального темпу експозиційної терапії.
12. Аналіз поведінки клієнта в ситуації терапевтичної експозиції.
13. Домашні завдання, спрямовані на закріплення навичок, отриманих в ході експозиційної терапії. Експозиція в домашніх умовах спочатку 1-2 рази на день, в подальшому – не менше 30 днів без пропуску навіть одного дня.
14. Тренінг впевненості в собі, тренінг навичок адаптивного копіngu.
15. Навчання клієнта навичкам усвідомленого, а не автоматичного конструктивного виходу з потенційно небезпечної для нього ситуації.
16. Опрацювання аналогічних ситуацій.
17. Повторення найбільш важких експозицій.
18. Підведення підсумків експозиційної терапії.

16

Фази скорботи

1

фази уникнення

2

фазі конфронтації

3

Фаза акомодатії

17



Особливості консультативної практики військовослужбовців, які мають важкі наслідки бойових поранень (ампутація кінцівки, втрата зору, зміна зовнішності).



Джерело: [Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: методичний посібник / Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О., Хоружий С. М., Ларіонов С. О., Сириця М. В. Київ: «Центр учбової літератури», 2023. 176 с.

1

18

Особливості консультативної практики військовослужбовців, які мають важкі наслідки бойових поранень (ампутація кінцівки, втрата зору, зміна зовнішності).



Особливості спілкування з учасником бойових дій



1. Не примушуйте його розповідати про війну.
2. Не переривайте, не зупиняйте його, коли він говорить.
3. Слухайте його уважно.
4. Не давайте оцінок почуттю від нього.
5. Не використовуйте під час спілкування висловів на зразок: «Війна – це пекло», «Так, я розумію» тощо.
6. Не давайте йому порад, попередньо не вислухавши його уважно.
7. Перед тим, як надати раду чи рекомендацію, переконайтеся, що він не проти її вислухати

20

Висновки

Втрата – це причина і суть кризових станів, які так і звуться «криза втрати». Найбільш значущими причинами таких криз є: смерть близької людини, вимушена розлука, зрада інших людей, розлучення (пов'язане з втратою міжособистісних ролей).

Неоднозначна втрата - ситуація неясної втрати, яка залишилася не роз'ясненою, а значить вона не вирішується. З іншого боку, це стресор, який веде до невизначеності кордонів сімейної системи. Невизначеність меж - це тривала змінна, яку можна визначити як незнання, хто знаходиться всередині, а хто зовні сімейної системи. Це, в свою чергу, викликає неконгруентність індивідуальних сприйняття щодо членства сім'ї і сімейних ролей, призводить до конфліктів у сім'ї, а також до індивідуальних симптомів депресії і тривоги.

Теорія диференціальних емоцій вважає горе складною структурою, що включає фундаментальні емоції і афективно-когнітивні взаємодії. Її творець, К.Ізард вважає, що ядром горя є страждання. Воно виконує ряд функцій : (а) повідомляє, що людині погано, (б) спонукає зробити дії для його зменшення, усунення причини або зміни відношення, (в) полегшує об'єднання людей усередині груп (сім'ї або суспільства).

Процес горювання - це процес універсальний, що проживається зі схожими психологічними реакціями усіма суб'єктами процесу втрати, а також людьми у всьому світі, для усіх культур, незалежно від релігії, духовних або побутових вірувань і уявлень.

21

Висновки

Різниця між нормою і патологією горя - у тривалості і інтенсивності переживань. Отже, нормальна "робота горя" може стати патологічним процесом, якщо людина "застряє" на одній з фаз. Як правило - на другій. Це призводить до важких наслідків, коли людина приречена нескінченно довго переживати гостру фазу горя – найважчу і найбільш болючу.

Всі симптоми другої фази посилюються і підкреслюються. І у людини розвивається важкий синдром посттравматичних стресових порушень у повному обсязі.

Підходи до надання психологічної допомоги при травматичному горюванні поєднують методики роботи як з горем, так і з травмою:

- 1) визначення внутрішніх і зовнішніх ресурсів;
- 2) когнітивне та емоційне опрацювання травматичної смерті;
- 3) фасилітація процесів горювання.

Експозиційна терапія насамперед орієнтована на тривалу конфронтацію зі стимулами, які запускають навіязливість та травматичні спогади, що супроводжуються почуттям тривоги.

Найбільш складний і визначальний етап консультаційної взаємодії психолога з військовослужбовцем – встановлення психологічного контакту й довіри. Складність встановлення відносин з військовослужбовцем полягає в необхідності врахування певних особливостей. Так, військовослужбовці в ситуації спілкування керуються правилами поведінки в бою. Питання довіри для них є дуже важливим. Щоб вижити в зоні бойових дій, військовослужбовець мав навчитися нікому не довіряти: краще вважати всіх ворогами, доки переконаєшся в протилежному.

22

Література

Основна

1. Вітенко І. С. Медична психологія: [Підручник] Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
2. Гавенко В. Л. та ін. Практикум з медичної психології. Харків: Оеліонінформ, 2002. 248 с.
3. Ждан В. М., Скрипніков А. М., Животовська Л. В. Основи медичної психології. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014.
4. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія: підручник / за загальною ред. С. Д. Максименка. 2-е вид. К.: Слово, 2014. 516 с.
5. Медична психологія: підруч. : за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
6. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стухан [2-ге вид.]. Вінниця: 2012. 134 с.
7. Медична психологія: в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін.; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця: ПП «Нова Книга», 2020. 288 с.
8. Медична психологія: в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін.]; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.
9. Шевченко А., Губенко І., Карнацька О. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування. Київ: Медицина, 2021.
10. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. https://moz.gov.ua/uploads/1/5262-dn_20180523_981_dod_1.pdf

Допоміжна

1. Вітенко І. С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Х.: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
2. Гавенко В. Л. Практикум з медичної психології. Харків: Регіон-інформ, 2002. 245 с.
3. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
4. Гридковець Л. М. Реабілітаційна психологія. Київ: КІБІТ, 2015. 42 с.
5. Дідковська Л. І. Психологічні аспекти надання паліативної допомоги. Актуальні питання розвитку стаціонарної та мобільної паліативної допомоги в Україні: Матер. науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Львів, 23 листопада 2019 р.). Львів, 2019. С. 9-13.

23

Література

Допоміжна

6. Кошун О.М., Пашко І.О., Лосинська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сираця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 75Ц, 2023. 176 с.
7. Лазаренська О., Найдусова Т. Проблеми психологічної реабілітації людей після травматизму. Психологія і суспільство. 2005, № 1, С. 82 – 86.
8. Мадзисюк Л.І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
9. Максименко С. Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. К., 2007. 114 с.
10. Максимчук Н.П. Основи психолого-педагогічної діагностики. Конспекти лекцій. Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: "Медобори" (ПП Мошак М.І.), 2002. 56с.
11. Максимчук Н.П. Лабораторно-практичні заняття з основ психолого-педагогічної діагностики. Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: "Медобори" (ПП Мошак М.І.), 2002. 80с.
12. Наутопоян Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
13. Панчук Н.П. Психологічна діагностика професійної придатності фахівця: Навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2008», 2019. 130 с. URL: <http://elab.kpni.edu.ua/bitstream/handle/123456789/3545>
14. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р. П. Федоренко та ін. Луцьк : Вежа-Друк, 2018. 224 с.
15. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Загальна редакція: Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
16. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Загальна редакція: Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.
17. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Загальна редакція: Л. Грицковець. Київ, 2018. 236 с.
18. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунов ; [О. І. Федоренко та ін.] ; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Харків : ХНУВС, 2022. 84 с.
19. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навчальний посібник. / за заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової. К. ВНТУ, 2018. 108 с.
20. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / ПРБ Уклад. О. Ю. Овчаренко. К. : Університет «Україна», 2023. 266 с.
21. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події. Навчально-методичний посібник / Автори-упоряд. : Н. Вааранен-Валонен, Н. Заварова, за заг. ред. О. Калашник. К.: 2022.
22. Оверчук В. А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вінниця : Міленіум, 2007. 295 с.
23. Спіренко, І.Д., Вітченко, І.С., Пагутін, В. А., Серебряцька, О. В. Основи психологічного консультування в медичній практиці : навч. посіб. Дніпропетровськ : АРТ-ПРЕС, 2004.
24. Тимофєєва М.П., Слободська О.В. Психологія здоров'я: Підручник. Київ: МЕДПРИНТ. 2022. 600 с.
25. Lazorko, O., Panchuk, N., Borysiuk, O., Kulchytska, A., Borysenko, O., & Khanula, R. (2022). Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity. Neurophysiological Aspects. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 13(1), 324-346. <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/287>

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

ЛЕКЦІЯ 6

Тема 6. Психологія вмирання та смерті

1

План лекції

1. Поняття біологічної та клінічної смерті. Смерть як екзистенційне явище.
2. Поведінка і суб'єктивні переживання вмираючих. Динаміка психологічних реакцій вмираючих за Е. Кюблер-Росс.
3. Психологічна складова паліативної допомоги.
4. Евтаназія: за і проти.
5. Суїцидальна поведінка як форма кризового реагування. Індикатори суїцидального ризику.
6. Антисуїцидальні чинники. Профілактика і раннє розпізнавання суїцидальних тенденцій.
7. Психологічна допомога потенційному суїциденту.

2

Самостійне опрацювання:

Термінальний хворий і якість його життя.

Танатотерапія.

План антисуїцидальної безпеки.

3

Поняття біологічної та клінічної смерті. Смерть як екзистенційне явище



Смерть — незворотнє припинення функціональних процесів, що підтримують життя, який характеризується остаточним розривом узгодженості процесів життєдіяльності (харчування, дихання тощо) даного організму. Активне припинення життя називається вбивством. Перехід від життя до смерті називається вмиранням. У медицині вивчення процесу смерті здійснює наука танатологія.

4

Поняття біологічної та клінічної смерті



Біологічна смерть - необоротний стан клітин життєво важливих органів, коли оживлення організму як цілісної системи неможливо

Клінічна смерть - оборотний стан, що починається з моменту припинення вітальних функцій (кровообігу, дихання) до настання незворотних змін в корі головного мозку. Іншими словами, це період збереження своєї життєздатності нейронами кори головного мозку в умовах аноксії (оскільки вміст O_2 в тканинах головного мозку знижується до нуля протягом 1 хв. з моменту зупинки кровообігу).

5

Фази пристосування до думок про смерть (Кюблер-Росс, 2001):



1. «Заперечення».
2. «Гнів» (іноді – протест)
3. «Торг/торгівля».
4. Депресія
5. Прийняття смерті.

6

Паліативна медицина



Паліативна медицина визнає тяжкість людських страждань і прагне полегшити їх, але не визнає правомірність евтаназії як засобу припинення страждань. Головним тут є не тільки продовження життя, а й створення умов для того, щоб решта життя для хворого була більш комфортальною і значущою.

7

Евтаназія

Евтаназія – це умисні дії чи бездіяльність медичних працівників, які здійснюються ними за наявності письмово оформленого клопотання пацієнта, який перебуває у стані, коли усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, з дотриманням законодавчо встановлених умов, з метою припинення його фізичних, психологічних і моральних страждань, у результаті яких реалізується право на гідну смерть.

Вимоги для її проведення:

1. Неможливість існуючими на сьогодні способами і прийомами медицини вилікувати хворого, полегшити його страждання.
2. Усвідомлене прохання хворого про проведення евтаназії.
3. Достатнє інформування такого хворого з боку лікуючого лікаря щодо стану здоров'я і наслідків евтаназії.
4. Проведення консилиуму фахівців-медиків, за умови одноголосного підтвердження думки про неможливість врятувати або полегшити страждання хворого.
5. Інформування родичів хворого.
6. Інформування правоохоронних органів.
7. Рішення суду про можливість застосування евтаназії.

Активна евтаназія

Пасивна евтаназія

8

Евтаназія

Основні аргументами проти евтаназії:

- можливість помилкового діагнозу, коли первинно невиліковне захворювання, виявляється, надалі піддається лікуванню;
- гуманність професії лікаря, що зобов'язує останнього продовжувати життя, а не прискорювати прихід смерті;
- дозвіл евтаназії здатний призвести до зловживань з боку медичних працівників (вбивства, замасковані під евтаназію);
- порушення волі бога (вищої сили у тому вигляді, в якому її розуміють);
- незворотність рішення – неможливість змінити рішення про евтаназію в процесі її проведення, якщо особа, стосовно якої проводиться ця процедура, передумала;
- зупинка прогресу в медичній науці.

Основні аргументи за евтаназією:

- це вищий прояв реалізації права людини на життя;
- законодавство дозволяє хворому відмовитись від лікування;
- краще спокійна гідна смерть, ніж важкі, принижуючі страждання, породжені нестерпним болем;
- обмеження прав невиліковно хворих людей у порівнянні з іншими людьми, оскільки останні для зведення "рахунків з життям" можуть зробити самогубство, у той час як невиліковно хворі за станом здоров'я часто позбавлені такої можливості;
- перерозподіл медичних ресурсів – дозвіл евтаназії може вивільнити обмежені медичні ресурси для надання допомоги іншим, не смертельно та невиліковно хворим особам.

9

Суїцидальна поведінка як форма кризового реагування

- Самогубство – смерть, заподіяна самому собі, з доказами (явними або неявними), що людина мала намір померти.

Суїцидальна поведінка – будь-які внутрішні та зовнішні форми психічних актів, що спрямовані уявленнями про позбавлення себе життя.

- Спроба самогубства – поведінка, що завдає шкоди, з нефатальним результатом, що супроводжується свідченнями (явними або неявними) про те, що людина має намір померти. Вона має дві фази. Перша – зворотна, коли об'єкт сам може припинити спробу, друга – незворотна.
- Невдала спроба самогубства – потенційно самопошкожуюча поведінка з доказами (явним або неявним) про те, що людина мала намір померти, але припинила спробу до нанесення фізичної шкоди.
- Суїцидальні думки (ідеї) – думки про те, щоб служити агентом власної смерті. Суїцидальні думки можуть варіюватися по серйозності в залежності від специфіки планів самогубства і ступеню суїцидальних намірів.

10

Суїцидальна поведінка як форма кризового реагування

- Суїцидальні наміри – суб'єктивні очікування і прагнення до саморуйнівного акта, який закінчитися смертю.
- Летальність суїцидальної поведінки – об'єктивна небезпека для життя, пов'язана з методом або діями самогубства. Зауважте, що летальність відрізняється від і може не завжди збігатися з очікуванням індивідуума від того, що є медично небезпечним.
- Навмисне заподіяння собі шкоди – навмисне заподіяння собі хворобливих, руйнівних або шкідливих дій без наміру померти.

Пресуїцид – період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації. Виділяють гострий (хвилини, години) та хронічний (тижні, місяці) пресуїциди.

11

Фактори ризику суїцидальної поведінки

Рівень впливу фактора	Фактори ризику суїцидів
СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	Перешкоди до отримання медичної допомоги
СУСПІЛЬСТВО	Доступ до засобів скоєння самогубства Безвідповідальне освітлення в ЗМІ Стигма в зв'язку зі зверненням за допомогою
МІСЦЕВІ СПІЛЬНОТИ	Лиха, війни, конфлікти Стрес акультурації і переміщення Дискримінація Травма або жорстоке поводження
ВЗАЄМОВІДНОСИНИ	Почуття ізоляції і дефіцит соціальної підтримки Міжособистісні конфлікти, негаразди або втрати
ІНДИВІДУАЛЬНІ ФАКТОРИ	Попередня суїцидальна спроба Психічні розлади Шкідливе вживання алкоголю Втрата роботи або фінансові проблеми Відчуття безнадійності Хронічний больовий синдром Випадки самогубств в сім'ї Генетичні і біологічні фактори

12

Фактори, які запобігають суїцидам



1. Здібності, якості, екологічні та особисті ресурси
2. Система підтримки соціального контексту
3. Позитивні особистісні риси
4. Доступ до медичної допомоги

13

Стадії формування суїцидальної поведінки



- 1 стадія – суїцидальна predisпозиція
- 2 стадія – латентний пресуїцид
- 3 стадія – маніфестний пресуїцид
- 4 стадія – гострий пресуїцид
- 5 стадія – суїцидальні дії

14



Форми суїцидів залежно від мети

- 1) Справжні (істинні) самогубства, замаху і тенденції
- 2) Демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка
- 3) Самоушкодження

15



Форми суїцидів залежно від домінуючих мотивів

- 1) «Протесні» форми ; помста
- 2) Сенс суїцидальної поведінки типу «заклику»
- 3) При суїциді з мотивом «уникнення» (покарання або страждання)
- 4) «Самопокарання»
- 5) При суїциді «відмови»

16

Мотиви суїцидальних вчинків



1. Особисто-сімейні конфлікти
2. Стан психічного здоров'я
3. Стан фізичного здоров'я
4. Конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою суїцидента
5. Конфлікти в професійній або навчальній сфері
6. Матеріально-побутові труднощі.
7. Інші мотиви і приводи.

17

Психологічні методики виявлення суїцидальної поведінки, схильності до суїцидів

Метод тестування. Оцінка суїцидального ризику і намірів

Методика Психодіагностика суїцидальних намірів у дітей «ПСН «В» (В.Войцех, А.Кучер, В. Костюкевич.)

Методика діагностики схильності до поведінки, що відхиляється «СОП» (А. Орел).

Опитувальник суїцидального ризику «ОСР» (А.Г. Шмелёв).

Методика визначення ступеня ризику скоєння суїциду (І.А. Погодін).

Методика визначення схильності до суїцидальних реакцій «СР-45» (П.І. Юнацкевич).

Вивчення схильності підлітків до суїцидальної поведінки (СПСП) М.В. Горської.

Методика діагностики суїцидальних нахилів «Суїцидальна мотивація» (Ю.Р. Вагін).

Методика діагностики суїцидальних нахилів «Протисуїцидальна мотивація» (Ю.Р. Вагін).

Шкала суїцидальних інтенцій Пірса. Шкала оцінки ризику суїциду Паттерсона.

18

Психологічні методики виявлення суїцидальної поведінки, схильності до суїцидів

Проективний метод дослідження суїцидальної поведінки:

Тематичний аперцептивний тест (чотири фотографії).

Тест «Ваші суїцидальні нахили» (З. Королєва).

Графічний тест «Ваші думки про смерть» Л.Б. Шнейдер.

Метод незакінчених пропозицій.

Емоційно-особистісний тест Луїзи Дюссо «Казка «Похорон» (адаптація М. Габрунер, В. Соколовська).

Методи анкетування з психодіагностики суїцидального ризику:

Діагностична анкета критичних ситуацій підлітків.

Шкала безнадійності Бека.

Анкета вивчення ставлення підлітків до смерті (І.М. Лаврикова).

Метод стандартизованого самозвіту в психодіагностики суїцидального ризику. Методика «Карта ризику суїциду».

Шкала наміри суїцидів.

19

Психологічні методики виявлення суїцидальної поведінки, схильності до суїцидів

Метод психодіагностичної бесіди в отриманні додаткової інформації для психологічного ув'язнення і подальшої корекції суїцидальної поведінки:

Скринінг-тест для виявлення суїцидальної поведінки (Л. Юр'єва).

Прогностична таблиця ризику серед дітей та підлітків (А. Волкова).

Наприклад, шкала оцінки ризику суїциду Паттерсона (The Sad persons Scale, (Patterson, Dohn, Bird, & Patterson, 1983) складає:

Фактор	Значення
Стать	1 – чоловічий; 0 – жіночий
Вік	1 – <19 років або> 45
Депресія	1 – якщо є
Парасуїциди	1 – якщо є
Зловживання алкоголем	1 – якщо є
Порушення раціонального мислення (марення, галюцинації, фіксація на втраті, депресивний звуження сприйняття)	1 – шизофренія, розлад настрою, когнітивні порушення
Недостаток соціальної підтримки (проживання в самоті, важкі порушені відносини, що не приймає соціальне оточення)	1 – якщо присутній, особливо при недавньої втраті «значущого іншого»
Організований план суїциду	1 – якщо є, а обраний метод потенційно детальний
Відсутність дружини (чоловіка)	1 – розлучений, вдов, відділений, проживає в самоті
Хвороба	1 – якщо є, особливо хронічна, інвалідизуюча, важка

20

Допомога у разі суїцидальної кризи



Допомога у разі суїцидальної кризи має бути негайною (хвилини, години). Необхідно зібрати інформацію про причини кризи, очікуваннях і цілях (чого хотілося досягти суїцидом), прояснити внутрішній сенс кризи, дізнатися, кому приписується вина. Потрібно давати клієнту правдиву інформацію, в тому числі і про свої почуття; слід уникати утіх.

21

Висновки

Смерть — незворотнє припинення функціональних процесів, що підтримують життя, який характеризується остаточним розривом узгодженості процесів життєдіяльності (харчування, дихання тощо) даного організму. Активне припинення життя називається вбивством. Перехід від життя до смерті називається вмиранням. У медицині вивчення процесу смерті здійснює наука танатологія.

Клінічна смерть - оборотний стан, що починається з моменту припинення вітальних функцій (кровообігу, дихання) до настання незворотних змін в корі головного мозку. Іншими словами, це період збереження своєї життєздатності нейронами кори головного мозку в умовах аноксії (оскільки вміст O_2 в тканинах головного мозку знижується до нуля протягом 1 хв. з моменту зупинки кровообігу).

Головною метою паліативної допомоги є створенням максимально можливого комфорту для хворого (в першу чергу знеболення), тобто метою паліативного лікування є поліпшення якості життя хворої людини. Особливо це важливо для хворих приречених, повільно вмираючих (наприклад, від онкологічного захворювання).

Наразі в Україні евтаназія заборонена п.4 чт.281 Цивільного кодексу України де зазначено, що «забороняється задоволення прохання фізичної особи про припинення її життя».

22

Висновки

Психологічний стан особи, яка вирішила намагається покінчити життя самогубством описується терміном «суїцидальна криза».

У спілкування з такими особами повинні насторожувати такі прояви, як несподіваний спокій, який настав після ажитованої депресії, різке полегшення obsесивно-компульсивних симптомів, помітна зміна звичайної поведінки, завзяте заперечення суїцидальних думок депресивним пацієнтом, накопичення медикаментів, підготовка заповіту, несподівана роздача боргів.

Виявлення ризику суїцидів є важливим завданням як для всього суспільства в цілому, так і для працівників системи охорони здоров'я. В основі діагностики завжди є оцінка про- та контрсуїцидальних факторів. Існує багато психологічних методик виявлення суїцидальної поведінки, схильності до суїцидів.

Основними завданнями кризового втручання є подолання винятковості ситуації, розробка ясного плану дій. При цьому альтернативний вихід із ситуації пацієнт знаходить сам, лікар забезпечує підтримку і допомагає адекватним радою. Необхідно стимулювати фізичну активність пацієнта. Опрацьовуються варіанти поведінки в майбутніх кризових ситуаціях. Після проведення першої бесіди про суїцид необхідно критично ставитися до виникшого полегшення, можливе складання «антисуїцидального контракту». Важливо, щоб після надання першої допомоги пацієнт перебував під наглядом до тих пір, поки не буде проведено подальше лікування (психотерапевтичне і/або медикаментозне).

23

Література

Основна

1. Вітенко І. С. Медична психологія: [Підручник] Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
2. Гавенко В. Л. та ін. Практикум з медичної психології. Харків: Оріонінформ, 2002. 248 с.
3. Ждан В. М., Скрипніков А. М., Животовська Л. В. Основи медичної психології. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014.
4. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія: підручник / за загальною ред. С. Д. Максименка. 2-е вид. К.: Слово, 2014. 516 с.
5. Медична психологія: підруч. ; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
6. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стухан [2-ге вид.]. Вінниця: 2012. 134 с.
7. Медична психологія: в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін.; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця: ПП «Нова Книга», 2020. 288 с.
8. Медична психологія: в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін.]; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.
9. Шевченко А., Губенко І., Карнацька О. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування. Київ: Медицина, 2021.
10. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. https://moz.gov.ua/uploads/1/5262-dn_20180523_981_doc_1.pdf

Допоміжна

1. Вітенко І. С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Х.: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
2. Гавенко В. Л. Практикум з медичної психології. Харків: Періон-інформ, 2002. 245 с.
3. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
4. Гридковець Л. М. Реабілітаційна психологія. Київ: КІБІТ, 2015. 42 с.
5. Дідковська Л. І. Психологічні аспекти надання паліативної допомоги. Актуальні питання розвитку стаціонарної та мобільної паліативної допомоги в Україні: Матер. науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Львів, 23 листопада 2019 р.). Львів, 2019. С. 9-13.

24

Література

Додаток

6. Кошун О.М., Пішко І.О., Лозинська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Скриця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. 175 с.
7. Лазаревська О., Найдюнова Г. Проблеми психологічної реабілітації людей після травматизму. Психологія і суспільство. 2005. № 1. С. 82 – 86.
8. Мадисюк Л. І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
9. Максименко С. Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. К., 2007. 114 с.
10. Максимчук Н.П. Основи психолого-педагогічної діагностики. Конспекти лекцій. Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: "Медобори" (ПП Мошак М.І.), 2002. 56с.
11. Максимчук Н.П. Лабораторно-практичні заняття з основ психолого-педагогічної діагностики. Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: "Медобори" (ПП Мошак М.І.), 2002. 60с.
12. Наугольнич Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
13. Панчук Н.П. Психологічна діагностика професійної придатності фахівця. Навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2006», 2019. 130 с. URL: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/2545>
14. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р. П. Федоренко та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.
15. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Загальна редакція: Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
16. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Загальна редакція: Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.
17. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Загальна редакція: Л. Гридковаць. Київ, 2018. 236 с.
18. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практик. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунов; [О. І. Федоренко та ін.]; МВС України, Харків: нац. ун-т внутр. справ, Харків: ХНУВС, 2022. 84 с.
19. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навчальний посібник / за заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової. К. ВНТУ, 2018. 108 с.
20. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посіб. / ПРБ Уклад. О. Ю. Сичаренко. К.: Університет «Україна», 2023. 266 с.
21. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події. Навчально-методичний посібник / Автори-упоряд.: Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова; за заг. ред. О. Калашник. К.: 2022.
22. Оверчук В. А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вінниця: Міленіум, 2007. 295 с.
23. Спірна, І. Д., Вітенко, І. С., Лагутін, В. А., Серебрянська, О. В. Основи психологічного консультування в медичній практиці: навч. посіб. Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС, 2004.
24. Тимофієва М.П., Слободська О.В. Психологія здоров'я: Підручник. Київ: МЕДПРИНТ, 2022. 600 с.
25. Lazorko, O., Panchuk, N., Borysiuk, O., Kuichytyska, A., Borysenko, O., & Khavula, R. (2022). Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity: Neurophysiological Aspects. BRAIN: Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 13(1), 324-346. <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/287>

25

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

26



ГЛОСАРІЙ

Алекситимія («немає слів для вираження почуттів») є психологічною характеристикою, з

якою пов'язана нездатність словесно визначити і описати почуття. Неідентифіковане почуття викликає фізіологічну напругу, що викликає зміну на соматичному рівні. Людина не може розрізнити власне почуття і тілесне відчуття і фокусує свою увагу на тілесних відчуттях, що тільки підсилює напругу і призводить до соматичних порушень внаслідок психофізіологічного перевантаження. Через те, що сильна емоція не піддається вербальній символізації і, отже, залишається недоступною для свідомості, вона починає безпосередньо впливати на організм, завдаючи несприятливі наслідки.

Алогічність мислення – коли з'являються різні негативні стани(агресивний та депресивний стан). З одного боку – це агресія, а з іншого – страх усього навколишнього. Це психосоматична узалежненість від обставин буття. Це є психогенний, психобіологічний тероризм, в явному психологічному вигляді.

Анамнез (від лат. «по пам'яті») – відомості про минуле досліджуваної людини, отримані від нього самого (суб'єктивний анамнез) або від добре знаючих його осіб (об'єктивний анамнез).

Анкетування має місце в тому випадку, коли питання і відповіді подаються в письмовій формі.

Апатія – втрата активності, ініціативи у виконанні речей, які раніше приносили зацікавлення, байдужість та небажання брати участь у активностях, які раніше були важливими.

Аутогенне тренування (аутотренінг) є одним з варіантів самонавіювання. З його допомогою людина може робити істотний вплив на психічні і вегетативні процеси в організмі, в тому числі на ті, що непідвладні довіль-

ній свідомій регуляції. Аутотренінг є поєднанням м'язового розслаблення з самонавіюванням у вигляді «формул», які вимовляються подумки.

Бесіда – це з'ясування за допомогою системи спеціально підібраних питань тих чи інших особливостей психічних явищ або психічних якостей людини. Можна виділити наступні різновиди цього методу: збір анамнезу, інтерв'ю та психологічні анкети.

Білатеральна стимуляція – це почергова стимуляція правої та лівої півкулі головного мозку за рахунок: швидких рухів очей вліво-вправо, дотиків по черзі до правої та лівої руки, плечу, (або ноги), подачі звуку через навушники по черзі у лівому та правому вусі тощо.

Витіснення – механізм психологічного захисту, при якому травмуюча інформація торкається свідомості, однак одразу ж витісняється у підсвідомість («забув» і т.д.). Таку інформацію можна відтворити, але потрібні спеціальні ресурси, готовність або допомога спеціаліста (напр., психоаналіз як психологічна практика).

Внутрішня сила та воля – здатність особистості знаходити в собі внутрішні резерви сили та волі, які допомагають подолати труднощі та рухатися вперед.

Втрата – це причина і суть кризових станів, які так і зветься «криза втрати». Найбільш значущими причинами таких криз є: смерть близької людини, вимушена розлука, зрада інших людей, розлучення (пов'язане з утратою міжособистісних ролей).

Втрата неоднозначна – ситуація неясної втрати, яка залишилася не роз'ясненою, а значить вона не вирішується. З іншого боку, це стресор, який веде до невизначеності кордонів сімейної системи. Невизначеність меж – це тривала змінна, яку можна визначити як незнання, хто знаходиться всередині, а хто зовні сімейної системи. Це, в свою чергу, викликає неконгруентність індивідуальних сприйнять щодо членства сім'ї і сімейних ролей, призводить до конфліктів у сім'ї, а також до індивідуальних симптомів депресії і тривоги.

Втрати неоднозначної тип: фізична – коли людина фізично не є присутньою, але її близькі люди вважають психологічно присутньою. Сім'я не знає, де їх рідні, чи живі? «Пішов, але не точно» – так говорять. Характерним є стан очікування (зберігають кімнату, речі). До фізичних неоднозначних втрат належать: без вісті зниклі військові або цивільні особи під

час військових дії, терактів; люди, які пропали під час природних катастроф; викрадення; пропажа людини (пішла у магазин...); зникле тіло, напр., після авіакатастрофи; перебування у в'язниці; міграція; різні інституції (будинки престарілих, хоспис); розлучення – особливо для дитини; сепарація молодих людей від батьків; дитина, яка перейшла в інтернат.

Втрати неоднозначної тип: психологічна – навпаки, член сім'ї фізично є присутнім, але психологічно його немає. «Тут, але не тут». До психологічних неоднозначних втрат належать: хвороба Альцгеймера та інші форми деменції; ЧМТ; кома; аутизм (коли маємо втрату очікувань, планів батьків); хронічні психічні захворювання; адикції (алкогольна, наркотична, ігрова); ностальгія – туга по Батьківщині; депресія; надмірна одержимість роботою.

Втручання – безпосередня реалізація індивідуального реабілітаційного плану.

Горе – комплексний феномен, що охоплює емоційну і соматичну сфери, а також сферу повсякденної діяльності і спілкування, де горе створює труднощі адаптації, ізоляцію, втрату працездатності і т.д.

Горе гостре проявляється вираженням смутком, плачем, незвичними дисфоричними емоціями, заклопотаністю думками та спогадами про людину, що пішла, порушеними нейровегетативними функціями: страх, занепокоєння, задишка, серцебиття, печіння або біль у ділянці грудей або живота, утруднення дихання, кашель, сухість у роті, втома, пітливість, порушення сечовипускання, деякі інші симптоми. складністю концентрації уваги та відносна відсутність інтересу до інших людей та активності у повсякденному житті.

Горе інтегроване. Інтенсивність психопатологічних проявів знижується і людина, яка пережила втрату, знаходить шлях до повноцінного життя. Втрата інтегрується в автобіографічну пам'ять, думки та спогади про померлого більше не поглинають всю увагу і не позбавляють працездатності.

Горе ускладнене – синдром, який виникає у людей, які зазнали втрати, що пов'язано з нездатністю перейти від гострого горя до інтегрованого.

Горювання процес – це процес універсальний, що проживається зі схожими психологічними реакціями усіма суб'єктами процесу втрати, а

також людьми у всьому світі, для усіх культур, незалежно від релігії, духовних або побутових вірувань і уявлень.

Депресія є однією з найбільш частих та не бажаних реакцій на хворобу. Депресія може бути психологічною реакцією на повідомлення про невиліковне захворювання або результатом осмислення відсутності успіху лікування, що було проведене. Але слід зазначити, що у багатьох випадках її можна розглядати, як біологічну реакцію на хворобу. Відомо, що багато ендокринних захворювань, злоякісних пухлин, порушення обміну речовин проявляються депресією. Вона також може бути проявом ускладнень фармакотерапії.

Евтаназія – це умисні дії чи бездіяльність медичних працівників, які здійснюються ними за наявності письмово оформленого клопотання пацієнта, який перебуває у стані, коли усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, з дотриманням законодавчо встановлених умов, з метою припинення його фізичних, психологічних і моральних страждань, у результаті яких реалізується право на гідну смерть.

Евтаназія активна – навмисне умертвіння «з жалю», на прохання хворого, або без нього. У правовому аспекті ці дії кваліфікуються як навмисне вбивство – в тих країнах, де евтаназія заборонена законом. Активну евтаназію називають також «методом наповненого шприца».

Евтаназія пасивна – припинення особливо складних медичних методів для підтримання життя хворого, які хоча і продовжують його існування, але й не рятують. Йдеться про скорочення періоду дістаназії, тобто «Поганого вмирання». Інша назва пасивної евтаназії – «метод відкладеного шприца». У країнах, де евтаназія визнана законодавчо, для її виконання необхідно дотримання близько сорока вимог, у тому числі має бути і констатація відсутності яких-небудь інших сучасних медичних методів збереження життя хворого.

Експеримент є найбільш ефективним способом виявлення причинно – наслідкової залежності між досліджуваними змінними. Експеримент відрізняється від спостереження активним втручанням дослідника в ситуацію. При цьому здійснюється планомірне маніпулювання однієї із змінних, яку називають незалежною (її змінює дослідник), з подальшою реєстрацією супутніх змін в досліджуваному явищі (залежна змінна). Під змінною розуміється будь-яка реальність, яка може змінюватися в експериментальній ситуації.

Експеримент лабораторний проводять в спеціально створених умовах, часто із застосуванням апаратури. Випробуваний знає, що над ним експериментують і дії його визначаються інструкцією. При експерименті потрібно враховувати фактори які піддаються (контрольовані змінні – стать, вік та інше), і не піддаються контролю (зацікавленість чи байдужість випробуваного до дослідження, його настрої, тощо).

Експеримент природний обстежуваний може навіть не підозрювати, що він піддається психологічному дослідженню. Звичайність, природність умов і введення на цьому тлі експериментальних змінних дозволяє досліднику простежити дію цих змінних і тим самим встановити їх роль та особливості впливу на досліджуване явище.

Експозиція уявна може включати детальний опис смерті, запис усіх деталей події та щоденне читання написаного тексту.

Експозиції in vivo: клієнти співпрацюють з терапевтом для розробки ієрархії ситуацій, що провокують тривогу (від найменш тривожних до максимально тривожних). Потім терапевт підтримує клієнта у просуванні цим списком починаючи із не сильно неприємних ситуацій, при цьому терапевт не пришвидшує клієнта, дозволяючи йому рухатися у власному темпі, використовуючи для емоційного опрацювання травми стільки часу, скільки йому потрібно.

Емоційна інтелігенція – розуміння та управління власними емоціями дозволяє ефективно адаптуватися до стресових ситуацій та підтримує психічне здоров'я.

Життєстійкість – здатність протистояти стресу та перетворювати стресові обставини життя на можливості особистісного зростання.

Життєстійкість – це здатність людини витримувати всі складності життя та успішно протистояти життєвим проблемам та труднощам.

Життєздатність – це базова навичка, необхідна нам як для виживання, так і для збереження здатності рухатись вперед попри все.

Життєздатність – забезпечує адаптацію, саморегуляцію, управління власними ресурсами, збереження цілісності, самоорганізації.

Заміщення – перенос гніву, емоційного збудження на менш небезпечний об'єкт. Як правило, виникає після фрустрації і не призводить до полегшення.

Заперечення – механізм психологічного захисту, який не допускає травмуючу інформацію до свідомості («не сприймаю», «не почув», «не помітив», «все добре», «нічого не сталося», «життя продовжується» і т.д.). Тобто, інформація без її усвідомлення одразу блокується. Роль цього механізму: відгородити людину від травмуючого фактору.

Здоров'я людське – це не просто відсутність хвороби, а стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя.

Здоров'я психічне, як стан благополуччя, в якому індивід реалізовує свої власні здібності, може впоратися із звичайними життєвими стресовими ситуаціями, може продуктивно та плідно працювати, а також здатний зробити свій внесок у громаду (спільноту), в якій він функціонує.

Здоров'я соціальне – це сукупність потенційних і реальних можливостей людини у здійсненні своїх соціальних дій без погіршення фізичного і духовного стану, без втрат адаптації до життєвої середовищі.

Ізоляція – Девіз: «Жити нудно, однак на стимуляторах можна підтримувати тонус» Тобто, відхід від напруги у інший психічний стан. При цьому погане почуття зникає, однак ситуація залишається. Виникають труднощі емоційного спілкування, відсутність емоційного контакту. (Іноді по типу «Чоловіки не плачуть»).

Інтелектуалізація – Девіз: «Жити у світських розмовах». Філософствування на чуттєві та емоційно насичені теми. Відбувається підміна почуттів розмовами про них. Тобто, людина ховає свої переживання від самої себе й переводить їх у слова.

Інтерв'ю – вид бесіди, при якому ставиться завдання отримати відповіді на певні і заздалегідь підготовлені питання. Інтерв'ю може мати різні різновиди в залежності від його цілей і ступеня стандартизації. При програмному, керованому інтерв'ю має місце суворе дотримання наміченого плану бесіди. Воно дає можливість гарної квантифікації понять і порівняння відповідей різних обстежуваних.

Інтерв'ю діагностичне. Головна умова успішного проведення бесіди або інтерв'ю є створення дружньої атмосфери і залучення пацієнта до співпраці, встановлення контакту з опитуваним. Зазвичай рекомендується починати бесіду з нейтральних питань. Потім йдуть питання загального характеру, що з'ясовують головні події його життя і діяльності. Далі йдуть спеціальні питання, обумовлені завданнями інтерв'ю.

Інтроекція – механізм, протилежний проєкції. Людина живе по правилах інших людей, які їй подобаються або яких вона побоюється. Тобто, людина переносить на себе характеристики інших, сприймає ці якості як власні. Такі люди схильні критикувати та звинувачувати себе. Таке самобичування дозволяє досягти рівновагу із середовищем.

Кінезіологія (буквально: вивчення рухів тіла) – це цілісний підхід балансування рухів і взаємодій людських енергетичних систем.

Клінічна психологія – область медичної психології, що вивчає психологічні відхилення і психологічні особливості людей, включених у лікувальний процес.

Клінічна психологія – галузь психології, яка займається вивченням психологічних аспектів здоров'я та хвороби, особливостей впливу психологічних чинників на стан здоров'я та перебіг захворювання, особливостей індивідуального реагування на хворобливі стани, розробкою психопрофілактичних та реабілітаційних заходів.

Коморбідність між фізичними та психічними розладами є одним із найбільш негативних наслідків. У людей з психічними захворюваннями частіше виявляють супутні соматичні розлади, що часто пов'язано із неможливістю дбати про фізичне здоров'я та вчасно отримувати кваліфіковану допомогу через свій психічний стан. В свою чергу багато соматичних захворювань можуть спричинити психічні порушення у пацієнтів. Однією з найбільших проблем є коморбідність деяких психічних розладів із вживанням алкоголю та наркотичних речовин.

Компетентність духовна – це здатність утілювати вищі цінності в життя.

Компетентність емоційна – це здатність людини конгруентно виражати свої почуття, розуміти та без оцінно погоджуватися з почуттями інших людей. Ця компетентність відноситься до емоційного рівня організації особистості.

Компетентність соціальна – здатність людини оптимально адаптуватися до соціальних умов; прагнення постійно підвищувати рівень культури спілкування, соціального інтелекту, комунікативної компетентності, надбання почуття приналежності до усього людства.

Компенсація – проявляється у спробах знайти відповідну заміну реального або уявного недоліку, дефекту нестерпного почуття іншою якіс-

тю, найчастіше за допомогою фантазування або привласнення собі властивостей, достоїнств, цінностей, поведінкових характеристик іншої особистості. Компенсація сприяє підтримці слабких надій, пом'якшує почуття неповноцінності, зменшує травмуючий вплив ситуації.

Конверсійні симптоми – (від лат. *conversio* – сходження, перетворення) символічне вираження, трансформація психічного конфлікту в фізичний симптом (синдром). При цьому симптом виражає замаскований мотив задоволеності або виконання бажань, або, що частіше – гальмування мотиву задоволеності чи виконання бажань, або обох одразу. Конверсії виступають як сенсорні порушення (порушення чутливості), можуть виглядати як судомні припадки. Їхніми прикладами також є психогенна сліпота або глухота, блювота, больові відчуття. Усі вони – первинні психічні феномени без тканинної участі організму.

Консультування психологічне – сфера практичної професійної діяльності психолога, пов'язана з наданням допомоги потребуючим її людям у вигляді порад, рекомендацій щодо вирішення життєвих психологічних проблем.

Копінг-поведінка – діяльність особистості щодо підтримки або збереження балансу між вимогами середовища і ресурсами особистості, які задовольняють ці вимоги. Копінг-поведінка – синонім «опановуюча поведінка».

Копінг-ресурси – це відносно стабільні характеристики людей і стресу, які сприятимуть розвитку способів опанування ним.

Коучинг – це допомога у розкритті внутрішнього потенціалу особистості з метою максимального підвищення її ефективності.

Коучинг здоров'я – це сучасна технологія розвитку потенціалу особистості у сфері здоров'я. У процесі коучингу відбувається розвиток професійних та особистих якостей людини, які покращують якість життя.

Креативна компетентність – це, передусім, пізнання і творення себе через різні засоби, у тому числі і через мистецтво, розвиток в собі творчій гнучкості в адаптації до світу.

Медицина паліативна визнає тяжкість людських страждань і прагне полегшити їх, але не визнає правомірність евтаназії як засобу припинення страждань. Головним тут є не тільки продовження життя, а й створення умов для того, щоб решта життя для хворого була більш комфор-

табельною і значущою. З цих позицій прохання про еутаназії – це свідчення неспроможності проведених лікувальних заходів, якщо вони взагалі проводилися, а неконтрольовані страждання термінальних хворих повинні розглядатися як невідкладний клінічний стан.

Медична психологія – галузь загальної психології, яка використовує знання психологічних закономірностей в медичній практиці: діагностиці, лікуванні та профілактиці захворювань.

Медична психологія – наука, що вивчає психологічні особливості людей з різними захворюваннями, методи і способи діагностики психічних відхилень, диференціації психологічних феноменів і психопатологічних симптомів і синдромів, психологію взаємин пацієнта і медичного працівника, психопрофілактичні, психокорекційні і психотерапевтичні способи допомоги пацієнтам, а також теоретичні аспекти психосоматичних і соматопсихічних взаємовпливів (С.Д. Максименко).

Медична психологія – це прикладна галузь, що виникла з потреб практики і існує для практики. Вона відноситься до міждисциплінарної галузі досліджень і одночасно виступає як в ролі медичної, так в ролі психологічної науки, а саме: за завданнями і проблемами – це медична наука; за методологією, теорією, методам дослідження – психологічна наука.

Медична психологія загальна займається вивченням змін психіки людини, які викликані певним захворюванням, поведінки медичних працівників, психологічного клімату лікувально-профілактичних установ різного типу, впливом психіки на фізичний стан людини і навпаки, основними особливостями, що характеризують індивідуальність людини (темперамент, характер, особистість) і їх можливі зміни в процесі онтогенезу; етика і деонтологія.

Медична психологія приватна займається вивченням індивідуальних особливостей психіки пацієнтів з різними захворюваннями: пацієнтів з психічною патологією; осіб, які страждають на захворювання, що вимагають хірургічного втручання; психологічні особливості осіб, які страждають на вроджені та набуті дефекти; психологічні особливості громадян при проведенні різних видів експертиз, у тому числі військово – лікарської, судової, медико – соціальної, психічні особливості осіб, що страждають на хімічні і нехімічні залежності, а також психічні особливості хворих при будь-якій іншій соматичній патології.

Медична психологія спеціальна розкриває провідні аспекти лікарської етики при спілкуванні з конкретним пацієнтом і при певних формах захворювань. При цьому основну увагу приділяють: особливості психології пацієнта з межовими (пограничними) формами нервово-психічних розладів (найбільш вразливі і чутливі пацієнти), котрі фактично є об'єктом діяльності лікаря будь-якої спеціальності; психології пацієнтів на етапах підготовки, проведення хірургічних втручань і у післяопераційному періоді; особливості психології пацієнтів з серцево-судинними, інфекційними, онкологічними, гінекологічними, нервовими, шкірними, психічними формами патології.

Медична психологія предмет – особистість хворої людини в широкому розумінні цього слова (різноманітні і глибокі зрушення в психічній діяльності душевнохворих докладно вивчаються спеціальною наукою – психіатрією), медичний працівник, взаємини хворого і медичних працівників на різних етапах їхнього спілкування. При цьому різні суміжні проблеми розглядаються стосовно до основної задачі – наданню максимальної допомоги пацієнтові.

Медична деонтологія є частиною сучасної медичної психології та є наукою про належну професійну поведінку, моральний, естетичний та інтелектуальний вигляд лікаря. Медична деонтологія в сучасному розумінні першочергово вказує на роль в діяльності медпрацівників моральних засад, спрямованих на досягнення максимальної користі в лікуванні та профілактиці хвороб людини, його оздоровлення і продовження життя.

Метод моделювання як метод застосовується в тому випадку, коли дослідити досліджуване явище іншими способами утруднено. Створена штучна модель досліджуваного феномену повинна повторювати його основні параметри і передбачувати властивості. На моделі детально досліджують явище і роблять висновки про його природу.

Метод аналізу продуктів діяльності. Продуктами діяльності людей є створені ними різні речі, написані книги, листи, винаходи тощо. По них можна певною мірою судити про особливості діяльності, яка призвела до їх створення і включених у цю діяльність психічних процесах.

М'язова релаксація – стан спокійного неспання і відпочинку, що досягається за рахунок спеціального розслаблення м'язів, контролю дихання і розумових процесів, заспокоєння емоцій (психічна релаксація).

Навмисне заподіяння собі шкоди – навмисне заподіяння собі хворобливих, руйнівних або шкідливих дій без наміру померти.

Нейрореабілітація – система заходів у медицині, що стосується використання всіх засобів реабілітації для зменшення впливу станів ураження нервової системи, які обмежують життєдіяльність або призводять до інвалідизації, та забезпечення відповідним особам можливості досягнути оптимальної соціальної інтеграції (WFNR).

Обсесивний невроз (манія), який полягає в тому, що людина знаходиться весь час під пресом переживання. На ці переживання впливає значна частина негативної інформації із ЗМІ, цифрових технологій. Це є перший блок. І та сфера впливу на особистість людини, яку ми маємо захищати. Це має бути методологія практики та терапії.

Оцінювання є першим етапом, що допомагає встановити медичний та реабілітаційний діагноз, визначити індивідуальні реабілітаційні потреби, встановити цілі реабілітації, обрати або змінити втручання, а також виявити прогалини в наданні послуг та покращити ефективність надання необхідної допомоги.

Оцінювання результатів реабілітаційної допомоги є заключним етапом, мета якого полягає у визначенні ефективності наданої реабілітації, подальшому плануванні допомоги та реабілітаційного маршруту.

Патопсихологія вивчає закономірності розпаду психічної діяльності і властивостей особистості в зіставленні з закономірностями формування і протікання психічних процесів у нормі. *Як розділ медичної психології.*

Подвійний сліпий метод, коли випробовувані не мають інформації щодо прийнятих гіпотез, а експериментатор не знає, чи введено в даному дослідженні незалежна змінна (наприклад, замість досліджуваного препарату дається зовні схожу, але нейтральну речовину – "плацебо").

Позитивне мислення – здатність знаходити позитивні сторони у ситуаціях та має оптимістичний погляд на події, що сприяє психологічній стійкості.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати психічні порушення практично у будь-якої людини.

ПТСР є комплексом реакцій людини на травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яке у більшості людей викликає страх,

жах, безпорадність. Це, в першу чергу, ситуації, коли людина сама пережив загрозу власному життю, смерть або поранення іншої людини. Передбачається, що симптоми можуть з'явитися відразу після перебування у травматичній ситуації, а можуть виникнути через багато років – в цьому особлива каверзність посттравматичного стресового розладу. Описані випадки, коли у ветеранів Другої світової війни симптоми ПТСР проявилися через сорок років після закінчення військових дій.

Помста – це конкретна форма протесту, нанесення конкретної шкоди ворожому оточенню. Дані форми поведінки припускають наявність високої самооцінки, активну або агресивну позицію особистості з функціонуванням механізму трансформації гетероагресії в аутоагресію.

Потенціал волі (особистісний аспект здоров'я) – здатність людини до самореалізації; вміння ставити цілі і досягати їх, вибираючи адекватні засоби.

Потенціал духовний (духовний аспект здоров'я) – здатність розвивати духовну природу людини, керуватися вищими цінностями.

Потенціал громадський (соціальний аспект здоров'я) – здатність людини оптимально адаптуватися до соціальних умов; прагнення постійно підвищувати рівень комунікативної компетентності.

Потенціал креативний (творчий аспект здоров'я) – здатність людини до творчої активності, уміння творчо самовиражатися у життєдіяльності, виходячи за рамки обмежуючих знань.

Потенціал тіла (фізичний аспект здоров'я) – здатність розвивати фізичну складову здоров'я, «усвідомлювати» і вдосконалювати власну «тілесність» як властивість особистості.

Потенціал розуму (інтелектуальний аспект здоров'я) – здатність людини розвивати інтелект і вміти ним користуватися.

Потенціал почуттів (емоційний аспект здоров'я) – здатність людини конгруентно виражати свої почуття, розуміти і безоцінно приймати почуття інших.

Пресуїцид – період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації.

Проекція – переніс на інших людей власних характеристик (думок, почуттів, якостей особистості), які є характерними для нас, як правило,

негативних. Девіз: «Жити, звинувачуючи усіх». Тобто, виправдовуємо себе, звинувачуємо інших.

Призначення – етап, під час якого визначають склад мультидисциплінарної реабілітаційної команди, залучений до допомоги, встановлюють цілі, обирають реабілітаційні втручання, складають та затверджують індивідуальний реабілітаційний план.

Психодіагностика як галузь психології орієнтована на вимірювання індивідуально психологічних особливостей особистості. Як самостійна область психології вона орієнтує дослідника не на дослідження, а на обстеження, тобто постановку психологічного діагнозу.

Психоедукація – це пояснення і донесення до людей необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні негаразди та їх наслідки для особистості.

Психоедукація включає в себе надання інформації про психічне здоров'я, засоби його збереження, обговорення інформації, пов'язаної з клінічною симптоматикою хворого. Це допомагає клієнту зрозуміти «Що відбувається зі мною?», зняти ореол унікальності переживань. Нормалізація стану. Навчання людини технікам стабілізації психо-емоційного стану.

Психоедукація може проводитися у формі: бесід, вебінарів, консультацій, шляхом створення спеціальних пам'яток для конкретної категорії пацієнтів.

Психогігієна – це система наукових знань і практичних заходів, спрямованих на збереження і зміцнення психічного здоров'я людини.

Психогігієна – це цілісний комплекс заходів щодо відновлення та підтримання психологічної норми.

Психогігієна – це наука про збереження і зміцнення нервового та психічного здоров'я. Це галузь наукових знань і комплекс практичних заходів, спрямованих на збереження нервового і психічного здоров'я та профілактику нервово-психічних розладів.

Психологічний діагноз: симптоматичний (емпіричний) діагноз: перший рівень – він обмежується констатацією особливостей або симптомів (ознак).

Психологічний діагноз: етіологічний діагноз: другий рівень – він враховує не тільки наявність певних особливостей, але і причини їх виникнення.

Психологічний діагноз: типологічний діагноз: третій рівень – він полягає у визначенні місця і значення виявлених характеристик в загальній картині психічного життя людини.

Психологічний ресурс – це «резервуар» життєвих можливостей, які ми використовуємо для вирішення будь-яких життєвих завдань. Життєстійкі люди використовують стратегію виживання, яка перетворює потенційно несприятливі обставини в можливості для особистісного зростання та розвитку.

Психологія здоров'я – це галузь психологічної науки, предметом якої є психологічні причини здоров'я, методи і засоби його збереження, зміцнення і розвитку. На сьогодні психологія здоров'я є одним з напрямків, який досить інтенсивно розвивається.

Психологія здоров'я – міждисциплінарна галузь психологічних знань про причини захворювань; фактори, що сприяють здоров'ю та умови розвитку індивідуальності протягом усього життєвого шляху людини.

Психологія здоров'я – це наука про психологічні причини здоров'я, про методи та засоби його збереження, зміцнення та розвитку здоров'я людини від зачаття до смерті.

Психологія здоров'я – це сукупність специфічних освітніх, наукових та професійних вкладів психології як наукової дисципліни зі зміцнення та підтримки здоров'я, попередження та лікування хвороб, визначення етіологічних і діагностичних корелятивів здоров'я, хвороби та пов'язаних з нею дисфункцій, а також з аналізу та поліпшення системи охорони здоров'я, утворення стратегії (політики) здоров'я.

Психологічна реабілітація (іноді соціальна реабілітація) – комплекс заходів реабілітаційної (відновлювальної) медицини спрямованих на відновлення психічних та фізичних сил в людини, яка має психічний розлад до контрольного рівня, тобто здатності працювати.

Психологія реабілітаційна – галузь психологічної науки, в межах якої розробляється, впроваджується й організовується системний підхід до психологічної реабілітації людини, що зазнала травмивного впливу, для стабілізації або відновлення її психічного здоров'я, психологічного

благополуччя та створення умов для гармонізації психічного, психологічного, духовного та соціального розвитку.

Психологічне травмування – це події, які людина сприймає як загрозу своєму, життю близьких або свідком яких стає. Ідеться про воєнні події, кримінальні дії різного ґатунку (зґвалтування, катування, пограбування), стихійні лиха (зокрема, хвороби, раптові втрати близьких) та ДТП.

Психологічний захист – специфічна система стабілізації особистості, спрямована на відгородження свідомості від неприємних, травмуючих переживань.

Психологічний механізм – це елементарна одиниця аналізу, що дозволяє пояснити щось складне, невловиме, що виражається через щось більш просте, зрозуміле. Просте при цьому найчастіше позначається саме терміном «механізм», а складне – тим змістовним феноменом, яке отримує пояснення, коли зрозуміло дію механізму, що лежить в його основі.

Психологічна допомога та психотерапія – професійна підтримка психолога чи психотерапевта може допомогти особистості подолати травматичні події та розвивати стратегії для ефективного управління емоціями.

Психопатологія – це загальне вчення про патологію психіки особистості, її хворобливі зміни, в першу чергу виявлені у клініці психозів. Переважно як *розділ психіатрії*

Психопрофілактика – це розділ загальної профілактики, що включає сукупність заходів, що забезпечують психічне здоров'я, включаючи профілактику особистісних і професійних криз, попередження виникнення і поширення нервово-психічних захворювань.

Психопрофілактика первинна включає охорону здоров'я майбутніх поколінь.

Психопрофілактика вторинна – це система заходів, спрямованих на попередження небезпечного для життя або несприятливого перебігу психічного або іншого захворювання, яке вже почалося.

Психопрофілактика третинна – система заходів, спрямованих на попередження виникнення інвалідності при хронічних захворюваннях. У цьому велику роль відіграє правильне використання лікарських та інших

засобів, застосування лікувальної і педагогічної корекції і систематичне використання заходів реадaptaції.

Психосоматика, як розділ медичної психології, вивчає вплив психіки на виникнення соматичних проявів.

Психосоматичний підхід як принцип лікарської діяльності полягає в як найбільш ретельному вивченні впливу психосоціальних факторів на виникнення і плин будь-яких соматичних хворіб і психотерапевтичному лікуванні хворих з врахуванням цих факторів.

Психотерапія – це загальний термін, який використовується для опису процесу лікування психологічних та психічних розладів за допомогою словесних та психологічних технік. Під час цього процесу навчений психотерапевт допомагає пацієнтові вирішити конкретні чи загальні проблеми, такі як психічне захворювання чи джерело життєвого стресу.

Психотерапія – це тривала спільна робота психотерапевта і людини над глибинним розумінням його особистості, особливостей та індивідуального життєвого шляху, що він проживає.

Психотерапія – це метод лікування психіки, який допомагає людині впоратися з емоційними, особистими, соціальними та іншими проблемами, що негативно впливають на її психічне, психологічне, а іноді й фізичне здоров'я.

Раціоналізація – виправдання себе та своєї поведінки. Це «розумовий спосіб» подолання конфліктної ситуації без переживань. За допомогою пояснень людина намагається представити себе з позитивного боку, шукає причину, чому це сталося. Мета: самоствердження та захист власного «Я». Девіз: «Жити по плану, який намічено, контролювати всіх і вся». Це псевдораціональне пояснення.

Реабілітаційна психологія – це прикладна галузь психології, а якщо точніше, – то психології здоров'я, що вивчає методи, завдання та практичний інструментарій психологічної реабілітації як специфічного виду психологічної допомоги населенню.

Реабілітація – це використання різних можливостей для зменшення впливу чинників, що обмежують життєдіяльність людини або призводять до інвалідизації; забезпечення особам із обмеженням життєдіяльності можливості досягти оптимальної соціальної інтеграції (WHO).

«Реабілітація екстрена» – це комплекс заходів, спрямованих на своєчасне попередження і швидке відновлення порушених психосоматичних функцій, на підтримку працездатності та належної надійності діяльності людей, що працюють в зоні або осередку надзвичайної ситуації, на профілактику у них різних захворювань.

Реабілітація медична, що використовує різні методи медикаментозної терапії, фізіотерапії, лікувальної фізкультури, лікувального харчування, санацію вогнищ хронічної інфекції, хірургічну корекцію патологічних змін і ін.

Реабілітація професійна, основними завданнями якої є відновлення відповідних професійних навичок або перенавчання пацієнтів, вирішення питань їх працевлаштування.

Реабілітація психологічна – система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психічного й особистісного здоров'я, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження людини.

Реабілітація психологічна, що включає заходи щодо своєчасної профілактики та лікування психічних порушень, по формуванню у пацієнтів свідомої і активної участі в реабілітаційному процесі.

Реабілітація психолого-педагогічна – система психологічних і педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями й навичками (які стосуються, зокрема, процесів: формування адекватної самооцінки своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки тощо) через системну навчально-виховну роботу.

Реабілітація соціальна – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі в житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності через соціально-довкільну орієнтацію та соціально-побутову адаптацію, соціальне обслуговування, задоволення потреби в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації.

Реабілітація соціальна, що включає розробку, прийняття на державному рівні відповідних нормативно-правових актів, які гарантують інвалідам певні соціальні права і пільги, а також забезпечення реалізації цих постанов.

Реабілітація професійна – система заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності в нових психо-соціально-фізичних

умовах, що спонукають до відновлення чи здобуття професійної працездатності через адаптацію, реадаптацію, навчання, перенавчання чи перекваліфікацію з можливим подальшим працевлаштуванням і необхідним соціальним супроводженням з урахуванням особистих здібностей та побажань особи.

Реактивні утворення. Особистість запобігає виразу неприємних чи неприйнятних для неї думок, почуттів чи вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень, тенденцій.

Регресія – відхід до більш раннього періоду життя, коли було комфортно та безпечно. «Жити як раніше, на чиїсь шиї». Напр., у складних ситуаціях у дітей – ссання пальця, повертається до іграшки, яку вже забув, Мета регресії – купірування тривоги.

Резильєнтність – здатність людини долати життєві труднощі і будувати повноцінне життя у важких умовах.

Резильєнтність (resilience) або **стресостійкість** – це вроджене динамічна властивість особистості, що лежить в основі здатності долати стреси та важкі періоди конструктивним шляхом та гнучко адаптуватися до змін.

Резильєнтність психологічна (від англ. Resilience – пружність, еластичність) – це вроджена динамічна властивість особистості, що лежить в основі здатності долати стреси та важкі періоди конструктивним шляхом. Попри те, що ця властивість уроджена, її можна розвивати.

Ресурси зовнішні – це ті матеріальні цінності, соціальні статуси і соціальні зв'язки, що забезпечують підтримку соціуму та допомагають зовні.

Ресурс внутрішній – це психічний потенціал особистості, характер і навички людини, що допомагають впоратися зсередини. Ці ресурси тісно пов'язані між собою, тому при нестачі одного ресурсу вичерпується й інший.

Рівень біологічний психічного здоров'я – передбачає динамічну рівновагу функцій усіх внутрішніх органів та систем, їхнє адекватне реагування на вплив навколишнього середовища.

Рівень психологічний психічного здоров'я – пов'язаний з особистістю людини. Психічне здоров'я може бути порушене домінуванням негативних за своєю сутністю рис характеру, дефектами в моральній сфе-

рі, неправильним вибором ціннісних орієнтацій тощо. Перехід від психічного до соціального рівня дуже умовний.

Самогубство – смерть, заподіяна самому собі, з доказами (явними або неявними), що людина мала намір померти.

Синдром – це набір якостей і властивостей, недоліків з загальним патогенезом. Це синергетична властивість фізіологічних, інтелектуальних, соціальних переживань при цьому об'єднуючи прояви патології однієї або декількох систем організму людини.

Сімейна та соціальна підтримка – підтримка родини та соціального оточення грає ключову роль у ресурсному розвитку особистості, зменшуючи відчуття самотності та страху.

Скорбота – тривалий, активний процес адаптації до життя без близької людини.

Смерть – незворотнє припинення функціональних процесів, що підтримують життя, який характеризується остаточним розривом узгодженості процесів життєдіяльності (харчування, дихання тощо) даного організму.

Смерть біологічна – необоротний стан клітин життєво важливих органів, коли оживлення організму як цілісної системи неможливо.

Смерть клінічна – оборотний стан, що починається з моменту припинення вітальних функцій (кровообігу, дихання) до настання незворотних змін в корі головного мозку. Іншими словами, це період збереження своєї життєздатності нейронами кори головного мозку в умовах аноксії (оскільки вміст O_2 в тканинах головного мозку знижується до нуля протягом 1 хв. з моменту зупинки кровообігу).

Смерть клінічна – це такий стан організму, який виникає на протязі декількох хвилин від 3 до 5 хвилин після зупинки дихання та кровообігу, коли зникають всі зовнішні прояви життєдіяльності, але в найбільш чутливих до гіпоксії органах та тканинах незворотних змін ще не відбулося.

Смерть клінічна – повторна фаза помирання. У цьому стані зовнішніх признаках смерті організму (відсутність серцевих скорочень, самостійного дихання, рефлексів на зовнішні дії) зберігається потенційна можливість відновлення його життєвих функцій за допомогою методики реанімації.

Соматизація тривоги – поява будь-якого соматичного симптому, напр., підвищення температури, біль у животі («не хочу йти у школу, на роботу та ін.).

Соматопсихічні розлади – це психічні синдроми різної вираженості (від неврозу до психозу), обумовлені наявним у пацієнта соматичним захворюванням, тісно пов'язані з тяжкістю і небезпекою цього захворювання. Таким чином, хвороба, яка початково не була пов'язана з порушенням психіки (гостра інфекція, травма, пухлина) стає причиною ушкодження мозку або розладу психіки внаслідок переживання з приводу прогнозу.

Соціальна ексклюзія – це виключення індивіда з життя спільноти або ж обмеження доступу до будь-якої суспільної сфери. Зокрема, йдеться про відмову у дотриманні таких базових прав, як право на освіту, право голосу, працевлаштування, обмежений доступ до надання медичної, соціальної чи правової допомоги.

Спостереження – це систематичне, цілеспрямоване відстеження проявів психіки людини в певних умовах. Невтручання дослідника (об'єкт спостереження не знає, що за ним спостерігають) з очікуванням, коли явища котрі їх цікавлять проявляться таким чином, що їх можна буде зафіксувати і описати, є найбільш важливою характеристикою даного методу.

Спостереження наукове вимагає постановки чіткої мети і планування. Заздалегідь визначається, які саме психічні явища будуть цікавити спостерігача, по яких зовнішніх проявах їх можна простежувати, в яких умовах буде відбуватися спостереження і яким чином передбачається фіксувати результати.

Спроба самогубства – поведінка, що завдає шкоди, з нефатальним результатом, що супроводжується свідченнями (явними або неявними) про те, що людина має намір померти. Вона має дві фази. Перша – зворотна, коли об'єкт сам може припинити спробу, друга – незворотна.

Спроба самогубства невдала – потенційно самопошкожуюча поведінка з доказами (явним або неявним) про те, що людина мала намір померти, але припинила спробу до нанесення фізичної шкоди.

Спроможність до саморефлексії – здатність оцінювати свої дії та вчинки, розуміти власні емоції та думки, що допомагає в розвитку психологічної стійкості.

Стадія резистентності – організм адаптується до ситуації, що склалася і економно витрачає свій потенціал. Якщо протягом тривалого часу дія стресорів не закінчується, починається третя стадія.

Стадія виснаження – подальша дія стресогенних факторів призводить до виснаження адаптивних резервів організму. Допомога може прийти тільки ззовні – або у вигляді підтримки, або у формі усунення стресора.

Стадія тривоги – в організмі виникають сигнали про незбалансованість стресогенних вимог середовища і відповідей організму на ці вимоги. У цей момент відбувається розкриття резервів організму. Однак, якщо агент надто потужний, його вплив може стати несумісним з життям.

Стигматизація осіб, які страждають психічними розладами. Стигма (від давньогрецької στίγμα – «знак, клеймо, пляма») може бути визначена як відчуття ганьби, несхвалення або сорому (само стигма), що приводить до індивідуального уникнення або відкидання іншими. Стигма, пов'язана з усіма формами психічних розладів. Рівень стигми зростає прямо пропорційно до того, наскільки поведінка людини відрізняється від загальноприйнятої в суспільстві.

Стрес (англ.: stress – тиск, навантаження, напруга) – це сукупність стереотипних, філогенетично запрограмованих, неспецифічних реакцій організму людини (у тому числі, з боку психічної діяльності), які викликаються будь-якими сильними або екстремальними впливами на нього та супроводжуються якісною перебудовою функціональної активності різних систем організму шляхом реалізації необхідних адаптивних процесів (Сельє, 1992).

Стрес (від англ. stress – напруга, тиск) – це неспецифічна реакція організму у відповідь на дуже сильну дію (подразник) зовні, яка перевищує норму, а також відповідна реакція нервової системи.

Стрес психічний (емоційний) – це виражені патопсихологічні реакції, які виникають при надмірних за інтенсивністю та тривалістю психологічних впливах (психотравмах) і розглядаються як прояви загального адаптаційного синдрому щодо психіки людини (її нервовопсихічної діяльності, емоційно-когнітивного реагування та поведінки).

Стрес травматичний – це переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу. Це нормальна реак-

ція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду. Ряд явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широкий і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власного життя або життя близької людини, загроза фізичному здоров'ю або «образу Я». Для позначення дуже сильного стресу іноді використовують поняття «травматичний стрес».

Стрес травматичний – це особлива форма загальної стресової реакції. Коли стрес перевантажує психологічні, фізичні, адаптаційні можливості людини, він стає травматичним.

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

Сублімація – один з найвищих механізмів психологічного захисту. Суть – перенаправлення енергії із внутрішньої напруги у соціально прийнятну активність та творчість (напр., гніваюся – пишу вірш, малюю картину, займаюся будь-якою творчістю, наукою, спортом тощо).

Суїцидальна поведінка – будь-які внутрішні та зовнішні форми психічних актів, що спрямовані уявленнями про позбавлення себе життя.

Суїцидальної поведінки летальність – об'єктивна небезпека для життя, пов'язана з методом або діями самогубства. Зауважте, що летальність відрізняється від і може не завжди збігатися з очікуванням індивідуума від того, що є медично небезпечним.

Суїцидальні думки (ідеї) – думки про те, щоб служити агентом власної смерті. Суїцидальні думки можуть варіюватися по серйозності в залежності від специфіки планів самогубства і ступеню суїцидальних намірів.

Суїцидальні наміри – суб'єктивні очікування і прагнення до саморуйнівного акта, який закінчитися смертю.

Стадії формування суїцидальної поведінки: суїцидальна пре-диспозиція: виявляється такими особливостями як тривожно-депре-

сивний радикал, імпульсна, інтерперсональна залежність, фрустрація потреб з прагненнями до ліквідації.

Стадії формування суїцидальної поведінки: латентний пресуїцид: період часу, коли особа знаходиться у стані соціально-психологічної і психічної дезадаптації і одночасно перебуває в «мотиваційній готовності» до суїциду, при цьому ознаки суїцидальної активності відсутні. Характеризується незначними змінами у поведінці (підвищена тривожність, зміна настрою, порушення у спілкуванні, асоціальні вчинки, алкогольні ексцеси), суїцидальними фантазіями, періодичними суїцидальними думками.

Стадії формування суїцидальної поведінки: маніфестний пресуїцид: виявляється постійними суїцидальними думками, суїцидальними висловами, різкою зміною поведінки, способу життя, різними формами саморуйнуючої поведінки.

Стадії формування суїцидальної поведінки: гострий пресуїцид (стан психологічної кризи, пряма загроза здійснення суїцидальних дій): виявляється надцінним характером суїцидальних думок, суїцидальними тенденціями, цілеспрямованим пошуком засобів здійснення суїцидальних дій, прямими або непрямыми «прощаннями» з близькими, неадекватними формами поведінки («злий віщий» спокій, ідеоторномоторна розгальмованість, ажитація).

Танцювально-рухова терапія (ТРТ). ТРТ – це один з сучасних методів психотерапії, який використовує рух і танець для подальшої емоційної, пізнавальної, фізичної та соціальної інтеграції особистості.

Тести – набори завдань і питань, які дають можливість швидко оцінити психічне явище і ступінь його розвитку. Від інших методів дослідження тести відрізняються тим, що вони передбачають чітку процедуру збору і обробки первинних даних, а також особливі прийоми їх подальшої інтерпретації.

Тілесний інтелект – це тонка рефлексія, диференціація у своєму тілі різних модальностей (візуальних, слухових, тактильних, нюхових, смакових відчуттів) і використання цієї здатності для підвищення рівня культури харчування, руху, дихання, сну, якості сексуальних відносин.

Тілесна компетентність – здатність усвідомлювати, диференціювати, розуміти власні відчуття, тілесні потреби, вміння самотійно регулювати тілесні процеси.

Травма психічна – наслідок травматичного стресового впливу; передбачає крайній (екстремальний) ступінь стресогенності фактора, який руйнує систему індивідуальних особистісних захистів, що, призводить до глибоких порушень (від психологічних до біологічних) цілісної системи функціонування практично будь-якої людини.

Травма психічна або психотравма – шкода, завдана психічному здоров'ю людини в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або гостроемоційних, стресових впливів інших людей на її психіку.

Травматичні ситуації – це такі екстремальні критичні події, які мають потужну негативну дію, загрозу і вимагають від індивіда екстраординарних зусиль, щоб впоратися з наслідками.

Травмівна подія (ситуація) – це подія, яка сприймається як загрозна для життя, фізичного та психічного здоров'я людини або її близьких. Під час події людина відчуває безпорадність та сильний страх, жах.

Участь у групових програмах – залучення до групових програм, спрямованих на психосоціальну підтримку, може забезпечити взаємодопоміжну підтримку та обмін досвідом.

Фізична й реабілітаційна медицина – незалежна лікарська медична спеціальність, спрямована на забезпечення фізичного й когнітивного функціонування (поведінки також), участі в суспільному житті (передусім якості життя) і модифікації особистісних чинників і чинників навколишнього середовища.

«Шавасана» – одна з основних поз йоги, призначених для відпочинку і розслаблення. Шавасана (в перекладі з санскриту «поза трупа») – це усвідомлене розслаблення тіла і розуму. Йоги вважають, що 10 хвилин шавасани замінюють 2 години повноцінного сну.



СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вітенко І.С. Медична психологія: [підручник]. Київ: Здоров'я, 2007. 208 с.
2. Вітенко І.С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Харків: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
3. Гавенко В.Л. Практикум з медичної психології. Харків: Регіон-інформ, 2002. 245 с.
4. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
5. Гридковець Л. М. Реабілітаційна психологія. Київ: КІБіТ, 2015. 42 с.
6. Дідковська Л.І. Психологічні аспекти надання паліативної допомоги. *Актуальні питання розвитку стаціонарної та мобільної паліативної допомоги в Україні: матер. науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Львів, 23 листопада 2019 р.)*. Львів, 2019. С. 9–13.
7. Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. Основи медичної психології. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014.
8. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військово-службовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2023. 175 с.
9. Лазаревська О., Найдьонова Г. Проблеми психологічної реабілітації людей після травматизму. *Психологія і суспільство*. 2005. № 1. С. 82–86.
10. Магдисюк Л.І., Федоренко Р.П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
11. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Київ, 2007. 114 с.
12. Максимчук Н.П. Психологічна діагностика професійної придатності: навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: Буйницький О.А., 2009. 268 с. URL: <http://elar.kpnu.edu.ua:8081/xmlui/handle/123456789/6954>
13. Медична психологія: підручник / за редакцією академіка С.Д. Максименка. Том І. 3-є вид. доробл. і доповн. Київ: Видавництво «Людмила», 2023. 512 с.
14. Медична психологія / Спіріна І.Д., Пилягіна Г.Я., Чугунов В.В., Фаузі Є.С., Живілова Я.С., Шевченко Ю.М.: підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І.Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.

15. Медична психологія: навч. посіб. / Н.Г. Пшук, М.В. Маркова, А.І. Кондратюк, Л.В. Стукан. [2-ге вид.]. Вінниця: 2012. 134 с.
16. Медична психологія: в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 288 с.
17. Медична психологія: в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / [Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан та ін.]; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця: Нова Книга, 2020. 496 с.
18. Шевченко А., Губенко І., Карнацька О. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування. Київ: Медицина, 2021.
19. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. URL: <https://langs.physio-pedia.com/uk/international-classification-of-functioning-disability-and-health-icf-uk>
20. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
21. Оверчук В.А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вінниця: Міленіум, 2007. 295 с.
22. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 1 / заг. ред.: Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
23. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 2 / заг. ред.: Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.
24. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 3 / заг. ред.: Л. Гридковець. Київ, 2018. 236 с.
25. Основи психологічної реабілітації: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / укладачі: Н.О. Михальчук, Р.З. Поташняк, Е.З. Івашкевич. Рівне: РДГУ, 2006. 234 с.
26. Основи медичної психології: навч.-метод. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. 255 с.
27. Панчук Н.П. Психологічна діагностика професійної придатності фахівця: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2006», 2019. 130 с. URL: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/3545>
28. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р. П. Федоренко та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.
29. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунов; [О. І. Федоренко та ін.]; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків: ХНУВС, 2022. 84 с.
30. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навчальний посібник / за заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. Київ: ВНТУ, 2018. 108 с.
31. Порядок та умови надання безоплатної психологічної допомоги особам, які звільняються або звільнені з військової служби, з числа ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, членам сімей таких осіб, постраждалим учасникам Революції Гідності та членам сімей загиблих (померлих) ветеранів війни і членам сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України

- відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» № 1338 від 29.11.2023 р., затверджений постановою № 1338 від 29.11.2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-%D0%BF#Text>
32. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
33. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>
34. Про соціальні послуги (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003, № 45, ст.358) (із змінами 2004-2019 р.). (Закон визначає основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>
35. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні (Назва Закону зі змінами, внесені згідно із Законом № 2249-VIII (2249-19) від 19.12.2017 р.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>
36. Закон України Про освіту (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 38-39, ст.380). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>
37. Про психіатричну допомогу (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст.143) (Із змінами, 2013–2018 рр.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>
38. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2011-12>
39. Закон України “Про запобігання та протидію домашньому насильству” (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.35). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19#n231>
40. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посіб. / уклад. О.Ю. Овчаренко. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.
41. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події: навчально-методичний посібник / автори-упоряд.: Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова; за заг. ред. О. Калашник. Київ: 2022. 100 с.
42. Рязанцева О.Ю., Бринза І.В. До проблеми діагностики екзистенціальних ресурсів особистості. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка / [за ред. С.Д. Максименка]. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2010. Т. 7. Вип. 23. С. 201–209.
43. Спіріна, І.Д., Вітенко, І.С., Лагутін, В.А., Серебрицька, О.В. Основи психологічного консультування в медичній практиці: навч. посіб. Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС. 2004.
44. Тимофієва М.П., Слободська О.В. Психологія здоров'я: підручник. Київ: МЕДПРИНТ. 2022, 600 с.
45. Штепа О.С. Опитувальник психологічної ресурсності особистості: результати розробки й апробації авторської методики. *Проблеми сучасної психології*: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. Ун-ту імені Івана Огієнка, Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Вип. 39. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2018. С. 380–399.

46. Lazarus R.S., Launier R. Stressbezogene transaktionen zwischen PERSON UND Umwelt. In R. Nitsch (Hrsg.). *Stress: Theorien, untersuchungen, Massnahmen*. Bern: Huber, 1981. S.213-259.
47. Lazorko, O., Panchuk, N., Borysiuk, O., Kulchytska, A., Borysenko, O., & Khavula, R. (2022). Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity: Neurophysiological Aspects. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 13(1), 324-346. DOI: <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/287>
48. Hobfoll S. E., Lilly R. S. Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*. № 211993P128148.
49. Park N., Peterson C. Character Strengths: Research and Practice. *Journal of College & Character*. 2009. № 4 (April). VOL. X. URL: <http://www.tandfonline.com/page/terms-and-conditions>

Міністерство освіти і науки України
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

Навчальне електронне видання

ПАНЧУК Наталія Петрівна,

*кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології освіти
Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Електронне видання

Підписано 29.05.2025. Гарнітура «Arial».
Об'єм даних 9,1 Мб. Обл.-вид. арк. 15,4. Зам. № 1179.

Видавець і виготовлювач Кам'янець-Подільський національний університет
імені Івана Огієнка, вул. Огієнка, 61, м. Кам'янець-Подільський, 32300

Свідоцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи
серії ДК № 3382 від 05.02.2009 р.