Світлана Кузікова, Валерій Зливков,
Світлана Лукомська, Тетяна Щербак,
Олена Котух

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ



Навчальний
посібник

Світлана Кузікова, Валерій Зливков,
Світлана Лукомська, Тетяна Щербак,
Олена Котух

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

Навчальний посібник

Київ-Ніжин
2024

УДК 159.98:613.86
К 89

Рекомендовано до друку Вченою радою Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (протокол № 5 від 25 квітня 2024 року)

Рекомендовано до друку Вченою радою Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка. (протокол № 10 від 29 квітня 2024 року)

Рецензенти:

Данилюк І.В., член-кореспондент Національної академії педагогічних наук України, доктор психологічних наук, професор, декан факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка;

Карамушка Л.М., академік, доктор психологічних наук, професор, заступник директора з науково-організаційної роботи та міжнародних наукових зв'язків Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України;

Панок В.Г., в.о. академіка-секретаря Відділення психології та спеціальної педагогіки НАПН України, директор УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, доктор психологічних наук, професор, член-кореспондент НАПН України

Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О.

К 89 Психологічний супровід особистості в умовах війни: навч. посібник. – Київ.-Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с.

ISBN 978-617-640-638-9

Навчальний посібник присвячено аналізу особливостей психологічної діагностики та психологічного супроводу особистості під час війни. Охарактеризовано теоретичні засади вивчення психології особистості в умовах війни, висвітлено поняття стресу та психологічних криз; окреслено типологію наслідків впливу війни на психологічний стан особистості, а також визначено ресурси особистості в умовах екстремальних ситуацій; подано засоби психодіагностики у практиці кризового психолога, зокрема психолога, який працює з паліативними клієнтами, у тому числі й військовими, які зазнали серйозних поранень; визначено важливу роль соціальної підтримки та шляхи її актуалізації у кризових ситуаціях, окреслено напрямки психологічної допомоги при переживанні горя та втрати, проаналізовано засоби психологічної підтримки в паліативній допомозі, охарактеризовано можливості використання та написання соціальних історій у контексті психологічної допомоги дітям.

Навчальний посібник стане у нагоді психологам, педагогам, соціальним працівникам, психотерапевтам, всім, хто цікавиться психологічним консультуванням дітей та дорослих в умовах війни.

УДК 159.98:613.86

© Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О., 2024
© Видавець Лисенко М.М., 2024

ISBN 978-617-640-638-9

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА 4

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЇ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1 Стрес та психологічні кризи під час війни 7

1.2 Типологія наслідків впливу війни на психологічний стан особистості 30

1.3 Ресурси особистості під час війни 78

РОЗДІЛ ІІ. ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ МЕТОДИКИ ВИВЧЕННЯ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1 Психодіагностика травмівних реакцій 110

2.2 Психодіагностика у практиці кризового психолога 123

2.3 Психологічна діагностика ресурсів особистості 141

2.4 Психодіагностика мілітарної ідентичності 184

РОЗДІЛ ІІІ. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1 Актуалізація соціальної підтримки 188

3.2 Психологічна допомога при переживанні горя та втрати 192

3.3 Психологічна підтримка в паліативній допомозі 209

3.4 Соціальні історії у контексті психологічної допомоги дітям 217

3.5. Вправи на релаксацію 236

ТЕМИ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ОПРАЦЮВАННЯ ТА САМОКОНРОЛЮ 239

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 241

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ 256

ПЕРЕДМОВА

Вивчення особливостей поведінки людини у кризових ситуаціях завжди були у центрі уваги науковців та практиків. Дослідниками проведено численні емпіричні розвідки окремих аспектів стресу, складних життєвих ситуацій, ресурсів, популярної нині життєстійкості та резилентності. Доведено, що поведінка людини в кризових ситуаціях відрізняється від поведінки у повсякденних ситуаціях, одна й та сама людина у різних, а особливо в екстремальних умовах (якими була пандемія COVID-19) та нинішня російсько-українська війна, може поводитися абсолютно по-різному, тобто достатньо складно описати все розмаїття людських реакцій, які можуть виникнути в кризових ситуаціях. Зазвичай, в екстремальних умовах ми спостерігаємо такі поведінкові патерни як панічна втеча; ступор, заціпеніння, які можна узагальнити трьома типами поведінки: рефлекторна або інстинктивна поведінка, яка дозволяє швидко діяти шляхом боротьби або втечі; панічна поведінка або явища натовпу, які можуть виникнути через механізми імітації або зараження, і контрольована поведінка із залученням соціальних та індивідуальних ресурсів особистості. Звідси актуальним стає питання не лише стресових реакцій, а й відновлення після стресу та кризи. Як слушно зазначає В. Панок (2023), приладнання словосполучення «в умовах війни і повоєнного відновлення» до старої тематики наукових досліджень показує радше розгубленість дослідників, відсутність усвідомлення усієї глибини соціальних зрушень, страждань і горя, які переживає сучасна українське суспільство загалом та окремо взята особистість зокрема. Сьогодні ми не можемо знати всіх «умов повоєнного відновлення», допоки не дослідили всі аспекти індивідуально-психологічних і соціально-психологічних феноменів війни. Іншими словами – спочатку необхідно усвідомити (дослідити) чим є або чим стала для нас і нашого суспільства війна, а вже потім пропонувати суспільству методики навчання, методики виховання, методи психотерапії, технології надання психологічної допомоги постраждалим. «Умови воєнного часу і повоєнного відродження» – це психологічно різні, категорично різні умови. Під час війни головний мотив і смисл життя кожної людини і спільноти – виживання, війна суб'єктивно – це сукупність подій і обставин індивідуального життя, які треба пережити, зберегти ресурси. Повоєнне відродження – це соціальна й індивідуально-психологічна реабілітація, ресоціалізація, відновлення, побудова чогось нового, зокрема (а може, насамперед) в собі. Отже, з огляду на це, дослідження планується здійснити у двох принципово різних ситуаціях суспільного і індивідуального життя.

Даний навчальний посібник базується на попередньому доробку авторів, зокрема на посібнику «Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик», втім написаний вже під час повномасштабної війни, наслідки якої є катастрофічними зокрема й для Сумської області, ми визначили критерії для розмежування криз і катастроф, основними з яких є масштаби матеріальних і культурних збитків для місцевості чи країни в цілому. Під час катастрофи: відбувається масивний

фізичний вплив на суспільство (руйнування тисяч будівель, вбивства, каліцтва багатьох тисяч людей); допомога надходить здебільшого з більш віддалених регіонів (наприклад, це міжнародна допомога чи підтримка з так званого тилу); відбувається раптова та масова втрата ресурсів, зокрема й людських, коли сотні тисяч людей лишають свої домівки та їдуть до більш безпечних місць. При цьому адаптація до кризи значно легша, ніж до катастрофи, тим більше, що ми мали б стати першим поколінням, яке не знало б впливу травми війни. За таких умов проблеми психологічного супроводу особистості під час війни набуваються особливої актуальності.

Навчальний посібник складається із трьох розділів. У першому розділі «Теоретичні засади вивчення психології особистості в умовах війни» висвітлено поняття стресу та психологічних криз під час війни; окреслено типологію наслідків впливу війни на психологічний стан особистості, а також охарактеризовано ресурси особистості під час війни (копінги, стресостійкість, життєстійкість, посттравмавтичне зростання і резилентність). У другому розділі «Психодіагностичні методики вивчення особистості в умовах війни» основна увага приділена можливостям використання сучасних діагностичних методик у супроводі людини, яка зазнала травм війни, зокрема подано методики визначення реакцій на травму та стрес, засоби діагностики у практиці кризового психолога, зокрема онкопсихолога та психолога, який працює з паліативними клієнтами, у тому числі й військовими, які зазнали серйозних поранень. Окрему увагу приділено визначенню ресурсів особистості, насамперед сенсу її життя під час війни, а також чи не вперше, нами охарактеризовано особливості психодіагностики мілітарної ідентичності. У третьому розділі «Психологічна допомога особистості в умовах війни» визначено важливу роль соціальної підтримки та шляхи її актуалізації у кризових ситуаціях, окреслено напрямки психологічної допомоги при переживанні горя та втрати, проаналізовано засоби психологічної підтримки в паліативній допомозі, охарактеризовано можливості використання та написання соціальних історій у контексті психологічної допомоги дітям.

Використання матеріалів навчального посібника «Психологічний супровід особистості в умовах війни» буде доцільно і корисно при викладанні наступних дисциплін. Освітній рівень «бакалавр»: «Психодіагностика», «Основи психокорекції», «Психологія стресу та ПТСР», «Основи психологічного консультування». Освітній рівень «магістр»: «Сучасні засоби психодіагностики», «Профілактика і корекція відхилень у поведінці», «Короткотривале кризове консультування».

Актуальним стане посібник для викладання дисципліни «Психологія стресу та ПТСР», оскільки у ньому детально проаналізований кожен розділ даної дисципліни, зокрема, загальне поняття про стрес, психологія травми та вплив її наслідків на розвиток особистості, психологічна та психотерапевтична робота з клієнтом. Оскільки велику увагу в посібнику приділено діагностиці та психологічному супроводі клієнтів різного віку під час війни, він стане у нагоді при викладанні тем «Військовий стрес, психічна травма, пов'язана з війною», «Діагностичні процедури ПТСР», остання тема особливо актуальна,

в контексті того, що днями Міністерство у справах ветеранів США опублікувало найновішу версію рекомендацій щодо діагностики та психотерапії ПТСР, куди увійшли подані нами у другому розділі даного навчального посібника методики.

Начальною дисципліною «Психодіагностика» передбачено вивчення тем «Діагностика психічних станів та емоційно-особистісної дезадаптації», «Діагностика мотиваційно-потребової сфери і саморегуляції особистості», «Самосвідомість як об'єкт психодіагностики», які також детально висвітлені у нашому навчальному посібнику.

Даний навчальний посібник може бути використаний при викладанні такої навчальної дисципліни як «Профілактика і корекція відхилень у поведінці», зокрема тем: «Профілактика і корекція відхилень у поведінці молоді і дорослих» (Стресові ситуації. Психологія суїцідальної поведінки. Робота зі спогадами. Створююча візуалізація. Принципи, засоби самозбереження і самовідновлення); «Профілактика і корекція відхилень у поведінці дітей» (Проблеми емоційного розвитку: патологічні звички, впертість, плаксивість, розлади сну, страхи, нервово–психічна напруженість, підвищена збудливість, агресивність, замкнутість, нерішучість, соціальна дезадаптація та ін. Аналіз причин та зміст психологічної допомоги в цих випадках).

Особливо доцільним буде використання даного посібника при викладанні дисципліни «Основи психологічного консультування», зокрема теми «Особливості консультативної роботи з сім'ями військовослужбовців та ветеранів» (Вимоги до консультантів, що працюють з військовими: Військова культура, розвиток ідентичності; Основні теми психоедукації з жінками/чоловіками ветеранів; Робота з родичами загиблих), а також дисципліни «Короткотривале кризове консультування» при викладанні теми «Кризове консультування під час горювання» (Горе як природна реакція на втрату; Психоедукація у період горювання; Особливості дитячого горювання).

На курсах підвищення кваліфікації слухачам викладається дисципліна «Психологічні основи спілкування в критичній ситуації життя (для осіб що надають паліативну допомогу)», у змісті якої є теми на кшталт: Психологія хвороби та людини, що має захворювання; Особливості спілкування з близькими та рідними людини, що має невиліковну хворобу; Проблеми помирання; Помирання як культурне та психологічне явище, детально проаналізовані у даному навчальному посібнику.

Ми вдячні всім колегам за поради та доброзичливі консультації під час нашої роботи над цим навчальним посібником. Щиро вдячні нашим родинам і близьким друзям, які попри непрості обставини, виявили безмежне терпіння та підтримку під час створення нами даного навчального посібника. Особлива подяка Збройним силам України за можливість у відносно безпечних умовах працювати та допомогами іншим людям.

З повагою, Світлана Кузікова, Валерій Зливков, Світлана Лукомська, Тетяна Щербак, Олена Котух

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЇ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1 СТРЕС ТА ПСИХОЛОГІЧНІ КРИЗИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Стрес – це термін, який зазвичай використовується для опису реакції на вимоги, з якими людина стикається щодня протягом життя, і він пов'язаний як з позитивним, так і з негативним досвідом. Стресори – це агенти, що викликають стрес. Стресори можуть бути фізичними, емоційними, екологічними чи теоретичними, і всі вони можуть однаково впливати на реакцію організму на стрес. Стресова реакція, також відома як реакція «боротьба або втеча» або загальний адаптаційний синдром, включає фізіологічні зміни, які відбуваються під час будь-якої зустрічі зі стресом або уявного стресу для людини. Ця реакція на стрес є результатом стимуляції симпатичної нервової системи, що призводить до низки нейро-ендокринно-імунних реакцій з відтворюваними фізіологічними ефектами, які включають збільшення частоти дихання, частоти серцевих скорочень, артеріального тиску та загального споживання кисню. У більшості ситуацій фізіологічні зміни, пов'язані з реакцією на стрес, є минущими, коли організм повертається до початкового стану після усунення стресора. Реакції на токсичний стрес включають тривалу або постійну аномальну фізіологічну реакцію на стресор із ризиком дисфункції багатьох органів.

Втім, численні непередбачуваності в житті свідчать про те, що багато речей, які ми вважаємо потенційно стресовими, виявляються не такими, тобто не зумовлюють посилення страждань. Стресори існують як сила, зовнішня по відношенню до людини, яка є джерелом виклику поточним функціональним можливостям. Стрес є більш складним терміном: у моделі біологічного стресу, розглянутій нижче, це реакція організму – стан фізіологічної готовності – у присутності стресорів. Але в інших підходах (наприклад, в інженерній моделі), стрес і стресори означають те саме. Дистрес відноситься до явної неадаптивної реакції за наявності стресу, наприклад, тривоги, депресії, гніву, страху або агресії. Але кожен крок у перетворенні стресорів у стрес є умовним: контекст може зробити стресор менш загрозливим (наприклад, стресор міг бути пережитий раніше), а ресурси для подолання (наприклад, високий рівень соціальної підтримки) може зменшити наслідки стресової ситуації. Якщо контекст передбачає загрозу – відповідно до класичної моделі біологічного стресу – це прискорює стрес або, власне, «стресову реакцію», стан фізіологічної захисної готовності організму (H. Selye, 1956). Якщо виникає реакція на стрес, то питання полягає в тому, чи достатньо ресурсів для подолання, щоб уникнути генералізованої реакції на дистрес. Якщо вони є, тоді реакція на стрес не перетвориться на генералізований стан дистресу. У цьому процесі є багато речей, які нас рятують: історії життя, які знижують загрози стресорів,

соціальні контексти, які навчають нас долати конкретні форми стресу, мережі, які допомагають нам справлятися зі складними умовами тощо.

У психосоціальному підході до стресу ми стверджуємо, що важливіше визначити стресори, ніж визначити стрес. Стресори іноді визначають як «те, що викликає стрес» (H. Selye, 1956). Однак не зрозуміло, що стресори перетворюються на дистрес лише через тілесну реакцію на стрес. Деякі ситуації, з якими стикаються люди, можуть не бути визначені як «проблема» для них, але це не означає, що вони не матимуть впливу на їх психічне чи фізичне здоров'я з часом, а лише те, що «проблема» обходить їхню свідомість.

Термін «стрес», що означає труднощі чи негаразди, вперше було використано у 14 столітті (R. S. Lazarus, 1993). Проте вперше, здається, він набув подібного до нинішнього значення в 17 столітті в роботі видатного фізика-біолога Роберта Гука. Р. Гук був стурбований тим, як створені людиною споруди, такі як мости, повинні бути сконструйовані таким чином, щоб нести важкі вантажі та протистояти ударам вітрів, землетрусів та інших природних сил, які можуть їх зруйнувати. Навантаження означало вагу конструкції, напруга – це площа, на яку стикається навантаження, а деформація – це деформація конструкції, створена взаємодією навантаження та напруги. Хоча ці способи використання дещо змінилися під час переходу від фізики до інших дисциплін, аналіз Р. Гука значно вплинув на моделі стресу початку 20 століття у фізіології, психології та соціології. Тема, яка збереглася в наш час, це ідея стресу як зовнішнього навантаження або вимоги до біологічної, соціальної чи психологічної системи. Під час Другої світової війни був значний інтерес до емоційного зриву у відповідь на «стрес» бою (R. R. Grinker, J. P. Spiegel, 1945). Наголос на психодинаміці зриву, який називають «втомою від бою» або «неврозом війни», сам по собі заслуговує на увагу, оскільки під час Першої світової війни бачення стресових розладів було радше неврологічним, ніж психологічним; під час Першої світової війни популярним був термін «снарядовий шок», який виражав розпливчасте, але помилкове уявлення про те, що дисфункція була результатом пошкодження мозку, викликаного звуком розриву снарядів. Після Другої світової війни стало очевидним, що багато умов звичайного життя – наприклад, одруження, дорослішання, складання шкільних іспитів і хвороба – можуть мати наслідки, подібні до бойових. Це призвело до зростання інтересу до стресу як до причини людського дистресу та дисфункції. Домінуюча модель – паралельна з аналізом Р. Гука – в основному полягала в моделі входу (навантаження або потреба в системах) і виходу (деформація, руйнування). Основна епістемологія американської академічної психології того часу, а саме біхевіоризм і позитивізм, робила цей тип моделі науковою і прямолінійною.

Слово «стрес» (лат. destresse – страждання від напруги) до 1920-х років не вживалося в тому ж значенні, що й сьогодні, але у фізиці воно здавна використовувалося для позначення внутрішнього розподілу сил, які впливають на матеріальне тіло і викликають напруження. 1920-ті до 1930-х

років біологи і психологи іноді використовували цей термін як синонім шкідливих факторів навколишнього середовища, що викликають психічне напруження і хвороби; у 1926 році американський психофізіолог В. Кеннон використав поняття «стрес» для позначення зовнішніх факторів, що порушують гомеостаз, але воно не увійшло в науковий обіг аж до середини 1940-х років, коли канадський фізіолог Г. Сельє, опублікував свою першу роботу про загальний адаптаційний синдром, тож фахівці тривалий час уникали використання терміну «стрес» і лише в 1946 році ним стали позначати загальний адаптаційний стрес та почали використовуватися систематично, оскільки Г. Сельє довів, що стрес відрізняється від інших реакцій організму і є стресом, незважаючи на те, що стимул, який його викликає (наприклад, новини), може бути як негативним, так і позитивним. Він назвав негативний стрес «дистрес», а позитивний – «еустрес». Якщо еустрес є джерелом підвищеної активності, задоволення від напруги, успіху в подоланні і характеризується активізацією когніцій і пам'яті, то дистрес виникає лише при дуже частих і надмірних стресах і супроводжується відчуттям безпорадності, відчаю та безнадії.

Як ендокринолог і винахідник теорії стресу, слова, яке він сам ввів у медицину, Г. Сельє здобув значну популярність. Він відкрив цю концепцію, вивчаючи фізіологічну реакцію популяції щурів на ін'єкцію гормонів яєчників і екстрактів плаценти. Незабаром після цього він зазначив, що ці фізіологічні ознаки не мають відношення до введення гормональних речовин, а є відповіддю на агресію будь-якого типу.

Ідея концепції стресу та загального адаптаційного синдрому зявилася у Г. Сельє у 1925 році, коли він вивчав медицину в Празькому університеті. Згодом він розробив концепцію Eustress. Цей винайдений ним термін складається з двох частин. Префікс «eu» походить від грецького слова, що означає «добрий» або «хороший». У додатку до слова «стрес» воно буквально означає «хороший стрес». Згодом були додані різні поняття для визначення, з одного боку, поняття а-стресу, з іншого боку, дистресу, а-стрес – це окремий стан стресу (який можна отримати, зокрема, за допомогою медитації), благотворний вплив якого на здоров'я перевірено в медицині. Натепер, у медичній термінології стрес – це складна послідовність ситуацій, що викликають фізіологічні, психосоматичні реакції.

Г. Сельє спираючись на концепцію механічного стресу, опублікував «Стрес життя» у 1956 році. Спостерігаючи за своїми пацієнтами, він опсав механізм адаптаційного синдрому, тобто всі зміни, які дозволяють організму протистояти наслідкам природної або операційної травми. Згодом він опублікував «Стрес без страждань» у 1974 році та свою автобіографію «Стрес мого життя» (1977 рік). Крім того, Г. Сельє вперше детально описав гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь (ГГН) – систему, яка допомагає організму долати стрес. Його ідеї про стани тривоги, резистентності та виснаження, що розглядаються як стадії розвитку стресу, популярні й сьогодні, зокрем у контексті емоційног вигорання. Пізніше Г. Сельє удосконалив свою теорію, ввівши поняття двох «резервуарів» стресостійкості

або альтернативної енергії стресу. Він запропонував розрізняти «поверхневу» і «глибинну» адаптивну енергію. Перша доступна безпосередньо і може бути доповнена другою, тобто «глибинною», яка мобілізується шляхом адаптивної перебудови гомеостатичних механізмів організму, але її виснаження є незворотнім.

Концепція Г. Сельє про загальний адаптаційний синдром.

Виділяють три основні положення концепції Г. Сельє:

1) фізіологічна відповідь на стрес не залежить від природи стресора (синдром відповіді є універсальною моделлю, спрямованою на підтримку цілісності організму);

2) в динаміці розвитку загального адаптаційного синдрому виділяють три стадії адаптації: фаза тривоги (мобілізації), яка тимчасово знижує опірність організму; фаза резистентності (стійкого пристосування до стресора); і фаза виснаження в результаті виснаження адаптаційних можливостей;

3) коли захисна реакція затягується і ресурси фізіологічних механізмів вичерпуються, розвивається хвороба і організм врешті-решт гине.

Г. Сельє метафорично порівняв три стадії загального адаптаційного синдрому з етапами людського життя. Це - дитинство (низька резистентність і надмірна реакція на подразники, характерні для цього віку), зрілість (відбувається адаптація до найбільш частих впливів і підвищується резистентність) і старість (незворотна втрата резистентності, поступове старіння і смерть).

Критика концепції Г. Сельє. У своїй концепції Г. Сельє не розглядав роль центральної нервової системи у механізмі виникнення стресу. Однак визнавав, що роль центральної нервової системи недооцінюється, і вважав, що дві групи ендокринних систем людини, зокрема адренокортикостероїдів, є ключовими для адаптації. Одна з них – глюкокортикоїди, які перетворюють білки на глюкозу і є частиною механізму зворотного зв'язку імунної системи, зменшуючи імунні реакції (запалення). Інша – мінералокортикоїди, гормони, які регулюють водно-сольовий обмін організму, і найважливішим у процесі адаптації є дезоксикортикостерон. Г. Сельє виділяв специфічність адаптації лише до грубих подразників, але на думку критиків його концепції, це неспецифічна адаптація і опора на кору надниркових залоз але на думку Б. Голдстоуна, справжня адаптація до стресора відбувається лише тоді, коли людина навчилася справлятися зі стресором.

У сучасній науковій літературі поняття «стрес» застосовується, щонайменше у трьох значеннях. По-перше, його можна визначити як напругу або збудження під впливом зовнішніх стимулів або подій. Нині доволі часто ці стимули і події називаються «стресорами» або «стрес-факторами». По-друге, стрес є результатом внутрішніх психічних станів, таких як напруга і хвилювання, тобто суб'єктивних реакцій організму, коли він відображає свої емоції, захисні реакції і процеси подолання. По-третє, стрес – це фізична відповідь організму на певні вимоги або шкідливі

впливи. Функція такої фізичної реакції полягає в підтримці поведінкових і психічних процесів, спрямованих на подолання цього стану.

Розглянемо деякі з найпоширеніших і найактуальніших концепцій стресу.

У психодинамічній моделі основним поняттям є тривога, яка тісно пов'язана зі стресом. Це зумовлено з тим, що, з одного боку, тривога і невпевненість є ознаками стресу, а з іншого – початковий рівень тривоги визначає схильність людини до стресу. З. Фройд описав сигнальну тривогу і травматичну тривогу. Можна сказати, що сигнальна тривога виникає, коли присутня зовнішня та об'єктивна небезпека, яка узгоджується зі зв'язком між стресором і напругою, а травматична тривога – це тривога, яка виникає в особистості та пов'язана з пригніченими сексуальними потягами та інстинктами, які є агресивними всередині людини. Травматична тривога може призвести до розвитку психопатології. І хоча тривога може пройти процес, коли суперечливі ідеї перетворюються на ідеї, які не завдають шкоди, енергія, що випливає з конфлікту, може призвести до напруги з точки зору фізичних симптомів, які відчуває людина. Крім того, ми також можемо обговорити пояснення стресу, дане К. Левінсоном, яке базується на психоаналітичній теорії З. Фройда. За К. Левінсоном, два основні елементи особистості, а саме его-ідеал і образ Я, взаємодіють один з одним і призводять до стресу. Его-ідеал можна описати як вираження досконалого «я» індивіда, тоді як «Я-образ» - це те, як людина сприймає себе (негативно чи позитивно). Таким чином, стрес є наслідком розриву між ідеалом его та самооцінкою. Таким чином, цей підхід головним чином зосереджується на тому, як стрес може виникнути через несвідомі фактори особистості в індивіда.

З. Фройд описав працю як те, що найбільш міцно прив'язує людину до реальності. Багато пацієнтів звертаються до психіатрів з порушеннями працездатності. Проблеми на роботі, її неефективність, професійний стрес у психодинамічній концепції стресу можуть виникати через придушену агресію та/або сексуальність, витіснену на професійні завдання. Страх успіху може коренитися як в едіпових, так і в доедіпових конфліктах. Примус до роботи може свідчити про спроби заспокоїти суворе Суперего. Хронічне незадоволення роботою часто виникає через дезадаптивні спроби регулювати самооцінку. Однак, що більш важливо, ці порушення часто виникають через взаємодіючі динамічні фактори, на які клініцисти повинні ретельно звертати увагу.

Психодинамічна модель базується на положеннях теорії З. Фройда, в якій він описав два типи тривоги: а) сигнальна тривога є реакцією Его на внутрішню небезпеку і спонукає до формування та використання захисних механізмів; б) тривога є реакцією Его на внутрішню небезпеку і спонукає до формування та використання захисних механізмів. У своїх пізніших працях про тривогу З. Фройд розглядав цю форму тривоги як базову, фундаментальну (тобто первинну) тривогу і відрізняв її від сигнальної тривоги, яка, на його думку, виконує захисну та адаптивну функцію. Таким чином, тривога – це функція «Я», яка дозволяє людині адаптивно реагувати в загрозливих

ситуаціях (З. Фройд, 1926). Залежно від того, звідки надходить загроза для «Я» (середовище, Ід, Суперего), психоаналітична теорія розрізняє три види тривоги: реалістичну, невротичну та моральну.

Реалістична тривога – це емоційна реакція на загрозу та/або усвідомлення реальної небезпеки у зовнішньому світі (наприклад, небезпечні тварини або іспити наприкінці семестру). Вона є майже синонімом страху і може підірвати здатність людини ефективно боротися з джерелом небезпеки та забезпечувати самозбереження.

Невротична тривога – це емоційна реакція на небезпеку, при якій неприйнятний імпульс з боку Ід стає усвідомленим. Вона викликана страхом, що Самість втратить контроль над інстинктивними імпульсами, особливо сексуальними та агресивними. Невротична тривога спочатку переживається як реальна. Це пов'язано з тим, що покарання зазвичай є наслідком зовнішніх причин, а невротична тривога виникає лише тоді, коли є страх, що інстинктивні імпульси «Я» спробують прорватися крізь власний контроль.

Моральна тривога виникає тоді, коли Ід прагне активно виражати аморальні думки та поведінку, Самість відчуває загрозу покарання з боку Суперего, а Суперего реагує на це почуттям провини, сорому та самоосуду. Подальший розвиток Суперего призводить до соціальної тривожності. Пізніше З. Фройд переконався, що тривога, похідна від Суперего, з часом трансформується у страх смерті та очікування майбутньої відплати за минулі чи теперішні гріхи.

З. Фройд переконався, що всією поведінкою людини керує прагнення придушити збудження, викликане неприємним напруженням на рівні організму. Інстинкти завжди потребують зовнішнього вираження, і люди організовують свою поведінку таким чином, щоб знизити рівень цієї напруги, викликаної інстинктивною енергією. З точки зору психодинамічної теорії, людина завжди прагне підтримувати гомеостатичну рівновагу.

К.Г. Юнг вважав емоцію центральним організуючим принципом психічного життя, що пов'язує різнорідні компоненти свідомості (відчуття, ідеї, спогади та думки) і надає кожному з них спільного чуттєвого забарвлення. Якщо життєва подія супроводжується сильною емоцією, наприклад, рання травма, всі ментальні та перцептивні елементи, пов'язані з цією подією, накопичуються навколо цієї емоції і формують сенсорний комплекс. Сенсорно-кольорові комплекси є базовими функціональними елементами психіки, а через те, що людські емоції є універсальними, ці комплекси у своїх найбільш регресивних проявах мають тенденцію набувати певних архаїчних, типових, а отже, архетипних форм. К.-Ґ. Юнг вважав, що автономні комплекси, просякнуті емоційним негативізмом, є причиною всієї психопатології без фізіологічної патології (травми, вроджені дефекти тощо).

Е. Фромм, один із засновників неофройдизму, дійшов висновку, що самотність, ізоляція та відчуження відтепер є невід'ємними рисами людського існування. Водночас він був переконаний, що кожна історична епоха характеризується поступовим розвитком індивідуальності, оскільки люди борються за досягнення більшої особистої свободи в розвитку всіх своїх

можливостей. Е. Фромм, на відміну від З. Фройда і К. Юнга, вважав, що цей розрив між свободою і безпекою викликає безпрецедентну тривогу і труднощі в людському існуванні та що психологічна допомога, така як психологічне консультування, психотерапія і психоаналіз, особливо необхідна. Люди борються за свободу і незалежність, але ця боротьба сама по собі викликає відчуження від природи і суспільства. Люди повинні мати владу і вибір над власним життям, але вони також повинні відчувати зв'язок з іншими людьми.

Інша представниця неофройдизму, К. Горні, свого часу дійшла висновку, що саме суспільство має домінуючий вплив на розвиток і формування особистості. Вона стверджувала, що розвиток особистості не обмежується впливом вроджених інстинктивних імпульсів, а що люди можуть змінювати і керувати процесом власного формування; згідно з теорією К. Горні, домінуючою силою в структурі особистості є почуття несвідомої тривоги, яке авторка назвала кореневою тривогою. Описуючи це почуття, К. Горні мала на увазі переживання тривоги і самотності, які відчувають усі діти, потрапляючи у величезний ворожий світ. Таким чином, вона поділяла погляди З. Фройда на конфлікт між зовнішнім світом і особистістю. Для того, щоб зменшити постійне відчуття психологічної незахищеності, необхідно працювати над формуванням відповідного образу «Я»: на думку К. Горні, образ «Я» складається з трьох елементів. Однак ця єдність зустрічається не у всіх людей і в більшості випадків між окремими елементами образу «Я» існує конфлікт.

На думку К. Горні, люди використовують механізми психологічного захисту, щоб уникнути почуття невпевненості. Залежно від обраного механізму, вона виділила три типи поведінки. Комплаєнтна поведінка спрямована на «сліпу» згоду з людьми і полягає в бажанні отримати соціальне схвалення. Вона пов'язана з бажанням бути прийнятим і заохоченим, мати партнера, якому можна довірити відповідальність за своє життя. Всі ці бажання нереальні і не можуть бути задоволені, тому людина, яку схвалюють, вимагає все більше і більше. В агресивному механізмі людина намагається нав'язати свій Я-ідеал іншим. Це виражається в ігноруванні думки інших людей, домінуванні або експлуатації їх. Уникаюча поведінка полягає в тому, що людина уникає суспільства і шукає усамітнення. Однак це теж не допомагає зменшити тривогу. Це пов'язано з тим, що, ізолюючи себе від інших, люди постійно відчувають стрес від того, що їх відкидає суспільство.

Ще однією відомою теорією стресу є ***модель Г. Вольфа*** (1953), згідно з якою стрес є фізіологічною реакцією на соціальні та психологічні стимули, а реальна реакція безпосередньо залежить від характеру установки (позиції, стосунків), мотивації поведінки індивіда, визначеності ситуації та його ставлення до неї. Х. Вольф визначає стрес як динамічний стан організму, який розвивається у відповідь на вимогу адаптації. За результатами емпіричних досліджень Х. Вольфа, було зроблено висновок, що серце здорового, розслабленого суб’єкта реагує на стандартну ситуацію фізичного навантаження збільшенням ударного об’єму та викиду, які через дві хвилини повертаються до початкового стану спокою. Коли той самий індивід зазнає

стресу, робота його серця в стані спокою може бути незмінною і може реагувати на фізичне навантаження звичайним адекватним способом, але досить часто після тренування його серце продовжує поводитися так, ніби він просто виконує додаткову роботу, і лише повільно повертається до рівня спокою. Г. Вольф вважав стрес центральним у житті людини; теорії Г. Вольфа і Г. Сельє належать до так званої моделі реагування, в якій стрес розглядається як фізіологічна відповідь на вимоги навколишнього середовища.

Модель стресу D. Mechanik (1962). Центральним елементом цієї моделі є поняття і механізм адаптації, який автор визначає як спосіб, у який індивіди борються з ситуацією і своїми почуттями, викликаними нею, з двома проявами: 1) копінг – боротьба з ситуацією; 2) дефенс – боротьба з почуттями, викликаними ситуацією. Подолання та оволодіння ситуацією залежить від цілеспрямованих дій та здатності людини приймати правильні рішення, коли вона стикається з життєвими викликами та вимогами.

Звідси популярна психосоматична теорія хвороб, коли фізична хвороба виникає переважно під впливом соціальних і психологічних факторів. Важливим аспектом цієї моделі є взаємозв'язок між рівнем психосоціальних стимулів, що викликають хворобу, і ступенем стресу. Іншим важливим аспектом цієї моделі є існування так званої психобіологічної програми. Ця програма визначається схильністю реагувати певним чином, яка, з одного боку, обумовлена генетично, а з іншого – відображає наслідки минулого досвіду і навчання.

Стимульні моделі стресу. До стимульних моделей належать моделі, які розглядають стрес як психологічну вимогу, що призводить до особистісного напруження. Стрес у цих моделях розглядається як незалежна змінна, як деяка об'єктивна властивість середовища. Теорія стресу як **стимулу** була представлена в 1960-х роках і розглядала стрес як *важливу життєву подію або зміну, яка вимагає відповіді, коригування або адаптації.*

Теорія стресу як стимулу передбачає:

1. Зміни за своєю суттю викликають стрес;
2. Життєві події вимагають однакового рівня пристосування для населення;
3. Існує загальний поріг пристосування, за яким виникає хвороба.

Стимульні моделі найбільш повно були використані при вивченні механізмів і перебігу професійного стресу. Особливо слід відзначити роботу Т. Холмса і Р. Рахе (1967), які вимірювали стрес шляхом присвоєння числових значень 43 складним життєвим (стресовим) подіям. Вони припустили, що середнє адаптивне зусилля, необхідне для подолання, є важливим показником тяжкості стресових подій. Майже чотири десятиліття тому Т. Холмса і Р. Рахе опублікували контрольний перелік із 43 подій, таких як смерть подружжя, розлучення, звільнення з роботи та сексуальні труднощі, названий «Розкладом останніх переживань» (SRE). Його мета полягала в інвентаризації «фундаментально важливих екологічних інцидентів» (T. Meyer, 1951), які, як виявилося (під час аналізу карт

пацієнтів), часто передували виникненню хвороби. Стресові події визначалися як випадки, які, ймовірно, призвели до змін у звичній діяльності людей, що вимагали адаптації. Журі застосовувало процедуру оцінки величини, щоб присвоїти бали Life Change Unit (LCU) кожній із 43-х подій у списку. Сума цих балів за подіями, що відбуваються в певний, як правило, зовсім нещодавній період часу, була прийнята як показник рівня стресу. Відповісти на контрольний список можна за допомогою самостійної анкети або співбесіди. Загальною характеристикою цих традиційних контрольних списків для дослідження, зосереджених на звичайних ситуаціях чи екстремальних ситуаціях, є те, що вони складаються з досить широких категорій подій (наприклад, розлучення), а не з детального опису окремих подій (наприклад, розлучення після періоду подружнього конфлікту через невірність подружжя). Хоча наголос зазвичай робився на нещодавніх подіях у відносно короткі проміжки часу, наприклад від 6 місяців до 1 року, кілька досліджень намагалися оцінити «травматичні» події (зазвичай такі, що загрожують життю або іншим чином загрожують фізичній цілісності), інші важливі подій (наприклад, розлучення або смерть члена родини. Ці спроби висвітлення основних подій за все життя узгоджуються з концепцією Т. Мейєра щодо життєвої карти фундаментально важливих екологічних інцидентів і мають потенціал для надання більш повної інформації про те, (a) чи події повторюються чи зберігаються з часом до такої міри, щоб стати постійними труднощами або хронічними стресорами; (b) роль подій окремо та у відношенні до попередніх стресових подій у виникненні та перебігу розладу; та (c) взаємні зв'язки між появою деяких типів подій, які не є повністю незалежними від поведінки індивіда, та виникненням або повторенням епізодів розладу. Коли цілісне охоплення передбачає тривалі періоди пригадування, як це відбувається в усіх згаданих раніше ретроспективних дослідженнях, можна зосередитися лише на основних подіях. Оцінка незначних подій, які легше забуваються, навіть віддалено неможлива, якщо періоди пригадування не є якомога коротшими.

Модель стресу Б. Доренвенда (1973, 1979). Зокрема, спираючись на ідеї Т. Холмса та Р. Рахе (1967), Б. Доренвенд визначив, що низький соціальний статус має значний вплив на вираженість стресу в індивіда. Це пояснюється тим, що низький соціальний статус спричиняє більшу кількість стресових подій у житті людини і, відповідно, меншу стресостійкість. Стрес меншин – це хронічно високий рівень стресу серед представників стигматизованих груп. Цей стрес спричинений відсутністю соціальної підтримки, низьким соціально-економічним статусом і, зокрема, міжособистісними упередженнями та дискримінацією. Теорія стресу меншин (B. P. Dohrenwend, I. H. Meyer, M. L. Hatzenbuehler і D. R. Williams) була створена в контексті концепції соціальної причинності, яка стверджує, що соціальні ситуації не призводять безпосередньо до гірших результатів для здоров'я людей з груп меншин Хоча це і не так, вона припускає, що ці умови викликають хронічний стрес, який, у свою чергу, з часом призводить

до проблем зі здоров'ям. Згідно з цією теорією, розрізняють дистальні та проксимальні стресові процеси. Дистальні стресові процеси є зовнішніми по відношенню до соціальних меншин і включають упередження, стереотипи та дискримінацію. Проксимальні стресові процеси є внутрішніми, тобто результатом дистантних стресорів, і включають приховування своєї ідентичності, негативне ставлення до груп меншин, низьку самооцінку тощо.

Міждисциплінарна модель стресу ґрунтується на дослідженнях, проведених під час тренувального процесу десантників. На думку авторів цієї моделі (H. Basowitz, H. Persky, Sh. Korchin, R. Grinker, 1955), стрес виникає під впливом стимулів, які викликають тривогу у більшості індивідів або їх представників і провокує низку фізіологічних, психологічних та поведінкових реакцій. Дослідники виявили, що за специфікою реакцій на стресові ситуації можна передбачити орієнтацію індивіда на успіх або уникнення невдачі.

Трансакційна модель стресу та копінгу Р. Лазаруса ґрунтується на тому, що стрес розглядається як трансакційний феномен і залежить від його важливості для реципієнта стимулу (R. Lazarus, 1966; A. Antonovsky, 1979). Наслідки екологічного стресу зумовлені, по-перше, оцінкою стресора людиною і, по-друге, соціальними та культурними ресурсами, доступними людині. У першій оцінці людина відповідає на питання: "Чи дійсно існує проблема?". Сприйняття проблемної ситуації завжди супроводжується неприємними емоційними переживаннями та загальним дискомфортом. Ця фаза полягає в більш глибокому аналізі ситуації та залученні всіх можливих стратегій подолання, щоб відповісти на питання «Що робити далі, щоб вирішити проблему?». Складається із залучення всіх можливих стратегій подолання, щоб відповісти на питання «Що ми можемо зробити далі, щоб вирішити проблему?».

Модель когнітивної оцінки: ця модель пов’язана з точкою зору, розробленою Р. Лазарусом та його колегами. Р. Лазарус вважав, що стрес виникає в результаті взаємодії між індивідом і навколишнім середовищем. Він також зосередився на когнітивній оцінці, яку здійснює людина, визначаючи, чи є ситуація/подія стресовою чи ні. Далі він зазначив, що існують індивідуальні відмінності в тому, як здійснюється когнітивна оцінка. Термін пізнання позначає різні психічні процеси, такі як мислення, міркування та прийняття рішень, окрім уваги, сприйняття, пам’яті, вирішення проблем і творчості. Модель когнітивної оцінки стверджує, що коли індивід стикається зі стресовою ситуацією, він здійснює оцінку ситуації з точки зору первинної оцінки та вторинної оцінки. Первинна оцінка проводиться на основі негативного впливу стресу на фізичні та психологічні аспекти особистості. А вторинна оцінка проводиться на підставі того, чи володіє людина достатніми ресурсами, щоб впоратися зі стресовою ситуацією та уникнути її згубних наслідків. Таким чином, як запропоновано цією моделлю, реакція індивіда, фізіологічна, психологічна, афективна чи поведінкова, буде залежати як від первинної, так і від вторинної оцінки. Зауважимо, що трансакційну модель стресу і копінгу Р. Лазаруса часто

плутають з трансакційною моделлю стресу Т. Кокса, тому розглянемо її більш детально.

Трансакційна модель стресу Т. Кокса (T. Cox and J. McKay, 1978, 1981, 2000) описує динамічні процеси, які відбуваються, коли люди мають труднощі і намагаються з ними впоратися. Стрес розглядається як особистісний феномен, що виникає в результаті взаємодії між людиною і ситуацією, в якій вона опинилася. В основі моделі лежить взаємозв'язок між чотирма ключовими аспектами активної особистості та оточенням. Це: підтримка з боку оточення, вимоги з боку оточення, особистісні ресурси та внутрішні потреби й оцінки. Трансакційна модель підкреслює, що між усіма компонентами системи існує зворотний зв'язок, тобто вона розглядає стрес не як лінійну реакцію, а як інтегровану і закриту систему Т. Кокс і Д. Маккей виділили п'ять етапів у цій системі. Перший – вплив на людину актуальних вимог середовища; другий – когнітивна оцінка (сприйняття) вимог і власної здатності впоратися з ними; стрес виникає тоді, коли порушується баланс між усвідомленими вимогами і усвідомленою здатністю. Чим більш невизначеною є здатність людини, чим менше у неї досвіду подолання актуальних вимог, тим швидше порушується баланс і тим сильніший стрес. Третя стадія – емоційне переживання стресу, під час якого відбуваються зміни у фізіологічному стані, когнітивні та поведінкові спроби зменшити стресовий характер вимог, що ставляться перед людиною. Четверта стадія – реакція, на якій людина намагається подолати стресову ситуацію всіма доступними їй засобами. П'ята стадія – зворотний зв'язок, який впливає на всі інші стадії динамічної стресової системи. Загалом прихильники трансакційної моделі підкреслюють особливу роль суб'єктивного сприйняття середовища і вважають, що відмінності в тому, як люди справляються зі стресом, зумовлені копінгом, особистісними особливостями, локусом контролю тощо. Пізніше ця модель була уточнена авторами (T. Cox, J. Mackay, 1985) і ключовим моментом у виникненні стресу стала сприйнята неконтрольованість середовища та відсутність соціальної підтримки.

Модель відповідності людині та навколишньому середовищу (P-E Fit): цю модель запропонували J.R.P French, R.V Harrison і R.D Caplan у 1982 році. Основне припущення цієї моделі полягає в тому, що існують індивідуальні відмінності щодо потреб і здібностей, а стрес виникає, коли є невідповідність між вимогами до особи, і ресурсами, якими він/вона володіє. Співробітник, який добре підготувався до однієї з важливих презентацій у своїй організації, сприйме це як можливість, а не загрозу, і тому не зазнає жодного значного стресу. Але якщо вимоги середовища високі і працівник відчуває, що він/вона не володіє достатніми ресурсами або здатністю провести презентацію, то він/вона буде відчувати стрес.

Спільним для всіх моделей психологічного стресу є те, що стрес визначається насамперед за певними параметрами. Існує кілька традицій дослідження стресу – епідеміологічна, психологічна, біологічна тощо, але останнім часом спостерігається тенденція до їх інтеграції, оскільки їх ключові моменти дуже схожі.

Епідеміологічна традиція дослідження стресу. У епідеміологічній традиції дослідники оцінюють об'єктивні рівні стресу, спричинені окремими життєвими подіями. У цьому підході мається на увазі, що конкретна життєва подія породжує еквівалентну кількість стресу для всіх людей. Оцінки об'єктивних рівнів базуються на нормативних (середніх) оцінках стресу, пов'язаного з кожною подією, окремими особами в популяції, що досліджується, або спеціальними експертами. Проте визначення стресу, що використовуються для означення об'єктивних (нормативних) рівнів, відрізняються. Зокрема T. Holmes, R. Rahe (1967) припустили, що чим більша зміна притаманна адаптації до життєвої події, тим більший стрес пов'язаний із нею. У свою чергу, стрес накопичується, і кожна додаткова подія збільшує кількість ресурсів, яких людина потребує для адаптації. Наприклад, у шкалі оцінки соціальної реадаптації (SRRS; M. Masuda, T. H. Holmes, 1978), обсяг змін, необхідних для кожного зі списку 43-х «важливих» життєвих подій, визначався нормативними оцінками, отриманими від експертів без психологічної та медичної освіти. Оцінки змін (відомі як *одиниці зміни життя*, або LCU) для всіх подій, про які особа повідомила як такі, що відбулися протягом певного періоду (зазвичай рік), підсумовувалися, щоб виміряти загальну зміну, необхідну для адаптації до пережитих подій. Приклади подій у SRRS включають одруження (LCU = 50), розлучення (LCU = 73), звільнення з роботи (LCU = 47), вихід на пенсію (LCU = 45), вагітність (LCU = 40) і відпустку (LCU = 13). Згодом саме на базі цієї моделі було визначено стресори як події, які однозначно вважаються небажаними або загрозливими (E. S. Paykel, B. A. Prusoff, E. H. Uhlenhuth, 1971). Тут шкали стресових життєвих подій складаються з подій, які за згодою вважаються негативними (загрозливими), наприклад, втрата роботи, смерть близької людини та юридичні проблеми. Як правило, вони не є зваженими (виявлені індекси, як правило, не підвищують кореляцію із захворюванням), а оцінюються шляхом підрахунку загальної кількості негативних подій у житті людини.

Іншим прикладом методу оцінки стресових життєвих подій щодо їх об'єктивного рівня загрози є Таблиця життєвих подій і труднощів (LEDS; G. W. Brown, T. O. Harris, 1989). На відміну від простих контрольних списків поширених життєвих стресів, LEDS – це структуроване інтерв'ю, яке використовується для дослідження подробиць повідомлених подій та їхнього контексту. Кожна подія (з огляду на обставини, пов'язані з подією) потім оцінюється експертами як загроза, які використовують попередні оцінки подібних подій іншими оцінювачами LEDS як якір для оцінки нових подій. Потім експерти вводять свої власні оцінки в основну базу даних, у результаті чого зростає словник оцінок «об'єктивної» (консенсусної) довгострокової загрози, пов'язаної з багатьма різними життєвими подіями. У LEDS не передбачається, що стрес зростає з кожною додатковою подією. Натомість будь-яка окрема подія, що відповідає порогу серйозності загрози, визначеному LEDS, є достатньою, щоб позначити наявність достатнього стресу, щоб поставити людину під загрозу захворювання. Ця конвенція

випливає не з теоретичних міркувань, а скоріше з емпіричних доказів того, що однієї важкої події достатньо для прогнозування депресивних епізодів (E. Puterman, J. Weiss, B. A. Hives, 2020).

Епідеміологічний підхід також включав дослідження впливу окремих, консенсусно визначених загрозливих подій, таких як безробіття, розлучення, втрата, економічна напруга, а також догляд за хронічно хворими. Довіра до цих індикаторів однієї події відображає основне припущення, що певних типів подій достатньо для створення значних рівнів загрози психологічному та соматичному благополуччю людини. Вони переважно включають загрози, пов'язані з головними соціальними ролями (наприклад, працівник, дружина або батько) і цілісністю міжособистісних стосунків. Вони також мають тенденцію бути хронічними, коли подія або її наслідки тривають місяцями або навіть роками (S. Cohen, P. J. Gianaros, S. B. Manuck, 2016).

Загалом, незважаючи на те, що визначення того, що є стресовою життєвою подією, змінювалося з часом, епідеміологічна перспектива визначила стрес переважно за допомогою незалежних рейтингів, які відображають те, як інші, у сукупності, оцінюють негативний вплив певних подій. Такі заходи були успішними для прогнозування захворюваності (наприклад, депресії, респіраторних інфекцій та ішемічної хвороби серця), прогресування хвороби (наприклад, ВІЛ-СНІДу, загоєння ран та аутоімунних захворювань) та смертності в цілому.

Психологічна традиція дослідження стресу. Переживання тієї самої події може бути стресовим для одних людей, але не для інших. Отже, згідно з психологічною точкою зору, стресовий досвід не може бути виведений через однакове посилання на будь-яку конкретну подію. Швидше, такий висновок обов'язково залежить від того, як така подія інтерпретується особою. Цей підхід представлено основоположною роботою Р. Лазаруса щодо оцінки стресу, яка пропонує людям оцінювати як ступінь потенційної загрози, яку становлять події, так і наявність ресурсів, необхідних для їх подолання. На оцінку загрози подій впливає неминучість заподіяння шкоди та інтенсивність, тривалість і потенційна контрольованість події, а також переконання людей щодо себе та навколишнього середовища, їхні цінності та зобов'язання, а також відповідні особистісні диспозиції. Оцінка подолання може бути зосереджена на діях, спрямованих на пряму зміну передбачуваної загрозливої події, або на життєздатності думок чи дій, спрямованих на зміну емоційної та поведінкової реакції на подію. Оцінка загрози без віри в наявність ефективних реакцій подолання сприймається як стрес, який породжує емоційні реакції, включаючи занепокоєння, страх і тривогу.

Прикладом використання оцінювального підходу в конкретній галузі є анкета Карасека щодо контролю роботи (JCQ). Відчуваний робочий стрес визначається як наявний, коли люди оцінюють свою роботу як таку, що має низький особистий контроль (R. Karasek, D. Baker, F. Marxer, A. Ahlbom, T. Theorell, 1981). Ця перспектива також була застосована до шкал стресових

життєвих подій, так що суб'єктивні (власноруч створені) оцінки негативного впливу схвалених подій підсумовуються замість об'єктивних консенсусних оцінок, які використовувалися в попередніх інструментах (I. G. Sarason, J. H. Johnson, J. M. Siegel, 1978). Інший підхід до визначення індивідуального сприйняття стресу зосереджений на глобальних (незалежних від подій) оцінках. Наприклад, шкала сприйняття стресу (S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein, 1983) зосереджена на досвіді протягом останнього місяця, оцінюючи ступінь, до якого люди відчувають, що вимоги в їхньому житті перевищують їхні можливості ефективно справлятися. Загалом, дослідники, які дотримуються психологічної точки зору, визначили *стрес як досвід, який виникає, коли люди одночасно оцінюють події як загрозливі або шкідливі, а їхні ресурси для подолання – як неадекватні*. Подібно до об'єктивних показників подій, показники сприйнятого стресу також були корисними для прогнозування подальшого ризику психологічного неблагополуччя.

Біологічна традиція дослідження стресу. У біологічному підході вплив визначених стресорів індексується через активацію фізіологічних систем, які в іншому випадку важливі для гомеостатичної регуляції та метаболічного контролю. У біологічній традиції припускають, що ці фізіологічні реакції забезпечують підтримку в короткостроковій перспективі для адаптивних поведінкових дій або подолання. Однак у довгостроковій перспективі такі фізіологічні реакції можуть виявитися дезадаптивними та спричинити ризик захворювання.

В цій традиції *стрес прирівнювався до хронічної активації однієї з головних нейроендокринних систем організму, гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової (HPA)*. Ця традиція також має глибоке коріння в експериментальній психофізіології та психосоматичній медицині, де відповіді вегетативної нервової системи довгий час займали чільне місце як маркери стресу. Таким чином, виміряні показники стресу зазвичай включають гормон, що походить від HPA, кортизол, і медіатори симпатоадреналової залози (SAM), адреналін і норадреналін, а також автономно регульовані периферичні фізіологічні показники, такі як частота серцевих скорочень і артеріальний тиск. Патерни відповіді на ці фізіологічні параметри часто змінюються залежно від відмінностей у стимулах, які їх викликають, але загалом їх залежна від стимулу активація, коли вона надмірна, постійна або часто повторюється, розглядається як біологічний показник стресу, але проблема, притаманна біологічній традиції, полягає в тому, що не існує узгоджених порогових значень, які визначають стрес для будь-якого з цих параметрів.

Біологічні дослідження стресу у людей історично наголошували на лабораторних дослідженнях, у яких учасники піддаються експериментальним викликам (стресорам). Ці дослідження використовуються для виявлення та з'ясування біологічних механізмів, які можуть опосередковувати вплив факторів навколишнього середовища на більш віддалені результати. У таких дослідженнях учасники піддаються

завданням і стимулам короткої тривалості, які мають спільні риси з об'єктивно визначеними факторами стресу, такими як несприйнятливість, конфлікт, неконтрольованість, соціальна загроза або вимоги впоратися з обмеженим часом. Отже, справа не в тому, що ці завдання та стимули є «стресом», а в тому, що вони моделюють особливості епідеміологічно вивчених стресорів у контрольованих умовах, що дозволяє інструментально досліджувати викликані фізіологічні реакції. Крім того, вважається, що типи вегетативних і нейроендокринних реакцій, які зазвичай оцінюються в таких дослідженнях, коли вони неодноразово викликаються в контексті природних стресових життєвих подій, сприяють системним біологічним і клітинним змінам, які сприяють захворюванням, таким як метаболічні, імунні зміни, функції дихання та серцево-судинної системи. Відповідно, вважається, що вплив фізіологічних реакцій, викликаних стресором, становить основний шлях, що зв'язує стресові події та оцінки з результатами фізичного здоров'я.

Друга лінія біологічних досліджень стресу зосереджена на стабільних індивідуальних відмінностях у величині викликаних стресором фізіологічних реакцій, зокрема серцево-судинних та реакцій клітинного імунітету на гострі психологічні стресори (D. S. Krantz, S. B. Manuck, 1984). Причина такої уваги полягає в тому, що особи, схильні до підвищеної реактивності артеріального тиску, наприклад, коли його вимірюють у лабораторних умовах, також частіше мають доклінічні судинні захворювання та страждають від передчасної серцево-судинної смертності. Подібним чином, індивідуальні відмінності в клітинній імунній реактивності пов'язані з показниками ослабленого імунітету, а аналогічні індивідуальні відмінності в активації HPA – помірна сприйнятливість до інфекційних захворювань у відповідь на природні життєві стресові події.

Більш широкий погляд на біологію стресу з точки зору дисрегульованих систем (наприклад, надмірна активація, недостатня активація, затримка відновлення, контррегуляторний відскок) почав витісняти попередні акценти, які ототожнювали стрес лише з надмірною активацією SAM і HPA (B. S. McEwen, 1998). Наприклад, дослідження відповіді HPA свідчать про те, що в той час як рівень кортизолу підвищується під час гострого стресу, відповідь HPA на хронічні стресори може бути більш складною, включаючи по-різному зменшення вивільнення кортизолу, нечутливість до глюкокортикоїдів або зміни добового ритму кортизолу. Ці моделі відповіді можуть впливати на імунні та серцево-судинні параметри, які сприяють патогенезу захворювання.

Нарешті, останнім часом у дослідженнях біології людського стресу було розроблено характеристику систем мозку, які оцінюють психологічні та соціальні стресори, а також генерують наступні фізіологічні реакції, які можуть бути пов'язані з ризиком захворювання (K. A. Muscatell, N. I. Eisenberger, 2012). Зокрема, дослідники в цій галузі використовували функціональну магнітно-резонансну томографію (МРТ) та інші методи для вимірювання нейронної активності, поки люди виконують завдання, що

викликають відразу, або обробляють загрозливі стимули, які моделюються на основі лабораторних досліджень фізіології стресу. Під час візуалізації ця нервова активність вимірюється разом із периферичними фізіологічними реакціями (наприклад, артеріальним тиском), які були причетні до ризику захворювання. Докази цих досліджень зображення мозку вказують на те, що психологічні та соціальні стресори зачіпають мережу коркових і лімбічних областей, зокрема області медіальної та латеральної префронтальної кори, поясної частини, острівця та мигдалини. Вважається, що викликані моделі активності в цих та інших мережевих областях мозку відповідають нейронним процесам, що підтримують оцінку стресорів і, можливо, емоційний досвід, реагування та регуляцію. Крім того, зміни нейронної активності в цих самих областях пов'язані з периферичними показниками фізіології стресу, включаючи релевантні для захворювання параметри вегетативної, нейроендокринної, серцево-судинної та імунної фізіології.

Хоча результати цих досліджень візуалізації людей почали з'ясовувати роль мозку у зв'язку психологічних і соціальних факторів стресу з фізіологічними реакціями, які можуть сприяти ризику захворювання, залишається кілька основних питань. Одне з таких питань полягає в тому, чи є оцінка та ефекторні механізми реагування на фізіологічний стрес перекриваючими та нероздільними процесами на рівні мозку. Альтернативні можливості полягають у тому, що процеси оцінки та ефекторної відповіді запускаються паралельно або розташовуються з часом у ланцюжку між мережевими регіонами мозку. Нарешті, дослідники не змогли вирішити, чи викликані стресором зміни нейронної активності, які коваріюють одночасно з периферичними фізіологічними реакціями, відповідають лише еферентним командам для цих реакцій, чи також аферентному представленню периферичних фізіологічних змін. Аферентна репрезентація цих фізіологічних змін через механізми зворотного зв'язку з мозком може сама по собі впливати на емоційні переживання та оцінку подій, які кодуються як стресори (P. J. Gianaros, T. D. Wager, 2015).

Стрес та регуляція емоцій. Емоції визначаються як зміни в «суб'єктивному досвіді», які відбуваються разом із відповідними поведінковими та фізіологічними змінами (J. J. Gross, 2015). Регуляція емоцій охоплює різноманітні стратегії, які використовуються для модуляції цих переживань. Зусилля, спрямовані на регулювання емоцій, можуть здійснюватися свідомо або бути автоматичними, відбуваючись поза усвідомленням індивіда (J. A. Bargh, L. E. Williams, 2007). У той час як адаптивна регуляція емоцій є гнучкою, відповідає контексту та підтримує довгострокові цілі, неадаптивна – може виникнути, коли стратегії використовуються негнучко або не відповідно довгостроковим цілям. Наприклад, *уникнення деяких соціальних ситуацій може відповідати короткостроковій меті зменшення тривоги, але перешкоджати довгостроковій меті розвитку близьких стосунків*. Процесуальна модель регуляції емоцій припускає, що емоції можуть регулюватися на п'яти окремих етапах: 1) вибір ситуації, 2) модифікація ситуації, 3) розгортання

уваги, 4) зміна усвідомлення ситуації та 5) модуляція відповіді (H Gross, V. O. Stockwell, 2007). Конкретні стратегії, як правило, класифікуються як адаптивні (наприклад, переоцінка, вирішення проблем, уважність, прийняття) або неадаптивні (наприклад, придушення, уникнення, роздумування). Велика кількість емпіричних досліджень регуляції емоцій і психопатології підтверджує концептуалізацію регуляції емоцій як проксимального трансдіагностичного фактора ризику психопатології, що охоплює як інтерналізовані, так і екстерналізовані розлади (A. Aldao, S. Nolen-Hoeksema, S. Schweizer, 2010). Тобто, існують послідовні зв'язки між використанням неадаптивних стратегій регулювання емоцій і проблемами психічного здоров'я.

Хоча зв'язок регуляції емоцій із психопатологією добре встановлений, деякі нюанси в наявній літературі вимагають додаткового обговорення. Зокрема, використання стратегії регуляції емоцій є сильнішим предиктором інтерналізації, ніж екстерналізації патології). Крім того, емпіричні докази зв'язку між використанням адаптивних стратегій і психопатологією неоднозначні. Зокрема, використання адаптивної стратегії передбачає соматизацію, депресію та тривогу, але часто не пов'язано з іншими типами психологічних симптомів (наприклад, обсесивно-компульсивними, психотичними, фобічними). Інші дослідження не виявили жодного суттєвого зв'язку між використанням адаптивної стратегії та психологічними симптомами. Ці суперечливі висновки свідчать про те, що використання самої стратегії не є достатнім показником того, чи буде спроба регуляції емоцій успішною. Модель розширеного процесу регуляції емоцій Гросса включає етапи процесу регуляції емоцій, які виходять далеко за рамки вибору стратегії (J. J. Gross, 2015). Зокрема, 1) визначення потреби в регулюванні емоцій (тобто емоційна ясність, переконання щодо того, чи можна змінити емоції, самоефективність), 2) вибір (тобто наявність доступу до достатніх стратегій регулювання емоцій), 3) реалізація (тобто рішення про те, яку стратегію використовувати), і 4) динаміка обробки (тобто зупинка, підтримка або перемикання стратегій).

Моделі регуляції травми та емоцій, що визначають регуляцію емоцій як проксимальний фактор ризику для проблем психічного здоров'я після травми (тобто дистальний фактор ризику), підкріплені значною емпіричною підтримкою. Продовжні дослідження у дітей виявили докази того, що вплив травми проспективно передбачає труднощі регуляції емоцій, які, у свою чергу, передбачають як інтерналізацію, так і зовнішню симптоматику. Подібним чином у дітей та підлітків існує зв'язок між порушенням регуляції емоцій і ПТСР. Порушення нейробіологічного розвитку можуть допомогти пояснити виявлені кореляції впливу травми з труднощами регуляції емоцій. Зокрема, ранні травматичні переживання впливають на дозрівання відділів мозку, які беруть участь у регуляції емоцій. Нейровізуалізаційні дослідження дітей, які зазнали жорстокого поводження, виявили зміни в об'ємі та зв'язності гіпокампу, мигдалини, мозолистого тіла та префронтальної кори (H. Hart, K. Rubia, 2012). Травматичний досвід, який

виникає під час розвитку цих мереж, може порушити префронтальне гальмування, що призводить як до недостатньої регуляції, так і до надмірної регуляції емоційних реакцій (наприклад, гіперзбудження та заціпеніння). Хоча ці висновки підкреслюють згубні наслідки травматичних подій, які відбуваються в дитинстві, нові дані з літератури про полівіктимізацію свідчать про те, що модель пережитої травми також може бути помітною у виникненні труднощів регуляції емоцій. Крім того, варто зазначити, що регуляція емоцій і стратегії подолання, які дозволяють людям функціонувати в умовах високого стресу або потенційно травматичних, можуть виявитися «дезадаптивними», якщо ці стратегії узагальнюють на інші контексти. Таке узагальнення дезадаптивних стратегій може бути більш імовірним, коли особа зазнає неодноразової віктимізації в різних контекстах, як це відбувається, зокрема й під час війни.

У повсякденному спілкуванні, ситуації, які загрожують здоров'ю або самому життю людини, часто називають екстремальними. Суб'єктивно екстремальні ситуації набувають форми екстремальних станів. Екстремальні ситуації – це особливі стани психіки людини, викликані незвичайними і ненормальними умовами, що підвищують тривожність та емоційну напруженість. Поняття екстремальних станів було запозичене в психологію з медичних досліджень психогенних реакцій людини на надзвичайні ситуації, фізіологічного вчення Г. Сельє про стрес і загальні адаптаційні синдроми, а також досліджень адаптації людини в особливих умовах життя, таких як техногенні, екологічні та воєнні катастрофи. Для розуміння екстремальних явищ важливими є не самі екстремальні, травматичні чи стресові переживання, а те, як люди з ними справляються. Наприклад, важливо, як люди поводяться зі своїм життєвим досвідом, чи перетворюють вони його на низку нещасть, чи на джерело зростання і розвитку. Тому кожна екстремальна ситуація – це не просто конфігурація стимулів, яка запускає певну реакцію, а екстраординарна ситуація у позавимірності людського існування. У таких ситуаціях важливим стає комплексний аналіз розладів, пов'язаних зі стресом і травмою, та їхнього впливу на подальше життя людини – як негативного, так і позитивного, зокрема.

Концептуальна основа для розуміння екстремальних явищ розроблена в контексті чотирьох підходів. У рамках стимулюючого підходу екстремальні умови визначаються насамперед з точки зору факторів впливу на організми або індивідів, які прирівнюються до екстремальних станів і, по суті, є аналогом надзвичайних ситуацій, у даному підході ключовими є слова екстремальні умови, екстремальні реакції, дистрес, екстремальний стрес, травматичний стрес і посттравматичний стресовий розлад (J. I. Bisson, C. R. Brewin, B. Andrews and J. D. Valentine). В індивідуалістичному підході екстремальні умови визначаються в контексті особистісних змінних – суб'єктивних сприйнять, переживань та інтерпретацій подій. При цьому акцент робиться на активності людини, здатності отримувати позитивний досвід з надзвичайних ситуацій, актуалізуються такі поняття, як посттравматичне зростання та життєстійкість (C. E. Agaibi, J. P. Wilson).

Інтерактивний підхід визначає екстремальні умови як дисфункціональну взаємодію між середовищем і людиною та окреслює рівні так званої міжособистісної травми: рання реляційна травма внаслідок відсутності контакту між дитиною та батьками, жорстоке поводження з дітьми, булінг, фізичне та психологічне насильство, міжпоколіннєва травматизація, тобто, травматизація покоління, коли людина переживає наслідки психологічної травми, пережитої поколінням (C. Mucci), що особливо актуально в умовах нинішньої російсько-української війни.

У зарубіжній психології стимульний підхід до екстремальних ситуацій представлений травматичною моделлю психічних розладів (J. L. Herman, A. Maercker, A. Mehr), в якій наслідки фізичної, сексуальної та психологічної травми є основними чинниками розвитку психічних розладів, зокрема депресії, тривожних розладів, панічних розладів і психозів. У цій моделі (а тепер і в медицині та психології) замість поняття «екстремальний стан» використовується поняття «травматична подія». Це оцінка людиною події, яка виходить за межі нормального життя і загрожує фізичному життю цієї людини або когось значущого для неї; згідно з DSM-5, травматична подія як критерій А посттравматичного стресового розладу означає загрозу фізичному існуванню, а не, як часто припускають, психічному життю людини. Іншими словами, ключовим критерієм діагностики ПТСР є те, чи була (А+), чи не було (А-) прямої загрози життю людини.

З середини двадцятого століття термін «травма» став чимось на кшталт культурного громовідводу, привертаючи величезну увагу в галузях культурної та соціальної теорії, а також психології та психіатрії. Ми спостерігали розширення дисципліни «Дослідження травм», яка стосується всього: від Голокосту до Руанди, від Комісії правди та примирення в Південній Африці до подій після 11 вересня (E. Wertheimer, M. J. Casper, 2016). Що стосується психіки, нами виявлено визнання важливості травматичної пам'яті, зв'язку між контузійним шоком і так званими «неврозами війни», «в'єтнамського синдрому», а потім і «посттравматичного стресу». Подібно до залежності, обсяг посттравматичного стресового розладу значно розширився в останньому виданні Діагностичного та статистичного посібника, який створює абсолютно новий клас «розладів, пов'язаних із травмою та стресом» (Американська психіатрична асоціація, 2013). DSM-5 також передбачає можливість виходу травми за межі безпосереднього особистого досвіду: тепер можна отримати травму, ставши свідком або навіть почувши травми, перенесені іншими. Це призвело до того, що у «пілотів» дистанційних дронів діагностували посттравматичний стресовий розлад, незважаючи на те, що вони фізично були далеко від лінії фронту в нових умовах постмодерної війни. Можливо, з цим ефектом зараження пов'язано те, що зараз існує безліч онлайн-інструментів скринінгу та навіть додатків, які дозволяють будь-кому самостійно діагностувати ПТСР.

На краще чи на гірше, але за успіхом «розмови про травму», безсумнівно, стоїть певне прочитання З. Фройда. Що стосується вивчення

травми як культурної та соціальної теорії, то З. Фройду все ще приписують визнання зв'язку між травмою та пригніченими або екранними спогадами, а також опір травми психічній репрезентації на індивідуальному та соціальному рівнях. З огляду на те, що DSM-IV класифікував ПТСР як «тривожний розлад», варто зазначити, що можна спостерігати подібне часткове прочитання ідей З. Фройда щодо тривоги в деяких системах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Замість того, щоб визнавати психічну реальність страху без емпіричного локусу, як З. Фройд обережно зробив у «Inhibitions, Symptoms and Anxiety» (1985), такі рамки КПТ мають тенденцію зводити тривогу до колись реалістичного страху перед емпіричною небезпекою, супутні сигнали якої були неправильно сприйняті. Саме це розуміння тривоги як ірраціонального страху призвело до поняття терапевтичного «занурення» або «затоплення», за допомогою якого можна було б викликати досвід, який би виправив ставлення індивіда до реальності. Чи то в психіатричній концептуалізації травми як такої, чи тривоги, можна помітити вплив бігевіоризму та досить наївної моделі стимул-реакція, і дуже подібні поняття зараз сформульовані через альтернативний словник нейронауки та «пластичності» нейронів.

Арсенал особистісних стратегій психологічного подолання екстремальних ситуацій дуже широкий, але з усіх типів можна виділити три найбільш вірогідні позиції: 1) інвалідизація – реакція травми, 2) адаптивна реакція – стійкість, мужність і 3) зростання – реакція розвитку, кожна з яких має специфічні для конкретної травматичної події наслідки травматичної події. Коли екстремальні ситуації мають лише негативний вплив на людину, виникають такі розлади, як гострі стресові реакції, ПТСР, пролонговані реакції горя та депресія; при відносно адаптивному копінгу людина залишається байдужою та стійкою до травми, яка сприймається як випробування на стійкість, мужність та силу.

Ми наголошуємо, що травматичні ситуації відрізняються від стресових ситуацій. Наприклад, небезпечні ситуації, пов'язані з неминучою загрозою здоров'ю або життю людини (наприклад, важка хвороба, хірургічна операція, різні травми в побуті, падіння води для тих, хто не вміє плавати, пожежа, повінь, землетрус, зупинка ліфта між поверхами, пересування наодинці в небезпечній місцевості); натомість незнайоме середовище (наприклад, заблукання в лісі або горах); або повсякденні ситуації, в яких людина не знає, що робити, і не може впоратися з ними. або повсякденні ситуації, коли людина не знає, що робити (наприклад, людина, яка стоїть поруч з вами, захворіла, а людина поруч з вами не знає, що робити), вважаються стресовими. Складні життєві ситуації, в якій би формі вони не приймали для людини, супроводжуються емоціями.

Кризова ситуація – це ситуація, в якій людина стикається з перешкодами в досягненні важливих життєвих цілей і не може впоратися з ними звичайними засобами. Розрізняють два типи кризових ситуацій: спричинені природними змінами життєвого циклу та спричинені травматичними життєвими подіями.

У кризових ситуаціях люди відчувають своєрідне фізичне і психологічне перевантаження, намагаючись впоратися зі стресовою ситуацією. Емоційне напруження і стрес можуть призвести до адаптації до нової ситуації або до зриву чи погіршення функцій життєзабезпечення. Певні ситуації можуть бути стресовими для всіх людей, але вони також можуть стати кризою для тих, хто особливо схильний до них через свої особистісні характеристики.

Отже, *криза* – це своєрідна реакція на ситуацію, яка вимагає від людини змінити спосіб життя, спосіб мислення, ставлення до себе і навколишнього світу, а також основні екзистенційні питання.

Теоретично життєві події класифікуються як стресові, коли вони становлять потенційну або реальну загрозу задоволенню базових потреб і коли виникають проблеми, від яких людина не може втекти або вирішити, навіть за допомогою наявних у неї адаптивних методів.

Через різноманітність досліджень криз важливо завчасно представити визначення ключових кризових термінів, таких як власне криза, антикризове управління та кризове спілкування. Нерозривно взаємопов'язані, а тому їх слід розглядати в процесі переходу від кризи до кризового управління та кризового спілкування. Звідси, криза – це велика подія з потенційно негативним результатом, що впливає на організацію, компанію чи галузь, а також на громадськість, продукти, послуги чи особистість. Криза перериває звичайні транзакції та іноді може загрожувати існуванню організації, хоча це насправді не обов'язково погано. Це може бути радикальна зміна як на добре, так і на погане». Таким чином, якщо щось торкається лише невеликої, ізольованої частини організації, це може бути не серйозна криза. Для того, щоб виникла серйозна криза, вона має завдати значних збитків людським життям, майну, фінансовим прибуткам, репутації та загальному здоров'ю та добробуту організації чи особистості (J. Gao, R. Alas, 2010). Крім того, криза – це конкретна, несподівана та нестандартна подія чи серія подій, які створюють високий рівень невизначеності та загрози або передбачувана загроза для високопріоритетних цілей людини чи організації (M. W. Seeger, 2006), поворотний момент на краще чи гірше.

Також важливо відокремити кризи від інцидентів. Практикуючі лікарі часто не погоджуються з тим, наскільки вільно використовується термін криза. Криза повинна бути зарезервована для серйозних подій, які потребують пильної уваги з боку керівництва. Це переконання випливає з того факту, що ярлик «криза» в організації призводить до розподілу часу, уваги та ресурсів. Більшість визначень кризи відображають необхідність залишити термін криза для серйозних подій. Отже, подія повинна мати потенціал для серйозного частіше негативного впливу на людину чи організацію. Дане визначення використовує «негативні результати» для включення будь-якого типу шкоди зацікавленим сторонам, включаючи фізичну, фінансову та психологічну. Потенціал використовується тому, що дії, вжиті антикризовими менеджерами, можуть запобігти кризі або значно зменшити шкоду, яку можна завдати. Управління кризою – це більше, ніж

реакція; це також може бути профілактикою та підготовкою. По суті, кризи – це незвичайні події, які неможливо передбачити, але очікувати. Аналогія між кризою та землетрусами доречна. Люди в Південній Каліфорнії знають, що землетрус може статися і станеться, але вони не знають, коли саме він станеться. Проте всі кризи є аномаліями, оскільки вони порушують те, що очікують зацікавлені сторони. Візьміть до уваги наступні очікування зацікавлених сторін: потяги не повинні сходити з рейок, молоко не повинно викликати розлади шлунку у дітей тощо. Таким чином, будь-яка людина неминуче переживає кризу, яка є процесом індивідуального та колективного розвитку і становлення.

Альтернативним підходом, який вимірює саме щоденні стресори, є оцінка повсякденного досвіду (Assessment of daily experience, ADE, 1984) за такими параметрами, як бажаність, зміна-стабільність і значущість. Ця методика оцінювання також дозволяє людям вписати будь-які інші стресори, з якими вони можуть стикатися; тим самим можуть бути також враховані рідкісні, але важливі події. Подібні вимірювання використовуються при вивченні того, як флуктуації в стресорах можуть передувати, наприклад, застуді. Як правило, виявляють, що показник повсякденних неприємностей більше пов'язаний з підсумковими напруженнями і хворобами, ніж важливі життєві події. Однак показник неприємностей також критикують у зв'язку з можливістю його змішування з параметрами психологічного дистресу, які використовуються у самозвітах.

Отже, у контексті аналізу кризових ситуацій доцільно досліджувати не лише важливі стресові події життя, які у переважній більшості випадків зумовлюють фрустрацію та дистрес, але й повсякденні неприємності, які, акумулюючись, призводять до погіршення функціонування та благополуччя людини.

Кризова комунікація. Під час кризи потенційні помічники враховують кілька міркувань, перш ніж надати допомогу людині. По-перше, проводиться оцінка ситуації: якщо ситуація сприймається як серйозна та небезпечна, люди більш готові допомогти (P. Fischer, T. Greitemeyer, F. Pollozek, D. Frey, 2006). По-друге, люди мають вирішити, як допомогти та скільки власних ресурсів витратити на допомогу (L. A.Penner, J. F. Dovidio, J. A. Piliavin, D. A. Schroeder, 2005).

Обидва процеси (оцінка ситуації та вибір напрямку дій) можуть підтримуватися кризовою комунікацією, яка, як правило, спрямована на запобігання або зменшення негативних наслідків кризи. Однак люди, як правило, не є пасивними послідовниками кризової комунікації. Багато громадян шукають додаткову інформацію та потребують переконання, що надана інформація дійсно правильна (M. Kievik, J. M. Gutteling, 2011). Під час кризи люди шукають різні ЗМІ для отримання додаткової інформації про кризу, а найбільш поширеними формами пошуку кризової комунікації є особисте спілкування, телевізійні новини, текстові повідомлення, телефонні дзвінки та Facebook. Які медіа використовувалися, залежало від кризи та того, як вони почули про цю кризу.

Імовірність того, що порада буде дотримана, зазвичай пов'язана з двома психологічними факторами: самоефективністю та ефективністю відповіді. Самоефективність визначається кількома способами, але ми дотримуємося визначення А. Бандури (1997), яке стосується віри людей у те, що вони здатні успішно виконувати конкретне завдання. Ефективність реагування визначається як ступінь, до якої люди вважають, що різні запропоновані способи поведінки є ефективними для захисту себе та інших від негативних наслідків ризику (M. Kievik, J. M. Gutteling, 2011). Обидва процеси разом визначають, чи будуть люди мотивовані контролювати небезпеку та наслідки ризику. Коли люди вірять, що вони здатні вжити ефективних дій проти ризику, вони мотивовані контролювати ризик і свідомо розглядати шляхи зменшення негативних результатів. Декілька досліджень показують, що сприйнята ефективність відповіді та самоефективність підвищують вірогідність того, що громадяни будуть брати участь у самозабезпеченні, а також виявили, що громадяни з більшою ймовірністю розглядають можливість вжити заходів, коли вони знають про відповідні захисні заходи. Таким чином, ми очікуємо, що кризове спілкування з корисними, простими у виконанні напрямками дій призведе до вищих рівнів самоефективності, ефективності реагування та більш адекватної поведінки під час кризи, порівняно з кризовим спілкуванням без цих напрямків дій.

Крім того, дослідження кризової комунікації підкреслили важливість чесної, чіткої та доступної інформації під час кризи. Коли люди сприймали кризову комунікацію як сучасну, цінну, надійну та зрозумілу, вони були більш схильні дотримуватись запропонованого фахівцями напрямку дій. Згідно з цим висновком, ми очікуємо, що люди будуть більш задоволені кризовою комунікацією, коли повідомлення містять просту для читання, актуальну та повну інформацію про поточну ситуацію.

На основі проаналізованої літератури ми окреслили основні принципи спілкування у кризових ситуаціях.

Основні принципи спілкування у кризових ситуаціях

СПІВЧУТТЯ ТА ТУРБОТА. Співчуття та турбота повинні бути виражені протягом перших 30 секунд спілкування. Спробуйте побачити ситуацію з точки зору людини у стані кризи. Визнайте страх, біль, страждання та невпевненість людини у кризовій ситуації. Намагайтеся знайти позитивні моменти в ситуації, не применшуючи негативу.

КОМПЕТЕНТНІСТЬ І ДОСВІД. Будьте надійним джерелом інформації, демонструйте свою компетентність. Визначте найважливіше повідомлення, яке ви хочете передати. Організуйте все спілкування навколо цього повідомлення. Під час кризи люди відчувають втрату контролю. Окреслюючи чіткі кроки дій, люди можуть відновити відчуття контролю над ситуацією, де раніше відчували безпорадність. Дії людини у кризовій ситуації мають бути реалістичними та легкими для запам'ятовування. Своєчасно оновлюйте інформацію, наприклад, щодо стану здоров'я людини.

ЧЕСНІСТЬ І ВІДКРИТІСТЬ. Надайте людям достатньо інформації для прийняття відповідних рішень та можливості зробити вибір. Чим чіткішим буде ваше повідомлення, тим більше людина повірить, що ви говорите все, що їй потрібно знати. Коли комунікація нечітка, це означає, що ви щось приховуєте або розкриваєте лише часткову правду. Дайте можливість людині поставити вам запитання, на які відповідайте максимально чесно.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ. Відповідально ставтесь до своїх слів і дій, якщо в чомусь не впевнені – чесно про це скажіть і скеруйте людину до більш компетентних осіб, надавши їй відповідні контакти. Організуйте можливості для зворотного зв'язку: телефоном чи соціальними мережами, попросіть людину через деякий час зв'язатися з вами щоб вона розповіла вам про свої справи, таким чином ви проявите небайдужість не лише до людини у конкретній ситуації кризи, а й до її долі в цілому. Надайте людині роздруківку з рекомендаціями та важливими контактами, які допоможуть їй в ситуації кризи.

1.2 ТИПОЛОГІЯ НАСЛІДКІВ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ОСОБИСТОСТІ

Згідно з дослідженнями Американської психологічної асоціації (APA), існує три основні типи стресу: гострий стрес, епізодичний гострий стрес і хронічний стрес.

Гострий стрес. Це найпоширеніший вид стресу, викликаний надмірними вимогами до людини або очікуванням таких вимог у майбутньому. У невеликих дозах гострий стрес може бути стимулюючим і навіть приємним, але в надлишку він може призвести до виснаження. Вплив гострого стресу можна порівняти з катанням на лижах. Спочатку це захоплююче і цікаво, але з часом настає втома, і людині не вистачає фізичних сил, щоб кататися на лижах, а також займатися іншими видами діяльності, а перевтома призводить до фізичних проблем, таких як переломи і неуважність через брак догляду. Так само гострий стрес може викликати психічні розлади, головний біль і втрату апетиту. Як правило, наслідки гострого стресу короткочасні і не призводять до серйозної інвалідності, але можуть викликати такі симптоми психічних розладів (гнів і дратівливість у поєднанні з тривогою і депресією), проблеми з м'язами (головний біль напруги, біль у спині, кінцівках і щелепах, розтягнення і розтягнення зв'язок); шлунково-кишкові проблеми (печія, підвищена кислотність шлункового соку, метеоризм, запор, діарея, синдром подразненого кишечника), гіперактивність центральної нервової системи (підвищення артеріального тиску, прискорене серцебиття, мігрень, холодні кінцівки, запаморочення, задишка, біль у грудях).

Гострий стрес часто трапляється в житті людини, є керованим, а його наслідки легко піддаються корекції. Дослідження показують, що інтенсивність симптомів гострого стресового розладу можна контролювати, зокрема дотримуючись наступних правил:

- *Особиста безпека*. Відчуття безпеки має вирішальне значення після травматичної події. Підтримка близьких людей і професіоналів, навчених надавати допомогу та керівництво після травматичної події, може бути дуже корисною.
- *Фізичне здоров'я*. Важливо підтримувати здоровий розпорядок дня після травматичної події. Важливо віддавати перевагу здоровому харчуванню, розкладу сну та участі у фізичній активності та вправах на уважність (наприклад, медитація). Слід уникати вживання алкоголю чи інших речовин як засобів тимчасового подолання.
- *Емоційна підтримка*. Життєво важливо шукати емоційної підтримки в сім'ї та друзів після травматичної події. Якщо це неможливо, підтримкою можуть стати постачальники медичних послуг, зокрема сімейні лікарі та психологи.

Епізодичний гострий стрес. Серед тих, хто часто страждає від гострого стресу – ті, чиє життя порушене і кому доводиться жити в постійній метушні, ті, хто завжди поспішає, але завжди запізнюється, і ті, хто часто має надмірні зобов'язання, але не може з ними впоратися. Цей стан характерний для перезбуджених людей, які описують себе як сповнені енергії, але часто виражають її у вигляді дратівливості, агресії та порушених міжособистісних стосунків. Наприклад, хтось може пропустити дедлайн на роботі і відразу ж почне реагувати надміру. Навіть якщо начальник людини не дуже злий, клієнтка може почати думати, що вона втратить роботу, стане бездомною і помре на вулиці, для неї паніка є розумною реакцією, але насправді вона завдає їй болю.

Епізодичний гострий стрес – це термін, який використовується, коли хтось відчуває гострий стрес з певною регулярністю або частотою. Це може статися з кількох причин:

- Брати на себе занадто багато відповідальності
- Перебувати на надзвичайно вимогливій роботі
- Відповідальність за кохану людину
- Невдача
- Наявність міжособистісних труднощів
- Наявність схильності тлумачити ситуації катастрофічними способами

Існує два типи реакції на епізодичний гострий стрес. Тип А – кардіальний. Характеризується агресією, нетерпінням і раціональним негативним ставленням до оточуючих. Він схильний до розвитку ішемічної хвороби серця. На відміну від нього, тип В характеризується песимізмом, постійною тривогою, сприйняттям світу як ворожого і небезпечного, більш схильний до депресії, ніж до агресії. Епізодичний гострий стрес – це, по суті, спосіб життя людей, які не виділяють стресові події як такі, чинять опір змінам і не вважають, що переживають дистрес.

Хронічний стрес. У той час як гострий стрес може призвести до підвищеного збудження та активності, хронічний стрес, що триває роками, виснажує і негативно впливає як на психічний стан, так і на фізичне здоров'я.

Він характерний для людей, які живуть у бідності, неблагополучних сім'ях, нещасливих шлюбах, а також для тих, хто тривалий час не може знайти роботу.

Хронічний стрес виникає тоді, коли людина не бачить виходу з кризової ситуації. Це стрес, в якому людина перебуває під постійним тиском і коли проблем так багато, що вона не шукає можливих шляхів їх вирішення. Деякі хронічні стреси спричинені дитячими травмами, які впливають на теперішнє життя людини. Внутрішні уявлення про світ («світ небезпечний», «всі чоловіки ґвалтівники» тощо) також можуть впливати на стрес. Найгіршим аспектом хронічного стресу є те, що людина до нього звикає. Гострий стрес визнається поточним, тому що він раптовий і містить певну новизну, тоді як хронічний стрес ігнорується, тому що він звичний і часто комфортний. Наслідками хронічного стресу є самогубство, насильство, інфаркт, інсульт і рак. Хвороби важко піддаються лікуванню через фізичну та психічну втому.

У разі хронічного стресу виявлення джерела має важливе значення для зменшення або усунення негативних наслідків. Коли уникнути або обмежити хронічний стрес неможливо, ключем до полегшення є розвиток позитивних механізмів подолання. Як уже згадувалося, практики уважності можуть допомогти впоратися зі стресом. Встановлення здорових меж і навчитися говорити «Ні» також є обов'язковими для підтримки психічного та емоційного благополуччя. Простий початок дня з практики вдячності або ведення щоденника може змінити вашу здатність справлятися зі стресом.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це психіатричний розлад, який зустрічається у 7–8 % цивільних осіб та 20 % військових ветеранів, хоча зміни в діагностичних критеріях можуть дещо змінити ці оцінки. ПТСР виникає як відстрочена або тривала реакція на стресові події (короткострокові або довгострокові) особливо загрозливого або руйнівного характеру, які можуть викликати сильний стрес майже у кожної людини. Несприятливі фактори, такі як виснаження, втома або неврологічні захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг розвитку синдрому або погіршити його перебіг, але не є необхідними або достатніми для пояснення його виникнення. Типові симптоми ПТСР включають епізоди повторного переживання травматичної події в думках і нічних кошмарах, які з'являються на тлі нав'язливих спогадів («фреймів»), заціпеніння, емоційне пригнічення, відстороненість від оточуючих і уникнення поведінки і ситуацій, що нагадують про травму. Поширеними є перезбудження, гіперпильність, підвищена реакція на страх і безсоння. Тривога і депресія часто пов'язані з вищезазначеними симптомами, а суїцидальні думки не є рідкістю. Появі симптомів розладу передує латентний період від кількох тижнів до кількох місяців після травми. Перебіг розладу варіюється, але в більшості випадків настає одужання. У деяких випадках розлад може перерости у стійку зміну особистості (F62.0 за МКХ-11), яка може стати хронічною протягом багатьох років.

Посттравматичний стресовий розлад у МКХ-10 та DSM-IV не узгоджується з діагностичним підходом, прийнятим у цих класифікаціях,

оскільки його етіологія визначена і навіть представлена як основний критерій (критерій А у формі DSM). Крім того, активне використання цього діагнозу патологізувало б нормальний людський досвід у ситуаціях втрати. Посттравматичний стресовий розлад, пов'язаний з відвідуванням стоматолога (post-traumatic dental treatment anxiety), посттравматичний абортний синдром, пов'язаний з медикаментозним абортом (post-traumatic abortion syndrome), посттравматичний розлад озлобленості, пов'язаний з образою, після перегляду телевізійних програм тощо. Іншими словами, критерій А, перший критерій ПТСР в DSM-IV, став недійсним. Це пов'язано з тим, що ті самі симптомокомплекси можуть розвиватися в результаті подій, які не є об'єктивно катастрофічними, проте індивідуально переживаються як трагедії, що порушують нормальне функціонування людини (R.L. Spitzer, M.B. First, J.C. Wakefield, 2007).

Важливим показником появи симптомів ПТСР є *перитравматична дисоціація* (також звана вторинною дисоціацією), тобто дисоціація в момент, коли людина переживає травматичну подію. Факторами ризику перитравматичної дисоціації є емоційна дисрегуляція (нездатність ефективно впливати на свої емоційні переживання, поведінку, вербальні та невербальні реакції та керувати ними, незважаючи на значні зусилля), відсутність безпеки в міжособистісних стосунках, що ґрунтується на негативному дитячому досвіді, а також вираженість посттравматичних симптомів. Зв'язок між перитравматичною дисоціацією та ПТСР може бути опосередкований високим рівнем тривоги, яку людина відчуває під час травми (через страх смерті або втрату контролю), коли дисоціація дозволяє уникнути неприємних думок, почуттів та спогадів. У контексті травми дисоціація є адаптивним процесом, який стає дезадаптивним під час фази відновлення після травми. Це пов'язано, головним чином, із зосередженістю людини на травматичній події, постійним намаганням контролювати появу пов'язаних із травмою думок і спогадів, небажанням говорити про травматичну подію, а також з тим, що розмови сприяють повторному виникненню небажаних переживань і роблять їх неконтрольованими, так само, як люди, що пережили психологічну травму, втрачають контроль над собою.

Наші спостереження показують, що для учасників бойових дій російсько-української війни рідко буває лише одна травматична подія. Тому ми говоримо про «*бойову політравматизацію*». Існують різні види травм, такі як фізичне насильство, смерть побратимів, особисті розлади, розлучення тощо, а також кілька схожих психологічних травм, таких як небезпека для життя в різних ситуаціях, смерть друзів (у деяких випадках), зрада (у різних ситуаціях). Психічна політравма зазвичай корелює з симптомами депресії та імпульсивності. J.I. Bisson стверджує, що існують три фактори розвитку ПТСР: претравматичні, безпосередньо пов'язані з травмою і посттравматичні. До претравматичних факторів відносяться психічні захворювання в анамнезі, стать (жінки більш схильні до розвитку симптомів ПТСР, ніж чоловіки), локус зовнішнього контролю, низький соціально-економічний статус, відсутність вищої освіти, психологічні травми в анамнезі та психічні захворювання в сім'ї.

Фактори, безпосередньо пов'язані з травматичною подією: тяжкість травми, загроза життю, емоції під час травматичної події, травматична дисоціація (переживання травматичної ситуації окремо на звукові, візуальні та інші соматосенсорні елементи). Посттравматичні фактори: відсутність соціальної підтримки, щоденні проблеми та стрес.

В експериментах, проведених на базі КНП «Черкаський обласний клінічний госпіталь» Черкаської обласної ради С. Лукомською та О. Мельник доведено, що більшість учасників бойових дій у віці 31-45 років є добре адаптованими (стійко реінтегруються, визнають цінність позитивного досвіду, отриманого на війні, та використовують його у повсякденному мирному житті); УБД у віці до 45 років – добре адаптовані (стійко реінтегруються, визнають цінність позитивного досвіду, отриманого на війні, та використовують його у повсякденному мирному житті); УБД віком до 30 років характеризуються як успішною адаптацією, так і квазіадаптацією (стан високого психологічного благополуччя за рахунок стратегій уникнення та хибних копінг-стратегій); УБД віком понад 45 років характеризуються квазіадаптацією та дезадаптацією (недостатнє усвідомлення позитивного впливу бойового досвіду на особистість, брак ресурсів для продуктивного функціонування в цивільному житті); УБД віком понад 45 років характеризуються дезадаптацією (брак ресурсів для характеризуються браком ресурсів для продуктивного функціонування в цивільному житті, спотворенням та уникненням травматичних спогадів).

Гострий стресовий розлад (ГСР) може виникнути протягом місяця після переживання травматичної події, наприклад стихійного лиха чи нападу. Він тісно пов’язане з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Основним методом лікування гострого стресового розладу є психотерапія (розмовна терапія). Основною відмінністю між гострим стресовим розладом і посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) є тривалість симптомів. Гострий стресовий розлад включає стресові реакції, які виникають від трьох днів до чотирьох тижнів після травматичної події. Стресові реакції, що тривають більше чотирьох тижнів, можуть відповідати критеріям посттравматичного стресового розладу. Американська психіатрична асоціація вперше класифікувала гострий стресовий розлад як діагноз психічного здоров’я в 1994 році в четвертому виданні *Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-IV).*

Відмінності в діагностиці стресових розладів у DSM-IV та DSM-5:

1. Гострий стресовий розлад та посттравматичний стресовий розлад були виключені з групи тривожних розладів і включені в нову класифікацію «розлади, пов'язані з травмою та стресом».

2. Крім «дорослого» варіанту ПТСР, DSM-5 виділяє варіант ПТСР у дітей віком до 6 років та підтип з дисоціативними симптомами.

3. Три основні ознаки ПТСР у DSM-5 замінено на чотири, а колишні критерії С – уникнення та емоційне заціпеніння розділені на два – С (уникнення) та D (негативні зміни настрою та когнітивних процесів); діагноз ПТСР повинен включати хоча б один із симптомів уникнення; критеріїв ПТСР

тепер два – C (уникнення) та D (негативні зміни настрою та когнітивних процесів).

Критерії гострого стресового розладу такі ж, як і критерії ПТСР у DSM-5. Зауважимо, що в DSM-5 ще не виділяється категорія гострих стресових реакцій (F43.0 в МКХ-10), які розвиваються протягом декількох хвилин після впливу дистресового фактору і тривають до двох-трьох днів (зазвичай протягом декількох годин).

Розлади адаптації. Стан суб'єктивного дистресу та емоційного розладу, що виникає в період адаптації до значних життєвих змін або стресової події, що призводить до труднощів у соціальному функціонуванні та повсякденному житті. Стресові події можуть порушувати цілісність соціальних зв'язків людини (важка втрата, розлука) або ширшу систему соціальної підтримки та цінностей (міграція, статус біженця), або являти собою широкомасштабну життєву зміну чи кризу (навчання в школі, становлення батьківства, недосягнення важливих особистих цілей, вихід на пенсію). Індивідуальні схильності та вразливості відіграють важливу роль у ризику розвитку та прояву розладів адаптації, але такі розлади не можуть виникнути без травмуючих факторів. Їхні прояви дуже варіабельні і включають пригнічений настрій, розсіяність, тривожність (або поєднання цих станів), відчуття нездатності впоратися з ситуацією, нездатність спланувати все заздалегідь і нездатність прийняти рішення залишитися в тій чи іншій ситуації. Одночасно можуть бути присутніми розлади поведінки, особливо в підлітковому віці. Характерними є короткочасні або тривалі депресивні реакції та інші емоційні та поведінкові розлади. Оцінки поширеності протягом життя для дорослих коливаються від п'яти відсотків до 21%. Дорослим жінкам діагностують вдвічі частіше, ніж чоловікам. Серед дітей та підлітків дівчата та хлопчики однаково схильні до діагностики розладу адаптації. Розлад адаптації було внесено до Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів у 1980 році (DSM-III). За DSM-5 основою діагнозу є наявність провокаційного стресора та клінічна оцінка можливості вирішення симптомів після усунення стресора через обмеження критеріїв діагностики розладу адаптації. Крім того, діагноз розладу адаптації є менш чітким, коли пацієнти піддаються тривалому впливу стресових факторів, оскільки цей тип впливу асоціюється з розладом адаптації та великим депресивним розладом (MDD) і генералізованим тривожним розладом (GAD). Важливими є деякі ознаки та критерії, які використовуються для встановлення діагнозу. По-перше, симптоми повинні чітко слідувати за фактором стресу. По-друге, симптоми мають бути сильнішими, ніж можна було очікувати. Інших основних розладів бути не повинно. Симптоми, які присутні, не є частиною нормальної скорботи про смерть члена сім'ї чи іншої близької людини. МКХ-11 класифікує розлад адаптації (6B43) у категорії «Розлади, особливо пов'язані зі стресом».

Різниця між гострим стресовим розладом і розладом адаптації полягає в тому, що стресова подія при розладі адаптації (така як втрата роботи або припинення стосунків) зазвичай менш травматична, ніж подія, яка викликає

гострий стресовий розлад (така як сексуальне насильство або переживання масовий розстріл).

Слід зазначити, що ПТСР та розлади адаптації є одними з найпоширеніших діагнозів у системах надання допомоги при психічних розладах у всьому світі. Однак підходи до діагностики цих станів вже давно викликають серйозні суперечки через те, що вони не враховують багатьох клінічних станів, складнощі у розмежуванні хворобливих станів і нормальних реакцій на стресові події, а також через значні культурні відмінності в реакціях на стрес.

Когнітивні теорії ПТСР. На початку 90-х років XX століття особливої популярності набули когнітивні теорії ПТСР (I. L. McCann, L. A. Pearlman, 1990). Вважалося, що переживання травматичної події зумовлює порушення попередніх переконань індивіда про себе та світ, а отже й зумовлює розвиток ПТСР. *Тобто, ключовим у ПТСР було руйнування усталених уявлень людини про світ і себе у ньому*. Виявлено сім контекстів, які можуть бути порушені після переживання травматичної події: залежність, безпека, влада, незалежність, повага, близькість і/або точки опори; крім того існують чотири переконання, які є центральними для нормального функціонування кожної людини: переконання, що світ доброзичливий, що світ має сенс, що людина гідна поваги і що люди заслуговують на довіру; при травмі руйнуються три фундаментальні припущення: доброзичливий світ, світ має сенс і самоповага. *Намагання не думати про подію, уникання спогадів підвищує загальний рівень тривоги та симптоми збудження*. Звідси, симптоми ПТСР зникають, коли людина знову здатна вірити у стабільний комфортний світ (K. B. Carnelley, R. Janoff-Bulman, 1992).

Теорія емоційної обробки була розроблена, щоб об'єднати теорії навчання, когнітивні та особистісні теорії посттравматичних стресових розладів і намагатися пояснити, чому в одних жертв ПТСР розвивається, а в інших ні (E. B. Foa, G. Steketee, B. O. Rothbaum, 1989). Теорія базується на ідеї, що багато негативних подій у житті емоційно переживаються повторно, але загалом їх частота та інтенсивність зменшуються (тобто відбувається звикання). *ПТСР розвивається у тих, хто не може звикнути до повторних перепроживань травматичних подій*. Звикання порушується, коли людина не дозволяє собі згадати та пережити емоції, пов'язані з подією. Згідно з цією теорією, ПТСР є результатом патологічного характеру спогадів про травматичну подію, які містять помилкові асоціації з нею та її оцінки, які ведуть до уникнення. *Патологічний страх перед спогадами про травматичну подію призводить до уникнення, потім – до посилення повторного переживання та симптомів збудження, які підсилюють страх; головним наслідком ПТСР при цьому є втрата контролю над своїм емоційним станом* (W. Mu, K. Narine, 2020).

ПТСР частіше розвивається у осіб із вираженими позитивними поглядами на себе та світ в цілому, у яких в житті було мало травмівних подій, а отже не було досвіду ефективно адаптуватися до них; водночас, негативно впливає на ризик ПТСР і велика кількість травмівних подій, коли світ

сприймається виключно як небезпечний, а людина у ньому є лише некомпетентною жертвою. Надмірно негативна оцінка події та відсутність досвіду ефективно долати складні ситуації зумовлюють відчуття постійної загрози, а отже й посилює ризик розвитку ПТСР (E. T. Beierl, I. Böllinghaus, D. M. Clark, 2020).

ВІДКЛАДЕНИЙ ПРОЯВ СИМПТОМІВ ПТСР

Посттравматичний стресовий розлад розвивається через 1-6 місяців після травматичного впливу, але він може розвинутися пізніше. Хоча концепція відстроченого посттравматичного стресового розладу ('DPTSD) не завжди чітко визначена, його офіційно описано в 1980 році, коли ПТСР було введено як діагностичну сутність у Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів-3-е видання (DSM-III). Зокрема, ПТСР в учасників афганської війни є яскравим прикладом того, як даний розлад проявляється через десятиліття. Дослідження показують, що майже у третини людей із важким травматичним досвідом розвивається ПТСР, а у близько 25% випадків розвивають DPTSD. У цьому контексті в статті R. A. Bryant (2019), опублікованій у World Psychiatry, показано, що відтермінована або запізніла поява симптомів ПТСР характерна для військовослужбовців, а не для цивільних осіб, тобто бойова травма з більшою ймовірністю затримує появу посттравматичних симптомів, ніж дорожньо-транспортні пригоди, згвалтування або стихійні лиха. Підкреслюється, що R. A. Bryant пропонує три пояснення цьому, два з яких є гіпотетичними, а третє - емпірично підтвердженим: 1) Одразу після травми захисні механізми психіки заперечують усі негативні реакції підсвідомо; 2) Одразу після травматичної події люди відволікаються на свої нагальні потреби (біль, зміна місця перебування тощо) та відволікаються від стресових реакцій; 3) Після травматичної події люди опиняються в безпечному середовищі, де отримують підтримку та допомогу та ілюзію безпеки, але ця ілюзорна безпека поступово змінюється відчуттям постійної загрози, що призводить до ПТСР.

У більшості наявних дослідницьких робіт встановлено чотири категорії факторів ризику та захисних факторів ПТСР: соціально-демографічні, передтравматичні, перитравматичні та посттравматичні. Кілька інших визначили соціально-демографічні фактори як передтравматичні. Тривале безробіття, відсутність соціальної підтримки зумовлюють загострення симптомів посттравматичного стресового розладу у ветеранів і цивільних жертв і виникнення DPTSD у ветеранів. Фактори ризику травми та посттравматичного стресового розладу по-різному розподіляються в країнах з низьким і високим доходом, причому соціально-демографічні фактори більше впливають на країни з високим доходом. Як це не парадоксально, але в контексті високої травматизації населення менш вразливих країн з більшими ресурсами та кращим охороною здоров’я має вищі шанси отримати діагноз ПТСР протягом життя.

Відкладений у часі ПТСР (DPTSD), коли симптоми з'являються >6 місяців після травматичної події, створює значну діагностичну проблему. У деяких дослідженнях згадується перебільшення психопатології або надмірне повідомлення про симптомів посттравматичного стресового розладу для отримання компенсації за втратою працездатності та інших можливих негативних наслідків як факторів, які можуть вплинути на діагностичні процедури, лікування та оцінку компенсації. Протягом багатьох років було запропоновано кілька когнітивних, психодинамічних і біологічних пояснень DPTSD. Проте все ще існує дефіцит емпіричних досліджень, які намагаються пояснити ПТСР, відкладений у часі. Встановлено, що соціальна підтримка нейтралізує негативні наслідки різних травматичних подій, включаючи бойову травму. Однак, коли соціальні ресурси вивчали як можливі кореляти DPTSD, результати були непереконливими: деякі дослідження показали, що вищий рівень соціальних ресурсів сприяє затримці настання ПТСР, а інші не змогли знайти такий зв'язок. Таким чином, слід аналізувати вплив соціальних ресурсів на ПТСР та ПТСР відкладений у часі в контексті чотирьох рівнів. Перший рівень стосується передбачуваної підтримки військового всередині його військової роти. Військова згуртованість – це відчуття взаємної підтримки в бойовій частині серед військовослужбовців. Доведено, що це служить важливим буфером проти психічного зриву, як під час, так і після бою (а також важливим провісником мотивації та морального духу солдатів. Під час бою члени загону часто покладаються один на одного за своє фізичне та психічне виживання. Другий рівень – це сімейний рівень. Повернувшись додому, учасник бойових дій повертається до сімейного життя. Досить часто повернення ветерана вимагає повторної адаптації з боку всієї родини. Сімейне середовище, яке склалося після повернення ветерана, часто виявлялося пов'язаним з його післявоєнною адаптацією та психічним здоров'ям. Тим не менш, сімейні змінні були лише мало вивчені щодо DPTSD, в той час як інші дослідження не змогли знайти жодного зв'язку між тяжкістю травми та перебігом ПТСР. Третій рівень – це соціальна мережа ветерана. Після війни солдат повертається до цивільного життя й оточений іншими людьми, які потенційно можуть запропонувати соціальну підтримку або відмовитися від неї. Велика кількість літератури підтверджує той факт, що як якість, так і розмір соціальної мережі людини пов'язані з її реакцією на стрес і психічним здоров'ям. Тому важливо перевірити, чи відчуває солдат, який повернувся додому, що у нього є люди, з якими він може поговорити, на кого можна покластися та поділитися своїми почуттями. Це може дозволити краще зрозуміти фактори, які сприяють або затримують настання ПТСР. Четвертий рівень – це ширше національне та соціальне середовище, куди повертається комбатант. Після самотності та ізоляції, пережитих під час бойових дій, теплий прийом з боку суспільства загалом може послужити коригуючим емоційним досвідом, який посилить відчуття безпеки та причетності ветерана. З іншого боку, якщо людина відчуває, що її зусилля та жертви не були визнані урядом і суспільством загалом, це може призвести до почуття відчуженості, що підвищує ризик психопатології. Соціальну підтримку після повернення

додому часто описують як важливий фактор адаптації ветеранів війни. Що стосується відкладеного у часі ПТСР, доведено, що військові з DPTSD повідомляли про більше почуття соціального відчуження та зневаги після повернення додому порівняно з ветеранами без ПТСР. Однак не було виявлено різниці між солдатами з відстроченим і негайним початком ПТСР. Таким чином, питання щодо ролі досвіду повернення додому в DPTSD все ще вимагають подальшого дослідження.

Зв'язок життєвих подій та відкладеного (запізнілого) ПТСР. Метою дослідження D.Horesh, Z.Solomon, G.Zerach, T.Ein-Dor (2011) було з'ясувати, (a) чи пов'язана кількість життєвих подій (подій перед війною, на війні та у післявоєнному житті) із затримкою настання ПТСР? та (b) який відносний внесок різних видів життєвих подій (перед-, на війні та після війни) до затримки настання ПТСР? В дослідженні використано такі методики. *PTSD inventory (за DSM-III)*, що містить 13 тверджень, згрупованих у три шкали: (1) повторне переживання травми, (2) ізоляція від зовнішнього світу, (3) додаткове симптоми, включаючи гіпертривожність, порушення сну та труднощі з пам'яттю чи концентрацією. *Solomon and Flum's Life Events Questionnaire*, який містить 23 життєві події, що стосуються чотирьох областей: родини (наприклад, розлучення), роботи (наприклад, звільнення), здоров'я (серйозна хвороба) та особисті події (нещасний випадок). Учасників дослідження запитали, чи переживали вони якусь із подій після війни та чи сприймають вони пережиті події як позитивні чи негативні. Для аналізу була використана сума негативних життєвих подій після війни.

В дослідженні взяли участь 675 чоловіків-ветеранів Ліванської війни, які оцінювались у три моменти часу: 1 рік після війни (1983), 2 роки після війни (1984) та 20 років після війни (2002). Для цього дослідження учасники були розподілені на чотири дослідницькі групи, відповідно до часу першого виникнення ПТСР: (1) група "ПТСР" 1983 р. Складалася з солдатів, які вже мали ПТСР у першій оцінці (N = 299), (2) група "DPTSD 1984" складається з солдатів, які не мали ПТСР в першій оцінці, але страждали від ПТСР при другій оцінці (N = 58), (3) "DPTSD 2002 року" група складалася з ветеранів, які не мали ПТСР за першими та другими оцінками, але страждали від розладу в третій оцінці (N = 53), (4) група "без ПТСР" складалася з солдатів, які не страждали на ПТСР при будь-якій з трьох оцінок (N = 265). Усі учасники під час війни брали безпосередню участь у бойових операціях.

Критерії	ПТСР 1983	DPTSD 1984	DPTSD 2002	Без ПТСР
Кількість дітей на 1983 р.	1,48	1,11	1,28	1,55
Вік на 1983 р.	29,65	27,88	28,42	29,68

Кількість життєвих подій у дитинстві (2002)	0,50	0,58	0,49	0,38
Кількість життєвих подій до війни (1983)	0,04	0,04	0,03	0,05
Кількість життєвих подій під час війни (1984)	0,07	0,07	0,03	0,05
Кількість життєвих подій після війни (2002)	0,09	0,08	0,09	0,06

Відмінності у довоєнних подіях. Аналіз виявив статистично значущі відмінності в кількості негативних подій у дитячому віці, F (3143,30), p = 0,05. Результати показують, що учасники групи без ПТСР повідомляли про менше негативних подій у дитинстві, ніж учасники груп ПТСР та 1983 р. 1984 р.

Відмінності у подіях на війні. У цій частині досліджувалися відмінності між групами за критеріями (а) сприйняття небезпеки, (б) суб'єктивне оцінювання тяжкості бою, (в) військова роль під час війни (волонтери, передова, сфера послуг). 64,5% учасників групи ПТСР 1983 р. повідомили про надзвичайну небезпеку під час бойових дій, порівняно з 24,5% групи без ПТСР, 35,8% групи DPTSD 2002 року і 41,4% групи DPTSD 1984 р. За іншими критеріями відмінностей не виявлено.

Відмінності у подіях після війни. Аналіз виявив статистично значущі відмінності між групами за кількістю негативних подій як через 2, так і через 20 років після війни, F (3146,31), p =0,001, і F (3140,28), p=0,001 відповідно.

Отже, результати цього дослідження показують, що чим більше стресових подій, тим менший ресурс і, відповідно, вища ймовірність відкладеного ПТСР. *На відкладений (затриманий) ПТСР найбільше впливають нещодавні негативні життєві події, а найменше – події дитинства. Тобто, появу відкладеного ПТСР провокують сильні стреси, кризові ситуації, які сталися через значний час після травматичної події.*

При відкладеному ПТСР зазвичай досліджуються учасники бойових дій віком 65-83 років. Крім методик на ПТСР проводиться опитування з приводу соматичних хвороб: онкології, діабету, проблем з ходінням, серцево-судинні, ендокринологічні, неврологічні хвороби, особливу увагу приділяють інсультам та інфарктам в повоєнному анамнезі. Крім того, вивчається, хто допомагає ветеранам справитися з соматичними хворобами: дружина, діти, брати/сестри, друзі, соціальні служби. В якості ресурсів визначаються основні хоббі ветеранів: рибалка, полювання, гольф, подорожі, читання тощо.

Відкладений ПТСР виявлений серед вижившим у концтаборах, після атомного бомбардування в Японії, у ветеранів бойових дій Другої світової війни та В'єтнаму. Дослідження цих популяцій показали, що в багатьох випадках наслідки травми не були очевидними. Багато людей, що пережили ці катастрофічні події, добре справлялися зі своїм повсякденним життям, а через багато років потому у них розвинулися симптоми, схожі на ПТСР.

ПТСР і COVID-19

Пандемія COVID-19 руйнувала всі сфери людського життя (зокрема, соціальну, фінансову), загострivши проблеми з психічним здоров'ям. Нещодавні дослідження показують, що *травматичні стресові реакції* під час пандемії, в тому числі нав'язливі повторні переживання та підвищене збудження, є особливо поширеними. Але вплив пандемії не вписується чітко в традиційні моделі посттравматичного стресового розладу (ПТСР) тобто в моделі так званих патогенних подій. Ці моделі, разом із діагностичними критеріями DSM-5, приписують травматичні стресові реакції минулому та значною мірою безпосередньому впливу певних небезпечних для життя подій, і, отже, не враховують нових доказів того, що COVID-19 пов'язаний із симптоматикою ПТСР. Новітніми ж дослідженнями припускається, що травматичні стресові реакції людей на пандемію COVID-19 можуть більше стосуватися: майбутнього, ніж минулого; непрямий (наприклад, через висвітлення в ЗМІ), ніж прямий (наприклад, контакт з вірусом) вплив; а стресові події (наприклад, безробіття, ізоляція, нераптова хвороба/смерть) не відповідають Критерію А (тобто фактична або загрозлива смерть, травма чи сексуальне насильство).

Традиційні моделі посттравматичних стресових розладів здебільшого зосереджені на травматичному стресі як проблемі, яка виникає у відповідь на минулі, а не майбутні події. Можливо, існує глибока онтологічна відмінність між тим, що сталося в минулому, і тим, що може статися в майбутньому. Втім запам'ятовування та уява є фундаментально одним і тим же процесом; обидва включають ментальне відтворення досвіду. Звичайно, є переконливі докази того, що подібні нейронні мережі лежать в основі запам'ятовування минулого та уявлення про майбутнє. Таким чином, можливо, що проблемні реакції можуть виникати у відповідь на *будь-який* ментальний досвід, незалежно від того, запам'ятовується він та/або уявляється. Існуючі докази збігаються з цією ідеєю: уявлення *майбутньої* травми – наприклад, серед солдатів перед участю у бойових діях, вагітних, які дізналися про внутрішньоутробну смерть своєї дитини або людей, які очікують смерті близької людини – може спричинити пов'язані з посттравматичним стресовим розладом симптоми та страждання на подібних або вищих рівнях, ніж минула травма. Тому, симптоми травматичного стресу можуть бути як проблемою передбачення майбутнього, так і реакцією на щось у минулому. Враховуючи невідомі часові рамки COVID-19, здається особливо ймовірним, що симптоми, схожі на ПТСР, можуть виникнути через очікування будь-якої кількості негативних подій у майбутньому (наприклад, захворювання близьких), пов'язаних із вірусом, особливо в перші тижні пандемії. (коли були зібрані поточні дані). Крім того, оскільки COVID-19 все ще розгортається, люди можуть відчувати перитравматичні реакції (реакції під час стресової події або відразу після неї).

Тепер ми розглянемо ідею травматичного стресу, який виникає лише внаслідок *безпосереднього* впливу травми. Ранні видання DSM надавали широкі та неоднозначні визначення впливу травми. Наприклад, коли посттравматичний стресовий розлад був вперше представлений у DSM-III,

травматичні події характеризувалися як катастрофічні стресори поза межами нормального досвіду людини. Це визначення було посилено в DSM-IV, в якому говориться, що люди можуть бути свідками *або* «зіткнутися» з подіями, які передбачають загрозу смерті або серйозні травми. Намагаючись уточнити це визначення, DSM-5 визначає, що людина повинна безпосередньо пережити (критерій A1) або стати свідком травматичної події (A2). Два винятки з цього правила охоплюють *непрямий* вплив: дізнавшись, що близька людина раптово померла насильницьким/випадковим шляхом (A3), або вплив травматичних переживань інших людей (A4: називається «заступною травмою», наприклад, перші служби реагування збирають людські останки). Однак Критерій A4 спеціально виключає експозицію через електронні носії, якщо ця експозиція не пов'язана з *роботою* (наприклад, поліцейські неодноразово стикаються з зображеннями смерті дітей). Тим не менш, симптоми посттравматичного стресового розладу також зустрічаються серед представників широкої громадськості, які піддаються лише травматичному *матеріалу*, як правило, через ЗМІ. Наприклад, вплив засобів масової інформації було пов'язано з вищим гострим стресом, ніж безпосередній вплив вибухів на Бостонському марафоні. У Китаї медсестри, які *не* займаються доглядом за пацієнтами з COVID-19 (медсестри, які не працюють на передовій лінії), і широке населення мали сильніші симптоми, схожі на ПТСР (наприклад, нав'язливі думки), симптоми депресії, тривоги та стресу, а також фізіологічні реакції (наприклад, немає апетиту), ніж у медсестер у ковідних лкарнях. Звідси можна висловити припущення, що, можливо, медсестри, які не працюють на передовій лінії, та широка громадськість споживають більше ЗМІ про COVID-19. Останні дані підтверджують цю інтерпретацію: на початкових стадіях спалаху інформація про COVID-19 була пов'язана з негативним впливом, тривогою, депресією та стресом. Крім того, пошук додаткової інформації про COVID-19 через традиційні та соціальні медіа був пов'язаний із збільшенням страху щодо наслідків вірусу. Таким чином, здається можливим, що непрямий вплив на пандемію, наприклад через 24-годинний цикл новин, може викликати симптоми, схожі на ПТСР (V. M. Bridgland, E. K.Moeck, 2021).

Нарешті, ми звернемося до ідеї травматичного стресу, що виникає лише внаслідок *впливу фактичної або загрозливої смерті, серйозної травми чи сексуального насильства* (тобто лише певних видів серйозних подій). Згідно з поточними діагностичними критеріями DSM-5, симптоми травматичного стресу, що виникають після подій, які не передбачають безпосередньої загрози життю або фізичної травми, наприклад, розлучення, втрата роботи або нераптові медичні події, не підпадають під діагноз ПТСР. Тим не менш, ми знаємо, що симптоми ПТСР виникають після ряду подій, які не відповідають цьому вузькому визначенню. Наприклад, постійні фінансові стресові фактори та низька соціальна підтримка після урагану Катріна, а не лише безпосередній вплив подій, пов'язаних з ураганом, були пов'язані з симптомами ПТСР, виміряними через 18–24 місяці після урагану. Примітно, що фінансові стресори незалежно передбачили тривалість симптомів посттравматичного стресового розладу, тоді як травматичні події, пов'язані з ураганом, ні.

Подібним чином отримання діагнозу раку не відповідає критеріям DSM-5, які визначають «раптову та катастрофічну» медичну подію. Тим не менш, у 6–20% хворих на рак та їхніх сімей діагностовано ПТСР, пов'язаний з раком, хоча справжня поширеність ПТСР, пов'язаного з раком, ймовірно, набагато вища. Дійсно, одна з основних причин того, що люди, які відповідали діагностичним критеріям DSM-IV, не відповідають критеріям DSM-5, полягає у виключенні нераптової смерті близької людини як події Критерію А1. Таким чином, прямий контакт із минулою подією, яка загрожує смертю, травмою чи сексуальним порушенням, не є єдиним фактором, що провокує симптоми, схожі на ПТСР. Знову ж таки, ці дані свідчать про те, що низка стресових подій, пов'язаних з COVID-19 (наприклад, втрата роботи, ізоляція), може призвести до травматичних симптомів стресу, незважаючи на те, що навіть найстрашніші події COVID-19 не відповідають суворим критеріям DSM-5, які визначають медичні події. (C. Vazquez, C.Valiente, 2021).

ПТСР ТА ВІЙНА

За оцінками Світового банку, станом на кінець 2023 року загальна кількість вимушено переміщених осіб становила 82,4 мільйона людей, що різко збільшилося порівняно з показниками 2017 року не в останню чергу це зумовлено війнами, зокрема й російсько-українською. Війна визначається як організоване насильство, де саме насильство є основним засобом примусу для досягнення продовження політики групи; насильство може бути спрямоване на окремих осіб або ресурси, але воно завжди є фізичним і виходить за межі національної держави. Оскільки постраждалі від війни території часто асоціюються з вищим рівнем психосоціального дистресу та підвищують сприйнятливість населення до психічних розладів, зростає інтерес до психосоціального здоров'я людей у постраждалих від війни районах.

Наслідки воєн для психічного здоров'я, фізичного здоров'я, економічної безпеки та політичної стабільності є довготривалими. Кумулятивні наслідки війни в Україні, ймовірно, призведуть до несприятливих наслідків для психічного здоров'я цивільного населення та військових у зв'язку зі швидкими змінами їхнього життя, наприклад, коли цивільні особи беруть участь у волонтерській службі або зазнають фізичних травм у наслідок обстрілів. Разом із додатковим стресовим фактором, викликаним пандемією COVID-19, російське вторгнення в Україну призвело до сплеску розладів психічного здоров'я разом із зниженням поведінки звернень за психіатричною допомогою, що підкреслює важливість розширення доступності медико-психологічних послуг. Це узгоджується з недавнім мета-аналізом, який повідомляв про поширеність психічних розладів після конфлікту, але був обмежений в оцінці психічних симптомів під час самого військового конфлікту (T. H. Hoppen, S. Priebe, I. Vetter, N. Morina, 2021).

Вважається, що військові, перебуваючи на «нулі» (на передовій) збройного конфлікту, мають вищий ризик виникнення психічних симптомів через збільшення бойового впливу, що призводить до психологічного стресу. Доведено, що і переважна більшість людей, які пережили воєнну травму,

часто є цивільними особами, які є вразливими до наслідків війни. Багато досліджень задокументували психічні страждання населення, пов'язані з війною, і оцінили прояви розладів психічного здоров'я, викликаних збройним конфліктом, але недостатньо досліджень, які б зосереджувалися на порівнянні тяжкості симптомів розладу психічного здоров'я, які відчувають військові та цивільні. З огляду на дані Ради Безпеки Організації Об'єднаних Націй, які підкреслюють, що 90% жертв війни є цивільними особами, невинними людьми, яких слід особливо захищати під час конфліктів військового часу. Порівняння негативних наслідків для психічного здоров'я внаслідок участі у збройному конфлікті між цивільними особами та навченими солдатами може дати глибше розуміння типів симптомів та їх тяжкості в обох групах (I. C. Z. Lim, W. W. Tam, 2022).

Війна відіграє важливу роль у людському суспільстві та культурі. Застосування насильства стало основним способом пом'якшення розбіжностей між конфліктуючими націями, культурами та групами, а також боротьби з корумпованими урядами. Це можна побачити в стародавній історії біблійних часів, серед римлян і греків, і багатьох інших до наших днів. Військові, які беруть участь у цих конфліктах, незалежно від епохи, наражаються на сцени, з якими багатьом цивільним особам ніколи не доведеться змиритися. Через це у багатьох ветеранів з'являються симптоми, пов'язані з психічними захворюваннями. До створення Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM) лікарі знали про ці симптоми, хоча вони ще не мали для них медичної назви. За кілька поколінь до того, як було діагностовано посттравматичний стресовий розлад, лікарі використовували такі терміни, як «нервове захворювання» в медичних пенсійних картах ветеранів (J. Andersen, R. C. Silver, 2020). У деяких ветеранів діагностовано лише одне психічне захворювання. Однак набагато більш імовірно, що вони матимуть супутні захворювання, тобто більше одного, наприклад депресію та тривогу. Окрім розладів психічного здоров'я, у ветеранів також можуть розвинутися розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами, що призводить до супутнього психічного захворювання та зловживання психоактивними речовинами (CMISA). Наприклад, було показано, що у ветеранів В'єтнаму високий рівень як посттравматичного стресового розладу, так і залежності від алкоголю та наркотиків (K. M. Clary, P. M.Shaffer, 2020). Окрім впливу, який психічні захворювання та CMISA мають на ветеранів, вони також можуть впливати на членів родини. Наприклад, міжособистісне насильство з партнерами було задокументовано у підвищених показниках серед ветеранів В'єтнаму. Сімейні проблеми також можуть сприяти підвищенню рівня бездомності серед ветеранів. Дослідження показали, що серед ветеранів безпритульність вдвічі більш поширена, ніж серед населення в цілому (V. H.Lyons, A. Adhia, N. Asa, 2023). Кількість військовослужбовців, які страждають від травм голови (тобто ЧМТ), викликаних бойовими діями, викликає таку ж тривогу, як і інші розлади на кшталт посттравматичних. Нещодавнє дослідження показало, що 20% піхотинців на передовій отримали струс мозку під час бою («Troops risk»). Ці

симптоми включають втрату свідомості, зміну психічного стану, зниження уваги, зниження мотивації, дратівливість, депресію, тривогу, втому, головні болі, втрату або порушення пам'яті, порушення сну та проблеми з поведінкою (C. W. Hoge, D. McGurk, 2008).

Хоча обізнаність щодо психічного здоров'я, безумовно, покращилася з епохи В'єтнаму, населення все ще не знає багато про симптоми та частоту ПТСР всіх залучених до війни – військових та цивільних. Дослідженнями 2020-2023 років виявлено значну різницю в рівнях депресії та тривоги між цивільними та військовими групами. Цікаво, що незважаючи на очікування, частота та сила психічних розладів нижче у військових, а вища – у цивільних. Можливо, неодноразовий вплив насильства під час військових навчань або безпосередньої участі у бойових діях призвело до десенсибілізації військових, викликаючи менш різку емоційну реакцію порівняно з реакцією населення в цілому. Натомість у військових та цивільних, які були у полоні, вираженість ПТСР, симптоми тривоги і депресії є дуже високими, не останню роль у цьому відіграють фізичне та психологічне насильство, погані умови життя, розлука з рідною країною та тортури. Ще одна група, реакція якої може стати предметом подальшого метааналізу, – це професіонали, які займаються наданням допомоги жертвам війни та біженцям. Їхня психологічна реакція та стан психічного здоров'я, хоча вони мають лише опосередкований контакт із війною, через спостереження жертв, можуть бути іншим важливим джерелом знань про вплив війни на психологічний стан людини.

ПТСР ЗУМОВЛЕНИЙ ОНКОЛОГІЧНИМИ ХВОРОБАМИ

Пов'язаний з раком посттравматичний стресовий розлад був задокументований у меншості пацієнтів із раком та членів їхніх сімей, позитивно пов'язаний з іншими показниками дистресу та зниження якості життя та має кілька корелятів і факторів ризику (наприклад, травма в анамнезі, наявні раніше психіатричні стани, погана соціальна підтримка).

Діагностика та лікування раку спричиняють ряд стресових факторів. Для багатьох рак починається з виявлення аномалії під час самообстеження (наприклад, самообстеження грудей), лабораторного тесту (наприклад, специфічний антиген простати), процедури скринінгу (наприклад, колоноскопія), рутинної візуалізації (наприклад, мамографія) або клінічне обстеження (наприклад, скринінг раку шкіри). Під час діагностики, визначення стадії та гістологічних процедур настає період підвищеної тривоги. Відкриття того, що людина має хворобу, яка загрожує життю, може бути шокуючим і може підірвати припущення про невразливість, передбачуваність і контроль. Невизначеність, обробка медичної інформації, і складне прийняття рішень щодо лікування може зробити ранній період траєкторії захворювання особливо важким. Лікування злоякісних захворювань може спричинити низку гострих і тривалих проблем, включаючи хірургічне втручання, хіміотерапію, променеву, імунотерапію та гормональну терапію та пов'язану з ними побічну терапію. Наслідки (наприклад, біль, спотворення, втома, шлунково-кишкові симптоми,

подразнення шкіри, припливи), а також медичні ускладнення, які виникають в результаті захворювання, лікування або супутніх захворювань. Більш інвазивні методи лікування, включаючи трансплантацію стовбурових клітин, може бути небезпечним для життя. Повторне метастатичне захворювання має гірший прогноз і обмежені можливості лікування, ніж захворювання на ранніх стадіях, і може виникнути в контексті вже важкого перенесеного захворювання. Значна частка пацієнтів, які переходять до раку статусу стикаються з тривалим страхом рецидиву та залишкових фізичних та емоційних наслідків. Разом діагностика та лікування раку висувають каскад фізичних, емоційних, практичних та соціальних вимог до людини та її мережі підтримки.

Докази свідчать про те, що значна частина людей, хворих на рак, можуть сприймати діагноз і лікування як травматичні. Кілька досліджень із застосуванням діагностичних критеріїв ПТСР DSM-IV-TR запитували пацієнтів із раком молочної залози, чи вони відчували діагностику та лікування раку як загрозу їхньому життю або фізичній цілісності (критерій A1) і чи вони відповідали страхом, безпорадністю, або жах (критерій A2). У цих дослідженнях 50–60% респондентів (34–46 пацієнтів) підтримали обидва критерії; сприйняття загрози життю було більш поширеним, ніж реакції страху, безпорадності чи жаху.

Фактори ризику ПТСР, пов'язаного з раком:

- Діагноз перед раком або історія травми протягом життя;
- Передраковий діагноз або посттравматичний стресовий розлад протягом життя або інші психіатричні захворювання;
- Низький соціально-економічний статус;
- Юний вік;
- Обмежена соціальна підтримка або наявність негативної соціальної підтримки;
- Запущене захворювання;
- Інвазивне лікування;
- Дисоціативні симптоми, пов'язані з переживаннями раку (наприклад, неможливість пригадати діагноз раку, обговорення з лікарем);
- Постійне нав'язливе повторне переживання досвіду, пов'язаного з раком, що мав місце (наприклад, повторне уявне відтворення початкового діагнозу, жахливий досвід лікування);
- Рак і його лікування можуть викликати страждання, але це не означає, що він переросте в посттравматичний стресовий розлад.

Як рак може викликати ПТСР?

ПТСР може виникнути після того, як ви пережили подію або побачили подію, яка є травматичною. Часто це небезпечна для життя подія, але не завжди. ПТСР може розвинутися через рак з кількох причин. До них належать:

- Дізнатися, що у вас рак;
- Наявність болю або інших фізичних проблем, спричинених раком;
- Отримання аналізів і лікування;

- Отримання сумних результатів тестування;
- Тривале перебування в лікарні або лікування;
- Повернення раку або страх його повернення.

Ефективні методи лікування посттравматичних стресових розладів, засновані на доказах, такі як когнітивно-поведінкова терапія, можуть використовуватися та поєднуватися з фармакологічним лікуванням, якщо це необхідно. Крім того, клініцистам слід вивчити потенційну наявність супутніх розладів, таких як депресія та ризик суїцидальних думок.

Чому ми повинні звертатися до позитивних автобіографічних спогадів в роботі з ПТСР?

По-перше, *позитивні автобіографічні спогади мають характеристики, які люди вважають привабливими, цінними та корисними*. Як правило, позитивні спогади займають центральне місце в ідентичності людей, життєвих історіях і структурах вірувань у різних культурах, є дуже доступними та виникають часто, і з часом набувають переваги. Крім того, відновлення одного позитивного спогаду збільшує ймовірність відновлення інших позитивних спогадів, а вплив, який відчувається під час пригадування позитивних спогадів, як правило, зберігається протягом значного періоду часу. Таким чином, обговорення позитивних спогадів у терапевтичному середовищі може бути привабливим і корисним для клієнтів.

По-друге, *ті, хто пережив травму з симптомами посттравматичного стресового розладу, відчувають труднощі з відновленням як специфічних травматичних, так і позитивних автобіографічних спогадів*. Дійсно, нещодавно опублікований загальний огляд дозволяє зробити висновок, що люди з посттравматичним стресовим розладом зазвичай відновлюють менше конкретних позитивних автобіографічних спогадів порівняно з особами без посттравматичного стресового розладу, а особи з досвідом міжособистісних травм у дитинстві відновлюють менше специфічних позитивних автобіографічних спогадів. Що стосується кластерів симптомів посттравматичного стресового розладу, у дослідженні 203 учасників спільноти, які зазнали травми, більша тяжкість кластеру симптомів посттравматичного стресового розладу (тобто втручання, негативні зміни в когнітивних процесах/настрої та зміни в збудженні та реактивності) була пов'язана з меншою кількістю відновлених специфічних позитивних автобіографічних спогадів. Враховуючи це дослідження, виникає питання: чому люди, які пережили травму з симптомами ПТСР, мають дефіцит позитивних процесів пам'яті? Згідно з «гіпотезою рубців» (K. D. Williams, 2007), спогади про травми та пов'язаний з ними негативний контент стають центральними для ідентичності постраждалих від травм, і, отже, цим особам важко відновити конкретні позитивні автобіографічні спогади та інтегрувати ці спогади з іншими життєвими спогадами (D. J. Robinaugh, R. J. McNally, 2010). Крім того, ці люди можуть відчувати широкий спектр негативних емоцій і менш позитивний афект, розмірковуючи над спогадами про минулі події, можуть бути не в змозі ефективно регулювати позитивні емоції, які вони відчувають під час відновлення позитивних автобіографічних спогадів

(S. R. Forkus, A. A. Contractor, A. M. Raudales, N. H. Weiss, 2023), і може відновлювати надто загальні спогади про минулі події, щоб впоратися з посттравматичним дистресом. Такі моделі можуть сприяти меншому відновленню конкретних позитивних автобіографічних спогадів. І навпаки, гіпотеза вразливості припускає, що труднощі з відновленням конкретних позитивних автобіографічних спогадів можуть збільшити ймовірність переживання дистресу після травми. Приклади таких факторів вразливості включають меншу кількість позитивних спогадів до травми та пов'язаних із ними спогадів, а також труднощі доступу до позитивних спогадів до травми. Підсумовуючи, різноманітність процесів зменшує ймовірність того, що люди, які пережили травму, із симптомами посттравматичного стресового розладу ефективно відновлюють конкретні позитивні автобіографічні спогади та залучаються до них, що вказує на необхідність втручання в цю сферу.

По-третє, *перехресні докази пов'язують процеси та характеристики позитивної автобіографічної пам'яті з симптомами ПТСР*. Наприклад, у вибірці з 185 учасників спільноти, які зазнали травми, ті з більшою тяжкістю симптомів посттравматичного стресового розладу повідомили про меншу яскравість, меншу когерентність, меншу доступність, меншу кількість часових/сенсорних деталей і більше дистанціювання від отриманих позитивних спогадів. Визнаючи гетерогенність, вбудовану в конструкт ПТСР, ми також досліджували окремі кластери симптомів ПТСР у зв'язку з позитивними процесами та характеристиками автобіографічної пам'яті. У груповій вибірці з 206 осіб, які зазнали травми, ті з більш серйозними симптомами збудження ПТСР повідомили про менше позитивних автобіографічних спогадів, а також про меншу когерентність і доступність позитивної автобіографічної пам'яті; а ті, у кого були сильніші симптоми уникнення ПТСР, повідомили про менше позитивних автобіографічних спогадів (A. A. Contractor, N. H. Weiss, 2020). Окремо ті, у кого важкі ПТСР негативні когнітивні симптоми розладів настрою та симптоми збудження, повідомили про менший доступ до позитивних автобіографічних спогадів. Такі дослідження також підтверджуються лонгітюдними доказами, які ми детально описуємо нижче.

Нарешті, дані *спостережень і експериментів пов'язують процеси та характеристики позитивної автобіографічної пам'яті з симптомами ПТСР*. Наприклад, у вибірці з 238 постраждалих студентів, які проходили щоденне оцінювання протягом 10 днів, спостерігався двосторонній зв'язок між тяжкістю симптомів ПТСР і позитивними характеристиками пам'яті. У дні, коли студенти відчували більш серйозні симптоми ПТСР, їхні позитивні спогади були менш яскравими та доступними, і навпаки. Цікаво, що не було запізнілих асоціацій; серйозність симптомів посттравматичного стресового розладу або позитивна яскравість пам'яті та доступність, про які повідомлялося в попередній день, не були пов'язані з позитивною яскравістю пам'яті та доступністю або тяжкістю симптомів посттравматичного стресового розладу, відповідно, наступного дня (A. A. Contractor, B.

Messman, 2023). В окремій вибірці із 74 жінок, які повідомили про насильство з боку партнера та вживання психоактивних речовин, приблизно 50% опитаних жінок із більш серйозними симптомами посттравматичного стресового розладу повідомили про меншу позитивну яскравість пам'яті та доступність спогадів. Примітно, але не так, як очікувалося, приблизно 50% опитаних жінок із сильнішими симптомами ПТСР повідомили про більш позитивну яскравість пам'яті та доступність спогадів.

МОРАЛЬНИЙ ДИСТРЕС І МОРАЛЬНА ТРАВМА

Моральний дистрес – це стан дистресу, який виникає, коли особа хоче вжити заходів відповідно до своїх етичних переконань, які однак суперечать звичаям та/або організації, стосовно лікарів, то закладу охорони здоров'я. Поєднання (1) досвіду моральної події, (2) досвіду «психологічного дистресу» та (3) прямого причинно-наслідкового зв'язку між (1) і (2) разом є необхідними та достатніми умовами морального дистресу. Концепція морального дистресу (МД) була введена в сестринську справу A. Jameton (1984), який визначив МД як такий, що виникає, «коли людина знає, що правильно робити, але інституційні обмеження майже не дозволяють дотримуватися правильного курсу дій». Визначення A. Jameton передбачає моральне судження та обмеження як необхідні й достатні умови для морального дистресу і відрізняє моральний дистрес від «моральних дилем» і «моральної невизначеності», втім саме його визначення не містить афективного компоненту, тобто переживання сорому чи провини у ситуаціях морального тиску і необхідності зробити неоднозначний моральний вибір. Першочерговою проблемою у вирішенні моральних страждань є їх розпізнння. Це може проявлятися у вигляді фізичних, емоційних та/або психологічних симптомів, включаючи головний біль, серцебиття, розлад шлунка, гнів, почуття провини, розчарування, відсторонення та депресію. Причини моральних дистресів у людей різні. Загальні тригери включають догляд наприкінці життя, неадекватне укомплектування персоналом, конфлікти цінностей, складну командну динаміку та обов'язки, що суперечать питанням безпеки, серед іншого.

Подолання морального дистресу включає в себе виховання як моральної мужності, так і стійкості:

- Моральна мужність розвиває силу говорити, незважаючи на страх перед наслідками;
- Моральна стійкість – це внутрішня здатність людини відновлювати та підтримувати свою особисту цілісність у відповідь на моральні страждання.

Моральна травма – це специфічна травма, яка виникає, коли люди стикаються з ситуаціями, що глибоко вражають їхню свідомість або знецінюють їхні основні цінності. Внаслідок нормованого догляду (rationed care) лікарі приймають кількох пацієнтів, відмовляючи багатьом. Солдати можуть убити цивільних, виконуючи поставлені перед ними завдання. Ветеринари присипляють тварин, яким ніхто не хоче надати притулок.

Вважається, що моральна травма призводить до повторного переживання, емоційного заціпеніння та симптомів уникнення ПТСР. Крім серйозних страждань і почуття провини, ці прояви моральної шкоди можуть призвести до проблем у соціальному функціонуванні (B. J. Griffin, N. Purcell, 2019).

У діагностичних посібниках ще немає переліку ознак моральної травми, та зростає консенсус щодо поняття: це стан, який відрізняється від депресії або посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Цей консенсус сприяв тому, що з'явилися методи лікування моральної травми, котрі спрямовані на допомогу людям із застарілими етичними травмами. Ці методи лікування – життєво важливе доповнення до широкого спектру травматологічної терапії, вони заохочують людей аналізувати моральні конфлікти, а не пригнічувати їх чи втікати від них. Нові методи наголошують також на тому, що для тривалого одужання потрібна підтримка спільноти. У деяких випадках клієнти навіть розробляють плани щодо відшкодування завданої шкоди.

У давньогрецькому епосі "*Іліада*" Ахілл втрачає в бою свого найкращого друга Патрокла і потім картає себе за те, що не зміг його захистити. Після світових воєн XX ст. психологічно травмовані солдати поверталися з війни з симптомами того, що люди називали "*бойова втома [battle fatigue]*". Насправді багатьох із них мучили не контузії, а вчинки воєнного часу, про які соромно було розповідати.

В основі моральної травми лежить етичний конфлікт (B. T. Litz, N. Stein, E. Delaney, 2009).

Коли ковід охопив планету, криза моральної травми стала більш нагальною, оскільки етичні дилеми перетворили на нову норму – не тільки для медичних працівників, а й для інших людей, які перебувають на передовій у боротьбі з недугою. Працівники магазинів змушені ризикувати власною безпекою та безпекою вразливих членів сім'ї, щоб заробити на життя. Адвокати часто не могли зустрітися з клієнтами особисто, що робило майже неможливим належне представництво цих клієнтів у судах. У таких ситуаціях, "*незалежно від того, як тяжко ти працюєш, завжди будеш недопрацьовувати*", – каже державний захисник з Каліфорнії Дженні Ендрюс.

Під час війни криза моральної травми актуалізувалася ще більше – як власне на передовій, так і в тилу. Ми виділяємо три аспекти моральної травми під час російсько-української війни:

1) під час евакуації загиблих (часто забирати тіла з поля бою – значить наражати на небезпеку здорових (непоранених) бійців);

2) під час сортування поранених і надання їм першої медичної допомоги (основне правило тактичної медицини – допомога надається тому, хто кричить, бо кричить – значить дихає і у нього більше шансів вижити, ніж у того, хто вже без свідомості);

3) під час евакуації цивільних осіб з фронтових і прифронтових територій (при неможливості транспортування, лежача особа не евакуюється, те саме стосується і тварин, яких часто не забирають до безпечних місць).

Рівні прояву моральної травми

Емоційний	сором, провина, гнів, огида
Внутнішньоособистісний	самокритика, самозвинувачення, саморуйнівна поведінка
Міжособистісний	втрата довіри до людей, самоізоляція, неможливість встановлювати близькі стосунки, відсутність значущих Інших
Духовний	екзистенціальні зміни, пов'язані з зруйнованими переконаннями про мораль і людяність

Моральна травма сучасних українців тісно пов’язана із неможливістю традиційного поховання загиблих, наприклад, під завалами, спричиненими обстрілами, зниклих без вісти військових і цивільних тощо.

Більшість досліджень щодо розуміння моральної шкоди проводилися з військовослужбовцями та ветеранами, оскільки природа війни та бойових дій створює ситуації, коли люди можуть мати досвід, який суперечить цінностям, якими вони живуть у цивільному житті. Приклади потенційно морально шкідливих подій у контексті війни включають вбивство або завдання шкоди іншим, коли офіцерам доводиться приймати рішення, які впливають на виживання інших, коли медики не в змозі піклуватися про всіх постраждалих, замерзання або невиконання обов’язків під час небезпечної або травматичної події (наприклад, засинання під час патрулювання), неповідомлення про подію, яка порушує правила чи етику, участь або свідок актів непропорційного насильства та відсутність відчуття або захоплення, завдаючи шкоди іншим або вбиваючи їх.

Приклади моральної травми на війні:

- Заподіяння шкоди чи смерті цивільним особам свідомо, але безальтернативно або випадково;
- Віддавати накази в бою, які призвели до поранення або смерті товариша по службі;
- Ненадання медичної допомоги потерпілому цивільному чи військовослужбовцю;
- Повернення додому з війни та слухання про страти місцевих цивільних жителів або тортури над ними;
- Замовчування про факти сексуального насильства або згвалтування, вчинені проти себе, товариша по службі або цивільних осіб;
- Виконання наказів, які були незаконними, аморальними та/або такими, що суперечили Правилам застосування бойових дій або Женевській конвенції;
- Зміна переконань щодо необхідності або виправданості війни під час або після служби.

Незважаючи на те, що більшість досліджень проводилися з військовослужбовцями та ветеранами, моральна травма може виникнути в контексті багатьох видів травматичних подій. Дослідження виявили моральну травму серед співробітників правоохоронних органів і цивільних осіб, які зазнають насильства в громаді.

Моральна травма у медичних працівників

Моральна травма у медичних працівників може виникнути, якщо їм доводиться приймати важкі рішення, пов'язані зі сортуванням потерпілих чи розподілом ресурсів, або коли вони вважають, що мали б врятувати життя пацієнта, але не змогли цього зробити. Вони також можуть відчувати провину за те, що вижили, коли інші вмирають, або за те, що заразили людей, з якими вони контактували. Такі потенційно морально шкідливі переживання можуть призвести до таких моральних почуттів, як провина, сором і гнів. Моральна травма – це тривалий психологічний, духовний, поведінковий або соціальний вплив, який може бути наслідком цих переживань.

Більшість медичних працівників зазвичай не відчувають значних страждань від важких ситуацій на роботі через їхнє навчання та підготовку, однак вони іноді стикаються з незнайомим і потенційно дуже тривожним досвідом роботи, коли їм доводиться приймати важкі рішення, які можуть суперечити глибоко укоріненим переконанням. Їм, можливо, доведеться віддавати перевагу одному важливому набору цінностей (наприклад, догляд за пацієнтами з інфекційними захворюваннями) над іншим (наприклад, захист членів сім'ї від інфекції). Моральна травма також може статися, коли медичних працівників викликають працювати в надзвичайно складних обставинах, наприклад, у контексті катастроф, гуманітарних криз, бойових дій або пандемій (A. Rosen, J. M. Cahill, L. S. Dugdale, 2022).

Моральна травма медичним працівникам може бути нанесена різними джерелами. Хоча медичні працівники готові бачити, як пацієнти страждають або навіть помирають, спостерігати набагато більше страждань і смертей, ніж зазвичай очікується, може спричинити моральні страждання. На полі бою, під час масштабних катастроф і під час пандемій медичні працівники можуть стикатися з ситуаціями, коли їм потрібно вирішити, кого лікувати в першу чергу, які пацієнти отримають обмежені ресурси та як найкраще використати обмежений час, коли допомога потрібна кільком пацієнтам. Працівники охорони здоров'я можуть опинитися в ситуаціях, коли вони не мають відповідних інструментів або підготовки, щоб врятувати людину перед ними.

Моральна травма може виникнути, коли медичному працівнику потрібно піклуватися про когось, коли він сам відчуває загрозу життю, наприклад, під час бою, катастрофи чи під час пандемії. Під час пандемії деякі медичні працівники можуть відчувати, що їм доводиться вибирати між доглядом за інфекційними пацієнтами та безпекою їхніх сімей, особливо якщо в їхньому житті є літні члени сім'ї чи діти, які перебувають у групі ризику. Моральна травма також може виникнути у медичних працівників, коли вони присутні для сценаріїв кінця життя, які суперечать їхнім переконанням щодо того, як люди повинні помирати, наприклад, пацієнти помирають без присутності близьких. Деякі працівники можуть відчувати провину та сором через те, що вони не страждають перед лицем болю і смерті, ніби втрачають здатність співчувати, що викликає у них провину та сором.

Почуття, спричинені морально шкідливим досвідом, можуть включати почуття провини, якщо людина відчуває докори сумління з приводу цих

переживань (наприклад, «Я зробив щось погане»); сором, якщо людина звинувачує себе через уявну особисту неадекватність і недолік (наприклад, «Я поганий»); і самозвинувачення.

Морально шкідливий досвід і викликані ними почуття провини, сорому чи гніву можуть сприяти стресовим реакціям, таким як погіршення сну, значні та стійкі негативні зміни в поведінці чи звичках, помилки, ізоляція, компульсивна поведінка (наприклад, перевтома, переїдання) та ослаблене почуття емпатії або співчуття. Ситуації, які завдають моральної травми, іноді є травматичними подіями, які також можуть призвести до симптомів посттравматичного стресового розладу на додаток до моральної травми. Це можуть бути нав'язливі спогади, уникання людей або місць, зміни настрою чи способів бачення світу та проблеми з концентрацією (A. Čartolovni, M. Stolt, 2021).

Довгострокові негативні наслідки впливу морально шкідливих подій не є неминучими. Хоча точних даних немає, цілком ймовірно, що більшість медичних працівників, які зазнали морально шкідливих подій, не матимуть довгострокових негативних наслідків. Насправді, після потенційно морально шкідливого досвіду, деякі навіть зрештою переосмислюють сенс життя і, маючи час і підтримку, починають використовувати цей досвід для зростання або допомоги іншим.

ТРИВАЛИЙ РОЗЛАД ГОРЯ

Втрата близької людини часто супроводжується сильним почуттям горя та туги за померлим. В основі горя лежить дистрес розлуки – стан, що супроводжується різноманіттям важких переживань та емоцій, пов'язаних з втратою. Більшість людей, які втратили близьких, з часом можуть адаптуватися до втрати без професійної підтримки. Однак, коли реакції горя зберігаються і перешкоджають повсякденному функціонуванню, слід розглянути розлад під назвою «**розлад тривалого горя**» (PGD).

Ускладнене горе (CG), тривалий розлад горя (PGD) і стійкий комплексний розлад втрати (PCBD) відносяться до важкої та тривалої форми горя, яка перевищує типовий період жалоби та погіршує здатність людини брати участь у повсякденній діяльності та нормально функціонувати. Це складна емоційна реакція на втрату близької людини, яка *триває протягом значного періоду – як правило, понад шість місяців або більше*. Люди, які страждають від хронічного горя, часто відчувають сильні почуття туги, смутку та болю, які не зменшуються з часом. Їм може бути важко прийняти втрату, вони відчувають інтенсивні та нав'язливі думки чи спогади про померлого, або мають труднощі з пошуком сенсу чи задоволення в житті без людини, яка померла.

Концептуалізація, діагностичні критерії та оцінка розладу тривалого горя (PGD) були темами дискусій серед дослідників протягом багатьох років. Деякі закликають включити PGD до Міжнародної статистичної класифікації хвороб і пов'язаних із ними проблем зі здоров'ям (МКХ англ. ICD) і Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM),

пропонуючи різні набори діагностичних критеріїв. Робоча група DSM-5 з питань пов'язаних із травмою/стресом та дисоціативних розладів спочатку вирішила включити розлад тривалого горя як **стійкий комплексний розлад втрати близької людини (PCBD)** до розділу III «Умови для подальших досліджень» DSM-5, щоб заохотити дослідження даного стану. Пізніше робоча група МКХ-11 (англ. ICD-11) з розладів, пов'язаних зі стресом, визнала докази для розладу тривалого горя достатніми та включила його до МКХ-11 як нову діагностичну категорію. На основі цього включення та зібраних доказів Керівний комітет DSM розглянув пропозицію щодо зміни критеріїв для стійкого комплексного розладу втрати близької людини **(**PCBD). Потім Американська психіатрична асоціація (APA) схвалила включення розладу тривалого горя до розділу II DSM-5-TR, таким чином замінивши критерії для PCBD.

Хоча обидві системи класифікації включали розлад тривалого горя і використовували однакову назву, зміст критеріїв і діагностичний підхід різняться. У той час як DSM-5-TR забезпечує чіткий діагностичний алгоритм, МКХ-11 використовує лише типологічний підхід без жорстких вимог щодо кількості симптомів, які повинні бути присутніми, щоб відповідати діагностичному порогу. Нижче у таблиці наведено огляд діагностичних критеріїв для розладу тривалого горя. Діагноз «розлад тривалого горя» (PGD) DSM-5-TR вимагає наявності одного з двох симптомів дистресу розлуки (постійна та всепроникаюча туга за померлим та/або постійна та всепоглинаюча стурбованість померлим), а також принаймні три з восьми додаткових симптомів до ступеня функціонального порушення, з мінімум 12 місяців з моменту втрати. Однак діагноз «розлад тривалого горя» (PGD) за МКХ-11 вимагає лише принаймні одного з двох симптомів дистресу розлуки в поєднанні з будь-яким із десяти додаткових симптомів до ступеня функціонального порушення протягом нетипово тривалого періоду часу (принаймні шість місяців) після втрати.

Відмінності в діагностиці розладу тривалого горя за МКХ-11 та DSM-5

МКХ-11		**DSM-5**	
А. **Подія**	Втрата в анамнезі після смерті партнера, батьків, дитини чи іншої близької людини	А. **Подія і час**	Смерть, щонайменше 12 місяців тому, людини, яка була близькою з покійним (для дітей та підлітків, щонайменше 6 місяців тому)
В. **Дистрес розлуки**	Постійна та всеосяжна реакція на горе, що характеризується одним із таких симптомів 1. Туга за померлим 2. Постійна стурбованість померлим	В. **Дистрес розлуки**	Після смерті розвиток стійкої реакції горя, що характеризується одним або обома з наведених нижче симптомів, які були присутні більшість днів після смерті. Крім того, симптом(и) виникали майже щодня протягом принаймні останнього місяця: 1. Сильна туга/туга за померлою людиною. 2. Заклопотаність думками чи спогадами про померлого (у дітей і підлітків занепокоєність може бути зосереджена на обставинах смерті)
С. **Сильний емоційний біль**	Супроводжується сильним емоційним болем, наприклад сумом, почуттям провини, гнівом, запереченням і звинуваченням. Труднощі з прийняттям смерті. Відчуття, що людина втратила частину себе. Нездатність відчувати позитивні	С. **Когнітивні, емоційні та поведінкові симптоми**	Після смерті принаймні три з наведених нижче симптомів були присутні протягом більшості днів. Крім того, симптоми виникали майже щодня протягом принаймні останнього місяця: 1. Порушення ідентифікації (наприклад, відчуття,

	емоції Емоційне заціпеніння .		що частина себе померла) після смерті 2. Помітне почуття недовіри щодо смерті 3. Уникання нагадувань про те, що людина померла (у дітей і підлітків може характеризуватися намаганням уникнути всіх спогадів про померлого) 4. Сильний емоційний біль (наприклад, гнів, гіркота, смуток), пов'язаний зі смертю 5. Труднощі з поверненням до своїх стосунків і діяльності після смерті (наприклад, проблеми зі спілкуванням з друзями або плануванням майбутнього) 6. Емоційне заціпеніння (відсутність або помітне зменшення емоційних переживань) 7. Відчуття безглуздості життя через смерть 8. Сильна самотність
D. **Критерій функціонального порушення**	Порушення призводить до значного погіршення особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної та інших важливих сфер функціонування. Якщо функціонування підтримується, то	D. **Критерій функціонального порушення**	Розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування.

	лише завдяки значним додатковим зусиллям.		
Е. **Культурно-часовий критерій**	Поширена реакція на горе зберігалася протягом нетипово тривалого періоду часу після втрати, помітно перевищуючи очікувані соціальні, культурні чи релігійні норми для культури та контексту індивіда. Реакції на горе, які тривають менше 6 місяців, а в деяких культурних контекстах – довше, не слід вважати такими, що відповідають цій вимозі.	Е. **Культурний критерій**	Тривалість і тяжкість реакції на важку втрату явно перевищує очікувані соціальні, культурні чи релігійні норми для культури та контексту особи.
		F. **Зв'язок з іншими психічними розладами**	Симптоми не можна краще пояснити великим депресивним розладом, посттравматичним стресовим розладом чи іншим психічним розладом, або пов’язаними з вживанням наркотиків, алкоголю чи іншим захворюванням.

Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів, 5-е видання (DSM-5), не вказує на хронічне горе як окремий розлад. Однак це визнається станом, який може потребувати клінічної уваги. DSM-5 визначає горе як природну реакцію на втрату близької людини. Використовуючи діагностичну сутність стійкого комплексного розладу втрати близької людини, DMS-5 визнає, що горе може бути складним і що деякі люди можуть відчувати тривалі та більш серйозні симптоми, ніж зазвичай очікується. DSM-5 включає діагностику під назвою «Інший специфікований розлад, пов’язаний з травмою та стресом», який можна використовувати для класифікації осіб, які відчувають тривалі реакції горя, які не відповідають критеріям

посттравматичного стресового розладу або гострого стресового розладу. Хоча класифікація та діагностика хронічного (ускладненого) горя все ще є суперечливими серед фахівців у сфері психічного здоров'я, остання редакція DSM-5-TR включає такі критерії для тривалого розладу горя: (1) відчуття, ніби частина себе померла, (2) помітне відчуття недовіри щодо смерті людини, (3) уникнення нагадувань про те, що людина померла, (4) сильний емоційний біль (гнів, гіркота та смуток), пов'язаний зі смертю, (5) труднощі з відновленням життя після смерті, (6) емоційне заціпеніння, (7) відчуття безглуздості життя внаслідок смерті та (8) сильна самотність у результаті смерті. Тяжкість цих симптомів призводить до помітного дистресу або погіршення соціальних, пов'язаних з роботою чи інших життєво важливих аспектів життя, і вони повинні тривати щонайменше 12 місяців після втрати. Тривалість та інтенсивність реакції горя виходить за межі того, що вважається нормальним або очікуваним у культурному чи соціальному середовищі людини.

Література неоднозначна щодо того, чи різні терміни, такі як хронічне (ускладнене) горе, розлад тривалого горя або стійкий комплексний розлад втрати близької людини, і запропоновані критерії симптомів для цих клінічних ситуацій позначають ідентичні або різні діагностичні сутності. По суті, розлад тривалого горя і стійкий комплексний розлад втрати близької людини за DSM-5, є по суті одним і тим же розладом. Однак, *з семантичної точки зору розлад тривалого горя підкреслює психопатологічний аспект через тривалість типових симптомів жалоби протягом тривалого часу. Навпаки, хронічне горе передбачає ускладнення нормального процесу горя клінічними факторами, такими як травма.* Звідси, можна припустити, що ***втрати під час війни більше зумовлюють хронічне (ускладнене) горювання, ніж розлад тривалого горя, більше властивий людям в умовах нижчої екстремальності та масової втрати ресурсів.***

Деякі дослідники стверджують, що типологічний підхід МКХ-11 із простими діагностичними описами та відсутністю строгих вимог щодо кількості симптомів, необхідних для досягнення діагностичного порогу, має перевагу у підвищенні міжкультурної застосовності та корисності в клінічній практиці, оскільки це призводить у більшій чутливості при ідентифікації випадків. Інші, однак, критикують цей підхід як занадто ліберальний, оскільки застосування мінімальних критеріїв призводить до значно вищих показників поширеності, ніж раніше використовувані набори критеріїв для розладу тривалого горя. За таких умов розлад тривалого горя діагностуватиметься значно частіше ніж стійкий комплексний розлад втрати близької людини.

Поширеність хронічного горя різна серед різних груп населення, однак зазвичай становить приблизно 9,8% осіб, які пережили втрату близької людини. При цьому поширеність може бути вищою серед певних груп, таких як особи, які зазнали травматичної або раптової втрати. Хронічне горе та тривалий розлад горя можуть мати значний вплив на психічне, емоційне та фізичне благополуччя людини, і може вимагати професійного втручання,

такого як консультування або терапія, щоб допомогти їм орієнтуватися в процесі горя та знайти шляхи зцілення.

Для розладу тривалого горя вказано більше культурних характеристик, ніж для інших психічних розладів. Культурні звичаї та ставлення до втрати близької людини сильно відрізняються в усьому світі. Ідеї та концепції загробного життя виявляють широкий спектр клінічних проявів і поведінки, пов'язаних із важкою втратою, що також може збільшити ймовірність продовження горя. Наприклад, МКХ-11 стверджує, що в деяких релігіях смерть розглядається як важливий крок у переході до загробного життя. Культурні переконання, що зосереджуються на переродженні, а також на кармі, раю чи пеклі, можуть мати величезний вплив на людину, яка втратила. Таким чином, *розлад тривалого горя може бути додатково спричинений занепокоєнням щодо загробного життя померлого*. Згідно з деякими релігійними віруваннями, як-от поширеними в південній Європі, зустріч з духом померлої людини, яка може розглядатися як симптом повторного досвіду, не вважається аномальною подією і може навіть сприйматися як позитивний досвід. *Ще одна культурна відмінність у зв'язку з розладом тривалого горя – це тривалість горя, оскільки в усьому світі існують різні норми щодо періодів трауру*. У деяких країнах однорічний період трауру вважається нормою, тоді як в інших культурах вважається, що періоди трауру викликають негативні емоції, тому вони є відносно короткими. Через ці різні культурні прояви МКХ-11 стверджує, що для діагностики розладу тривалого горя необхідно ретельно оцінити культурне походження пацієнтів. *Діагноз слід ставити, лише якщо реакція горя явно перевищує відповідні культурні норми індивіда*. Загалом МКХ-11 говорить, що *розлад тривалого горя можна діагностувати не раніше ніж через шість місяців після смерті близької людини*. Однак через культурні відмінності, описані раніше, тривалість горя повинна відповідати культурному фону. Довготривалі реакції горя, які все ще знаходяться в межах культурної норми, класифікуються як нормальна реакція горя, а не як ускладнене горе чи розлад тривалого горя. Однак слід зазначити, що в минулому тривале горе здебільшого хибно діагностували як депресію, посттравматичний стресовий розлад або розлад адаптації, навіть для невеликої кількості тих, на кого воно впливає. Такі діагнози не тільки клінічно неточні, але й можуть стати причиною неадекватного лікування. Важка втрата, спричинена війною чи нещасним випадком, не є більш прогнозною ознакою розладу тривалого горя, хоча раніше було показано, що насильницькі та випадкові смерті пов'язані з вищим ризиком розвитку даного розладу. Таку тенденцію можна пояснити екстремальними умовами через війну та вимушеним переміщенням, що потенційно може спричинити багато смертей, тобто явище втрати нормалізується, а отже й не викликає травмівних реакцій.

Отже, інформація про рівень поширеності сильно залежить від обраного діагностичного алгоритму. При оцінці поширеності розладу тривалого горя вирішальним може бути не лише кількість наявних симптомів, але й застосування критерію часу чи тривалості. DSM-5-TR визначає, що втрата

близької людини повинна відбутися щонайменше 12 місяців тому, перш ніж можна буде поставити діагноз. Однак у МКХ-11 реакція горя повинна тривати протягом нетипово тривалого періоду часу після втрати, принаймні 6 місяців. Це формулювання вказує на альтернативне застосування критерію тривалості, тобто реакція на горе сама по собі, а не лише період втрати близької людини, має тривати принаймні шість місяців.

Причини, чому горе може бути психічним розладом. Зміни в когнітивних здібностях, емоціях і поведінці (наприклад, непередбачувана або ірраціональна поведінка, зниження активності, яка колись подобалася, соціальна ізоляція). Горе, пов'язане з шкодою або ризиком заподіяння шкоди горюючому або іншим, включаючи суїцидальні думки чи самогубство, є ознакою розладу. Горе буде розладом, якщо матиме значний негативний вплив на фізичне здоров'я та благополуччя людини, наприклад, надмірне вживання алкоголю, сигарет або наркотиків; недотримання особистої гігієни; погана якість сну; і вираження соматичних скарг, які не пов'язані з існуючим захворюванням.

Причини, чому горе не може бути психічним розладом. Горе є нормальною, природною реакцією на смерть близької людини, тобто горе має універсальну природу («горює той, хто любить»); інтенсивність горя з часом зменшується, але багато в чому залежить від ситуативних, а не біологічних факторів.

Ще один момент на якому нам варто наголосити. Відмінність патологічного горя від нормального є основоположним для визнання розладу тривалого горя як діагнозу, який, згідно з визначенням, має відображати дисфункцію індивіда, а не бути природною реакцією на виклики зовнішнього середовища (J. C. Wakefield, 2012). Згідно з *DSM*-5-TR, психічний розлад – це *«синдром, що характеризується клінічно значущим порушенням когнітивних функцій, регуляції емоцій або поведінки індивіда, що відображає дисфункцію психологічних, біологічних процесів або процесів розвитку». Розлад тривалого горя* можна відрізнити від нормального горя за якісно іншими суб'єктивними переживаннями, більшою інтенсивністю, більшою тривалістю та, як наслідок, функціональними порушеннями. Проблема розрізнення горя від патологічного горя ускладнюється тим фактом, що й досі не існує узгодженого визначення нормального горя, а отже й є значна мінливість у змісті шкал, запропонованих для оцінки нормального горя.

Незважаючи на існування емпіричних доказів, різниця між нормальним і патологічним горем залишається суперечливою, оскільки існує великий ризик гіпердіагностики, патологізації та медикалізації горя (K. Thieleman, J. Cacciatore, 2013).

Насамперед, існує ***ризик медикалізації нормального горя***. Багато дослідників висловлюють занепокоєння, що введення розладу тривалого горя у діагностичні довідники призведе до медикалізації нормальних реакцій на горе та гіпердіагностики (J. Cacciatore, A. Frances, 2022). За таких умов психологічна допомога і соціальна підтримка вважатимуться другорядними, не вартими уваги фахівців сфери психічного здоров'я.

Тісно пов'язаним із медикалізацією є ***ризик домінування фармакотерапії*** у підтримці горюючих. Хоча антидепресанти часто призначають дорослим, які перенесли втрату, результати щодо їх ефективності були неоднозначними (E. Bui, 2018), а побічні ефекти фармакотерапії нерідко зумовлювали важчі страждання, ніж власне горе. Знову таки, мінімізується роль психологічної та соціальної підтримки, які є ключовими в адаптації до втрати.

Третім і не менш важливим ризиком є ***ризик стигматизації*** осіб, які переживають горе. Тобто людям із ускладненим горем чи розладом тривалого горя приписують більше негативних рис, спілкування з ними викликає більше негативних емоцій, а отже й більше прагнення до соціальної дистанції. Стигматизація може мати значні негативні наслідки, включаючи зростання депресії та суїцидальності, а також зменшення кількості звернень за допомогою (C. E. Hilberdink, K. Ghainder, 2023).

Проведення регулярних скринінгів на хронічне горе може покращити знання та розуміння цього стану, тим самим прискорюючи доступ клієнтів до необхідного лікування, психологічної та соціальної допомоги.

ПАНДЕМІЧНЕ ГОРЕ

Надзвичайні ситуації у галузі охорони здоров'я в періоди епідемій та пандемій, можуть викликати сильний страх і занепокоєння, особливо серед осіб із груп ризику. Втрата близької людини під час стихійного лиха є особливо травматичною, оскільки, смерть зазвичай настає раптово та несподівано. Часто відбуваються масові травматичні події, тобто не лише смерть близької людини, а й втрата майна, доходу та загального благополуччя. Протягом 2020-2022 років системи охорони здоров'я у всьому світі скеровували свої ресурси на боротьбу з COVID-19. Це суттєво ускладнило управління іншими серйозними проблемами охорони здоров'я, такими як психічні та хронічні захворювання, особливо в країнах з низьким та середнім рівнем доходу, де ресурси для охорони здоров'я часто обмежені. Це, безумовно, може мати як негайний, так і довгостроковий згубний вплив на здоров'я населення під час пандемії та навіть по її завершенні. Що ще важливіше, COVID-19 та супутні хвороби зумовили виникнення упереджень, неприйняття громадою та сильної стигми щодо інфікованих людей. У дослідженнях, присвячених психічним станам після смерті родича, розглядаються такі поняття, як горе, втрата, посттравматичне зростання тощо. Хоча горе і втрата часто синонімічні скорботі і трауру, в останні роки стало прийнято розрізняти їх: горе – це суб'єктивне переживання втрати, емоційна, когнітивна, функціональна і поведінкова реакція на смерть, а втрата – це об'єктивний стан по відношенню до померлого, позначення факту втрати. Втрата має ширше значення і стосується не лише смерті близької людини, але й інших видів втрат, таких як молодість, здоров'я тощо. Тому існує ще одне поняття, яке не можна ігнорувати при аналізі реакцій горя. Це траур. Траур іноді використовується як синонім страждання і горя, але зазвичай більш конкретно відноситься до поведінкових проявів горя, на які

впливають соціальні та культурні ритуали, такі як похорони і поминальні дні (S. Zisook, K. Shear, 2009).

Процес помирання від коронавірусу ускладнюється такими чинниками як ізоляція хворого, знеособлення захисного одягу та спілкування через маски та носіння спеціальних халатів, яке часто відбувається на відстані (у хворого відсутній фізичний контакт з оточуючими).

Натепер особливості горювання під час пандемії розглядаються у контексті двох теорій: Моделі подвійних процесів у вправлянні з втратою (DPM) і Теорії управління страхом смерті (Terror Management Theory (TMT), R. E. Menzies, R. G. Menzies, 2020).

Відповідно до моделі подвійного процесу подолання втрати (M. Stroebe, H. Schut, 2020), процес горювання розглядається через призму двох цілей: орієнтація на втрату (прийняття та визнання втрати) та орієнтація на відновлення згідно з даною моделлю, ефективне управління горем включає орієнтацію на втрату (LO) та орієнтацію на відновлення (RO). Орієнтовані на втрату стресогенні фактори стосуються подолання втрати (наприклад, горювання, пошук сенсу, аналіз втрати). Орієнтація на втрату набуває форми відокремлення від померлого, що виражається у формі плачу, крику, скорботи, туги тощо, тоді як орієнтація на відновлення стосується діяльності, яка починає будувати нове життя і нову ідентичність, в якій померлий не присутній фізично, але присутній ментально і символічно. Пристосування до втрати полягає в коливанні між цими двома орієнтаціями доти, доки не буде знайдено сенс як у втрачених стосунках, так і в новому (пере)сконструйованому житті.

Важливим аспектом цієї моделі є те, що під час переживання горя в повсякденному житті всі люди стикаються з необхідністю переключати свою увагу з ситуацій, що вимагають орієнтації на втрату, на ситуації, що вимагають орієнтації на відновлення, і навпаки (M. Stroebe, H. Schut, 2020). Це динамічний процес, в якому орієнтація на втрату і орієнтація на відновлення міняються місцями, і люди стикаються з тим, що в одній ситуації вони можуть успішно пристосуватися до життя без померлого, а в іншій – ні. Тому вміння ефективно справлятися з втратою близької людини передбачає врахування свого поточного стану.

Теорія управління страхом смерті – це наукова теорія у соціальній психології, що передбачає існування в людині базового психологічного конфлікту, що випливає з бажання жити і усвідомлення при цьому, що смерть неминуча. Даний конфлікт, унікальний для homo sapiens, породжує в людині екзистенційний страх, і, відповідно до теорії, саме цьому страху людство зобов'язане появою культури і релігії. Релігія, заснована на вірі в загробне життя, відповідно до даної теорії, служить для управління страхом шляхом ігнорування і заперечення смерті (L. J. Breen, 2020). Культура, системи символів, з іншого боку допомагають керувати страхом, наповнюючи життя смислами і цінностями, а також допомагають символічно здолати смерть, створюючи ілюзію продовження життя (наприклад, в своє потомство, у творчій, науковій, спадщині, в існуванні своєї організації,

країни, нації, раси, і інших груп, з якими людина культурно ідентифікувала себе за життя).

Важливим поняттям теорії управління страхом смерті також є поняття самоповаги. Теорія стверджує, що на індивідуальному рівні страху смерті допомагає протистояти саме самоповага, що складається з відчуття правильності свого світосприйняття і правильності своїх цінностей. Ступінь самоповаги також є суб'єктивною мірою того, наскільки добре людина, на її думку, відповідає своїм культурним цінностям.

Відповідно до теорії управління страхом смерті, переживання смерті близької людини викликає як проксимальний, так і дистальний захист (T. Pyszczynski, M. Lockett, 2021). Проксимальні захисні сили еволюціонують, пригнічуючи думки про смерть, акцентуючи на «здоровій» поведінці або розглядаючи можливість смерті в далекому майбутньому. Тоді як дистальний захист пов’язаний з діями, що підвищують самозадоволення та самооцінку, підсилюють наявні культурні, політичні та релігійні погляди.

Імовірно, пандемія вплинула на те, як люди помирають, зазнають смутку та сумують. Горе визначається як емоційна реакція на втрату близької людини, де втрата – це втрата важливої людини через смерть. M. Stroebe, H. Schut (2020) застосували свою подвійну модель процесу, щоб забезпечити певне розуміння досвіду втрати близької людини під час пандемії COVID-19. На ранніх стадіях пандемії дослідники робили прогнози щодо посилення негативного досвіду, пов’язаного зі скорботою в контексті COVID-19, включаючи різні супутні втрати до смерті. Були висловлені занепокоєння щодо неможливості сумувати разом, втрати доступу до рутини, втрати доступу до вмираючих близьких, втрати ритуалу, втрат, пов’язаних із контекстом смерті, і розмивання ресурсів для подолання (B. M. Carr, 2023). Це викликає занепокоєння, враховуючи те, що деякі з цих переживань, як-от ритуали та соціальна підтримка, виявилися важливими для адаптації до втрати близької людини. Важливо враховувати втрату доступу до звичайної рутини та соціальної активності, враховуючи те, що подвійна модель горя, яка припускає, що особи, які втратили близького, коливаються між подоланням, орієнтованим на втрату, та подоланням, орієнтованим на відновлення, вказує на те, що подолання, орієнтоване на відновлення, має місце під час залучення до діяльності та через соціальні мережі. Також висловлювалося занепокоєння щодо неоднозначної втрати через обмежений доступ до помираючих близьких. Неоднозначна втрата описується як втрата, яка відбувається без чіткого розуміння завершення та може призвести до невирішеного горя (J. E. Simpson, A. L. Landers, 2024). Обмежений доступ до помираючих близьких також може вплинути на рівень готовності до смерті. Дослідники описують безправне горе, яке відчувають ті, чия втрата відкрито не визнається, не оплакується чи не підтримується суспільством, і коли людина ізольована у втраті. Також було передбачено, що ті, хто переживає важку втрату через COVID-19, можуть зазнати стигматизованої втрати. Неоднозначна втрата, певні посилені емоції та безправне горе були визначені як фактори ризику тривалих переживань горя та розладів. Дослідники очікували, що цей

негативний досвід вплине на процеси горя, затримуючи здатність адаптуватися та відновлюватися.

Особливої уваги потребує окреслення специфіки горювання дітей під час пандемії. Для дітей горе зумовлено не лише смертю рідних чи друзів, а й втратою звичного способу життя – відчуття свободи, можливості вільно пересуватися і спілкуватися без дотримання дистанції та носіння захисних масок (T. Ramaci, M. Barattucci, 2020). За даними зарубіжних досліджень найбільше діти потерпають через виклики дистанційної освіти, неможливість відвідувати спортивні секції та брати участь у повсякденних шкільних заходах, крім того на них впливає нерозуміння потоку інформації про коронавірус зі ЗМІ та Інтернету, де часто акцентується на зростанні кількості смертей і потенційній небезпеці хвороби (J. Williams, D. Gonzalez-Medina, 2011). Впливає на горювання дітей і економічна нестабільність в родинах, коли батьки через локдауни втрачають роботу, а відповідно й, знижуються матеріальні ресурси сімей. Не слід забувати й про жорстоке поводження та домашнє насильство, кількість який у період пандемії суттєво зросла. Якщо в контексті цих і без того складних стресових факторів настає смерть у родині, це, безперечно, сильно впливає на психологічних стан дітей та підлітків.

Конкретні обставини, пов'язані зі смертю від COVID-19, можуть становити значний фактор ризику процесу горювання дітей, оскільки дослідження показали, що несподівані та раптові втрати або контекст багатократної смерті в сім'ї сильно впливають на дітей, особливо якщо вони ще не мали досвіду переживання смерті рідних. Часто діти схильні до неправильного тлумачення наявної інформації і особисто не мають дорожньої карти щодо переживання втрати, своїх реакцій та можливих стратегій подолання.

Досвід різних країн світу свідчіть про те, що стигма, пов'язана з COVID-19, є основним джерелом психічних розладів, таких як стрес, тривога та депресія як серед хворих на коронавірус, так і серед медичних працівників, які працюють у ковідних відділеннях. Індукована COVID-19 стигма часто призводить до того, що лікарі відчувають себе безсилими перед викликами пандемії, в свою чергу, погіршення психоемоційного стану медичних працівників негативно позначається на їх взаємодії з пацієнтами, коли власна невпевненість посилює невпевненість пацієнтів в можливості їх одужання. Останні також страждають від соціальної стигматизації після виписки з ковідних стаціонарів, на початковій стадії сімейної інтеграції, коли доводиться практикувати певне соціальне дистанціювання від членів сім'ї, близьких родичів та друзів через швидке поширення вірусу та ймовірність отримати постковідні ускладнення. Водночас і медичні працівники можуть зіткнутися з соціальним дистанціюванням та стигматизацією через помилкове уявлення про те, що вони є носіями вірусу. У багатьох соціальна стигма зумовлює тривожність, депресію та посттравматичний стрес. Уроки попередніх епідемій показують, що частота суїцидальних думок, намірів та спроб під час COVID-19 неминуче зростатиме головним чином через стигму.

Для діагностики особливостей горювання від час пандемії S. A. Lee і R. A. Neimeyer (2020) було розроблено Шкалу пандемічного горя (The Pandemic Grief Scale, PGS). Дана методика використовується для вимірювання дисфункціональних симптомів горя через втрату під час COVID-19. Досліджуваним потрібно оцінити, використовуючи 4-бальну шкалу (від 0 зовсім не відчуваю до 3, відчуваю майже щодня), як часто вони відчували кожен симптом горя (наприклад, «Я хотів померти, щоб бути з померлим», «Мені було важко мати позитивні спогади про померлого»). Методика має високу надійність внутрішньої узгодженості (0,86). Опитувальник подано у другому розділі цієї книги.

НЕВИЗНАЧЕНА ВТРАТА ПІД ЧАС ВІЙНИ. ГОРЕ ЛЮДЕЙ, ЧИЇ РІДНІ ЗНИКЛІ БЕЗВІСТИ

Цінністю, мабуть, усіх культур є повернення останків загиблих воїнів, щоб їх можна було поховати з усією шаною тих, хто пожертвував своїм життям за життя інших людей. Це також одна з найбільших образ для ворога - заперечувати таку ритуалізацію.

Існує два основних типи неоднозначної втрати. У першому типі люди фізично відсутні, але залишаються психологічно присутніми. Навіть якщо вони вважаються мертвими, їхні останки так і не були знайдені. Члени сім'ї стурбовані втраченою особою і не думають про щось інше, навіть через роки. У другому варіанті люди сприймаються як фізично присутні, але психологічно відсутні, емоційно та когнітивно недоступні оточуючим. Ці люди можуть мати депресію, залежність або деменцію. Обидва типи неоднозначної втрати можуть мати місце в одній сім'ї. Наприклад, родини, які постраждали від війни, могли включати зниклого члена сім'ї, та настільки стурбовані цим, що дітей ігнорують, і вони відчувають ніби втратили обох батьків – одного фізично, іншого психологічно.

Незважаючи на різні обставини, родини, які залишилися без своїх рідних, мають спільні турботи. Як впоратися? Як вони можуть сумувати, коли немає тіла, щоб поховати? Як ці люди можуть рухатися далі, якщо є навіть віддалена ймовірність того, що зниклий безвісти живий? Які довгострокові наслідки такого роду втрат?

Багато членів родини відчувають почуття безпорадності, депресії та тривоги; конфлікт стосунків; і соматизації. Ці негативні наслідки виникають з кількох причин: неоднозначність вводить в оману; люди не можуть зрозуміти когнітивний сенс ситуації; і незнання того, чи повернеться член сім'ї, заважає реконструкції сімейних і подружніх ролей, правил і ритуалів. Двозначність руйнує звичайні маркери життя чи смерті, тому страждання людини ніколи не підтверджуються. Громада втрачає терпіння через відсутність закриття, а сім'ї стають ізольованими. Неоднозначність змушує навіть найсильніших людей сумніватися у своєму погляді на світ як на справедливе, безпечне та зрозуміле місце. Нарешті, неоднозначна втрата, яка триває протягом тривалого часу, є фізично та емоційно виснажливою.

Ті, хто живе досить добре, навіть коли кохана людина зникла, роблять це, навчаючись утримувати в голові дві протилежні ідеї одночасно. Вони можуть вірити, що їх кохана людина, хоч і мертва, все ще з ними в якомусь сенсі; або вони можуть жити далі, зберігаючи надію знайти тіло. Таке діалектичне мислення добре, оскільки воно починає процес одужання, навіть якщо плутанина зберігається. Єдиний вихід із розпачу – це зачепитися за дві протилежні ідеї. Як сказала одна дружина: «Я мушу рухатися далі і організувати життя без зниклої людини, але в той же час я можу сподіватися і пам'ятати».

По всьому світу терористи викрадають членів сім'ї так часто, що термін «desaparecido» (зниклий безвісти) увійшов до загального словника в Аргентині, Бразилії, Колумбії, Чилі, Панамі, Перу, Мексиці та інших країнах. Етнічні чистки в Косово з усіма їхніми жахами ускладнюються неоднозначними втратами: багато сімей досі шукають близьких, зниклих безвісти в цьому охопленому війною регіоні, а для тисяч американців неоднозначною втратою стали терористичні атаки 11 вересня 2001 року. Нині ця проблема актуальна для України, коли тисячі сімей сподіваються на полон чи аби якусь звістку про зниклих безвісти рідних – військових чи цивільних під час російсько-української війни.

Інша причина полягає в тому, що, як не парадоксально, мати тіло коханої людини дає змогу відпустити його. Примітивна потреба сказати «до побачення» людині більша, коли була глибока прихильність. Теорія прихильності Дж. Боулбі припускає, що неможливо відпустити кохану людину, якщо людина не може активно брати участь у ритуалах вшанування та прощання, які починають процес відчуження.

Довгострокові наслідки для сімей зниклих безвісти надзвичайно схожі в різних часах і культурах. Родинам зниклих безвісти солдатів, можливо, сказали мовчати про обставини їхньої втрати, що може пояснити тривале горе дітей, які постраждали від війни у В'єтнамі майже 30 років потому. В аргентинських родинах десапаресідо психіатри знаходять плутанину ролей (можливо, дядька чи тата), заперечення фактів і почуття провини, якщо людина наважується втратити надію. Ці сімейні розбіжності загрожують постійними проблемами і пригнічують спілкування. Таємниці та мовчання особливо бентежать дітей, а без втручання з часом викликають тривогу та депресію.

Для попередження віддалених наслідків потрібна спеціалізована терапія та підтримка. Традиційно психологи та психотерапевти мають справу з ситуаціями лиха, коли люди зникають. Але тут патологія полягає у зовнішній ситуації, через яку відсутність або присутність близької людини залишається незрозумілою, а не в психіці людини чи функціонуванні сім'ї. Таким чином, терапевти позначають ситуацію як неоднозначну втрату, екстерналізують причину та нормалізують те, що зазвичай вважається індивідуальною та сімейною патологією. Депресія, тривога та сімейні конфлікти сприймаються як симптоми невиправданої ситуації, що породжує безпорадність. Тоді люди

потребують терапії не через психічну слабкість, а через знерухомлюючу двозначність.

Частина терапевтичного завдання полягає в тому, щоб запросити членів родини поділитися своїми думками, навіть якщо вони відрізняються, заохотити терпимість до них і допомогти їм висловити гнів, страх, безпорадність, надію та амбівалентність. Перш за все, неоднозначність позначається як винуватець, щоб заспокоїти самозвинувачення та провину. Пошук сенсу після того, як кохана людина зникла, також вимагає постійної участі в сімейних і громадських ритуалах і святах, пошуку певного духовного чи оптимістичного тлумачення, навчання терпіти невизначеність і участі в розповіданні історій і спогадах. Якщо сім'ї не знайдуть спосіб реконструювати свою власну ідентичність і ролі та функціонувати без зниклої людини, вони вічно чекатимуть – їхнє горе застигне на місці. Завдяки сімейній терапії починається процес горя, і вони починають приймати ідею, що ніколи не дізнаються напевно. Таке прийняття нелегке. Навіть ті, хто йде далі, постійно наполегливо працюють над тим, щоб впоратися зі стресом, пов'язаним із двозначним життям. Професіонали повинні розуміти парадокс: чим більше тиск для закриття, тим більше опору. Людська потреба знайти та поховати кохану людину ілюструє перетин когнітивних та емоційних процесів у близьких людських стосунках – коло прихильності та відчуженості. Професіонали повинні бути терплячими та поважати людей і родини, які мають справу з цим болісним і складним процесом (I. Andersen, B. Poudyal, A. Abeypala, 2020).

Деякі сім'ї самостійно змінюють сприйняття, щоб вирішити, що вони можуть рухатися далі, не знаходячи тіла. Такі зрушення часто полегшуються підтримкою авторитетних людей із владою, які пропонують допомогу щодо вибору, часу та символів. Урна з прахом із «*Ground Zero*», запропонована містом Нью-Йорк кожній сім'ї, де є зникла безвісти людина зі Всесвітнього торгового центру, була одним із прикладів. Сім'ї сперечалися, чи прийняти пропозицію. Один молодий чоловік сказав: «Я вирішив вірити, що частина тіла мого брата знаходиться в цьому попелі», але дружина того самого зниклого чоловіка ні. Слід очікувати різне сприйняття, коли є неоднозначна втрата, і погляд кожної людини, якщо він не загрожує життю, потребує підтвердження.

Іноді заперечення смерті порушується емпірично через повернення до сцени руйнування. Бабуся з Нью-Йорка розповіла про свого 10-річного онука, батько якого зник безвісти. Коли мер Гуліані запросив сім'ї до Ground Zero на церемонію, маленький хлопчик був у захваті; він був упевнений, що зможе знайти свого батька. Його бабуся сказала, що бачила, що його надії великі, тому що він був такий щасливий на поромі, який прямував до місця. Але опинившись там, хлопець побачив гектари руїн і затих. Він зрозумів, що знайти батька безнадійно, і вперше заплакав (A. Arenliu, F. Shala-Kastrati, 2019).

Навчитися жити з цим особливим типом втрати є одним із найбільших викликів для сімей, особливо в цей час тероризму, зовнішньої загрози безпеці

та втрати невинності. Втрата сама по собі досить складна, але додайте до неї двозначності, і результати будуть болісними та знерухомленими навіть через покоління. Наша робота як професіоналів полягає у вирішенні неоднозначної втрати з терпінням, турботою та співчуттям.

АКУСТИЧНЕ НАСИЛЛЯ, АКУСТИЧНИЙ ТЕРОР

Акустичне насилля – допустимість гучності навколо (салюти, гучна музика у тому числі в маршрутках, радіо «Шансон»), базується на тюремних традиціях.

Під час війни звуки – це тло, на якому відбуваються події

Більш виражена форма акустичного насилля – **акустичний терор.**

Росіяни гатять із артилерії по спальних районах міста, де окрім житлових будинків, немає нічого. Основна мета ворога – зламати Харків, залякати харків'ян. Для цього використовується тактика акустичного терору. Тобто обстріли проводяться так, що вибухи було чути в усьому місті, аби складалося враження, що місто оточене.

В Чечні, в Сирії теж застосовувалася тактика акустичного терору – він спрямований не на те, щоб люди тікали, а щоб здавалися. Слово «бахкає» це і є акустичний терор.

Масовані обстріли різними видами зброї ворог починає пізно ввечері, коли відбувається максимізація звукового ефекту, звук лунає начебто звідусіль, люди не знають куди тікати, вони дезорієнтуються. Найбільш сильний акустичний терор у приміщеннях з поганою звукоізоляцією. ***Акустичний терор зумовлює безпорадність*** (навіть не паніку – паніка активна за своєю природою, безпорадність – пасивна, саме вона примушує скласти руки, не діяти).

Натепер немає бібліотеки звуків – що і як звучить: ракета, «град», «смерч», нині існує нагальна потреба у створенні звукових карт кожного прифронтового міста.

Реабілітація після акустичного терору відбувається через нормальний акустичний вплив. Звідси, заборона російськомовної музики – один із шляхів реабілітації, а не просто примха влади чи окремої ланки суспільства.

Один із найвідоміших дослідників акустичного терору – Стів Гудман, діджей та науковець, автор книги «Sonic Warfare» (2009 рік). «Будучи діджеєм і граючи на різних хороших і поганих звукових системах, я дуже добре усвідомлюю той факт, що звук — і музика — не завжди приносять задоволення, насправді звук має дуже особливу силу викликати роздратування, паніку, страх, і навіть відчай». У своїй книзі він розглядає акустичну зброю, музику в брендингу та рекламі, та як інтенсивний звук застосовується різними музичними культурами по всьому світу для формування відчуття «Ми».

В історії акустичної зброї він виділяє три фази розвитку.

1. Починаючи з Другої світової війни, існував підрозділ армії США, який називали Армією привидів. Частиною того, до чого вони були залучені,

був звуковий обман, розміщення гучномовців на полі бою, щоб створити хибне враження обстрілів, дезорієнтувати супротивника.

2. Під час війни США у В'єтнамі існував підрозділ психологічних операцій під назвою Wandering Soul. Його діяльність включала гучномовці, встановлені на вертольоті, які відтворювали імітовані буддійські співи, вигадані звуки мертвих предків бійців В'єтконгу, які розмовляли з ними із потойбічного світу, щоб спробувати переконати їх здатися.

3. Нині це гучні звуки, які лунають звідусіль, вмикаються вони переважно у час, коли людина максимально втомлена, але через звуковий терор не може заснути. Багато в'язнів в Гуантанамо-Бей говорили про звукові тортури як найгірші. Крім того, широко застосовується «культурна чистка» - на початкових етапах окупації гучно вмикається «ворожа», нетипова для даної території, музика.

САМОГУБСТВА ПРИ ПТСР ТА ВТРАТАХ

Майже 1 мільйон людей у всьому світі щороку вмирає через самогубство. Самогубство є однією з десяти головних причин смерті в усіх вікових групах. У всьому світі самогубство входить до трійки головних причин смерті підлітків і молоді. Протягом 2008-2009 років 8,3 мільйона людей старше 18 років у Сполучених Штатах (3,7% дорослого населення США) повідомили, що мали суїцидальні думки за останній рік, і приблизно 1 мільйон осіб (0,5% дорослого населення США) повідомили, що робили суїцидальні спроби. За цей же період було зареєстровано трохи менше 37 000 смертей внаслідок самогубства (завершених самогубств), і майже в 20 разів більше, ніж кількість звернень у відділення невідкладної допомоги після несмертельних спроб самогубства.

Найпоширенішими методами самогубства є вогнепальний постріл, повішення, передозування наркотиків або інше отруєння, стрибок з висоти, асфіксія, утоплення, знекровлення та ураження електричним струмом. Існують інші непрямі методи, якими можуть скористатися деякі люди, наприклад, необачна поведінка або неприйняття життєво необхідних ліків. Багато самогубств залишаються незареєстрованими, оскільки буває важко ідентифікувати непрямі спроби самогубства як самогубство, і навіть деякі з більш прямих методів самогубства можуть не бути чітко ідентифікованими спробами. Наприклад, передозування наркотиків або спроби зіткнення з транспортним засобом є більш пасивними методами, і може бути важко визначити, чи була подія спробою суїциду чи нещасним випадком. І навпаки, випадкове передозування наркотиків часто можна сплутати зі спробами самогубства. Якщо померлий залишив записку або розповів комусь про свої плани чи намір покінчити життя самогубством, це може допомогти тим, хто залишився, тим, хто пережив самогубство, відрізнити спробу від нещасного випадку, але часто такого пояснення немає.

Майже 90% усіх самогубств пов'язані з діагностованим розладом психічного здоров'я або зловживанням психоактивними речовинами. Вразливість, що лежить в основі суїцидальної поведінки, є предметом

інтенсивного дослідження та включає біологічні, соціальні та психологічні фактори. Хоча депресія та біполярний розлад є найпоширенішими розладами серед людей, які намагаються вчинити самогубство, ті, хто намагається вчинити самогубство, також можуть страждати від зловживання психоактивними речовинами. Поширеними темами серед тих, хто намагається зробити самогубство, є відчуття безнадійності, відчаю та ізоляції від родини та друзів. Незважаючи на всі зусилля близьких і професіоналів, щоб підтримати їх у їхніх стражданнях, самогубці часто не можуть чітко й раціонально мислити через свій біль (M. Pompili, L. Sher, 2013).

Перше, дослідження всіх випадків самогубства в період з 1994 по 2006 роки, показало, що ймовірність смерті в результаті самогубства була в 5,3 рази вищою в тих, у кого був діагностований посттравматичний стресовий розлад, порівняно з тими, хто не мав його. Загалом чоловіки частіше вчиняють самогубство, ніж жінки. Наприклад, у 1999-2010 роках середній рівень самогубств серед чоловіків у США становив 19,4% на кожні 100 000 порівняно з 4,9% на кожні 100 000 жінок. Різниця в рівнях самогубств між чоловіками та жінками також справедлива серед ветеранів.

Виявлено, що дитяча травма передбачала суїцидальну поведінку у жінок, але не у чоловіків (S. J. Weiss, 2022). Гендерні відмінності також спостерігалися у шведській загальній вибірці населення, в якій було виявлено, що специфічні травми є характерними для тих, хто провокує посттравматичний стресовий розлад у жінок (згвалтування та інше сексуальне насильство) і чоловіків (бойовий досвід), і що жінки з посттравматичним стресовим розладом повідомляють про значно вищий рівень інтенсивність травми (відчутний дистрес, пов'язаний із цією травмою), ніж чоловіки з ПТСР. Ми припускаємо, що природа травм, характерних для жінок, у яких згодом діагностовано посттравматичний стресовий розлад, і рівень дистресу, який вони відчувають у зв'язку з цією травмою, можуть сприяти відносно більшому ризику самогубства, і що це може ускладнюватися стигмою, соромом.

Переживання травми може збільшити ризик самогубства людини. Наприклад, є докази того, що насильство в дитинстві та сексуальні травми можуть збільшити ризик самогубства людини. Серед ветеранів деякі дослідження виявили, що бойова травма пов'язана із самогубством, тобто, якщо у людини було важке поранення, у неї вищі шанси на спробу самогубства, ніж у людей, які цих поранень не зазнали.

Чому ризик самогубства вищий у тих, хто пережив травму? Це може бути через симптоми посттравматичного стресового розладу або через інші проблеми з психічним здоров'ям, як-от депресія. Деякі дослідження пов'язують ризик самогубства в тих, хто страждає на посттравматичний стресовий розлад, із сумними спогадами про травму, гнівом і поганим контролем імпульсів. Для ветеранів із посттравматичним стресовим розладом найсильнішим зв'язком як із спробами самогубства, так і з думками про самогубство є почуття провини, пов'язане з боєм, з так званою морально травмою, описаною нами вище.

Ті, хто пережив самогубство, часто стикаються з унікальними проблемами, які відрізняються від тих, хто зазнав тяжкої втрати через інші види смерті. На додаток до неминучого горя, смутку та зневіри, типових для будь-якого горя, непереборна провина, збентеження, неприйняття, сором і гнів також часто помітні. Ці хворобливі переживання можуть бути ще більше ускладнені наслідками стигми – родини, чий рідний зробив спробу самогубства. Задля уникнення стигматизації такі родини часто приховують причину смерті їхнього рідного, а отже процес відновлення, адаптації до втрати у них проходить значно важче.

Більшість тих, хто пережив самогубство рідних, страждають від потреби осмислити смерть і зрозуміти, чому ті, хто завершив самогубство, вирішили покінчити з життям. Повідомлення, залишене покійним, могло б допомогти тим, хто вижив, зрозуміти, чому їхня кохана вирішила покінчити з собою. Навіть з такими поясненнями часто залишаються питання без відповіді, які ті, хто вижив, відчувають, невизначеність ситуації, включаючи їх власну роль у послідовності подій. Іншою поширеною реакцією на самогубство близької людини є переоцінка власної відповідальності, а також почуття провини за те, що ви не змогли зробити більше, щоб запобігти такому результату. Ті, хто вижив, часто не усвідомлюють багатьох факторів, які сприяли самогубству, і ретроспективно бачать речі, про які вони, можливо, не знали до події. Ті, хто вижив, часто відтворюють події аж до останніх моментів життя своїх близьких, шукаючи підказки та попередження, які вони звинувачують у тому, що їх не помітили або сприйняли досить серйозно. Вони можуть згадувати минулі розбіжності чи суперечки, невиконані плани, невідповідні дзвінки, несказані слова та розмірковувати про те, якби вони зробили або сказали щось інакше, можливо, результат був би іншим. Батьки, які втратили дитину внаслідок самогубства, можуть бути особливо уражені почуттям провини та відповідальності. Вони часто думають: «Якби я тільки не втратив самовладання» або «Якби я був поруч більше». Смерть дитини є, мабуть, найважчим типом втрати, яку може зазнати людина, особливо коли смерть сталася внаслідок самогубства. Дійсно, було встановлено, що вік померлого самогубця є одним із найважливіших факторів, що передбачають інтенсивність горя. Хоча почуття провини не є реакцією горя, характерною для смерті внаслідок самогубства, нерідко люди, які пережили, розглядають самогубство як подію, яку можна запобігти. Таким чином, для тих, хто вижив, легко самозвинуватити себе (E. A. Stefanovics, M. N. Potenza, 2023).

У тих, хто пережив суїцид, частіше, ніж у інших осіб, які втратили близьких, розвиваються симптоми посттравматичного стресового розладу. Більшість методів суїциду включають значні тілесні ушкодження. Іноді ті, хто вижив, стають свідками останнього акту або першими знаходять труп. Ті, хто залишився шукати тіло померлого, намагаються викинути зі своєї свідомості жахливі образи. За таких обставин виникає травматичний дистрес, позначений страхом, жахом, вразливістю та розпадом когнітивних припущень. Одна з тих, хто вижив, розповіла нам зворушливу історію про свого хлопця, який відразу після розриву піднявся на сусідній міст і стрибнув на смерть, а вона дивилася

на це в жаху. Несподівано її горе було переповнене такими симптомами травми, як заклопотаність нагадуваннями, сповнені жаху спогади, уникнення високих місць та інші нагадування. Після смерті в результаті самогубства теми насильства, віктимізації та волі (тобто вибір смерті замість життя, як у випадку самогубства) є звичайними і можуть змішуватися з іншими аспектами горя. Зневіра, розпач, симптоми тривоги, заклопотаність померлим та обставинами смерті, відсторонення, підвищене збудження та дисфорія є більш інтенсивними та тривалішими, ніж за нетравматичних обставин.

ПОШИРЕНІ ПОМИЛКОВІ УЯВЛЕННЯ ПРО САМОГУБСТВО

Певні неправильні уявлення про самогубство можуть ускладнити отримання чи надання допомоги. Відокремлення правди від вигадки може зменшити стигматизацію та сприяти в отриманні підтримки.

Міф: Самогубство сплановане, а не імпульсивне.

Факт: Дослідження показують, що між думкою про самогубство та дією може пройти менше 10 хвилин. Важливо втручатися, коли хтось говорить про самогубство.

Міф: Володіння вогнепальною зброєю не пов'язане з ризиком самогубства.

Факт: Хоча володіння вогнепальною зброєю не викликає суїцидальних настроїв, доступ до зарядженої вогнепальної зброї підвищує ризик смерті внаслідок самогубства в чотири-шість разів.

Міф: Більшість смертей від вогнепальної зброї в армії трапляється під час бою.

Факт: Більшість смертей військовослужбовців від вогнепальної зброї – 83% – є результатом самогубства.

Міф: Людина, яка ризикує вчинити самогубство, знайде інший спосіб, якщо ви заберете у неї вогнепальну зброю.

Факт: Дослідження показали, що без доступу до вогнепальної зброї чи інших смертельних засобів людина, яка ризикує вчинити самогубство, як правило, не шукатиме інших засобів.

Міф: Рівень самогубств серед військових вищий, ніж серед населення в цілому.

Факт: Якщо взяти до уваги різницю у віці та статі, рівень самогубств серед військових є приблизно таким самим або нижчим, ніж серед населення України.

Міф: Участь у бойових діях підвищує ризик самогубства.

Факт: Хоча це може здатися безсумнівним фактом, дослідження показують, що участь у бойових діях не пов'язана з ризиком самогубства серед військовослужбовців.

Міф: Більшість військовослужбовців, які покінчили життя самогубством, мали психічні захворювання.

Факт: Менше половини військовослужбовців, які померли внаслідок самогубства, мали психіатричний діагноз.

Міф: Лише психіатри можуть допомогти тим, хто має наміри здійснити суїцид.

Факт: Кожен відіграє роль у запобіганні самогубствам, включаючи друзів, родину, товаришів по службі, психологів, священиків, лікарів (не обов'язково психіатрів).

Міф: Розмови про самогубство лише сприятимуть йому.

Факт: Розмова про самогубство в формі підтримки не призведе до самогубства. Це дасть людині можливість висловити свої думки та почуття та отримати необхідну допомогу та підтримку, а головне зрозуміти – що вона не лишається на самоті зі своїми проблемами.

ТРАВМІВНА ІДЕНТИЧНІСТЬ

Незважаючи на те, що симптоми посттравматичного стресу (ПТС) можуть відрізнятися у різних культурах, існують надійні міжкультурні та історичні докази того, що екстремальний травматичний досвід може спровокувати надзвичайний психологічний дистрес, який, однак не є неминучими, а отже травматичні події не завжди мають несприятливі психологічні наслідки. Зокрема, деякі травмовані групи населення не тільки демонструють стійкість, але й повідомляють про посттравматичне зростання (PTG) у відповідь на досвід екстремальних подій. Дійсно, у переважної більшості осіб, які зазнали насильницьких або небезпечних для життя подій, не розвивається посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), натомість у багатьох виникають короткочасні або субклінічні стресові реакції, які часто зникають спонтанно, без психологічних чи медичних втручань.

Ми базуємось на концепції зв'язку соціальної ідентичності зі здоровям (T. Cruwys, C.Haslam, 2023), за яким інтерналізована групова приналежність (тобто, соціальна ідентичність) може бути попередником, посередником і результатом пережитої травми. І хоча ми стверджуємо, що членство в групі та соціальна ідентичність є основою реакцій на екстремальний стрес, у представленому аналізі ми орієнтуємося на роль соціальних ідентичностей та пов'язаних з ними ресурсів, що походять від членства в групі, як посередників зв'язків між травматичним досвідом і посттравматичними наслідками. Ми використовуємо термін «ресурси соціальної ідентичності» для опису соціально-психологічних можливостей, які випливають із внутрішнього членства в групі, таких як підтримка, солідарність і приналежність. Це дозволяє нам інтегрувати всі групові ресурси, такі як соціальний капітал, соціальні зв'язки та відчуття спільноти, для аналізу посттравматичних реакцій. Ми стверджуємо, що структура соціальної ідентичності забезпечує корисну перспективу для розуміння різної реакції на травматичний досвід.

Підхід до травми на основі соціальної ідентичності. Сприйняття та досвід травматичних подій структурований членством у групі

Підхід соціальної ідентичності підкреслює важливість членства в групі для повсякденного життя, а отже й для здоров'я. Зокрема, у Північній Ірландії у 1980-х і 1990-х роках діти-католики більше боялися військових і бомбардувань, ніж діти-протестанти. Проте протестантські діти з низьким

рівнем доходу частіше переживали травмівні події, ніж протестанти із середнім доходом або католики будь-якої групи доходу. Загалом діти-католики пережили більше травмівних подій, ніж діти-протестанти (2,56% проти 2,38%). Ці результати свідчать про те, що навіть серед дітей віком до восьми років ризик зіткнутися з травмівною подією, зумовленою політичним насильством у Північній Ірландії, залежав від членства в групах, пов'язаних з релігією та соціальним класом (O. T. Muldoon, K. Trew, 2000). Отже, можемо стверджувати, що *на сприйняття подій, пов'язаних із різними видами конфліктів, впливають членство в групі та зумовлені ним міжгрупові емоції. Таким чином ми розглядаємо концепцію ідентичності Теджфела у безпосередньому зв'язку із теорією міжгрупових емоцій.* Зазначимо, що *кожна подія у житті людини – це досвід*, який зумовлює різний рівень стресу, а отже й по різному впливає на ефективність функціонування людини, зокрема й у кризових ситуаціях. На прикладі Північної Ірландії вчені показали, що діти-католики оцінили три з шести подій («солдати на вулиці», «зупинка на блокпостах» і «потрапити в заворушення») як більш стресові, ніж діти-протестанти, враховуючи, що «солдати» були представниками власне сил безпеки Північної Ірландії, можна стверджувати, що діти з католицьких сімей менше довіряли силам безпеки своєї країни, ніж діти з родин протестантів. Дівчата, зазвичай, вважають більш стресовими три події («ймовірність бомбардування», «затримання поліцією» та «солдати зі зброєю»), натомість для хлопців, це лише частина життя, яка зумовлює невисокий рівень стресу. Зазначимо, що у Північній Ірландії католики є групою меншості, натомість протестанти – більшості, тобто бути католиком (група меншості) асоціювалася з підвищеним відчуттям загрози та страху порівняно з тим, щоб бути протестантом (група більшості). У цьому випадку діти, які проживали в одній зоні конфлікту, мали дуже різний досвід залежно від своєї статі, класу та релігійної приналежності. У сукупності ці висновки вказують на важливу роль, яку відіграє *членство в групі у формуванні впливу та інтерпретації травматичних подій*.

Реакції на травму структуровані соціальною ідентифікацією з групами, що мають відношення до травми.

Самокатегоризація з точки зору певної соціальної ідентичності (наприклад, «ми біженці») забезпечує основу для інтерпретації досвіду людини, включно з травматичним досвідом. Тобто травматичні події оцінюються не лише індивідуально, але й через призму членства в певній групі. Теорія самокатегоризації може допомогти пояснити, коли членство в групі може бути основою для оцінки та які соціальні ідентичності формують реакції на травму. Наприклад, принципи відповідності соціальних категорій (R. Spears, 2021) припускають, що людина, швидше за все, визначить себе як члена певної політичної групи на марші протесту, а не на футбольному матчі, натомість на стадіоні здебільшого збираються «фани», а не «члени політичних партій». Ми стверджуємо, що психологічні наслідки травми можна передбачити за приналежністю людини до груп, які підтримують певний соціальний і політичний світогляд. Зокрема, серед тих, хто зазнав катувань у

своїх країнах, політичні активісти, як правило, мають меншу симптоматику посттравматичних реакцій, ніж неактивісти, незважаючи на те, що саме активісти часто зазнають жорстоких тортур. Таким чином, незважаючи на тривалий вплив серйозних травматичних переживань, рівень посттравматичного стресового розладу серед активістів був помірним, а не важким, а ті, хто сильно відданий своїй справі, мають найменшу ймовірність прояву симптомів. Таким чином, наше припущення полягає в тому, що якщо травма зміцнює почуття приналежності людини до референтної групи, це, як правило, зменшую ризик ПТС. Однак, якщо травма ставить під загрозу приналежність до цінної або значимої групи, це, як правило, збільшує ризик ПТС.

У випадку травми досвід інших членів групи також може мати вплив на ширшу групу. Особиста доля людини стає психологічно пов'язаною з долею інших членів групи через соціальну ідентифікацію. Зараз у Північній Ірландії широко використовуються три національні категорії: британська, ірландська та північно ірландська. Самовіднесення до британців чи ірландців, як правило, асоціюється з давніми опозиційними міжгруповими установками, тоді як сприйняття себе північно ірландцями є відносно новою національною ідентичністю, пов'язаною з інклюзивними та соціально прогресивними установками. Це узгоджується з історичним контекстом, де британська та ірландська ідентичності (а не північно ірландська ідентичність) використовуються для створення та сприяння усвідомленню ворожнечі конфлікту. По суті, ми бачимо, що *лише тоді, коли група має відношення до травми, соціальна ідентифікація з цією групою опосередковує вплив травматичного досвіду.*

Реакції на травму структуровані ресурсами соціальної ідентичності

Ресурси соціальної ідентичності – це психологічні та соціальні ресурси, зумовлені членством та ідентифікацією з соціальними групами (C.Haslam, S. A. Haslam, J. Jetten, 2021). Коли люди самокласифікують себе за членством у певній групі, це стає основою для того, щоб вони відчували зв'язок з іншими членами групи. Це, у свою чергу, забезпечує доступ до психологічних ресурсів, які захищають благополуччя в контексті травмуючих подій. *Ресурси соціальної ідентичності включають, серед іншого, відчуття приналежності, відчуття передбачуваної ефективності, пов'язане з соціальною ідентифікацією, а також досвід підтримки, довіри та солідарності, безпосередньо пов'язаний із відчуттям спільної ідентичності.* Соціальна ідентифікація може бути важливою основою для доступу людей до цих ресурсів у спосіб, який допоможе їм протистояти наслідкам загрози, втрати та травми. Так само ідентифікація може бути джерелом уразливості в контексті травми, особливо коли люди не можуть отримати підтримку з боку груп, з якими вони себе ідентифікують. На прикладі згвалтування чоловіків і жінок у контексті війни це можна легко проілюструвати. Під час війни зґвалтування є особливо сильною зброєю, оскільки воно зумовлює переживання сорому серед жертв, що руйнує сімейні узи, які за інших обставин могли б бути ключовим джерелом сили та стійкості. Жінки, які

зазнали сексуального насильства під час війни на Балканах, часто не отримували підтримки своєї громади, натомість підримувалися іншими жінками з подібним досвідом і навіть без нього. Натомість зґвалтування чоловіків ставить виклик їхній соціальної ідентичності, пов'язаної з маскулінністю (M. Creamer, P. Burgess, A. C. McFarlane, 2001), тож відповідно позбавляє соціальної підтримки як з боку громади, так і з боку інших чоловіків.

Розуміння травматичних реакцій як процесу зміни соціальної ідентичності.

У наративних розповідях травма часто розглядається як «зміна життя», яка викликає тривогу і, отже, є потенційною загрозою для здоров'я. Втім, життєві зміни матимуть мінімальний або навіть позитивний вплив на здоров'я, якщо вони в кінцевому підсумку призведуть до покращення соціальної ідентичності. Тобто, *зміни соціальної ідентичності, що відбуваються внаслідок травми, можуть впливати на посттравматичні траєкторії.*

Протективні чинники безперервної соціальної ідентичності:

- членство в декількох групах, з якими людина себе ідентифікує (вона може залучити більше психологічних ресурсів, намагаючись впоратися з конкретною зміною життя);
- членство в нових соціальних групах на противагу самоізоляції (це особливо важливо, якщо деякі значущі та цінні групи втрачаються в результаті відповідної зміни життя);
- активність людини на противагу її пасивності.

Звідси, **траєкторії травми структуровані трьома ключовими процесами**:

(а) безперервність соціальної ідентичності (проти розриву);

(б) набуття соціальної ідентичності (проти втрати);

(в) активізація соціальної ідентичності і посттравматичне зростання.

Посилення соціальної ідентичності: ***набуття нової соціальної ідентичності зменшує посттравматичний стрес.***

У контексті травматичних подій безперервність не завжди досяжна або бажана. Нерідко люди втрачають стару ідентичність або відмовляються від неї через травматичні зміни життя (наприклад, у результаті травми). Однак для того, щоб нові соціальні групи забезпечили позитивну основу для підтримки, вони повинні бути сумісні з членством у існуючих групах. Наприклад, членство у групі дружин військових може зробити жінку більш відкритою для приєднання до громадської групи вдів військових. І це більш імовірно, якщо жінок, які щойно втратили своїх чоловіків на війні запрошують приєднатися до нової групи жінок, які вже мають досвід «бути вдовами». Однак там, де нова і стара ідентичність суперечать одна одній, напруга між попередньою та теперішньою ідентичностями заважає членству в новій групі стати позитивним ресурсом. Наприклад, якщо в спільноті сусідів по вулиці хтось виявився зрадником, людині складніше буде знову відчувати безпеку у стосунках з новими сусідами. Тож, ми припускаємо, що нові ідентичності зменшують вплив травматичних подій і сприяють стійкості, коли їх можна

інтегрувати з уже існуючими ідентичностями та/або забезпечити доступ до ресурсів, заснованих на ідентичності.

Активізація соціальної ідентичності: ***покращення якості та/або цінності соціальної ідентичності посилює посттравматичне зростання.***

Травма може зумовити посттравматичне зростання, яке виникає через спроби адаптуватися до травматичної події та викликані нею страждання і розлади; нами доведено, що посттравматичні роздали є необхідною передумовою для посттравматичного зростання (С. Лукомська, О. Мельник, 2018). Це відбувається тому, що надзвичайний дистрес після травми спонукає до переоцінки власного самовідчуття, процес, який представляє як серйозний розрив в особистісній ідентичності, так і дає можливість інтегрувати та переоцінити себе у світлі травми. *Посттравматичне зростання передбачає три ключові аспекти: (а) зміну поглядів на себе, що включає більше усвідомлення можливостей і мети життя, (б) збагачені зв'язки з іншими та (в) зміну життєвих пріоритетів*. Звідси, стикаючись з травмою, людина часто стикається й з необхідністю зміни соціальної ідентичності, яка, у свою чергу, є засобом посттравматичного зростання. Дійсно, підтверджуючи таку можливість, багато людей, які постраждали від травми, повідомляють, що вони більше не бачать себе тією ж людиною, якою вони були до травми. Зокрема, іноді вони повідомляють про зміни, які відображають більш позитивний погляд на їхнє соціальне «Я», їхні стосунки з іншими, а також на їх роль і місце у світі.

У сукупності наведений вище аналіз вказує на новий спосіб мислення про травму, який зосереджується на оцінці її соціально-психологічних вимірів, особливо тих, які стосуються соціальної ідентичності людей, які пережили травму. Серед іншого, це має потенціал для покращення нашого розуміння дуже різних траєкторій травм, які є очевидними, навіть коли люди переживають ту саму травму. Наприклад, ми знаємо, що вплив травматичного досвіду можна пом'якшити за допомогою доступу до ресурсів соціальної ідентичності, таких як міцність соціальної ідентифікації людини з відповідними групами, пов'язаними з травмою, доступ до групової соціальної підтримки, їх відчуття спільної долі та спільного досвіду, заснованого на ідентичності і групова довіра. Ми також знаємо, що слабша реакція на травму більш ймовірна, коли травма компрометує цінні соціальні ідентичності. **Тому, вкрай важливо, щоб концептуалізація посттравматичного стресового розладу не відокремлювала травмованих осіб від соціального контексту, в якому вони пережили травму.** Наголошувати на ролі окремих патологій, нехтуючи роллю, яку відіграють ширші суспільні практики та структурні фактори, які сприяють породженню та лікуванню травм, ставить під загрозу як наше наукове розуміння, так і ефективну практику. Наш аналіз також вказує на необхідність розгляду ролі клініциста в оцінці ПТСР. Клініцисти часто оцінюють своїх пацієнтів з точки зору потенційної небезпеки травмівних подій, однак вони можуть не сприйматися клієнтом таким чином. Ця оцінка є функціональною з точки зору посттравматичного стресового розладу, але значною мірою залежить від соціального розуміння того, що є нормальним і

очікуваним (наприклад, у мирний час та під час війни, в Руанді чи в Україні). Тут почуття людини щодо її країни, статі, професійної групи чи сусідства може допомогти їй і клініцисту зрозуміти подію. Крім того, відчуття негараздів як центрального для того, «хто ми є», також може дозволити людям зрозуміти свій досвід.

Є також багато перспективних методологічних проблем. Як ми намагалися підкреслити, соціальні ідентичності – це динамічні конструкції, які виникають і розвиваються різними шляхами. Травматичні контексти також можуть формувати ці конструкції. Таким чином, динамічні ідентичності використовуються стратегічно для зміни позиції групи. Однак, якщо умови поляризовані (як це часто буває в конфліктних ситуаціях) між чоловіками та жінками, католиками та протестантами або чорними та білими, претензії групи на роль жертви можуть посилити міжгрупову напругу. Ця напруга посилюється тим фактом, що часто дві групи, які займають полярні позиції, не розумітимуть життєвого досвіду одна одної. Однак, ці позиції також можна розглядати як продукт хибних подвійних зв'язків, які часто виникають у поляризованих ситуаціях, коли все поляризується без наявності континуума варіантів (жертва-кривдник, ПТСР-не ПТСР, депресія-щастя). Таким чином, краще думати про групи вздовж континууму і розуміти травму з посиланням на витрати та вигоди, пов'язані з цими різними позиціями ідентичності. Методологічно динамічний характер соціальної ідентичності також створює труднощі. Динамічну конструкцію ідентичності важко виміряти та керувати нею. Дослідники мають бути відкритими для роботи на стику політики, соціології та психології. На сьогодні наукова література в основному підкреслює той факт, що травма та ідентичність пов'язані з негативними соціальними установками та наслідками. Однак, ми також припускаємо, що травма може, коли вона стимулює зростання соціальної ідентичності, зрештою сприяти позитивним результатам і прогресивним формам соціальних змін.

Ці питання нещодавно вийшли на перший план перед обличчям пандемії COVID-19 та російсько-української війни. Маємо сильне відчуття, що нинішня колективна травма матиме наслідки для соціальної ідентичності населення всього світу. Ми сподіваємося, що нинішні кризи зумовлять різні форми колективного посттравматичного зростання, яке може включати більше усвідомлення колективних можливостей і цілей, збагачене відчуття себе як членів групи з покращеними зв'язками з іншими членами групи. Таким чином, зростання соціальної ідентичності є насправді важливим рушієм соціальних і політичних дій. Важливо, що це також може сформулювати зв'язок між психологічним розладом, пов'язаним із травмою, та зміною колективних соціальних чи політичних пріоритетів.

1.3 РЕСУРСИ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Натепер у психології не існує єдиного, усталеного визначення поняття «ресурс», зазвичай його зміст залежить від теоретико-методологічного напрямку досліджень авторів. Цікавим є й той факт,що в різних країнах даний концепт має різне змістовне забарвлення, так у німецькій психологічній школі,

на ресурсах акцентується насамперед в контексті психотерапії, особливо дитячої. B. Klemenz розрізняє ресурси довкілля (наприклад, позитивні стосунки) та особистісні (фізичні та психологічні ресурси), натомість U. Willutzki виділяє три типи ресурсів: внутрішньоособистісні, міжособистісні та зовнішні. Внутрішньоособистісні ресурси описують сили та здібності людини (наприклад, вправність у вирішенні проблем), тоді як міжособистісні стосуються досвіду особистості у стосунках, а зовнішні – містяться у соціальному, культурному та фізичному середовищі.

Ресурси пов'язані з позитивним впливом і тимчасово обмежені. Цей аспект обмеження часу підкреслює, що ресурси не обов'язково є стабільними рисами особистості, хоча стабільні фактори, безперечно, також можуть представляти ресурси. Крім того, ресурси можна визначити з точки зору їх індивідуальності, оскільки існують міжособистісні відмінності щодо того, чи сприймається щось як ресурс. Наступний аспект стосується функціональності та корисності ресурсів, які повинні допомогти в досягненні особистих мотивів і цілей. Функціональність ресурсів також відіграє важливу роль у контексті подолання, при цьому ресурси розглядаються як фактори стійкості, які допомагають підтримувати або швидко відновлювати психічне здоров'я під час і після впливу стресових життєвих обставин.

Реалізація ресурсів є мірою ступеня відповідності цілям і основним потребам людини. На відміну від ресурсів як таких, які можуть сприйматися як суб'єктивно людиною, так і об'єктивно зовнішнім спостерігачем, реалізація ресурсу стосується виключно суб'єктивного досвіду використання ресурсів для задоволення основних потреб. Реалізація ресурсів не означає визнання ресурсів, а скоріше описує активне використання ресурсів, яке може відбуватися як на рівні дії (наприклад, зустріч з друзями), так і на розумовому рівні (наприклад, оптимізм). Різноманітні дослідження показали, що реалізація високих ресурсів (наприклад, використання гумору або контакт із партнером або домашнім улюбленцем) може бути центральним захисним фактором проти розвитку психопатологічних симптомів шляхом буферизації негативного ефекту симптомів.

На пострадянських теренах «ресурс» часто використовується як синонім слова «потенціал» (А. Адлер, З. Фройд та ін.). У психології праці воно базується на розумінні того, що для успішного виконання професійної діяльності, особливо в несприятливих умовах, людина змушена використовувати внутрішні потенціали, наявні у неї резерви і додаткові ресурси (внутрішні та зовнішні).

Загальнонаукове вживання поняття «потенціал» своїм корінням сягає в філософію Аристотеля, який розглядав «акти і потенції особистості». За Аристотелем, буття ділиться на «потенційне» і «актуальне», а особистісний розвиток розглядається як процес переходу від першого до другого. В. Ганзен і Л. Головей використовують поняття «потенціал розвитку», окреслюючи детермінанти і потенції (потенціали) індивідуального розвитку людини. Потенціали розвитку включають індивідуальні, суб'єктні і особистісні особливості, які, перетворюючись під впливом діяльності, складають

своєрідне поєднання потенціалів розвитку людини. У науковій психології дослідники розкривають поняття «особистісний потенціал» (при аналізі кар'єрного успіху, Л. Почебут, В. Чикер), «потенціал особистості» (при аналізі саморегуляції (Д. Леонтьєв), а також поняття «інтелектуальний потенціал», «інтелектуально-особистісний потенціал» (Т. Корнілова), «творчий потенціал» тощо. А. Маклаков ввів поняття «особистісний адаптаційний потенціал», під яким розуміється взаємопов'язані особливості особистості, що визначають ефективність адаптації та ймовірність збереження професійного здоров'я. До складу адаптаційного потенціалу він відносить такі показники як рівень нервово-психічної стійкості; самооцінку; рівень конфліктності; морально-етичні якості; орієнтацію на існуючі норми поведінки.

Загалом поняття «ресурс» походить з французької, де означає «допоміжний засіб» (зі старофранцузького *ressourde* підійматися, яке походить від лат. *resurgere* знову підійматися; знову виникати). J. P. Booto Ekionea, G. Fillion акцентують на поступовому розвитку внутрішніх ресурсів особистості, так, на їхню думку, активізація ресурсів починається із інтересу, цікавості та схильності до ризику; далі ключовим аспектом стає інтелектуальна гнучкість і здатність адаптуватися до різних контекстів; співпраця, взаємоповага і емпатія уможливлюють активізацію ресурсів міжособистісних, а цінності справедливості та толерантності регулюють функціонування соціальних і довкіллєвих ресурсів.

ПСИХОЛОГІЧНІ ПОТРЕБИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Відповідно до І. Стауба (1989), люди мають набір фундаментальних психологічних потреб, які вимагають задоволення, включаючи потреби в безпеці, позитивній ідентичності, ефективності, автономії, приналежності, трансцендентності та розумінні реальності.

Коли їхні основні потреби задовольняються конструктивно, люди отримують відчуття благополуччя. Але окрім індивідуального благополуччя, коли їхні потреби задовольняються конструктивно, люди формують здатність до ефективної та продуктивної участі в суспільстві. Наприклад, почуття безпеки та позитивна ідентичність дозволяє людям бути відкритими для інших і зосереджуватися на добробуті інших, а не виключно на собі. З цих причин позитивне задоволення основних потреб є основою для просоціальної поведінки та зростання згуртованих сімей і спільнот. З іншого боку, коли потреби незадоволені, люди можуть звернутись до власних груп і шукати задоволення своїх потреб у спосіб, який применшує або завдає шкоди іншим через відстоювання ексклюзивних ідеологій. Фрустрація базових психологічних потреб у поєднанні з іншими сприяючими факторами часто є основою для масового насильства. Як сформулював І. Стауб, фрустрація та задоволення базових психологічних потреб мають потужний зв’язок із рівнем згуртованості та агресії в суспільстві. Отже, ми вважаємо, що увага до цих потреб є критичною проблемою в постконфліктних умовах для втручання, спрямованого на захист, відновлення та запобігання майбутнім кризам. У

наступній таблиці наведено короткий огляд вибраної підмножини повного спектру базових психологічних потреб, сформульованих І. Стаубом:

Базові психологічні потреби	Опис
Безпека (Security)	Усвідомлення відсутності фізичної та психологічної загрози та здатність задовольняти основні біологічні потреби
Ефективність (Effectiveness)	Здатність захистити себе, досягти важливих цілей і мати потенційний вплив на суспільство
Позитивна ідентичність (Positive Identity)	Позитивна «Я-концепція»; усвідомлення своїх позитивних і негативних якостей в їх єдності та безперервності
Позитивний зв'язок (Positive Connection)	Здатність формувати тісні зв'язки з іншими особами чи групами
Осмислення реальності (Comprehension of Reality)	Розуміння людей, світу та свого місця в ньому; відчуття значущості

БАЗОВІ ПСИХОЛОГІЧНІ ПОТРЕБИ (E. Staub):

Безпека – усвідомлення відсутності фізичної та психологічної загрози;

Ефективність – здатність захистити себе, досягти важливих цілей і мати потенційний вплив на суспільство;

Позитивна ідентичність – усвідомлення своїх позитивних і негативних якостей в їх єдності та безперервності;

Позитивний зв'язок – здатність формувати тісні зв'язки з іншими особами чи групами;

Осмислення реальності – розуміння людей, світу та свого місця в ньому.

Структура основних психологічних потреб є цінним підходом до відновлення екології навчання. Він не стосується змісту навчання дітей; скоріше, умов, за яких навчання може бути ефективним у різних типах освітнього середовища. Традиційно, шкільне навчання має мало спільного із задоволенням психологічних потреб. Нормативна практика сучасної школи, як правило, відокремлює психосоціальне благополуччя від навчання, оскільки навчання часто розглядається як питання індивідуального здобуття знань або навичок, відокремлених від соціального контексту. У світлі нещодавніх подій, коли війна стала ключовим аспектом життя всіх українських дітей, варто почати думати про навчання по-іншому, таким чином, щоб поєднати навчання з позитивним задоволенням основних психологічних потреб. Ми вважаємо, що умови, які задовольняють основні психологічні потреби, також є умовами для змістовного навчання.

Безпека. Безпека передбачає відсутність загрози. З фізіологічної точки зору загроза може обмежити здатність до навчання. В умовах загрози людський мозок має тенденцію «змінюватися», тобто втрачати здатність до творчості та синтезу вищого порядку, оскільки він шукає безпеки у знайомих моделях. Оптимальне навчання потребує безпечного середовища, яке дозволяє учню вийти за межі відомого в створенні нового розуміння.

Позитивний зв'язок. Одним із фундаментальних принципів, які випливають із досліджень навчання в професійному робочому середовищі, є те, що навчання є соціальним явищем, що виникає внаслідок включення в спільноти, які мають спільну діяльність. Наші почуття позитивного зв'язку, причетності мають потужний вплив на напрямок нашого навчання.

Позитивна ідентичність. Навчання сприяє формуванню ідентичності. Ми схильні навчатися тому, що відповідає нашому самопочуттю та людині, якою ми прагнемо стати. Оскільки наше почуття ідентичності формує те, що має для нас значення, питання ідентичності знаходяться в центрі нашого вибору щодо того, чого ми хочемо навчитися. Частково ми задовольняємо потребу в позитивній ідентичності, приєднуючись до груп, які ми цінуємо, незалежно від того, чи то збройні організації, чи неурядові організації, і наше навчання дозволяє нам брати участь у цих групах і робити свій внесок у них.

Осмислення реальності. Ця потреба, можливо, найбільш очевидно пов'язана з навчанням. Ми могли б навіть перейменувати це в базову потребу в навчанні, оскільки вона визнає фундаментальне людське прагнення зрозуміти світ і своє місце в ньому. Людський мозок шукає значущі моделі в нашому досвіді, і ми противимося навчанню, яке не задовольняє нашу потребу в сенсі.

Зв'язок цих ідей з ситуаціями під час війни очевидний. Безпека є основною проблемою навчання в умовах війни як з точки зору фізичного, так і психологічного середовища, тобто сприйняття загрози учнями негативно позначається на процесі навчання. Крім того, завдання зрозуміти сенс травматичних подій, є потужним викликом навчання, з яким стикаються всі, хто пережив соціальне насильство. Вони прагнуть зрозуміти, що сталося і чому це сталося, щоб змиритися з насильством, якого вони зазнали.

ПОЗИТИВНА АДАПТАЦІЯ ДО КРИЗОВИХ УМОВ ЖИТТЯ

Резилентність – це здатність відновлюватися, незважаючи на несприятливі умови, яка базується на розумінні себе, особистісних якостях, сімейних і соціальних ресурсах.

Atkinson, P.A.; Martin, C.R.; Rankin, J. (2009); Stephens, T.M. (2013)	здатність відновлюватися після стресу, загрози життю, втрати та інших екстремальних ситуацій
Bonanno, G.A. (2008); Barber, B.K. (2013)	збереження функціонування в стресових умовах і/або швидке відновлення після значного зниження функціонування в наслідок впливу стресу; фундаментальна характеристика нормального

	подолання криз, а не ознака виняткової сили; несприйнятливість до очікуваної травми або незвичайна здатність швидко відновлюватися від неї.
Caldeira, S.; Timmins, F. (2016); Patel, S.S.; Rogers, M.B.; Amlôt, R.; Rubin, G.J. (2017)	здатність відновлюватися після передбачуваних кризових ситуацій
Whitson, H.E.; Duan-Porter, W.; Schmader, K.E.; Morey, M.C.; Cohen, H.J.; Colón-Emeric, C.S. (2017); Hardy, S.E. (2004)	здатність добре функціонувати, відновлюватися або навіть процвітати в кризових ситуаціях
Okvat, H.A.; Zautra, A.J. (2011); Zautra, A.J.; Hall, J.S.; Murray, K.E. (2008)	здатність підтримувати благополуччя та повністю й швидко відновлюватися після негараздів
De Terte, I.; Stephens, C.; Huddleston, L. (2014); Leipold, B.; Greve, W. (2009)	здатність людини відновлюватися або оговтатися після негараздів
Kokufu, H. (2012)	психічна якість, яка веде до адаптивного відновлення у складних ситуаціях, незважаючи на відчуття болю.
Vahia, I.V.; Chattillion, E.; Kavirajan, H.; Depp, C.A. (2011)	здатність повертатися до гомеостазу за наявності стресових переживань
Stainton, A.; Chisholm, K.; Kaiser, N. (2018); Rutten, B.P.; Hammels, C.; Geschwind, N. (2013)	посттравматичне психологічне зростання; результат досвіду проживання попередніх стресів
Johnston, M.C.; Porteous, T.; Crilly, M.A.; Burton, C.D. (2015); Lundman, B.; Aléx, L.; Jonsén, E.; Lövheim, H. (2012)	різновид пластичності, який впливає на здатність відновлюватися та досягати психосоціальної рівноваги після несприятливих обставин; здатність досягти, зберегти або відновити фізичне чи емоційне здоров'я після хвороб або втрат
Dias, R.; Santos, R.L. (2015)	не несприйнятливість до стресу, а, швидше, здатність відновлюватися після негативних подій
Tugade, M.M.; Fredrickson, B.L. (2004)	здатність «повернутися» до початкових рівнів розумової, емоційної та когнітивної активності після негараздів (таких як функціональні обмеження, втрата близької людини, розлучення подружжя або бідність)
Pecoraro, A.; Pacciolla, A.;	здатність протистояти негативним

O'Cleirigh, C. (2016)	психологічним реакціям при зіткненні зі стресом або травмою

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ЖИТТЯМ ТА ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ

«Хороше життя» описується філософами та психологами як таке, що складається з автентичного самовираження, відчуття благополуччя та активної участі в житті та роботі. Проблемі задоволеності життям присвячено багато наукових досліджень вітчизняних та зарубіжних авторів. Однак, як показує їх аналіз, не існує єдиного погляду на трактування поняття «задоволеність життям» та його структуру. Тому поряд з терміном задоволеність життям використовуються такі терміни, як щастя, благополуччя, суб'єктивне благополуччя, якість життя та суб'єктивна якість життя.

Спроби визначити оптимальне функціонування людини базуються на припущеннях про те, що означає бути людиною, і, таким чином, значною мірою спираються на філософське розуміння «хорошого життя» Наприклад, Аристотель припустив, що гарне життя включає як щастя, так і залученість до важливих справ, де щастя визначається як діяльність, що пов'язана з достовірним вираженням своїх переваг або чеснот. Діяльність вираження свого справжнього «Я», прийняття обдуманих виборів і відповідальність за них, яку зараз зазвичай називають автентичністю, дає відчуття благополуччя та активної участі в житті. Ця філософська пропозиція вплинула на багато психологічних досліджень і лягла в основу цієї статті, яка перевіряє, наскільки автентичність позитивно пов'язана як з благополуччям, так і з автентичним самовиразом.

В останні роки фокус у сфері охорони психічного здоров'я та профілактики змістився з виключно лікування або запобігання скарг на психічне здоров'я. Нова мета охорони психічного здоров'я – сприяння благополуччю. Однак на даний момент існує багато визначень благополуччя, з двома основними поняттями – суб'єктивне та психологічне благополуччя.

Суб'єктивне благополуччя будується на гедонічній основі, в якій прагнення до позитивного досвіду є центральним. Зазвичай вимірюється як задоволеність життям у поєднанні з балансом між позитивними та негативними емоціями. Стандарти, які люди використовують для оцінки свого суб'єктивного благополуччя, не були теоретизовані в цій системі. Навпаки, К. Райфф представила концепцію психологічного благополуччя з наміром розробити засновані на теорії індикатори позитивного функціонування людини, які узгоджувалися з евдемонічною перспективою щастя. Іншою добре дослідженою теорією в традиції евдемонізму є теорія самовизначення, яка стверджує, що задоволення базових психологічних потреб має важливе значення для добробуту та зростання.

З філософської точки зору екзистенціалістів автентичність визначається в термінах свідомого вибору, а не обов'язково співпрацею з натовпом, що може призвести до конфлікту чи стресових ситуацій, погіршуючи благополуччя. Крім того, суб'єктивне психологічне благополуччя передбачає, що задоволення трьох основних потреб в автономії, спорідненості

та компетентності означає, що людина більш схильна приймати та виражати внутрішні стани, що призводить до почуття автентичності, яке, у свою чергу, впливає на добробут.

Подальша підтримка відмінності між поняттями автентичності та благополуччя надається дослідженнями, які показали, що автентичність сприяє евдемонічному благополуччю (прагнення до сенсу), але не завжди сприяє гедонічному благополуччю (гонитва за задоволенням). Прикладом того, як це може статися, є ситуація, коли дія згідно з внутрішніми цінностями чи переконаннями може призвести до соціального відчуження. Подібним чином, лонгітюдне дослідження показує, що зв'язок автентичність-благополуччя є односпрямованим; автентичність передбачає подальшу задоволеність життям. Звідси, автентичність веде до сенсу, який, у свою чергу, призводить до щастя.

Психологічне благополуччя має досить довгу історію визначення та вимірювання в термінах афективних реакцій на життя та когнітивних суджень про життя, причому перше вимірюється балансом позитивних і негативних афектів індивіда, а друге складається з оціночної оцінки свого задоволення життям. У розумінні предикторів благополуччя М. Селігман (2002) розрізняє три шляхи: задоволення (гедонія), залучення та значення (евдемонія) Потім деякі автори визначили ці шляхи як компоненти благополуччя, хоча і з суперечливими визначеннями.

Суб'єктивне благополуччя – це мультимодальний конструкт, що складається з трьох елементів: почуттів та емоцій з приводу подій у житті людини, когнітивних оцінок задоволеності життям та основних сфер життя, в яких людина отримує найбільше задоволення, за Р.М. Райаном, Е.Л. Деці цей конструкт у повсякденному науковому вжитку називається благополуччям, а в повсякденному ненауковому вжитку – щастям. До позитивних емоцій, що визначають суб'єктивне благополуччя, належать радість, щастя, задоволеність, гордість, любов, щастя і задоволення, а до негативних - сором, провина, смуток, тривога, гнів, роздратування і страх. Задоволеність життям проявляється у задоволеності своєю поточною життєвою ситуацією та минулим, оптимістичному погляді на майбутнє, прагненні до змін, самовдосконалення та загальному позитивному ставленні до свого життя. Основними сферами суб'єктивного благополуччя є робота, сім'я, здоров'я, дозвілля та фінанси (E. Deaner, S. Oishi, R. E. Lucas, G. V. Ostia, K. S. Markides, S. A. Black, J. S. Goodwinc, R. A. Emmons, M. E. McCullough).

Дослідники іноді виділяють емоційне благополуччя як окремий конструкт, але зазвичай включають його в суб'єктивне благополуччя; Д. Канеман і А. Дітон визначають емоційне благополуччя як частоту та інтенсивність, з якою люди переживають емоційні особливості свого повсякденного досвіду: смуток, радість, інтерес, гнів, провину і гордість.

Фізичне благополуччя – це здатність виконувати повсякденну діяльність без надмірної втоми, болю та фізичного стресу. У онкохворих фізичне благополуччя зазвичай на низькому рівні, оскільки спостерігається швидка втомлюваність, порушення сну, нудота, блювання, больовий синдром.

Фізичне неблагополуччя зазвичай зумовлює комунікаційний тягар у взаємодії з найближчими людьми. Онкохвора мати так описала своє спілкування з донько-підлітком: «Це психічно виснажує. Вона просто напружує мене... Коли ми починаємо спілкуватись, я відчуваю, як у мене підвищується тиск, від спілкування з нею посилюється головний біль. Заберіть її від мене!» Тобто зазвичай в родині порушується комунікація, особливо з дітьми, які граються, голосно говорять або вимагають турботи.

Вплив війни та онкологічного діагнозу рідного на фізичне благополуччя дитини:

- Зміни режиму сну (безсоння і навпаки – бажання постійно спати);
- Зміни в харчових звичках (нерідко, переїдання);
- Соматичні скарги (головний біль, біль у животі, біль у горлі тощо);
- Дитина частіше хворіє на ГРВІ;
- М'язова напруга.

Психологічне благополуччя складається з самосприйняття, позитивних стосунків з іншими, автономії, відчуття мети та сенсу життя, а також особистісного зростання та розвитку. Психологічне благополуччя онкохворих часто включає почуття тривоги, депресії, безпорадності, страх невизначеності та болю. Крім того, на нього негативно впливає і небажання члена сім'ї розповідати дітям про свій діагноз. В одній із розмов з психологом, дружина сказала: «У нас є проблема: чоловік не хоче, щоб я розповідала правду дітям. Що буде якщо я просто зроблю це за його спиною і скажу їм, чи не зраджу цим його?» Відсутність можливості обговорити рак з іншими членами сім'ї, у тому числі з дітьми, призвело до того, що опікуни (матір і батько) почуваються безпорадними. Тобто ігнорування або уникання розмов про рак в родині негативно позначається на психологічному благополуччі всіх її членів. Як і у випадку з фізичним благополуччям, спілкування з дітьми також вважається формою комунікаційного тягаря, оскільки батьки хвилюються, що розмова про рак негативно вплине на психологічне благополуччя їхньої дитини. Часто саме підлітки свідомо уникають розмов про рак зі своїми батьками, особливо коли його симптоми вже вплинули на їхній звичний спосіб життя. Так описав ситуацію в родині чоловік онкохворої, тато підлітка: «Він відмовляється чути про рак, хоч бачить всі його прояви, але припиняє розмови. Мені важко, але я повинен взяти на себе ініціативу, розпочати розмову та спробувати ще поговорити про рак матері з сином». Ми наголошуємо, що психологічне благополуччя дітей позитивно позначається на їх психосоціальному розвитку, шкільній успішності, сприяє самореалізації та стресостійкості і, в свою чергу, позитивно впливає на психологічний клімат в родині, психічний стан членів сім'ї.

Вплив війни та онкологічного діагнозу рідного на психологічне благополуччя дитини:

- Труднощі з концентрацією уваги;
- Забудькуватість;

- Зниження успішності в школі;
- Шок, заперечення або заціпеніння;
- Страх (темряви, що хтось інший помре, що вони скоро помруть, тривога розлуки);
- Гнів або агресивна поведінка;
- «Вибухи горя» або сильний плач протягом нетривалого часу;
- Сум, апатія;
- Звинувачення себе або почуття провини за те, що вони зробили або сказали перед хворобою рідного, в тому, що не слухалися його;
- Тривога або занепокоєння, особливо при візиті до лікаря.

Соціальне благополуччя – це здатність будувати та підтримувати продуктивні стосунки і змістовну взаємодію з оточуючими, почуття приналежності до групи, відкрите спілкування, встановлення кордонів і взаємна повага до людей. Зміна ролей, зміни стосунків, дозвілля та зайнятості впливають на соціальне благополуччя, іноді призводячи до ізоляції онкохворих. Труднощі вираження емоцій та почуттів щодо раку посилюють комунікаційний тягар в родині і її члени намагаються уникати спілкування один із одним. Чоловік розповів, що хотів захистити свою онкохвору дружину від власних негативних емоцій, приховуючи свої переживання: «Я намагаюся вдавати, що я жорсткий (сміється), щоб не плакати перед нею. Я просто ковтаю свої сльози, але вона ніколи не бачить їх». Щодо спілкування онкохворої дружини з їхніми дітьми: «Коли ми всі разом, то говоримо про природу, погоду, але ніколи – про хворобу. Я хотіла зникнути, піти в чорну діру і не думати про це. Я не хочу бачити своїх дітей». Таким чином, емоційне дистанціювання є способом уникнення спілкування та обміну почуттями, в свою чергу соціальна ізоляція є способом подолання тягаря спілкування.

Вплив війни та онкологічного діагнозу рідного на соціальне благополуччя дитини:

- Дорослішання раніше віку, коли дитині ще складно виконувати свої нові рольові обов'язки (стати «татом» для молодшого брата, як мама піклуватися про інших членів сім'ї);
- Гра часто змінюється плачем та навпаки;
- Відчуття самотності, покинутості;
- Бажання відсторонитися, ізолюватися від однолітків та/або сім'ї.

Духовне благополуччя визначається як розширення відчуття мети та сенсу життя, включаючи власну мораль і етику. Охоплює релігійні практики та участь у релігійній спільноті, а також особисті медитативні практики. Почуття невизначеності, пошук надії, сенсу та релігійності – усе це становить духовне благополуччя. Комунікаційний тягар виникає, коли є різниця між бажанням онкохворого та його рідними щодо ставлення до хвороби та лікування. Страх засмутити чоловіка викликав занепокоєння у його дружини: «Я знаю, що він буде розчарований. Він засмутиться. Я не хочу, щоб він

пройшов через це. Я не хочу говорити з ним про смерть». Спільна молитва сприяла свободі розмов про рак і смерть, саме глибокі релігійні переконання онкопацієнта були охарактеризовані як такі, що дозволяють відверто розмовляти про хворобу: «Я вважаю, що найсильнішою опорою була сильна духовна віра всієї нашої родини. Наші діти мали уявлення про смерть і подальше життя».

Вплив війни та онкологічного діагнозу рідного на духовне благополуччя дитини:

- Запитання про життя після смерті;
- Запитання на кшталт «Чому це сталося саме з нами?»;
- Зміни в духовних/релігійних переконаннях (надмірна релігійність чи навпаки зневіра у вищих силах);
- Відчуття присутності померлої людини, зокрема й у снах, відповідно страх засинати чи навпаки бажання спати довше.

Психологічне благополуччя є складовою позитивного функціонування (A. C. McKennell, F. M. Andrews, F. B. Bryant, J. Veroff) і, згідно з C. D. Life та C. L. M. Keys, самоприйняття, здатність добре ставитися до інших, автономія, зрілість (не вік, компетентність, обізнаність у певних питаннях), наявність життєвих цілей та особистісне зростання (прагнення до самореалізації та самовдосконалення). На відміну від поняття "психічне здоров'я", "психологічне благополуччя" стосується насамперед екзистенційного досвіду ставлення людини до життя. Іншими словами, психологічне благополуччя існує насамперед у свідомості людини, яка має психологічне благополуччя, що, з цієї точки зору, є суб'єктивною реальністю, яка характеризується цілісністю і базується на інтегрованій оцінці людиною власного існування.

ЗАХИСНІ МЕХАНІЗМИ ТА КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ

Негаразди – це такі обставини або життєві події, як-от втрата роботи, серйозна травма чи втрата – є надійним провісником порушень у психологічному функціонуванні. Важливо, однак, те, що люди сильно відрізняються за ступенем, до якого вплив несприятливих ситуацій призводить до таких порушень: у той час як деякі люди відчувають серйозні довгострокові порушення, інші виявляють небагато або взагалі не мають довготривалих проблем, переживають періодичні психологічні зриви або навіть покращення. Візьмемо, наприклад, двох людей, які втрачають кохану людину. Після початкового шоку та горя одна людина може продовжувати відчувати сильний дистрес, безнадію та депресію, що триватиме кілька років. На відміну від цього, друга людина може пережити той самий початковий шок і горе протягом тижнів після втрати; однак незабаром може почати відновлюватись і протягом кількох місяців відчувати смуток, але не мати тривалої депресії, і навіть відчувати посилене відчуття сенсу та задоволення від життя. Пацієнти з невиліковним раком часто зазнають численних фізичних та емоційних проблем, долаючи хворобу, яка обмежує життя. Ці пацієнти не тільки змушені мати справу з думкою, що вони мають термінальний діагноз, вони також часто відчувають значний тягар симптомів і стикаються з низкою

важких медичних рішень. Зокрема, пацієнти повинні вирішити, чи переваги лікування переважають значну токсичність і небажані побічні ефекти терапії раку. Те, як пацієнти справляються зі своєю хворобою, може вплинути на їх здатність приймати рішення щодо лікування раку. Крім того, використання пацієнтами певних стратегій подолання можуть вплинути на їх бажання отримати інформацію про свою хворобу, самоефективність і способи, за допомогою яких вони пристосовуються до хвороби та її лікування. Аналіз наукової літератури, присвяченої особистісним ресурсам подолання стресу, показує, що на сьогодні найбільш вивченими є два типи переробки негативного досвіду індивідами – психологічні захисти та копінг-стратегії (або поведінка, спрямована на подолання стресу). Механізми психологічного захисту – це сукупність неусвідомлюваних психічних процесів, які захищають психіку людини від негативного і руйнівного впливу внутрішніх і зовнішніх імпульсів. Спираючись на праці З. Фройда, А. Фройд виділила такі захисні механізми: витіснення, регресія, формування реакції, ізоляція, скасування, проекція, інтроверсія, самоушкодження, альтруїстична капітуляція та сублімація. У психології існують два погляди на психологічний захист: згідно з першим, психологічний захист розглядається насамперед як засіб мінімізації наслідків емоційного стресу, тим самим захищаючи психіку від травмування (А. Фройд, З. Фройд, К. Горні, Е. Еріксон), другий вважається непродуктивним способом вирішення особистісних конфліктів (О. Кернберг, Г. Когут, У. Райх). Згідно з класифікацією Д. Вайланда, механізми психологічного захисту є формою ієрархічного континууму, пов'язаного з психоаналітичними рівнями розвитку, які можна розділити на патологічні, незрілі, невротичні та зрілі. Типовими прикладами захисних механізмів є заперечення, фантазування, раціоналізація, регресія, ізоляція, проекція та витіснення. Перший – це захист, який перешкоджає усвідомленню факторів, що викликають тривогу, тому ці фактори не сприймаються і не усвідомлюються (наприклад, витіснення або заперечення). Другий – це захист, який прив'язує тривогу до конкретного стимулу (так звана фіксація тривоги) – тривога асоціюється з конкретним об'єктом, а не з причиною, що її викликала (перенесення, деякі форми ізоляції). По-третє, це захист, який знецінює початкове бажання – тривога зменшується шляхом регресії та надкомпенсації. По-четверте, тривога модифікується через формування стійких концепцій – через ідеалістичну переробку тривоги формуються концепції, які керують поведінкою індивіда (проекція, раціоналізація).

У концепції Р. Плутчика психологічні захисти є похідними від емоцій, оскільки кожен з базових захистів вроджено розвинений для стримування однієї з базових емоцій. Механізм психологічного захисту є важливим новоутворенням на певному етапі онтогенезу, що визначає взаємовідносини людини з навколишнім світом і подальший процес адаптації до умов зовнішнього середовища через дію захисної системи.

Поряд з поняттям механізми психологічного захисту в психології також активно використовується термін копінг, який об'єднує когнітивні,

емоційні та поведінкові стратегії, що використовуються для подолання вимог повсякденного життя (R. Lazarus, S. Folkman, J. A. Parker, N. S. Endler).

Стратегії подолання стосуються конкретних зусиль, як поведінкових, так і психологічних, які люди вживають, щоб подолати, терпіти, зменшити або мінімізувати стресові події. Під час впливу стресорів різні індивіди або один і той же індивід за різних умов можуть використовувати активні чи пасивні стратегії подолання. Стратегії активного подолання включають (1) розгляд способів подолання стресу та складання планів подальших зусиль, (2) прийняття існування стресових подій і (3) повне використання ситуації, зробивши з неї висновки. Стратегії пасивного подолання включають (1) відмову визнавати існування стресових подій, (2) відмову від зусиль для досягнення цілей, поставлених у стресових ситуаціях, і (3) посилення стресових почуттів. Коли люди стикаються з одним або групою факторів стресу, вони змушені враховувати свої ресурси для подолання та відповідно обирати реакцію для подолання.

У сучасній науковій психології можна виділити три підходи до вивчення копінг-стратегій: психодинамічний, диспозиційний та ситуаційний. Репрезентативний психодинамічний підхід базується на традиційних психоаналітичних уявленнях про природу психологічного захисту, зокрема Н. Ханн. створила ієрархію адаптивних механізмів, засновану на ступені усвідомленості або неусвідомленості стратегії, і виділила три типи поведінки: копінг (усвідомлена, гнучка і цілеспрямована поведінка, що дозволяє вираження емоцій), захист (примусова і ригідна поведінка, спрямована на подолання тривоги) і уникнення (автоматична, ритуалізована та ірраціональна поведінка) було виділено три типи поведінки. У неопсихоаналізі копінг – це свідомий Его-процес, спрямований на продуктивну адаптацію особистості в нестандартних ситуаціях, тоді як психологічний захист не усвідомлюється і призводить до пасивного пристосування.

Прихильники диспозиційного підходу (G. Allport, D. Rotter, A.G. Billings, R.H. Moose) визначають копінг як відносно стійку рису особистості або стиль поведінки, тобто схильність певним чином реагувати на стресові події. Таким чином, риси особистості відображають повсякденні поведінкові патерни людей по відношенню до подій у їхньому житті. Загалом, прихильники цього підходу зосереджуються на стабільних особистісних характеристиках і рисах особистості як чинниках подолання стресу.

Згідно з ситуаційним (когнітивно-поведінковим) підходом, копінг є динамічним процесом, специфіка якого визначається не лише ситуацією, але й стадією розвитку конфлікту та контактом суб'єкта із зовнішнім світом (S. Folkman, R. Lazarus). Копінг – сукупність когнітивних і поведінкових зусиль, необхідних людині для зменшення наслідків стресу; Р. Лазарус і С. Фолкман виділили два види копінгу: емоційно-фокусований (регуляція емоційних станів) і проблемно-фокусований (усунення проблем, що викликають дистрес), а Ф. Галліган на їх основі, Р. Х. Муз і Дж. А. Шеффер виділили три копінг-стратегії: орієнтовану на оцінку (встановлення важливості ситуації для

себе), орієнтовану на проблему (прийняття рішень і виконання конкретних дій) і орієнтовану на емоції (прийняття рішень і виконання конкретних дій).

Стратегії подолання – це специфічні зусилля, як поведінкові, так і психологічні, які люди використовують для боротьби зі стресовими подіями. Дві основні стратегії подолання: зосереджена на проблемі чи на емоціях. Стратегії, орієнтовані на проблему, передбачають конструктивні дії для зменшення або зміни стресових обставин. Орієнтовані на емоції – це стратегії, які намагаються врегулювати емоційні наслідки стресових станів і встановити афективну та емоційну рівновагу шляхом контролю емоцій у стресових ситуаціях. У хронічних стресових подіях стратегії, орієнтовані на емоції, негативно впливають на психічне та фізичне здоров'я.

Вважається, що успішна адаптація до стресових ситуацій значною мірою залежить від ефективності розвитку копінг-ресурсів, а С. Фолкман виділив серед копінг-ресурсів: фізичні ресурси (здоров'я, витривалість), психологічні ресурси (переконання, самооцінка, місце контролю, моральність), соціальні ресурси (соціальні мережі, соціальні ресурси (соціальні мережі, соціальна підтримка) та матеріальні ресурси (гроші, обладнання). Іншими словами, копінг-ресурси – це потенційні копінг-здібності, такі як оптимізм, достатньо висока самооцінка, компетентність і соціальна підтримка, які дозволяють людині успішно долати стрес, тобто без негативних наслідків для фізичного і психічного здоров'я (R. L. Repetti, S. E. Taylor, T. E. Seeman).

Функціональний (ефективний) стиль подолання – це пряма спроба впоратися з проблемою, тоді як дисфункціональний (неефективний) стиль пов'язаний з використанням непродуктивних стратегій. Дисфункціональні стилі подолання називають уникаючим копінгом; Е. Фрайденберг і Р. Льюїс пропонують класифікацію з 18 стратегій у трьох категоріях: звернення до інших (пошук підтримки у однолітків, батьків або когось іншого), непродуктивне подолання (стратегії уникнення, пов'язані з проблемою), непродуктивний копінг (стратегії уникнення, пов'язані з нездатністю впоратися з ситуацією) та продуктивний копінг (вирішення проблем зі збереженням оптимізму, соціальних зв'язків з іншими людьми та життєвої енергії). При цьому копінг-стратегії в категорії покладання на інших відокремлені від категорій ефективного та неефективного копінгу. Таким чином, незважаючи на те, що ця категоризація ґрунтується на вимірюванні «ефективності/неефективності», дослідники спробували визначити ще один вимір «соціальної активності», який не можна однозначно оцінити як продуктивний чи непродуктивний.

Теоретики подолання часто наголошували на перевагах подолання, орієнтованого на проблему, таких як прийняття, позитивне переосмислення та звернення до релігії. Деякі дослідження показують, що посилення релігійного подолання зменшує депресію, тривогу та підвищує адаптацію до процесу хвороби, задовільний спосіб життя та якість життя.

Серед багатьох копінг-стратегій слід відзначити оптимізм як почуття впевненості в досягненні життєвих цілей (S. C. Segerstrom, C. S. Carver, M. F.

Scheier). Коли людина впевнена в ефективності своєї діяльності, вона буде продовжувати діяти, незважаючи на численні труднощі та перешкоди. Оптимізм як захисна реакція пов'язаний з проблемно-орієнтованим копінгом, але коли людина не в змозі зосередитися на досягненні мети або безпосередньому вирішенні проблеми, людина, у якої домінують стратегії оптимізму, звертається до емоційно-орієнтованого копінгу, наприклад, до гумору або позитивного переосмислення ситуації. Оптимізм відрізняється від песимізму тим, що він є стійкою копінг-тенденцією і проявляється переважно в кризових ситуаціях, а не в повсякденних неприємностях, де песимістичні реакції є звичним явищем (C. S. Carver). Оптимізм також може сприяти розвитку соціальних ресурсів, тим самим зменшуючи негативні наслідки подій (наприклад, через соціальну підтримку) або сприяючи позитивним подіям (наприклад, формуванню міцних дружніх стосунків – у випадку з комбатантами це побратимство і незалежна соціальна ідентичність збройних сил). У свою чергу, соціальні ресурси можуть сприяти зміцненню оптимізму, а той самий військовий приклад може бути використаний для того, щоб показати, що більш дружні війська краще адаптуються як до воєнної ситуації, так і до повоєнного життя.

ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ І РЕЗИЛЕНТНІСТЬ

Теорія життєстійкості виникла у зв'язку з розробкою С. Маді питань творчого потенціалу особистості та управління стресом. З його точки зору, ці питання найбільш логічно пов'язані, проаналізовані та інтегровані в контексті розробленої ним концепції життєстійкості. Розвиваючи установки на залучення, контроль і прийняття життєвих випробувань, які складають життєстійкість, людина може збагатити свій особистісний потенціал і подолати життєві стреси. Крім установок, життєстійкість також включає в себе такі фундаментальні цінності, як співпраця, надійність і творчість. Життєстійкість визначається як риса особистості, яка стримує негативний вплив стресу на здоров'я. Вона розглядається як суміш думок, емоцій і поведінки, яка допомагає людині вижити і збагатити своє життя. Життєстійкі люди мають надзвичайну допитливість і схильні думати про своє життя як про цікаве та значуще. Вони вірять, що можуть бути ефективними завдяки тому, що вони уявляють, що вони говорять і що роблять, сприймають зміни як природні, значущі, і, незважаючи на стресові ситуації, вважають їх привабливими та можуть включити у свої життєві плани. Таким чином, вони відчувають менше стресу, коли стикаються зі стресовими подіями. У той час як люди з низькою життєстійкістю мають тенденцію вважати себе та своє оточення нудними, безглуздими та загрозливими. Вони відчувають слабкість перед стресовими переживаннями, бажають життя, в якому немає змін, і вони більш пасивні у взаємодії з навколишнім середовищем.

Поняття життєстійкості не є тотожним поняттю копінг-стратегій, тобто стратегій подолання життєвих труднощів. Це пов'язано з тим, що, по-перше, копінг-стратегії – це техніки, алгоритми, звичні та традиційні способи поведінки людини, тоді як життєстійкість – це риса особистості, установка на

виживання; по-друге, копінг-стратегії можуть бути продуктивними або непродуктивними, навіть такими, що призводять до регресу.

Розглянемо докладніше складові життєстійкості. Прихильність або залученість визначається як здатність бути сильно залученим у ситуацію і схильність не здаватися перед труднощами. Контроль – це віра в те, що людина може впливати на перебіг подій у своєму житті. Прийняття ризику – віра в те, що життєві зміни не є перешкодою для самореалізації, а скоріше засобом особистісного зростання. Поняття життєстійкості пов'язане зі збереженням фізичного та психічного здоров'я у стресових ситуаціях, подоланням труднощів, соціальною підтримкою та продуктивністю. Життєстійкість у військових досліджували П.Т. Бартон (в контексті профілактики ПТСР), Б. Джонсен, А.М. Сандвік та А. Моркен (життєстійкість як ключ до успіху) та С. Мадді (організація тренінгів з розвитку життєстійкості у військовослужбовців); П. Бартон, А.М. Сандвік та А. Моркен, С. Мадді (організація тренінгів з розвитку життєстійкості у військовослужбовців); П. Т. Бартон (P.T. Barton) показує, що життєстійкість через соціальну підтримку підвищує стійкість до розвитку ПТСР. Іншими словами, у тісному зв'язку з соціальним оточенням люди з високим рівнем життєстійкості здатні протистояти стресовим розладам і зберігати фізичне та психологічне здоров'я в стресових ситуаціях, таких як бойові дії. Згідно з дослідженнями С. Медді, життєстійкість – це не вроджена, а набута якість, яка може бути розвинена завдяки використанню адаптивних копінг-стратегій та спеціальних тренінгових програм, що складаються з серії вправ, спрямованих на формування ефективних міжособистісних стосунків, заснованих на підтримці та довірі.

В Оксфордському словнику англійської мови термін "resilience" перекладається як здатність протистояти стресу та відновлюватися у складних ситуаціях. У психології резилентність – це здатність справлятися з негативними емоціями, викликаними травматичними подіями, з метою нормалізації функціонування і запобігання дезадаптації, а також відновлення після важкого стресу, як результат осмислення травматичного досвіду, психологічна стійкість проявляється в життєстійкості (F. Luthans, G. R. Vogelgesang, P. B. Lester), резилентність призводить до позитивної адаптації до травматичних подій, тобто усвідомлення нових можливостей, які з'являються у людини завдяки психологічній травмі (M. Westphal, G. A. Bonanno, G. E. Richardson).

Перша хвиля досліджень резилентності була спрямована на виявлення особистісних якостей, які допомагають людям справлятися зі складними життєвими ситуаціями. Відбулася феноменологічна ідентифікація поняття (яка триває й досі). Перші дослідники резилентності по суті дали поштовх до розвитку позитивної психології – одного з найпопулярніших підходів у психологічній практиці сьогодні. Резилентні люди мають установки, які розглядають стрес як ресурс для зростання, усвідомлення меж своєї відповідальності (S. C. Kobasa), здатність будувати довіру з іншими, що визначається особистими та колективними цілями, самоефективність,

екстраверсію, минулі успіхи, почуття гумору (М. Раттер), що характеризується толерантністю до змін, оптимізмом і вірою (Дж. А. Лайонс). Таким чином, перша хвиля досліджень резилентності ініціювала зміну парадигми від проблемно-орієнтованого підходу до фокусу на позитивних рисах особистості.

Друга хвиля досліджень - це вивчення самого феномену резилентності, тобто процесу набуття якостей резилентності. Іншими словами, резилентність – це процес або досвід, завдяки якому людина стає психічно стійкою після пережитої психологічної травми, раптових змін та численних життєвих викликів. В освітніх цілях і для клієнтів психологічних консультацій резилентність представляють як просту лінійну модель, що зображує людину (або групу), яка стає більш стійкою в міру того, як вона переживає стрес і щоденні труднощі (відомий вислів «що не вбиває, те робить сильнішим»). У 1990-х роках складний термін біо-психо-духовний гомеостаз був замінений поняттям зона комфорту.

До травматичної події людина перебувала в зоні комфорту, тобто була достатньо соціально адаптованою і перебувала в задовільному фізичному та психологічному стані. Коли людина переживає психологічну травму, вона відхиляється від зони комфорту, адаптивні моделі поведінки порушуються і виникають нормальні для цієї ситуації почуття образи, гніву, провини, сорому і страху. Використовуючи цю просту модель, психологи пояснюють людям, як відновити та реінтегрувати свої попередні здібності. Ключовим у цьому процесі є пізнання себе через самоспостереження: «Як так сталося, що я зміг подолати свої негативні емоції сьогодні? Що спільного в тому, як я подолав негаразди вчора і сьогодні?». Деякі люди намагаються повернутися до комфортного стану, в якому вони перебували до травми, але це, як правило, не вдається. Інші стають більш агресивними і неохоче визнають втрати (здоров'я, друзів тощо), але найоптимальнішим результатом життєстійкості є набуття нових можливостей, які відкрилися завдяки травмі і були раніше невідомі клієнту (так звана життєстійка інтеграція).

Третя хвиля досліджень – це резилентність. Безумовно, розуміння процесу життєстійкості є дуже важливим для реабілітації, але більше уваги слід приділяти формуванню у людини прагнень і мотивацій до реінтеграції. Отже, резилентність – це здатність заохочувати людину розкривати свій внутрішній потенціал, прагнути до досконалості та бути в гармонії зі своїм внутрішнім світом. Більшість людей мають сили (ресурси) для відновлення після травматичних подій. Існує кілька типів рушійних сил: базова стійкість, дитинство, характер, благородство, навколишнє середовище, синергетичні та універсальні. У контексті нашого дослідження важливо проаналізувати базову резилентність та особистісну резилентність, перша з яких є базовою і спрямована на задоволення потреби у виживанні («якщо людина не хоче жити, медицина безсила»). Інтуїтивно всі люди можуть їсти, пити і спати. Іншими словами, врахування сигналів власного тіла є фундаментальним для забезпечення виживання. Натомість характерологічна резилентність – це бажання жити в межах обраної моральної системи. Багатьом людям близькі такі поняття, як чесність, порядність, добра воля, вірність і честь. Однак у

травматичних ситуаціях ці якості не завжди позитивно впливають на людину, а натомість замінюються почуттям провини та жалю, що унеможливлює процес реінтеграції. У таких випадках психологи навчають клієнтів навичкам самоприйняття. Благородна резилентність, яка тісно пов'язана з особистісною стійкістю, – це бажання відчувати себе цінним і важливим для інших, що зазвичай виражається в альтруїзмі. Однак сильний альтруїзм часто є перешкодою для реінтеграції, оскільки фактично заперечує турботу про власне благополуччя. У таких випадках психотерапевти навчають людей піклуватися про себе та своє тіло і не залежати від схвалення інших.

У 1980-х роках дослідники травми наголошували на необхідності подолання пов'язаних з травмою думок, спогадів та емоцій (M. J. Horowitz), але в 1990-х роках фокус змістився на оптимізм та емоційне уникнення як поведінкові реакції, що не лише долають наслідки травми, а й захищають людей від негативного впливу на їхній психологічний стан (M. F. Scheier, C. S. Carver, M. W. Bridges). Таким чином, стійкість до психологічної травми визначається не лише психологічними захистами, а й здатністю гнучко використовувати різні види копінгу у відповідь на численні травматичні події (G. A. Bonanno, M. Westphal, A. D. Mancini). Таким чином, життєстійкість опосередкована копінг-стратегіями, економічним статусом, фізичним здоров'ям та якістю соціальних зв'язків.

Звідси, проблеми зі здоров'ям і психологічна дисфункція, що виникають під впливом травматичних подій, з часом стають хронічними і залишаються помірно вираженими протягом тривалого часу. Якщо дисфункція не була виражена на початку травматичної події, але з часом стає більш вираженою, це так звана відстрочена проблема зі здоров'ям; якщо дисфункція з'являється після травматичної події і поступово стає меншою - це показник одужання і стабільності психологічного стану. Розглянемо кожну з цих траєкторій детальніше, проаналізувавши низку досліджень з цього питання, співвіднісши лонгітюдні реакції на потенційно травматичні події з критерієм A+ за DSM-5 та розглянувши вплив на психологічне здоров'я тих, хто брав участь у потенційно травматичній події.

Відновлювальні траєкторії реагування на потенційну травму найбільш поширені серед цивільних осіб і комбатантів, які постраждали від ДТП, і найменш поширені серед біженців та онкохворих. Вона не викликає гострого стресу або ПТСР, але має негативний вплив на психологічне здоров'я.

Хронічний перебіг найбільш характерний для жертв ДТП і рідше зустрічається у військовослужбовців, які безпосередньо брали участь у бойових діях, викликаючи ПТСР і депресію, травматична подія зазвичай є раптовою, ізольованою і відповідає критеріям A+ за DSM-5.

Процес відновлення характерний для тих, хто зазнав як гострої, так і хронічної травми (критерій A+ може бути відсутнім). Він характерний для учасників бойових дій і тих, хто отримав незначні травми в ДТП, і практично не характерний для біженців і хронічно хворих пацієнтів.

Відстрочені траєкторії характерні для пацієнтів з інфарктами, ЧМТ та іншими станами з наслідками через деякий час, учасників бойових дій, які

отримали важкі поранення і деякий час перебували в комі, а також пацієнтів з ретроградною або антероградною амнезією Критерій A+ за DSM-5 може бути відсутнім або присутнім, але мало або взагалі нічого не пам'ятають про травматичну подію пам'ятають що-небудь про травматичну подію.

Теоретичний аналіз показує, що резилентність завжди викликана сильним стресом або психологічною травмою і відрізняється від таких понять, як надія, оптимізм і самоефективність.

Резилентність – це не пасивний опір загрозам чи загрозливим обставинам; Навпаки, резилентна людина є активним учасником і конструктором свого оточуючого середовища. Це здатність людини досягати біологічно-психологічно-духовної рівноваги, коли вона стикається з небезпечними обставинами. Задоволеність життям може розглядатися як наслідки резилентності та, як мотиватор, також може призвести до вищого рівня резилентності; ця проблема пов’язана зі складністю визначення та перспективою процесу щодо стійкості. Є докази того, що ступінь задоволеності стандартами життя є фактором досягнення щастя. Крім того, існує значний зв'язок між самооцінкою і щастям. З іншого боку, риси характеру та темпераменту (екстравертність або невроз), соціальні стосунки (не самотність, задоволеність друзями та мета в житті), а також загальна задоволеність життям є найкращими провісниками щастя, а здоров’я та сімейний стан тісно пов’язані зі щастям і задоволеністю життям.

Резилентність часто є диспозиційною життєстійкістю (P. T. Bartone, M. Pinquart), тобто схильністю до життєстійкості, передумовою до неї, яка не обов'язково реалізується в житті людини, але варто зазначити, що вона визначається як така, що потребує певних умов, наприклад, посттравматичного зростання як тригера.

КОЛИ РЕЗИЛЕНТНІСТЬ СТАЄ НЕБАЖАНОЮ

Традиційно резилентність розглядається як загальна позитивна адаптація до стресорів. Однак ознака резилентності – повернення до попереднього стану після кризових чи екстремальних ситуацій – також може мати серйозні недоліки, які часто не помічаються. Зокрема, повернутися до попереднього стану може бути нереально, або резилентність може призвести до того, що людина застрягне в небажаному, некомфортному для неї стані.

У науковій психологічній літературі резилентність майже виключно зображується як бажана відповідь на стресори. Вона часто навіть буквально визначається як динамічний процес, у якому люди демонструють позитивну адаптацію, незважаючи на значні труднощі чи травми (A. S. Masten, F. A.Tyrell, D.Cicchetti, 2023). Тому, на перший погляд, до резилентості слід прагнути щоразу, коли виникає стресор. Однак таким широким визначенням бракує точного визначення того, що насправді таке резилентність і як її можна виміряти, оскільки функціональність процесу адаптації залежить від контекстуальних факторів і може змінюватися з часом (H. Mahdiani, M. Ungar, 2021). Тому слід враховувати, що *опір*, *відскок* і *зростання* є різними поняттями, з яких відскок (англ. *bouncing back)* найбільше підходить до

буквального значення терміну резилентність («re» – назад, «salire» – стрибнути). Звідси, можна визначити резилентність як динамічний процес, за допомогою якого біопсихосоціальна система повертається до попереднього рівня функціонування після збурення, спричиненого стресором. Цей відхід від загальної позитивної адаптації, яку складно визначити, до вузько визначеного процесу, позначеного специфічними характеристиками, означає, що резилентність не обов'язково є виключно позитивним процесом. Тобто повернення до попереднього рівня функціонування після стресора може бути небажаною реакцією за певних обставин (наприклад, якщо стресор був спробою покращити функціонування).

Оскільки концепція резилентності тісно пов'язана з впливом стресора, необхідно чітко пояснити, що таке стресор і як він впливає на людину. Коли резилентність концептуалізується як загальна позитивна адаптація, стресор зазвичай визначається як подія, яка статистично пов'язана з порушенням, наприклад з травмою. Однак, будь-який подразник у навколишньому середовищі можна розуміти як стресор. Це узгоджується з біологічною концептуалізацією, де стресор розглядається як частина інформації в середовищі, яка сприяє певній адаптації організму. З цієї точки зору стресори необхідні людям, оскільки вони є важливими джерелами інформації, які вказують на те, чи потрібні функціональні зміни для успішної навігації в нашому середовищі (A. Munoz, J. Billsberry, V. Ambrosini, 2022). З точки зору резилентності, стресор порушує алостаз, до якого організм прагне повернутися. Важливо відзначити, що порушення алостазу само по собі не є чимось негативним і може спостерігатися з позитивною валентністю. В ідеалі розпочатий процес відновлення не зупиняється на попередньому рівні функціонування (тобто резилентності), а призводить до більш високого рівня функціонування. Наприклад, програми вправ розроблені таким чином, щоб порушити поточний алостаз, викликати реакцію надкомпенсації для збільшення сили або витривалості. Таким чином, майже виключно негативна конотація стресорів зміщується до більш нейтральних значень через дедалі більше визнання численних потенційних функціональних ролей стресорів.

Цей зсув у значенні терміна стресор і пов'язана з ним концептуалізація резилентності як процесу повернення до попереднього рівня функціонування показує, коли резилентність може бути небажаною. Зокрема, коли організм просто повертається до попереднього рівня функціонування після кризи, спричиненої стресором, важливою інформацією з навколишнього середовища можна знехтувати, навіть якщо початковий стан можна вважати функціональним. Тобто, резилентність може бути негативною для людей, коли бажано змінити поведінковий стан після кризи. У цьому випадку резилентність може призвести до того, що людина застрягне в дисфункціональних моделях поведінки.

Теоретичне пояснення того, як стійкість може змусити людину застрягти в певному стані, можна знайти в популярних на даний момент моделях так званих *атракторів з фіксованою точкою*. Як випливає з назви, атрактор із фіксованою точкою позначає модель, яка знову стабілізується в

тому самому стані (або подібному функціональному стані, якщо вимірювати в широкому масштабі) – фіксована точка – після збурення. Більшість концептуалізацій резлентності передбачає, що існують дві потенційні фіксовані точки, в яких людина може стабілізуватися: бажаний функціональний стан і небажаний дисфункціональний стан. Чим сильніший атрактор, тим сильнішим має бути збурення, щоб змусити його перейти до інших можливих станів. Отже, відносна сила атрактора визначає резилентність людини. Податливість сили атрактора в основному використовувалася для пояснення того, як невеликі збурення у швидкій послідовності можуть викликати критичні переходи до небажаного стану. Тобто, повторювані стресори можуть функціонувати як контрольний параметр, який змінює ландшафт атрактора, роблячи його дрібнішим, що змушує систему вимагати більше часу, щоб повернутися до попереднього стану після порушення (тобто, критичне уповільнення). Коли атрактор стає дрібнішим, необхідна сила для збурення, щоб викликати перехід, також стає меншою. Це означає, що як тільки система дестабілізується, досить незначної події для запуску небажаного переходу.

Концептуалізація атрактора з фіксованою точкою зазвичай стверджує, що існує один оптимальний шлях для відновлення. Однак це не враховує, що часто є кілька шляхів повернення до попереднього стану після стресора, а також той факт, що люди можуть покращити свою функціональність після впливу стресора. Отже, розширення моделі атрактора з двовимірної моделі до моделі з трьома або більше вимірами може бути прийнятним. Замість повернення до однієї фіксованої точки адаптивні системи демонструють здатність швидко перемикатися між декількома варіантами в межах простору рішень, демонструючи певну стабільність у кожному варіанті. Кілька механізмів можуть бути відповідальними за цей тип метастабільної поведінки, але ми розглядаємо лише два, які в основному тісно узгоджуються з сучасними концепціями резилентноті: системи з декількома атракторами фіксованої точки і системи з *дивними атракторами*. Метастабільна поведінка – це якісно розпізнавана поведінка, яка існує (або повторюється) протягом тривалого періоду часу порівняно з деяким базовим динамічним масштабом часу, але короткого порівняно із тривалістю життя системи (або певного етапу системи). Так, наприклад, крок при ходьбі можна вважати метастабільним, оскільки кожен крок займає приблизно 1 с, що довше, ніж шкали часу для базових м'язових і нейронних хімічних змін (порядку 50–100 мс кожна), але коротше, ніж кількість часу, протягом якого людина зазвичай йде пішки (наприклад, хвилини).

Повертаючись до прикладу ходьби, можна зазначити, що ця модель руху характеризується відносно стабільною структурою змін з часом і може характеризуватися будь-яким із цих механізмів. Незалежно від того, який підхід використовується, модель ходьби в цілому стабільна, але процес ходьби характеризується постійними змінами (наприклад, у кутах суглобів або скороченні м'язів), які ніколи не повторюються точно, особливо коли ходьба відбувається по нерівній місцевості. Можна вважати, що ці ледве

помітні відмінності в ході є результатом метастабільних станів, що керуються контрольними параметрами, які описують рельєф, або розглядають незначні варіації кроку, щоб відобразити кілька часток дивного атрактора. І те, і інше узгоджується з уявленням про те, що системи, які працюють у цій критичній точці між стабільністю та гнучкістю, є більш адаптивними, ніж системи, які є занадто жорсткими або нестабільними. Дивні атрактори та метастабільні системи атракторів забезпечують гнучкість і, отже, більшу функціональність у відповідь на збурення, ніж атрактори з фіксованою точкою.

Кожна з цих різних концептуалізацій атракторів має різні наслідки для процесу адаптації. Атрактори з фіксованою точкою стверджують про роздвоєння між двома можливими станами та позначають можливе повернення до того самого точного стану зі змінами, спричиненими застосуванням досить великого стресора. У межах цих атракторів конкретна криза завжди запускатиме той самий процес відновлення. Дивні атрактори, однак, позначають постійні зміни між різними потенційними станами, але забезпечують глобальну стабільність, підкреслюючи численні потенційні шляхи для відновлення. Через чутливість до початкового стану дивні атрактори можуть розгортатися різними шляхами з часом, дозволяючи входити в нові стани або інший час перед поверненням до подібного стану, як раніше. Динамічний ландшафт передбачає, що бажаний (або небажаний) стан може змінитися у своїй стабільності – або навіть виникнути – в результаті дії стресора; в останньому випадку адаптація (або дезадаптація) може бути неможливою без дії стресора.

Конкретна концептуалізація станів атрактора також впливає на те, як людина може покращити свою резилентність. Виходячи з контексту атрактора з фіксованою точкою, стійкість може бути досягнута шляхом стабілізації бажаного стану або розчинення небажаного стану. Наприклад, стабілізація бажаного стану може відображати збільшення цілеспрямованого акценту на бажаному стані, такому як толерантність до інтенсивних емоцій, таких як страх, паніка, неприйняття або втрата, тоді як розчинення небажаного стану може включати усунення залежності людини від речовини. Однак, відповідно до суперечливого характеру функціональності в різних контекстах і в часі, як тільки такий сильний стан атрактора стає небажаним, людина може не уникнути цього стану. У цьому випадку, якщо раніше застосовані стратегії подолання стають дисфункціональними або недоступними, може бути доцільно все частіше відмовлятися від цього стилю подолання (тобто, розчинити дисфункціональний стан) і активно досліджувати альтернативні стратегії подолання. Звідси, люди досягають стійкості, стаючи здатними демонструвати більшу варіабельність своїх можливих реакцій. Таким чином, різні підходи до пояснення того, як виникає резилентність з точки зору динаміки атракторів, сприяють суттєво різним підходам до покращення резилентності, починаючи від підвищення стабільності бажаного стану (тобто, атрактори з фіксованою точкою) до навчання гнучкої адаптації у відповідь на стресори (тобто, дивні атрактори).

Ми визначаємо наступні випадки, коли резилентність може стати небажаною: деякі психологічні травми, соціальні негаразди та процес навчання.

Психологічна травма

Події, які стають травматичними, можуть включати фактичне насильство або загрозу насильства, серйозні травми або статеві акти без згоди, які були безпосередньо пережиті, свідками, трапилися з близьким другом чи родичем, або з якими стикаються через професійну діяльність. Більшість людей (приблизно 70%) у всьому світі піддаються травмі протягом свого життя. Проте меншість осіб (хоча й велика кількість) страждає від розладів психічного здоров'я внаслідок травматичних подій, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) або депресія. Очікується, що більшість людей дотримуватимуться резилентної траєкторії, яка часто характеризується тимчасовими симптомами психопатології з мінімальним дистресом або порушенням функціонування. Таким чином, психопатологія часто використовується як індикатор для визначення стійкості до травматичного стресу. У той час як це розрізнення між особами може бути корисним для визначення того, хто потребує психологічного втручання, цей підхід до визначення резилентності може відображати лише частину того, як на людей впливають травматичні події.

Хоча перед багатьма постраждалими від травми поставлено завдання відновити їхню попередню поведінку, когнітивні здібності та емоції (C. C. Benight, K. Shoji, D.L. Delahanty, 2017), мета повернення до свого функціонування до травми може бути недосяжною. Наприклад, людина, яка пережила автомобільну аварію та має хронічний біль через травму, пов'язану з аварією, може мати фізичні обмеження, які обмежують її здатність брати участь у раніше значимих фізичних навантаженнях. Як інший приклад, особа, яка пережила сексуальне насильство, може виявити, що її соціальні стосунки кардинально змінилися через те, що її нападник був членом її соціального кола. Отже, численні змінні, які суттєво передбачають реакцію на травму, у сукупності пояснюють лише невелику частку дисперсії в загальних посттравматичних наслідках. Визначення стійкості, які ґрунтуються на поверненні до стану функціонування до травми, можуть створити помилкове очікування, що люди здатні це зробити, і стати протипоказанням до лікування для деяких осіб, які одужують від важких патологій, пов'язаних із ПТСР. Наприклад, у все більшій кількості літератури описується збіг симптомів, які виникають при таких важких патологіях, як межовий розлад особистості, великий депресивний розлад із психотичними ознаками та дисоціативний розлад ідентичності, які часто виникають одночасно з посттравматичним стресовим розладом. Багато з цих станів мають хронічний елемент «застряглих» моделей, які призводять до різного роду страждань. Цілі лікування, спрямовані на повернення до стану до травми, можуть бути менш ефективними, оскільки лікування не спрямоване на фактори вразливості, такі як глобальна емоційна дисрегуляція, нетерпимість до нормативних стресорів і дезадаптивні моделі подолання,

такі як вживання психоактивних речовин, дисоціація та екстремальний ризик. Нездатність виявити дезадаптивну регуляцію емоцій під час лікування може призвести до цілої низки постійних проблем, з якими стикається ідентифікований клієнт, таких як відмова від лікування, негативні психологічні наслідки, які гальмують позитивну адаптацію (стигма, інтерналізоване самозвинувачення та низьке самоспівчуття), криміногенні моделі та самогубство.

Подібні закономірності також можуть спостерігатися при менш серйозних психопатологічних супутніх проявах. Спільні риси різних травматичних подій не відповідають загальноприйнятим припущенням про безпеку чи компетентність, надійність інших чи віру в справедливий світ. Переживання жорстокого нападу, наприклад, несумісне з вірою в те, що інші люди загалом хороші. Після цього постраждалим може бути доручено узгодити цю нову інформацію з переконаннями, які вони підтримували до травми. Щоб бути резилентним у цьому випадку, потрібно твердо дотримуватися попередніх переконань, потенційно посилювати неточні чи шкідливі інтерпретації травматичного досвіду (наприклад, «Я заслужив те, що сталося»). Залишення вкоріненого світогляду, що склався до травми, призведе до продовження дистресу та може створити негативну соціальну, емоційну та поведінкову петлю зворотного зв'язку. Тих, хто пережив травму, часто прямо чи неявно заохочують досліджувати когнітивні здібності, пов'язані з травмою, з метою розвитку більш адаптивних переконань, таких як віра в те, що більшість інших людей заслуговують довіри, навіть якщо їхній нападник не був таким. Таким чином, *успішна адаптація після травми, здається, залежить від здатності людини реструктурувати спотворені переконання та інтегрувати адаптаційні відповіді після травми, і може бути підірвана надмірним акцентом на необхідності стійкості (резилентності)*.

Нарешті, визначення резилентності, які базуються на поверненні до стану до травми, можуть не враховувати можливості для зростання *поза межами* попереднього функціонування особистості. Посттравматичне зростання (PTG; A. R. Cobb, R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun, 2006) відноситься до позитивних змін у функціонуванні людини, які можуть виникнути після впливу травми. Наприклад, ті, хто вижив, сприймають свій досвід як такий, що зробив життя більш значущим. Хоча PTG можна розглядати як сприяння стійкості до додаткової експозиції травми, PTG обов'язково припускає, що людина пройшла трансформаційний процес навколо свого погляду на себе та світ. Таким чином, дві конструкції розрізняються, причому PTG, мабуть, є більш бажаним, ніж резилентність.

Соціальні негаразди

Подібно до адаптації до травми, нещодавно було зазначено, що резилентність може бути не ідеальною реакцією на глобальні загрози, такі як третя світова війна. Як на популяційному, так і на індивідуальному рівнях просте повернення до тієї самої поведінки може призвести до ще більших руйнувань. Тобто, навіть якщо попередня поведінка могла бути

функціональною в минулому і, ймовірно, такою буде протягом заздалегідь визначеного майбутнього періоду, для забезпечення виживання має відбутися зміна до нового та більш функціонального поведінкового стану. Звідси актуальним є термін *швидкоплинність*, щоб підкреслити, що функціональні зміни виходять за рамки традиційної концепції резилентності, яка зосереджується на відновленні. Наприклад, історично люди демонстрували здатність адаптуватися до мінливих кліматичних умов, таких як пошук нових джерел енергії. Тобто такі загрози можуть сприяти творчим рішенням та інноваціям, які забезпечують виживання (V. L. Nasi, L. Jans, L. Steg, 2023). Ці інновації створюють кілька шляхів для досягнення мети, забезпечуючи виконання функціональних адаптацій. Знову ж таки, рівень, на якому демонструється резилентність, і результуюча динаміка можуть призвести до радикально різних результатів.

Навчання

Діти вчаться через взаємодію з навколишнім середовищем. Тобто повторний вплив узгодженої інформації сприяє розробці певних наборів правил. Наприклад, діти можуть помітити, що чим ближче ви до вогню, тим тепліше стає. Це можна абстрагувати в правило, згідно з яким збільшення близькості до об'єкта, який випромінює тепло, корелює зі збільшенням температури навколишнього середовища. Проте є важливі винятки з цих правил: зимовий час замість літнього в обох півкулях фактично пов'язаний із близькістю цієї півкулі до Сонця. Це означає, що в цьому конкретному випадку відносна близькість до об'єкта, який випромінює тепло, пов'язана зі зниженими температурами. Щоб учні засвоїли цей факт, початкове правило має бути порушено новою інформацією (тобто стресором), щоб можна було прийняти виняток. Коли учням надають цю нову інформацію, але вони за замовчуванням дотримуються свого раніше вивченого правила (тобто демонструють резилентність), вони повідомлять, що літо (замість зими) пов'язане з відносною близькістю північної півкулі до сонця. Таким чином, Ж. Піаже вже розрізняв асиміляцію або акомодацію, які додають до наявних знань, щоб проявити концептуальне розуміння, паралельне процесу резилентності, і порушення рівноваги, яке описує зростання когнітивних здібностей. Це означає, що навчання відображається як ітеративний процес, який ґрунтується на попередньо вивчених моделях, які розширюються через додаткові зовнішні виклики. У цьому сенсі резилентність може заважати засвоєнню нової інформації, оскільки нова інформація не може перекрити попередній утримуваний стан.

Той самий принцип навчання можна також поширити на поведінковий рівень. Намагаючись навчити людину нових рухових навичок, тренер може розробити вправи, які змінюють певну модель поведінки. Наприклад, щоб адаптувати гойдалку для гольфу, щоб зробити її точнішою, стару схему руху потрібно дестабілізувати та адаптувати. Тобто динамічні бездіяльності складових компонентів, з яких виникає поточний руховий патерн, повинні бути розпущені, і повинні бути сформовані нові взаємодії, щоб прийняти новий руховий патерн (D. Pincus, A. Metten, 2010). Іншими словами, моторна

система повинна мати можливість розривати фіксовані шаблони або компоненти, які діють разом, коли ці взаємодії стають нефункціональними або неоптимальними (тобто тенденція до сегрегації), і одночасно з'єднувати нові шаблони та компоненти для забезпечення більш функціональних результатів. Тому вправи можуть містити стресори, спрямовані на порушення поточних поведінкових (наприклад, обертання зап'ястя) і структурних (наприклад, м'язів) патернів тренованого. Метою цих збурень є сприяння реорганізації рухової системи для отримання більш адаптивного функціонального результату. Надто стійку рухову систему буде важко змінити, оскільки людина повертатиметься до свого попереднього шаблону після навмисно викликаних збурень. Таким чином, у цьому контексті резилентність являє собою небажане повернення до попереднього рівня точності удару в гольф. Тобто стійкість може призвести до того, що система опиниться в пастці повторюваних шаблонів, які є небажаними. Через це втручання резилентності в процес навчання часто постулюється, що вивчати нове легше, ніж змінювати існуючі когнітивні або рухові моделі.

Протягом багатьох років дослідники досягли консенсусу в тому, що цілі важливі для забезпечення структури та керівництва нашими зусиллями та підвищення ефективності. В ідеалі цілі організовані в ієрархічній структурі, яка дозволяє або модифікувати вищу ціль, або досліджувати альтернативні шляхи для остаточного досягнення бажаного кінцевого стану. Цілі на кожному рівні ієрархії особливо функціональні, коли вони забезпечують досяжне завдання. Однак деякі цілі вищого та підпорядкованого рівня можуть бути недосяжними для більшості людей. Наприклад, ситуації з нульовою сумою, такі як спортивні змагання, означають, що може бути лише один олімпійський чемпіон. Це означає, що велика кількість винятково високих виконавців ніколи не зможе досягти цього кінцевого стану. Як обговорювалося раніше, стресори інформують організм про те, що для функціональної взаємодії з навколишнім середовищем мають відбутися структурні та поведінкові зміни. Для недосяжних цілей на будь-якому рівні ієрархії неодноразові невдачі, які вказують на те, що бажана ціль справді недосяжна і занадто далеко недосяжна, повинні сигналізувати про те, що потрібне переналаштування (тобто відмова від цілі). Якщо людина продовжує демонструвати резилентність і повертається до попереднього стану прагнення до мети, важливі ресурси, які можна було б інвестувати в інші цілі, витрачаються даремно. Таким чином, демонстрація резилентності, зосереджуючись на одній меті, яку важко досягти, може призвести до того, що людина застрягне в небажаній моделі поведінки.

У контексті прагнення до мети резилентність може навіть мати парадоксальний ефект для різних рівнів функціонування. Зокрема, продовжуючи демонструвати резилентність в одному домені, стійкість в іншому домені може бути підірвана. Як обговорювалося раніше, вплив багатьох стресорів у короткий термін може функціонувати як контрольний параметр, який може дестабілізувати систему та призвести до зниження

резилентності. *Коли людина продовжує переслідувати недосяжні цілі, демонструючи резилентність, може виникнути кілька додаткових стресових факторів, пов'язаних з невдалим досягненням мети. Ці послідовні стресори можуть потім накопичуватися та підривати резилентність, не лише пов'язану з досягненням мети, але й пов'язану з ширшим психічним благополуччям людини, і, отже, може призвести до різкого зниження обох.* Це може призвести до того, що людина застрягне в стані, який наражає її на декілька додаткових стресорів у майбутньому, створюючи нездорову петлю позитивного зворотного зв'язку та дедалі погіршуючись дисфункції.

Думка про те, що стійкість потенційно може бути небажаною, також вимагає деяких практичних міркувань щодо втручання. Тобто слід бути обережними щодо втручань, спрямованих на підвищення резилентності, оскільки вони можуть мати небажані наслідки, якщо бажані результати не чітко визначені. Подібним чином сприяння резилентності у формі повернення до попередніх поведінкових або когнітивних моделей у випадках, коли необхідні інші адаптації, може бути проблематичним. Тому що той самий рівень функціонування може бути відновлений через альтернативні шляхи, важливо не лише оцінити рівень функціонування, але й те, як ці стани досягаються. Відповідно до поняття різних концептуалізацій атракторів, втручання може бути спрямоване на стабілізацію бажаного атрактора, припинення існування небажаного атрактора або диверсифікацію моделей відповіді (G. Schiepek, W. Aichhorn, 2016). Наприклад, здорова адаптація після травми може функціонувати як дивний атрактор, оскільки існує багато шляхів до здорового результату, таким чином вимагаючи від постраждалих гнучко застосовувати різні методи подолання залежно від вимог середовища. Ті, хто пережив травму, демонструють позитивні результати після травми, здається, можуть використовувати кілька способів подолання, включаючи чітке мислення про свою травму, а також зосередження на майбутніх цілях. Більша варіативність стратегій подолання та здатність «пристосовувати» стратегію до своїх потреб, що, здавалося б, лежить в основі стійкої посттравматичної адаптації, може бути найкраще відображена за допомогою моделі дивного атрактора.

Адаптивні моделі відповіді після травми часто концептуалізуються та націлюються в клінічній практиці через мультисистемну структуру. Травма може порушити або перешкодити доступу до просоціальних систем, таких як здорові близькі стосунки, відчуття приналежності до спільнот (наприклад, сусідів, робочих місць, шкіл та культурних груп), а також можливість розвивати компетентність у різних сферах здоров'я (наприклад, доступ до охорона здоров'я, освіта та оздоровлення). Порушення функціонування систем можна виявити через поведінкові моделі в показниках благополуччя, таких як здатність отримувати ресурси після травми та поступове посилення позитивного впливу. За допомогою такої концептуалізації фахівці можуть націлити втручання на основі функціонального порушення на одну або більше цих систем. Наприклад, індивіда на терапії можна заохочувати досліджувати індивідуальні соціально-емоційні моделі в їхньому

романтичному партнерстві, відкриваючи жорстку систему переконань щодо близьких стосунків (наприклад, почуття слабкі, конфлікт поганий, а люди не заслуговують довіри). Таким чином, втручання має бути спрямоване на стабілізацію бажаного атрактора (відновлення стосунків), припинення існування небажаного атрактора (відмова від безпечної соціальної підтримки) або диверсифікацію моделей реагування шляхом навчання гнучкої адаптивної реакції на стресори (сприяння гнучкості подолання).

Чітка концептуалізація зміни динаміки атрактора через зовнішні виклики також може бути знайдена в області моторного навчання. Варіативність моделей рухів широко визнана бажаною, оскільки спортсмени повинні адаптуватися до постійно мінливих обмежень на рівні людини, завдання та середовища. Тому існує кілька стратегій, які чітко зосереджені на введенні різноманітності в моделі рухів з метою покращення продуктивності. У разі диференційованого навчання людину заохочують завжди виконувати рух іншим способом і ніколи не повторювати один і той самий рух двічі. Це стимулює розвиток кількох рухових рішень для заданого завдання. Як альтернатива, підхід, що керується обмеженнями, зосереджується на маніпуляціях взаємодіючими обмеженнями для збагачення рухових патернів. Для футболістів це може включати правила гри (наприклад, відсутність офсайду) або розмір ігрового поля (тобто середовище). Усі ці зміни спрямовані на зменшення повторення одних і тих самих шаблонів рухів на користь можливості демонструвати більшу різноманітність рухових рішень у різних ситуаціях. Таким чином, спортсменам не потрібно вдаватися до єдиного рішення для певної ситуації. Швидше, замість того, щоб застрягти в певному шаблоні, спортсмени здатні гнучко адаптуватися до нових ситуацій, таким чином створюючи метастабільність у руховій системі, що характеризується дивними атракторами.

Отже, хоча резилентність є бажаним процесом у багатьох контекстах, її не слід розглядати як ідеальну відповідь за замовчуванням на кожен стресовий фактор. Тобто тенденція до повернення до попереднього рівня функціонування або пов'язаних когнітивних і поведінкових моделей може бути дисфункціональною. Тому і дослідники, і практики повинні бути обережними, досліджуючи або тренуючи резилентність. У різних випадках, коли люди ризикують застрягти в небажаних станах, можуть бути виправдані більш нюансовані схеми відповіді, такі як функціональна адаптація шляхом вивчення нових та альтернативних шляхів. Ці тонкі теоретичні відмінності також мають важливі наслідки щодо конкретних цілей втручань для підвищення резилентності.

ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ

Мантра «те, що вас не вбиває, робить вас сильнішим» резонує з багатьма людьми. Враховуючи як ступінь, так і типи негараздів, з якими майже всі люди стикаються протягом свого життя, цей культурний наратив може бути джерелом сили. Хоча питання про те, чи можуть невдачі, травми та трагедії принести користь, є центральною темою літератури, релігії та філософії, його

систематичне вивчення в психології, ймовірно, походить від клінічних дослідників, які використовують принципи гуманістичної психології для пояснення досвіду тих, хто пережив клінічну травму. R. Tedeschi, L. Calhoun (1996) ввели термін посттравматичний ріст, щоб відобразити позитивні психологічні зміни, які вони спостерігали як клінічні психологи серед своїх пацієнтів, які примирялися з надзвичайно стресовими та складними життєвими подіями.

Багато людей протягом життя отримують психологічні травми. Перенесена травма може відігравати велику роль у розвитку різних психологічних проблем. Травма виникає внаслідок загрозливої та несподіваної події, яку людина не контролює та, можливо, поставила під сумнів уявлення про життя в безпечному та передбачуваному світі. Чим більше подія безпосередньо впливає на людину, тим більший ризик емоційної шкоди. Відомі негативні емоції після травми - це сором, смуток або депресія, тривога та провина, особливо після особистої травми. Дослідження показали, що різноманітні фактори ризику та захисні фактори впливають на реакцію людини на особисту травму, наприклад, попереднє перенесення травми людиною, тяжкість травми та реакція інших людей на травму. Соціальна підтримка є позитивним, захисним чинником. Різні фактори, окрім самої травми, можуть впливати на реакцію людини. Крім того, полегшення, здатність до адаптації, те, що людина вважає важливим, задоволеність життям і позитивність також є ключовими факторами, коли йдеться про індивідуальну реакцію на травму. Дослідження вказують на те, що ті, хто пережив більше ніж один тип травми, мають більше шансів мати проблеми зі здоров'ям, ніж ті, хто пережив одну травму. Однак інші фактори, такі як тяжкість травми, культура, тип і комбінація травм також важливі в цьому відношенні.

Посттравматичне зростання – це досвід позитивних змін, які відбуваються в людині внаслідок зіткнення з кризовою життєвою ситуацією (R. Tedeschi, L. Calhoun). Поняття увійшло в науковий обіг у 1995 році, але до 2004 року частіше використовувалися терміни «зростання, викликане стресом» (C. L. Park, L. H. Cohen, R. L. Murch) та "конкурентне зростання" (P. A. Linley, S. Joseph). Відновлення до більш високого рівня психологічного функціонування, ніж до травми, є ключовою особливістю посттравматичного зростання. Замість того, щоб зосереджуватися на травматичному досвіді, люди, які повертаються до нормального життя, демонструють психологічну стійкість і стабільність. Отже, посттравматичне зростання – це можливий результат посттравми, протилежний ПТСР. Посттравматичне зростання може проявлятися по-різному, включаючи визнання цінності життя, зміцнення міжособистісних відносин, підвищення самоефективності, зміну життєвих пріоритетів і збагачення духовної та екзистенціальної складових життя. Це не просто повернення до попереднього рівня функціонування, для деяких людей цей процес стає досвідом самовдосконалення, оскільки відбуваються якісні зміни та особистісні трансформації. У цьому контексті концепція посттравматичного зростання суттєво відрізняється від інших теорій відновлення після травми, які зосереджуються насамперед на тому, що

людина набуває життєстійкості, розуміє новий сенс життя, набуває оптимізму та витривалості.

Теоретичною основою посттравматичного зростання є Функціональна дескриптивна модель (FDM; R. Tedeschi, L. Calhoun), згідно з якою зростання можливе лише тоді, коли людина намагається надати негативній події іншого позитивного значення. Тому не сама травма запускає зростання, а емоційна реакція на неї. Іншими словами, посттравматичне зростання не залежить від типу травматичної події, а лише від суб'єктивного ставлення людини до неї.

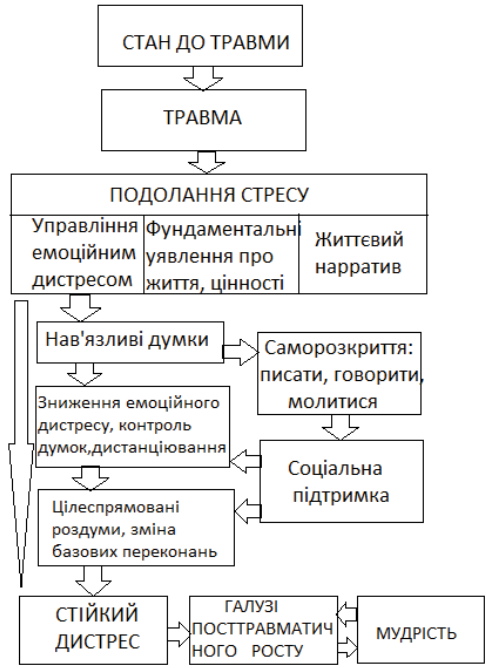


Рис. Соціально-когнітивна модель посттравматичного зростання

Процесуальний опис посттравматичного зростання у R. Tedeschi, L. Calhoun виглядає наступним чином; R. Tedeschi, L. Calhoun стверджують, що: 1) екстремальна подія руйнує базові уявлення про світ і себе, розриває безперервну наративну особистісну історію, і звичайні засоби (психічні захисти, копінг-стратегії) для подолання стресу стають неефективними; 2) спроби емоційно та когнітивно впоратися з кризою супроводжуються тривалим стресом і характеризуються нав'язливим, неконтрольованим мисленням та постійним психічним поверненням до травматичної події; 3) відбувається пошук соціальної та психологічної підтримки. Це виконує подвійну функцію зменшення інтенсивності негативних почуттів через саморозкриття та набуття нових моделей поведінки від тих, хто мав подібний досвід; 4) контрольований самоаналіз того, що сталося, та створення

цілеспрямованого і конструктивного сенсу травматичної ситуації, який вписується в розширений життєвий наратив; 5) вихід із травматичної ситуації - наратив; 6) результат пережитого, що виражається у зміні системи ставлень індивіда до світу, інших і самого себе, суб'єктивно сприймається як особистісне зростання і набуття мудрості. Посттравматичне зростання - це і процес, і результат. Зокрема, позитивна переоцінка травми є процесом посттравматичного зростання, а розуміння того, що життя змінилося на краще завдяки травмі, є результатом.

Що стосується вікових особливостей посттравматичного зростання, то вчені (L. Simons, J. Dusett, K.C. Kirby, G. Stahler, Jr. та T.E. Shipley) довели, що дитячі травми є найбільш небезпечними для подальшого функціонування людини. На противагу цьому, дорослі, звичайно, мають більше ресурсів для посттравматичного зростання, якщо психологічна травма, пережита в дорослому віці, не збігається з дитячою психологічною травмою, що знижує потенціал для значного зростання і викликає сильніші стресові реакції.

Було запропоновано три можливі режими асоціації. У першому випадку зростання і страждання є протилежними кінцями одного континууму. Відповідно, було виявлено негативний зв'язок між результатами. З іншого боку, вважається, що зростання позитивно співіснує з дистресом. Чим вищий дистрес, тим більше зростання. Нарешті, зростання, можливо, є незалежним результатом. Згідно з цією точкою зору, деякі дослідження задокументували відсутність суттєвого зв'язку з дистресом. Ці незрозумілі висновки частково пояснюються методологічними проблемами. Важливим обмеженням існуючих досліджень є їх переважна залежність від поперечних, а не поздовжніх проектів. Перехресні плани не в змозі виявити змінну каталізатора, яка приводить у рух змінну результату, що робить їх недосконалими для повного розуміння природи асоціації. Можливий шлях припускає, що лихо викликає подальше зростання. R. Tedeschi, L. Calhoun (2004) стверджують, що PTG є результатом посттравмової психологічної боротьби. Спричинене стресом когнітивне роздумування перетворюється на конструктивну обробку, яка, у свою чергу, ініціює розвиток росту. Відповідно до цього формулювання, очікується, що ПТСР і PTG позитивно пов'язані. З іншого боку, у зворотному напрямку зростання переходить до дистресу, а не навпаки. Було припущено, що PTG є засобом компенсації патогенних наслідків. PTG інтерпретацією значення; в той час як інші вважають PTG самопідсилювальною оцінкою. Розглядаючи PTG як механізм подолання, очікується, що ПТСР і PTG негативно пов'язані таким чином, що чим більше зростання, тим менший дистрес згодом виникне. Лонгітюдні дослідження, що вивчають зв'язок дистресу з ростом, є незначними, і їх результати неоднозначні. Тоді як група досліджень показала, що зростання передбачає подальше зменшення дистресу; кілька досліджень виявили, що вони не пов'язані. Ці невідповідності частково спричинені методологічними обмеженнями. Коли PTG визнавався адаптивним, часто використовувалися нестандартизовані показники зростання, такі як окремі відкриті запитання. Таким чином, досі немає чітких доказів того, що зростання сприяє адаптації після події. Також важливими є

дві прогалини в літературі. Незважаючи на те, що альтернативне уявлення про те, що ріст є наслідком дистресу, як це не дивно, теоретично виведене, рідко перевірялося. Хоча відповідальна якість ПТСР була неодноразово задокументована, уявлення про часовий перебіг PTG є недостатнім, особливо в довгостроковій перспективі.

На особливу увагу заслуговує копінг-уникнення як медіатор посттравматичного зростання. Здається, що це неадаптивна копінг-поведінка, яка повинна перешкоджати зростанню, але зусилля, спрямовані на уникнення нагадувань про травматичні події, можуть призвести до того, що люди будуть повертатися до травми знову і знову, переробляти її емоційно і когнітивно, а також засвоювати нові значення у відповідь, що, в свою чергу, може призвести до посттравматичного зростання. Роль соціальної підтримки як медіатора посттравматичного зростання цілком очевидна. Усвідомлення присутності важливих людей, які можуть допомогти в стресових ситуаціях, знижує ймовірність психологічного дистресу і прискорює відновлення після психологічної травми.

Посттравматичне зростання може набувати різних форм, включаючи визнання цінності життя, зміцнення міжособистісних відносин, підвищення самоефективності, зміну життєвих пріоритетів і збагачення духовних та екзистенційних елементів життя. Це не просто повернення до попереднього рівня функціонування; для деяких людей цей процес є досвідом самовдосконалення, оскільки відбуваються якісні зміни та особистісні трансформації. У цьому контексті концепція посттравматичного зростання суттєво відрізняється від інших теорій відновлення після травми, які зосереджуються насамперед на набутті людиною стійкості, розумінні нових смислів, формуванні оптимізму та витривалості.

Посттравматичне зростання слід відрізняти від понять стійкості, оптимізму, життєстійкості та когерентності (L. G. Calhoun, R. G. Tedeschi); M. Westphal та G. A. Bonanno підкреслюють, що поняття стійкості та посттравматичного зростання не є тотожними. Посттравматичне зростання не обов'язково є результатом травматичного досвіду і тому не обов'язково впливає на адаптацію людини. Іншими словами, на відміну від стійкості, посттравматичне зростання не запобігає дезадаптації у травмованих осіб. Крім того, на відміну від стійкості, оптимізму та відчуття внутрішньої узгодженості, посттравматичне зростання стосується змін, які виникають у всіх стресових ситуаціях, незалежно від інтенсивності травми. Уникнення подолання, інтрузивне мислення та наявність соціального середовища, що сприяє позитивним змінам, і виявили зв'язок між характеристиками травми та посттравматичним зростанням. З іншого боку, поняття посттравматичного зростання особистості слід чітко відокремлювати від механізмів психологічного захисту, які спрямовані на зменшення стресу, навіть якщо він спотворює реальність, та копінгу, який має на меті адаптацію до зовнішньої реальності та збереження психологічного статус-кво. І навпаки, посттравматичний розвиток особистості відбувається через нездатність адаптуватися до ситуації, уникати змін і пов'язаних з ними стресів.

РОЗДІЛ ІІ. ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ МЕТОДИКИ ВИВЧЕННЯ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1 ПСИХОДІАГНОСТИКА ТРАВМІВНИХ РЕАКЦІЙ

МКХ-11 ОПИТУВАЛЬНИК ТРАВМИ (The ICD-11 Trauma Questionnaires)
Коротко опишіть свій травматичний досвід (назвіть його) __

Обведіть кружечком, коли травматична подія сталася:

А) менше 6 місяців тому

Б) 6-12 місяців тому

В) 1-5 років тому

Г) 6-10 років тому

Д) 11-20 років тому

Е) понад 20 років тому

Нижче наведено низку проблем, які люди іноді відчувають у відповідь на травматичні або стресові життєві події. Будь ласка, прочитайте уважно кожне твердження, а потім обведіть один із номерів праворуч, щоб вказати, наскільки ця проблема вас турбувала протягом останнього місяця.

Твердження	ніколи	рідко	іноді	часто	дуже часто
Р1. Чи часто Вам сняться сни про травматичні події?	0	1	2	3	4
Р2. Чи відчуваєте Ви, що травматична подія ніби стається з Вами знову?	0	1	2	3	4
Р3. Чи уникаєте Ви думок, почуттів або будь-чого, пов'язаного з травматичною подією?	0	1	2	3	4
Р4. Чи уникаєте ситуацій, людей або розмов, які нагадують Вам про травматичну подію?	0	1	2	3	4
Р5. Чи відчуваєте надмірну обережність?	0	1	2	3	4
Р6. Чи готові Ви негайно відреагувати, наприклад, побігти, сховатися, вистрілити?	0	1	2	3	4

Протягом останнього місяця ці проблеми:

Твердження	ніколи	рідко	іноді	часто	дуже часто
Р7. Впливали на Ваші стосунки чи соціальне життя?	0	1	2	3	4
Р8. Позначалися на Вашій роботі?	0	1	2	3	4
Р9. Впливали на інші важливі сфери життя: батьківські обов'язки, навчання, хоббі?	0	1	2	3	4

У цій частині опитувальника наведено проблеми, з якими стикаються ті, хто пережив травматичні події. Оцініть наскільки кожне твердження відображає Ваші почуття, думки і стосунки з іншими людьми протягом останнього місяця.

Твердження	ніколи	рідко	іноді	часто	дуже часто
С1. Коли я стурбований, мені потрібно багато часу щоб прийти до тями	0	1	2	3	4
С2. Мені важко відчувати різні емоції	0	1	2	3	4
С3. Я відчуваю себе людиною-невдахою	0	1	2	3	4
С4. Я відчуваю сильну самотність	0	1	2	3	4
С5. Мені важко виявляти позитивні емоції по відношенню до інших людей	0	1	2	3	4

Протягом останнього місяця ці проблеми:

Твердження	ніколи	рідко	іноді	часто	дуже часто
С6. Вплинули на Ваші стосунки та соціальне життя?	0	1	2	3	4
С7. Позначалися на Вашій	0	1	2	3	4

роботі, вплинули на працездатність?					
С8. Впливали на інші важливі сфери життя: батьківські обов'язки, навчання, хоббі?	0	1	2	3	4

Обробка результатів:

ПТСР		**ПТСР-комплексний**
Якщо Р1 або Р2 мають оцінку 2 та більше – виражений критерій Інтрузії (І)		Якщо С1 або С2 мають оцінку 2 та більше –порушення емоційної саморегуляції (ПЕС)
Якщо Р3 або Р4 мають оцінку 2 та більше – виражений критерій Уникнення (У)		Якщо С3 або С4 мають оцінку 2 та більше – негативна Я-концепція (НЯ)
Якщо Р5 або Р6 мають оцінку 2 та більше – виражений критерій Гіперпильність (ГП)		Якщо С5 або С6 мають оцінку 2 та більше – порушення стосунків з іншими людьми (ПС)
Якщо одне із тверджень Р7, Р8 або Р9 мають оцінку 2 та більше – функціональні порушення при ПТСР (ФП-ПТСР)		Якщо одне із тверджень С7, С8 або С9 мають оцінку 2 та більше – функціональні порушення самоорганізації (ФП-DSO)
ПТСР діагностується, якщо всі зазначені критерії виражені (І + У + ГП + ФП-ПТСР)		Порушення самоорганізації діагностується, якщо всі зазначені критерії виражені (ПЕС + НЯ + ПС + (ФП-DSO)

Діагноз ПТСР ставиться при наявності критеріїв ПТСР та при відсутності порушень самоорганізації.

Складний або комплексний ПТСР діагностується якщо виражені і критерії ПТСР і критерії порушення самоорганізації.

ПТСР		**ПТСР-комплексний, порушення самоорганізації**
Інтрузії = Р1+Р2 Уникнення = Р3+Р4 Гіперпильність = Р5+Р6 ПТСР= Інтрузії + Уникнення +Гіперпильність		Порушення емоційної саморегуляції = С1+С2 Негативна Я-концепція = С3+С4 Порушення стосунків з іншими людьми = С5+С6 Порушення самоорганізації = Порушення емоційної саморегуляції + Негативна Я-концепція + Порушення стосунків з іншими людьми

МІЖНАРОДНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ТРАВМИ (ITQ)

Міжнародний опитувальник травми розроблений у 2017 році; M. Cloitre, C. R. Brewin. Дана методика має дві діагностичні частини, ПТСР та ПТСР-комплексний (за МКХ-11) і охоплює три кластери симптомів цього розладу (повторне переживання травматичних подій, уникнення думок та переживань, пов'язаних з травмою, надмірне переживання травматичних подій, уникнення пов'язаних з травмою думок і переживань, надмірне відчуття загрози (гіперпильність). Для діагностики тяжкості симптомного розладу достатньо, щоб хоча б один із симптомів був оцінений у 2 бали або вище. Окрім трьох базових симптомів інтрузій, уникнення та підвищеної пильності, для діагностики комплексного ПТСР необхідна наявність так званого кластеру DSO – розладу самоорганізації, що складається з порушень емоційної саморегуляції, негативної Я-концепції та стосунків з іншими людьми.

Респонденти оцінюють кожне твердження в опитувальнику за п'ятибальною шкалою Лайкерта, де 0 - "зовсім не буває", 1 - "рідко", 2 - "іноді", 3 - "часто" і 4 - "дуже часто". Зверніть увагу, що цей метод призначений для діагностики ПТСР, комплексного ПТСР, а також відстроченого ПТСР; ПТСР діагностується за наявності критеріїв ПТСР і відсутності порушень самоорганізації; комплексний ПТСР діагностується, якщо обидва критерії ПТСР діагностується за наявності критеріїв ПТСР та порушень самоорганізації.

Опис опитувальника.

Р1. Чи часто Вам сняться травматичні події?

Р2. Чи відчуваєте Ви, що знову переживаєте травматичну подію?

Р3. Чи уникаєте Ви думок, почуттів або будь-чого, пов'язаного з травматичною подією?

Р4. Чи уникаєте ситуацій, людей або розмов, які нагадують Вам про травматичну подію?

Р5. Чи відчуваєте Ви надмірну обережність?

Р6. Чи готові Ви негайно відреагувати, наприклад, побігти, сховатися, вистрілити?

С1. Коли Ви засмучені, чи потрібен Вам час, щоб заспокоїтися?

С2. Чи важко Вам відчувати різні емоції?

С3. Чи відчуваєте Ви себе невдахою?

С4. Чи відчуваєте Ви сильну віддаленість від інших, самотність?

С5. Чи важко Вам проявляти позитивні почуття по відношенню до інших?

С6. Чи впливають ці проблеми на Ваші стосунки та соціальне життя?

Шкали:

Інтрузії – Р1, Р2

Уникнення – Р3, Р4

Гіперпильність – Р5, Р6

Порушення емоційної саморегуляції – С1, С2

Негативна Я-концепція – С3, С4

Порушення стосунків – С5, С6

ШКАЛА ПАНДЕМІЧНОГО ГОРЯ
(The Pandemic Grief Scale, PGS, S. A. Lee, R. A. Neimeyer, 2020)

Дана методика є коротким скринінгом психічного здоров'я для виявлення ймовірних випадків дисфункціонального горя, пов'язаного зі смертю від COVID-19.

Як часто протягом останніх 2 тижнів ви відчували, думали, поводились так як зазначено нижче стосовно вашої втрати?	Ніколи	Декілька днів	Близько тижня	Кожного дня
1. Я хотів померти, щоб бути з покійним	0	1	2	3
2. Я не розумів ким став, яка моя роль і яке моє місце в житті після смерті рідного (чи друга)	0	1	2	3
3. Більше нічого не має для мене значення	0	1	2	3
4. Мені важко згадувати про померлого щось позитивне	0	1	2	3
5. Я вважаю, що без померлого моє життя втратило сенс	0	1	2	3

Обробка результатів

Кожен пункт PGS оцінюється за 4-бальною шкалою від 0 (зовсім ні) до 3 (майже щодня) на основі досвіду за останні два тижні. Загальний бал PGS $\geq$ 7 вказує на можливе дисфункціональне горе зумовлене втратою через COVID-19. Підвищені показники за певним пунктом або високий загальний бал за шкалою ($\geq$ 7) можуть вказувати на проблемні симптоми для людини, які можуть вимагати подальшого обстеження та/або лікування.

ОПИТУВАЛЬНИК СИМПТОМІВ ПТСР
PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)

Контрольний перелік симптомів ПТСР за DSM-5 (PCL-5) призначений для моніторингу симптомів під час і після лікування, виявлення пацієнтів з ПТСР і постановки попереднього діагнозу ПТСР (F.W. Weathers, B.T. Litz, T.M. Keane, P.A. Palmieri, B.P. Marx, P. P. Schnurr, 2013). Опитувальник складається з 20 пунктів, які обстежуваний оцінює за 5-бальною шкалою, де 0 - "зовсім не буває", а 4 - "буває дуже часто". Заповнення опитувальника займає 5-10 хвилин. Після того, як респондент відповів на всі питання, фахівець підраховує загальний бал. Визначається як загальний бал ПТСР, так і ступінь вираженості симптомів (за DSM-5) у кожному кластері. Опитувальники DSM-IV PCL доступні у трьох версіях: PCL-M (військовий), PCL-C (цивільний) та PCL-S (специфічний), з дещо відмінними інструкціями та окремими формулюваннями речень Опитувальник PCL-5 - це опитувальник PCL-S (але не існує військової чи цивільної версії PCL-5.

Для заповнення опитувальника потрібно 5-10 хвилин. Після того, як пацієнт відповів на всі запитання, фахівець підраховує загальну суму балів.

Інтерпретація результатів методики відбувається наступним чином:

- Визначається вираженість усіх симптомів (від 0 до 80) шляхом підсумування відповідей на усі запитання опитувальника.
- Визначається вираженість симптомів за кожним із кластерів (за DSM-5): Кластер В – пункти 1-5; кластер С – пункти 6-7; кластер D – пункти 8-14; кластер Е – пункти 15-20. Тобто підсумовується кількість балів окремо за кожним із кластерів.
- Попередній діагноз ПТСР може бути поставлено, якщо досліджуваний на кожен пункт опитувальника ставить оцінку від 2 до 4. За DSM-V діагноз ПТСР ставиться у випадку, коли досліджуваний ставить оцінку 2 або вище по одному пункту кластерів В і С та по двом пунктам кластерів D і Е.

Текст опитувальника:

Частина 1. Дайте відповіді про найгіршу подію у Вашому житті.

Стисло опишіть найгіршу подію свого життя (якщо Вам комфортно це зробити, якщо ні – розкажіть про неї психологу чи психотерапевту)

Як давно вона трапилась?_____

Чи насправді у Вас була реальна загроза життю, отримання важких фізичних травм чи сексуальне насильство?

Так	Ні

Як Ви пережили цю подію?

	Вона трапилась зі мною раптово
	Я був свідком жахливої події
	Я дізнався, що подія сталася з моїм родичем чи близьким другом
	Такі події є частиною моєї роботи та відбуваються зі мною достатньо часто
	Інше (опишіть)

Подія, яка турбує Вас, пов'язана зі смертю родича чи близького друга?

	Так, це був нещасний випадок / насильство
	Так, смерть сталась через природні причини (онкологія, інфаркт, інсульт тощо)
	Ні, ця подія не пов'язана із моїми родичами

Стисло опишіть найгіршу подію свого життя (якщо Вам комфортно це зробити, якщо ні – розкажіть про неї психологу чи психотерапевту)

_____

Частина 2.

Інструкція: Вам подано список проблем і скарг, які часто мають люди, що пережили складні життєві ситуації. Будь ласка, уважно прочитайте кожну з них, оцініть їх вираженість у Вас **протягом останнього місяця** і обведіть відповідну цифру у таблиці.

№	За минулий місяць, як часто Вас турбувало:	Ніколи	Рідко	Помірно	Часто	Дуже часто
1	Повторювані, тривожні, небажані думки про стресову подію	0	1	2	3	4
2	Повторювані, тривожні сни про стресову подію	0	1	2	3	4
3	Раптове відчуття, що стресова подія сталася з Вами знову (наче Ви заново її переживаєте)	0	1	2	3	4
4	Відчуття сильного занепокоєння, коли щось нагадує Вам про стресову подію	0	1	2	3	4
5	Виражені соматичні реакції, коли щось нагадує Вам про стресову подію (підвищене серцебиття, підвищення артеріального тиску, почервоніння обличчя тощо)	0	1	2	3	4
6	Уникання споминів, думок і почуттів, пов'язаних зі стресовою подією	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх нагадувань про стресову подію (людей, обстановки, певних ситуацій)	0	1	2	3	4
8	Виражена тривога при згадуванні важливих частин стресової події	0	1	2	3	4
9	Виражене негативне ставлення до себе, інших людей та світу в цілому (наприклад, такі думки як «я поганий», «зі мною сталося щось серйозне», «нікому не можна довіряти», «світ дуже небезпечний»)	0	1	2	3	4
10	Звинувачення себе чи когось іншого у тому, що сталася стресова подія, чи події після неї	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні почуття: страх, жах, гнів, почуття провини або сорому	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до діяльності, яка раніше подобалася	0	1	2	3	4
13	Переживання дистанції, «відірваності» від інших людей	0	1	2	3	4
14	Неможливість переживати позитивні емоції (наприклад, постійне відчуття себе нещасним, неможливість відчувати любов до близьких людей)	0	1	2	3	4

15	Роздратованість, спалахи гніву, агресивність	0	1	2	3	4
16	Ризикована поведінка або діяльність, яка може заподіяти Вам шкоду	0	1	2	3	4
17	Постійна настороженість, очікування небезпеки	0	1	2	3	4
18	Знервованість, часті здригання	0	1	2	3	4
19	Труднощі у концентрації уваги	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням, безсоння	0	1	2	3	4

ПЕРЕЛІК ЖИТТЄВИХ ПОДІЙ

Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)

Це самозвіт, спрямований на виявлення потенційно травматичних подій у житті респондентів (F.W. Weathers, D.D. Blake, P.P. Schnurr, D.G. Kaloupek, B.P. Marx, T.M. Keane, 2013).

Опитувальник має три форми: стандартний самозвіт для визначення події, що відбулася, розширений самозвіт для визначення найгіршої події, якщо респондент мав кілька травматичних подій, та інтерв'ю для оцінки критерію A DSM-5.

Опитувальник використовується для оцінки загальної кількості потенційно травматичних подій у житті людини та для кращої ідентифікації проблем респондента, виявлених за допомогою методики CAPS (Шкали клінічної діагностика симптомів ПТСР).

Опитувальник включає 16 категорій потенційно травматичних подій та пункт, в якому респонденти мають описати найважливіші потенційно травматичні події у своєму житті.

Потенційно травматичні події включають стихійні лиха, пожежі та вибухи, нещасні випадки на роботі чи вдома, отруєння токсичними речовинами, збройні напади, зґвалтування та примусовий секс, бойовий досвід, ув'язнення, хвороби, травми, сильний біль, раптову насильницьку або випадкову смерть близької людини та матеріальну чи фізичну шкоду, заподіяну іншими особами.

Для кожного пункту анкети респонденти обирають одну з наступних відповідей: подія сталася з ними, вони були свідками події, це сталося з родичем або другом, це є частиною їхньої роботи, їм важко відповісти, це їх не стосується.

Окремо згруповані події, що сталися з респондентом, події, свідком яких він був, та події, що сталися з родичами або друзями респондента.

Перелік життєвих подій (стандартна форма)

Інструкція: Вам пропонується перелік подій, які можуть статися у житті кожної людини. Згадайте усе своє життя та для кожної події оберіть один або декілька варіантів відповідей: подія трапилась зі мною, я був свідком події, це сталося з моїм родичем або другом	подія трапилась зі мною	я був свідком події	це сталося з моїм родичем	це частина моєї роботи	складно відповісти	мене це не стосується
1. Природне лихо (повінь, ураган, землетрус)						
2. Пожежа або вибух						
3. Транспортна аварія (ДТП, авіакатастрофа, аварія потягу)						
4. Нещасний випадок на роботі чи вдома						
5. Отруєння токсичними речовинами (у тому числі й радіацією)						
6. Фізичний напад (побиття, вбивство)						
7. Напад зі зброєю (погрози ножем, пістолетом, вибухівкою)						
8. Сексуальне насильство (згвалтування, спроба згвалтування)						
9. Інший неприємний сексуальний досвід						
10. Участь у бойових діях						
11. Позбавлення волі						
12. Життєво небезпечна хвороба або травма						
13. Важкі людські страждання						
14. Раптова насильницька смерть (наприклад, вбивство, самогубство)						
15. Раптова смерть в результаті нещасного випадку						
16. Травми чи вбивство Вами іншої людини						
17. Інша стресова подія						

ПЕРЕЛІК ЖИТТЄВИХ ПОДІЙ (LEC-5 ІНТЕРВ'Ю)

Інструкція. Зараз я задам Вам декілька питань стосовно заповненої Вами анкети про стресові події Вашого життя. Але перед цим хочу уточнити деякі аспекти Вашого виховання у батьківській родині.

Текст опитувальника

Хто виховував Вас?

Що особливо запам'яталося з дитинства?

Опишіть найкращу подію свого дитинства

Опишіть найгіршу подію свого дитинства

Якими були Ваші стосунки:

З матір'ю

З батьком

З братами/сестрами

Іншими членами сім'ї (з ким саме)

Як жили Ваші батьки?

(Кричали один на одного / Були бійки між ними / Були випадки насильства)

Як підтримувалася дисципліна в сім'ї? (Хто був головним у сім'ї? У чому полягала дисципліна сім'ї?)

Чи відчували Ви колись холодне, байдуже, неемоційне ставлення до себе з боку батьків?

Ні / Так (Від кого саме? Як це проявлялося? Скільки років Вам було?)

Чи відчували Ви себе покинутим, знехтуваним батьками?

Ні / Так

(Ким саме? Як це проявлялося? Скільки років Вам було? Як часто це траплялось?)

Вас колись несправедливо критикували, казали, що Ви ні на що не здатний?

Ні / Так

(Хто саме? Як це проявлялося? Скільки років Вам було? Як часто це траплялось?)

Чи доводилося Вам переживати сильний сором або приниження?

Ні / Так

(Хто змушував це переживати? Як це проявлялося? Скільки років Вам було? Як часто це траплялось?)

Чи були Ви у дитинстві безпритульним або залишеним напризволяще (на самоті тривалий час, без їжі або без житла?) Ні / Так

(Хто став причиною цього? Як це проявлялося? Скільки років Вам було? Як часто це траплялось?)

Оцініть важкість емоційного насильства:

(1 – не було; 2 – мінімальне; 3 – значне; 4 – сильно виражене)

ШКАЛА ВТОРИННОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ

Інструкція. Оцініть, наскільки кожне з цих тверджень стосувалось Вас протягом минулих 7 днів

	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Завжди
1. Я відчуваю емоційне виснаження	1	2	3	4	5
2. У мене посилюється серцебиття від думки про необхідність роботи з пацієнтами	1	2	3	4	5
3. Мені здається, що переживаю травму разом зі своїми пацієнтами	1	2	3	4	5
4. У мене безсоння	1	2	3	4	5
5. Я не бачу жодних перспектив	1	2	3	4	5
6. Я дратуюсь від думок про пацієнтів	1	2	3	4	5
7. Оточуючі люди мені нецікаві	1	2	3	4	5
8. Я став більш знервований	1	2	3	4	5
9. Я став менш активним, ніж зазвичай	1	2	3	4	5
10. Думки про пацієнтів турбують мене у неробочий час	1	2	3	4	5
11. Мені складно концентрувати увагу	1	2	3	4	5
12. Я уникаю місць, речей, які нагадують мені про пацієнтів	1	2	3	4	5
13. Мені сняться жахи про роботу з пацієнтами	1	2	3	4	5
14. Я не хочу працювати із деякими пацієнтами	1	2	3	4	5
15. Мене легко вивести з рівноваги	1	2	3	4	5
16. Я очікую, що станеться щось погане	1	2	3	4	5
17. Я забуваю про що говорив з пацієнтом як тільки він йде з мого кабінету (як тільки я починаю спілкуватися з іншим пацієнтом)	1	2	3	4	5

Обробка результатів:

Інтрузії (додати бали за пунктами: 2, 3, 6, 10, 13) _____

Уникнення (додати бали за пунктами: 1, 5, 7, 9, 12, 14, 17) _____

Збудження (додати бали за пунктами: 4, 8, 11, 15, 16) _____

Загальний бал (Інтрузії+Уникнення+Збудження) _____

Критерії	Невиражений	Низький рівень	Помірний рівень	Високий рівень	Дуже високий рівень
Інтрузії (B)	5	5-7	8-11	12-13	Більше 13
Уникнення (C)	7-8	9-12	13-16	17-22	Більше 22
Збудження (D)	5	6-8	9-13	14-16	Більше 16
Всього (STSS)	Менше 28	28-37	38-43	44-48	Більше 48

ОПИТУВАЛЬНИК ПОСТТРАВМАТИЧНИХ КОГНІЦІЙ
(Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI)

Опитувальник, створений E.B. Foa, A. Ehlers, D.M. Clark, у 1999 році для оцінки трьох типів посттравматичних когніцій: 1) негативні думки про себе, 2) негативні думки про навколишній світ, 3) самозвинувачення. Теоретичною основою опитувальника є важлива роль негативних та дисфункціональних когніцій в етіології та перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Зокрема, E.B. Foa та ін. (1998) визначили, що у жінок, які постраждали від сексуального насильства, думки про небезпеку у світі та власну некомпетентність призводять до розвитку ПТСР; A. Ehlers та D.M. Clark (2000) встановили, що негативне ставлення людини до травматичної події може призвести до появи симптомів ПТСР. На думку авторів, такі негативні оцінки (переважно власної особистості та небезпечного світу) призводять до постійного відчуття загрози, що формує симптоми ПТСР та підвищує тривожність.

Безпорадність під час травми призводить до так званої «психічної поразки», тобто стану втрати здатності підтримувати уявлення про себе як про вольову особистість. Слід зазначити, що безпорадність лежить в основі Критерію A (DSM-5) ПТСР і пов'язана з інтенсивним страхом, нездатністю впливати на оточення, нездатністю керувати ситуацією і нездатністю контролювати те, що відбувається під час травматичної події.

Наразі метод успішно використовується для діагностики жертв насильства та у комплексних дослідженнях симптомів емоційного вигорання (зокрема, лікарями швидкої допомоги, реаніматологами та пожежниками). Окрім версії для дорослих, цей опитувальник також доступний для дітей.

Інструкція Нижче наведені деякі твердження, які можуть відображати або не відображати Ваші погляди. Уважно прочитайте кожне твердження та оцініть, наскільки ви з ним згодні. Пам'ятайте, що кожна людина переживає травматичні події по-своєму, і немає правильної чи неправильної відповіді.

1	2	3	4	5	6	7
абсолютно не згодний	переважно не згодний	частково не згодний	ставлюсь нейтрально	більше згодний	переважно згодний	абсолютно згодний

Текст методики.

1	Подія сталася внаслідок моїх дій	
2	Я не вірю в те, що буду робити правильні вчинки	
3	Я «слабак»	
4	Я не можу контролювати свій гнів і здатний на жахливі вчинки	
5	Я не можу впоратися із найменшими труднощами	
6	Раніше я був щасливою людиною, а зараз я постійно нещасний	
7	Людям не можна довіряти	
8	Я постійно насторожений	
9	Я відчуваю себе «мертвим» всередині	
10	Ми ніколи не знаємо, хто може нам завдати шкоди	
11	Я повинен бути особливо обережним, тому що ви ніколи не знаєте, що може статися далі	
12	Я неадекватний	
13	Якщо я буду думати про цю подію, то ніколи не впораюсь із нею	
14	Подія сталася тому, що вона завжди трапляється з таким людьми як я	
15	Після події мої реакції свідчать про те, що я божеволію	
16	Я ніколи не зможу знову відчувати нормальні емоції	
17	Світ небезпечний	
18	Хтось інший міг зробити так, аби подія не сталася	
19	Я постійно стаю гіршим, ніж був раніше	
20	Я відчуваю себе об’єктом, а не людиною	
21	Хтось інший не потрапив би у таку ситуацію	
22	Я не можу покластися на інших людей	
23	Я відчуваю себе ізольованим від інших людей	
24	У мене немає майбутнього	
25	Я не можу зупинити те погане, що відбувається зі мною	
26	Люди не такі, якими здаються	
27	Моє життя зруйноване травмою	
28	Щось зі мною не так	
29	Мої реакції після події свідчать про те, що я лузер	
30	Щось в мені є таке, що притягнуло до мене цю подію	
31	Я відчуваю, що я більше не знаю себе	
32	Я не можу покластися на себе	
33	Зі міною нічого хорошого не станеться	

Обробка результатів:

Загальний бал _____

Шкала 1: Негативні думки стосовно себе (твердження: 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 33, 35 і 36)

Шкала 2: Негативні думки стосовно світу (твердження 7, 8, 10, 11, 18, 23 і 27)

Шкала 3: Самоїдство (твердження: 1, 15, 19, 22 і 31)

Загальний бал є сумою усіх балів за кожним із 33 тверджень.

Негативні думки стосовно себе (загальний бал / 21) =	
Негативні думки стосовно світу (загальний бал / 7) =	
Самоїдство (загальний бал / 5) =	

Нормативні дані:

	Травма відсутня	Травма, але не ПТСР	Травма з ПТСР
Шкала 1	1,08	1,05	3,60
Шкала 2	2,07	2,43	5,00
Шкала 3	1,00	1,00	3,20
Загальний бал	45,50	49,00	133,00

2.2 ПСИХОДІАГНОСТИКА У ПРАКТИЦІ КРИЗОВОГО ПСИХОЛОГА

ШКАЛА СОМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ

(Somatic Symptom Scale 8, B. Gierk, S.Kohlmann, K. Kroenke, 2014)

Соматичні симптоми є основними ознаками багатьох медичних захворювань, і вони використовуються для оцінки тяжкості та перебігу хвороби. Шкала соматичних симптомів із 8 пунктів (SSS-8) була розроблена як короткий, за повідомленнями пацієнтів, показник навантаження на соматичні симптоми, але її надійність, валідність і корисність ще не перевірені.

Наявні симптоми часто є поштовхом для подальшої діагностичної оцінки, а моделі симптомів можуть вказувати на конкретні захворювання. У клінічних консультаціях соматичні симптоми використовуються як показники тяжкості та перебігу захворювань, а також для моніторингу прогресу лікування. Вони пов'язані зі зниженням якості життя, посиленням психологічного стресу та збільшенням використання медичних послуг. Соматичні симптоми характерні для різних захворювань, таких як рак або ішемічна хвороба серця, для депресивних, тривожних та соматоформних розладів. Загалом, окремі соматичні симптоми часто групуються в 4 групи: серцево-легеневі, шлунково-кишкові, больові та загальні.

Інструкція. Оцініть, наскільки сильно виражені у вас саме зараз наступні симптоми (підкресліть або обведіть кружечком відповідну цифру):

	Зовсім не виражений	Незначно	Помірно	Виражений	Сильно виражений
1. Біль у спині	0	1	2	3	4
2. Біль у грудях або	0	1	2	3	4

задишка					
3. Запаморочення	0	1	2	3	4
4. Почуття втоми або відсутність енергії	0	1	2	3	4
5. Головний біль	0	1	2	3	4
6. Біль у руках, ногах або суглобах	0	1	2	3	4
7. Проблеми зі шлунком або кишківником	0	1	2	3	4
8. Проблеми зі сном	0	1	2	3	4

Результати:

Клієнта не турбували симптоми або турбували мінімально (від 0 до 3).
Низький рівень дискомфорту (від 4 до 7)
Середній рівень дискомфорту (від 8 до 11)
Високий рівень дискомфорту (12-15);
Дуже високий рівень дискомфорту (від 16 до 23).
Використовується для осіб з 13 років.

ШКАЛА СУБ'ЄКТИВНОГО ДИСТРЕСУ

(The Subjective Units of Distress Scale, SUDS)

Шкала у формі термометра є корисним способом помітити та оцінити варіації рівнів дистресу, які людина може відчувати з часом. Популярна у поведінковій терапії горя та посттравматичних стресових станів.

Це міра самооцінки, яка вимагає від клієнтів вказати свій рівень тривоги за шкалою від «немає страждань» до «страждання, які неможливо витерпіти». Оригінальна версія базується на шкалі від 0 до 100 (0 означає повне розслаблення, а 100 означає найсильніший дистрес, який тільки можна уявити).



100: Нестерпно засмучений до такої міри, що ви не можете працювати і перебуваєте на межі зриву

90: Надзвичайно тривожний, безпорадний і нездатний впоратися з усіма наявними проблемами

80: Занепокоєння і паніка; втрата концентрації та неприємні відчуття тривоги в тілі

70: Дискомфорт домінує у ваших думках, але ви намагаєтеся нормально функціонувати

60: Ваш дискомфорт коливається від помірного до сильного рівня залежно від зовнішніх обставин

50: Засмучений і незручний; але здатний продуктивно працювати та спілкуватися з іншими людьми

40: Тривога та занепокоєння коливаються від легкого до помірного рівня

30: Ви дещо засмучений; все здатний ефективно функціонувати у різних галузях

20: Трохи сумний або засмучений

10: Висока продуктивність і зосередженість

0: Гармонія і повний спокій

Використовувати дану шкалу (SUDS) дуже просто. У момент стресу або втручання люди просто оцінюють і записують свій рівень дистресу чи тривоги за шкалою від 0 до 100. Подібно до показників температури чи артеріального тиску, мета використання SUDS – забезпечити підвищену обізнаність про особистий рівень емоційного стресу в будь-який момент. На показники можуть впливати думки, почуття та фізичні відчуття. Тому відповіді суб'єктивні й унікальні для людини та моменту – немає «правильних» чи «неправильних» відповідей.

Зазвичай, коли люди говорять, що мають рівень SUDS 100, вони можуть відчувати фізичні реакції, такі як пітливість долонь, прискорене серцебиття, утруднене дихання, відчуття запаморочення та сильне занепокоєння. Тому рівень 100 – це справді екстремально. Оскільки люди різні, ситуація, яка змушує одну людину відчувати рівень SUDS 100, може бути не такою поганою для іншої. Ось чому ми називаємо її суб'єктивною шкалою. Наприклад, уявіть, що ви з другом стоїте біля глибокого басейну, і хтось штовхає вас обох у воду. Якщо ваш друг не вміє плавати, він може відчути рівень SUDS 100. Однак якщо ви вмієте плавати або не боїтеся глибокої води, ви можете відчути нульовий рівень.

Нижче наведено підказки для роботи із даною Шкалою

SUDS	Сила стр	Показник	Приклади
0 – 12:	Немає	Тіло	Розслаблений із нормальним пульсом і диханням
		Думки, почут	«Я розслаблений, умиротворений, відчуваю легкість і безтурботність». Переважно позитивні емоції
		Поведінка	Жодних зовнішніх ознак тривоги

13 – 37: Низький	Тіло	Невелике підвищення напруги м'язів і зміна частоти дихання
	Думки, почу	«Я трохи засмучений». Як правило, це не помітно для вас самих, якщо ви не звернете увагу на свої почуття і не зрозумієте: «Так, мене щось турбує»
	Поведінка	Інші можуть помітити зміни, якщо звернуть на це особливу увагу. Загалом без великих зовнішніх змін.
38 – 67: Помірний	Тіло	Зміни в диханні, прискорене серцебиття, сильніше потовиділення, збільшення напруги м’язів спини, щелепи тощо
	Думки, почу	«Я точно засмучений». Це на такому рівні, що ви не можете легко проігнорувати неприємну думку. З неприємними відчуттями все ж можна впоратися, доклавши певних зусиль.
	Поведінка	Стискання щелепи, схвильований вигляд, ускладнення спілкування з іншими. Інші помічають напругу і можуть запитувати про це.
68 – 87: Високий	Тіло	Зміни в поставі, утруднене дихання, біль у животі, головний біль, біль у спині
	Думки, почу	«Мене охопить паніка» «Мені потрібно піти звідси». Утримати контроль можна лише докладаючи великих зусиль.
	Поведінка	Втеча від ситуації. Інші люди бачать, що ви стривожені
88-99: Сильний	Тіло	Дуже прискорене серцебиття, утруднене дихання, пітливість, блювота
	Думки, почу	«Я божеволію». «Я не можу цього витримати». «Я помру». Нездатність зосередитися ні на чому іншому. Втрата контролю над своїми емоціями через паніку.
	Поведінка	Активно тікає із зони небезпеки
100: Максимум	Тіло	Сильне тремтіння, блювота, сильне потовиділення, головний біль

	Думки, почу	Цілковита нездатність спілкуватися, людина почувається погано, не може контролювати свої емоції, перебуває на межі нервового зриву, втішити її неможливо
	Поведінка	Сидить, згорнувшись калачиком у кутку, інші телефонують 103 чи інші екстрені служби

Щоб спростити систему оцінювання та полегшити прийняття рішень, для дітей часто використовують менший діапазон шкали (наприклад, від 0 до 10) із персоналізованими прив'язками (наприклад, 0 означає, що зовсім не страшно, а 10 – найстрашніше). Коли SUDs використовується з дітьми молодшого віку та молодими людьми, які мають труднощі з вербальною артикуляцією своїх емоцій, зазвичай покладаються на візуальну аналогову шкалу, таку як термометр почуттів, щоб точніше передати їхній рівень тривожності. Кожен включений пункт пропонує дитині розглянути думки, почуття та поведінку, які вони могли мати щодо соціальних ситуацій (наприклад, публічні виступи, відвідування світських заходів або вечірок, знайомство з іншими, розмова, дарування та отримання компліментів, прохання інших, їжа в громадських місцях тощо) за останні 7 днів. Кожен елемент вимірювання оцінюється дитиною, а оцінка базується на сумі відповідей, де, незалежно від діапазону шкали, вищі бали вказують на більшу серйозність.

Щоб максимізувати ефективність використання SUDS, люди можуть відстежувати свій емоційний стрес, ведучи щоденник усвідомлення стресу. Реєстрація кожного запису SUDS може включати дату, час і місце оцінки, оцінку SUDS і коротку примітку про будь-який контекст (те, що було сказано, зроблено, побачено або пережито, щоб викликати або зменшити стрес чи тривогу). Згодом цей журнал усвідомлення стресу може допомогти людям розпізнати тенденції власного рівня стресу, включно з тим, що спричиняє підвищення або зниження стресу, і які втручання є найефективнішими.

Крім того, щоб допомогти людям стати більш самосвідомими та налаштуватися на власний рівень стресу, SUDS можна використовувати для розвитку усвідомлення стресу в сім'ях, класах або робочих групах, особливо коли люди в групі зазнають спільних стресових факторів. Спільне використання SUDS може допомогти людям розвивати емпатію та розуміння того, як на кожного члена групи унікально впливають різноманітні стресори, і що є ефективним у зменшенні стресу.

СИМПТОМАТИЧНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК

(SCL-90-R, J. J. Cyr, J. M. McKenna-Foley, E. Peacock, 1985**)**

Опитувальник симптомів-90-R (SCL-90-Revised) – це інструмент клінічного обстеження та скринінгу, призначений для оцінки патернів психологічних симптомів у психіатричних пацієнтів та здорових осіб; він був створений у 1994 році на основі Гопкінського опитувальника симптомів (HSCL), який був розроблений в рамках Корнельського медичного індексу (А.

Wider, 1948). Опитувальник L.R. DeRogatis, заснований на Переліку симптомів Гопкінса (HSCL), є методом, який веде свою історію від Корнельського медичного індексу (A. Wider, 1948), який був розроблений M. Parloff та ін. (1953) В його основі лежить шкала дискомфорту. SCL-90-R містить 90 тверджень, згрупованих за шкалами; кожен з 90 пунктів оцінюється за 5-бальною шкалою (0-4), де 0 відповідає "зовсім ні", а 4 - "дуже сильно". SCL-90 (і SCL-90-R) включає наступні шкали:

1. Соматизація
2. Обсесивно-компульсивні розлади (нав'язливості)
3. Інтерперсональна чутливість
4. Депресія
5. Тривожність
6. Ворожість
7. Нав'язливі страхи (фобії)
8. Параноїдність
9. Психотизм
10. Загальний індекс важкості
11. Індекс важкості наявного дистресу
12. Кількість позитивних відповідей (Кількість тривожних симптомів)

SCL-90-R – це методика для оцінки поточного стану і не підходить для комплексної діагностики особистості. Інструкція методики та її внутрішня суть полягає в тому, щоб дослідити ступінь дискомфорту, викликаного певним симптомом, незалежно від того, наскільки він виражений в реальності. Крім того, методика не містить шкали брехні, а її структура не спрямована на модифікацію індукованих реакцій обстежуваного, які необхідно враховувати під час інструктажу та обстеження (хоча шкала психопатії, через наявність у ній аномальних симптомів, може бути використана для оцінки щирості обстежуваного, коли заздалегідь відомо, що психотичного розладу немає.

Оскільки основною метою шкали є виявлення психологічного симптоматичного статусу широкого кола осіб, SCL-90-R може використовуватися досить широко, хоча результати мають досить близьку клінічну релевантність. Виняток становлять особи, які не здатні розуміти інструкції, пацієнти з деменцією та особи з явними психотичними станами.

Інструкція.

Нижче наведено перелік проблем або скарг, які іноді виникають у людей. Уважно прочитайте кожне твердження та оцініть, наскільки ви з ним згодні. Оцініть ступінь дискомфорту або тривоги, які ви відчували у зв'язку з цією проблемою протягом останнього тижня, включаючи сьогодні. Будь ласка, не пропускайте жодного пункту зі списку і оцініть його.

0	1	2	3	4
Зовсім ні	Трохи	Помірно	Сильно	Дуже сильно

Текст методики.

1	Головні болі	

2	Нервозність або тремтіння всередині	
3	Повторювані неприємні думки	
4	Слабкість або запаморочення	
5	Втрата сексуального потягу або задоволення	
6	Почуття невдоволення іншими	
7	Відчуття, що хтось інший може управляти Вашими думками	
8	Відчуття, що майже у всіх Ваших неприємностях винні інші	
9	Проблеми з пам'яттю	
10	Ваша неакуратність або неохайність	
11	Роздратування, що легко виникає	
12	Болі в серці або в грудній клітці	
13	Почуття страху у відкритих місцях або на вулиці	
14	Нестача сил або загальмованість	
15	Думки про те, щоб накласти на себе руки	
16	Ви чуєте голоси, яких не чують інші	
17	Тремтіння	
18	Відчуття, що більшості людям не можна довіряти	
19	Поганий апетит	
20	Сльозливість	
21	Сором'язливість або скутість в спілкуванні з особами протилежної статі	
22	Відчуття, що Ви потрапили у пастку	
23	Несподіваний і безпричинний страх	
24	Спалахи гніву, які Ви не могли стримати	
25	Боязнь вийти одному з дому	
26	Відчуття провини	
27	Болі у попереку	
28	Відчуття, що щось Вам заважає зробити що-небудь	
29	Відчуття самотності	
30	Пригнічений настрій, "хандра"	
31	Надмірне занепокоєння з різних приводів	
32	Відсутність інтересу до усього	
33	Почуття страху	
34	Ваші почуття легко зачепити	
35	Відчуття, що інші проникають у Ваші думки	
36	Відчуття, що інші не розуміють Вас або співчувають Вам	
37	Відчуття, що люди недружелюбні або Ви їм не подобаєтеся	
38	Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки	
39	Сильне або прискорене серцебиття	
40	Нудота або розлад шлунку	
41	Відчуття, що Ви гірші за інших	
42	Болі в м'язах	
43	Відчуття, що інші спостерігають за Вами або говорять про	

	Вас	
44	Вам важко заснути	
45	Потреба постійно перевіряти те, що Ви робите	
46	Труднощі в прийнятті рішень	
47	Страх їздити в автобусах, метро або поїздах	
48	Утруднене дихання	
49	Напади жару або ознобу	
50	Необхідність уникати деяких місць або дій, тому що вони Вас лякають	
51	Ви легко забуваєте, про що нещодавно думали	
52	Оніміння або поколювання в різних частинах тіла	
53	Комок в горлі	
54	Відчуття, що майбутнє безнадійне	
55	Вам важко зосередиться	
56	Відчуття слабкості в різних частинах тіла	
57	Відчуття тиску або напруженості	
58	Важкість в кінцівках	
59	Думки про смерть	
60	Переїдання	
61	Відчуття незручності, коли люди спостерігають за Вами або говорять про Вас	
62	Відчуваєте, що у Вас в голові чужі думки	
63	Бажання заподіювати тілесні ушкодження або шкоду кому-небудь	
64	Ранкове безсоння	
65	Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перечитувати тощо	
66	Неспокійний і тривожний сон	
67	Бажання ламати або трощити що-небудь	
68	Наявність у Вас ідей або вірувань, які не поділяють інші	
69	Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими	
70	Почуття зніяковілості у людних місцях (магазинах, кінотеатрах)	
71	Відчуття, що все, що б Ви не робили, вимагає великих зусиль	
72	Напади жаху або паніки	
73	Почуття ніяковості, коли Ви їсте і п'єте на людях	
74	Ви часто вступаєте в суперечку	
75	Нервозність, коли Ви залишилися на самоті	
76	Інші недооцінюють Ваші досягнення	
77	Відчуття самотності, навіть коли Ви з іншими людьми	
78	Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці	
79	Відчуття власної нікчемності	
80	Відчуття, що з Вами станеться щось погане	
81	Ви кричите або жбурляєте речами	

82	Страх, що Ви втратите свідомість на людях	
83	Відчуття, що люди зловживають Вашою довірою	
84	Вас турбують сексуальні думки	
85	Вас турбують думки, що Ви повинні бути покарані за Ваші гріхи	
86	Кошмарні думки або бачення	
87	Думки про те, що з Вашим тілом щось не в порядку	
88	Ви не відчуваєте близькості ні до кого	
89	Почуття провини	
90	Думки про те, що з Вашим розумом діється щось недобре	

Обробка результатів.

Для отримання результатів за базовою шкалою необхідно обчислити середнє арифметичне балів за питаннями, включеними до шкали. Це означає підсумовування балів за запитання, включені до шкали, і ділення суми на кількість запитань.

Якщо на жодне з питань немає відповіді, воно виключається з розрахунку. Якщо 20% (18 пунктів) запитань тесту або 40% запитань будь-якої шкали залишаються без відповіді, результати не можна вважати надійними.

Оцінка GSI – це середнє арифметичне всього тесту, тобто сума балів за всіма питаннями, поділена на 90; PST – це кількість позитивних відповідей на питання; PSDI – це середній показник вираженості симптомів, що дорівнює сумі балів за всім тестом, поділеній на PST. Таким чином, коли PST = 90, GSI та PSDI дорівнюють один одному; чим нижче значення PST, тим більша різниця між ними.

Шкала	Кількість питань	Номера питань
Соматизація	12	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
Нав'язливості	10	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
Інтерперсональна чутливість	9	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
Депресія	13	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
Тривожність	10	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
Ворожість	6	11, 24, 63, 67, 74, 81
Нав'язливі страхи (фобії)	7	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
Параноїдність	6	8, 18, 43, 68, 76, 83
Психотизм	10	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Інтерпретація.

Шкала 1: Соматизація.

Розлади, які називають соматизацією, відображають дистрес, що виникає через відчуття тілесної дисфункції. Сюди входять скарги на функціонування кровоносної, травної, дихальної та інших систем організму, такі як головний біль, біль у різних частинах тіла, включаючи м'язові болі, а також фізичні

еквіваленти тривоги. Всі ці симптоми та ознаки можуть вказувати на наявність психічного розладу, але також можуть свідчити про фізичну хворобу.

Шкала 2 Обсесивно-компульсивні ідеї

Обсесивно-компульсивний розлад проявляється симптомами, майже ідентичними однойменному стандартному клінічному синдрому. Ці питання стосуються думок і поведінки, які людина відчуває як постійні, непереборні і чужі для себе. Шкала також включає питання про поведінку та переживання більш загального когнітивного характеру.

Шкала 3: Міжособистісна чутливість.

Цей розлад визначається відчуттям особистої неадекватності та неповноцінності, особливо при порівнянні себе з іншими. Цей синдром характеризується самоосудом, тривогою та вираженим дискомфортом у міжособистісних стосунках. Крім того, особи з високими показниками за цією шкалою повідомляють про загострене самосприйняття та негативні очікування від міжособистісних стосунків і всього спілкування з іншими людьми.

Шкала 4. Депресія.

Симптоми цього розладу відображають широкий спектр клінічної депресії. Ці симптоми включають дискомфорт і емоційні симптоми, в тому числі ознаки відсутності інтересу до життя, відсутність мотивації і втрату життєвих сил. Сюди також входить відчуття безнадійності, суїцидальні думки та інші когнітивні і соматичні кореляти депресії.

Шкала 5 Тривожні розлади.

Тривожні розлади включають ряд симптомів і ознак, пов'язаних з клінічно високим рівнем відкритої тривоги. Це визначення включає загальні ознаки, такі як напруженість, нервозність і тремор, панічні атаки і почуття насильства. Ознаки тривоги включають когнітивні компоненти, в тому числі відчуття небезпеки, тривоги і страху, а також деякі соматичні кореляти тривоги.

Шкала 6: Ворожість, агресивність.

Ворожість включає думки, почуття та поведінку, які є проявами негативного емоційного стану гніву. Пункти включають всі три характеристики і відображають природу агресії, дратівливості, гніву та образи.

Шкала 7 Обсесивно-компульсивний страх (фобія).

Визначається як стійка реакція страху на певну людину, місце, річ або ситуацію, яка характеризується як ірраціональна та неадекватна по відношенню до стимулу, що призводить до поведінки уникнення.

Шкала 8: Марення.

Це визначення описує маячну поведінку як тип розладу мислення. Ключові риси, такі як проективне мислення, ворожість, підозрілість, зарозумілість, страх втрати незалежності та маячні ідеї, вважаються характерними для цього розладу, і вибір запитань зосереджений на представленні цих рис.

Шкала 9: Психотизм

Шкала психотизму включає питання, які вказують на симптоми шизофренії, такі як уникаючий, ізолюючий та шизофренічний спосіб життя,

галюцинації та слухові галюцинації. Шкала психотизму - це ступінчастий континуум, що варіюється від легкої міжособистісної ізоляції до явних ознак психотизму. Вона також корисна для виявлення грубого збудження, симуляції та ненавмисного входу, коли високі бали отримуються, незважаючи на відсутність очевидних симптомів.

Загальний індекс вираженості симптомів (GSI)

GSI є найкращим показником стану та глибини поточних порушень і повинен використовуватися в більшості випадків, коли потрібна узагальнена єдина оцінка; GSI - це поєднання інформації про кількість симптомів та інтенсивність пережитого дистресу.

Індекс дистресу за наявними симптомами (Presenting Symptom Distress Index, PSDI). PSDI є мірою інтенсивності симптомів і відповідає кількості симптомів. Він в першу чергу слугує індикатором типу реакції на взаємодію: чи реакція посилює, чи зменшує симптоматичний дистрес. Загальна кількість позитивних відповідей (ЗПЧ)

Нормативні дані:

Шкала	**Середнє значення**
Соматизація	0,69
Нав'язливості	0,76
Інтерперсональна чутливість	0,83
Депресія	0,68
Тривожність	0,62
Ворожість	0,71
Нав'язливі страхи (фобії)	0,35
Марення. Параноїдність	0,67
Психотизм	0,42
Індекс GSI	0,64

Середні значення:

Шкала	Ветерани Афганістану, норма	Ветерани Афганістану, ПТСР	Військові	Соматоформні хворі
Соматизація	0,41	1,08	0,68	1,60
Нав'язливості	0,52	1,15	0,67	1,04
Інтерперсональна чутливість	0,59	1,25	0,77	1,13
Депресія	0,41	1,15	0,59	1,29
Тривожність	0,40	1,16	0,59	1,50
Ворожість	0,51	1,22	0,74	1,10
Нав'язливі страхи (фобії)	0,19	0,76	0,40	0,99
Параноїдність	0,49	1,00	0,67	0,76
Психотизм	0,19	0,72	0,40	0,80
Індекс GSI	1,07	0,64	0,93	1,17

Інтерпретація опитувальника в цілому

Результати SCL-90-R можна інтерпретувати на трьох рівнях: загальна вираженість психопатологічних симптомів, вираженість окремих шкал і вираженість окремих симптомів. Інтерпретація основних шкал здійснюється відповідно до їх опису, призначення та теоретико-методологічних засад експериментатора.

GSI є найбільш інформативним показником, що відображає ступінь психологічного дистресу індивіда; PSDI є мірою інтенсивності дистресу, а також може бути використаний для оцінки стилю вираження дистресу суб'єктом, тобто, чи схильний суб'єкт перебільшувати або приховувати свої симптоми.

Індекс PST відображає широту діапазону симптомів людини. Інформація з цих трьох джерел повинна бути ретельно інтегрована, щоб отримати найбільш значущу і достовірну картину дистресу.

У 2020 році J. Hardt, H. U. Gerbershagen, P. Franke створено скорочену версію опитувальника SCL-90-R –The **SCL-9S** – включає пункти з усіх дев'яти оригінальних підшкал SCL-90-R, щоб зберегти валідність вмісту та репрезентативність у широкому спектрі психіатричної симптоматики, охопленої SCL-90-R. Вибрані дев'ять пунктів мали найвище навантаження в кожній субшкалі SCL-90-R. Кожен пункт оцінювався, як і на SCL-90-R, за п'ятибальною шкалою типу Лайкерта від 0 ¼ жодного до 4 ¼ надзвичайно.

Шкали SCL-90-R	Питання SCL-9S
1. Соматизація	Біль у м'язах
2. Обсесивно-компульсивний розлад	Складнощі в досягненні завдань
3. Соціальна незахищеність	Почуття критичності, скептичної налаштованості до інших
4. Депресія	Думки покінчити з життям
5. Тривога	Відчуття жаху чи паніки
6. Ворожість	Бажання кричати або кидати речі
7. Фобічний страх	Відчуття страху їхати в автобусі, метро чи поїзді
8. Параноїдне мислення	Відчуття, що більшості людей не можна довіряти
9. Психотизм	Впевненість в тому, що хтось інший може контролювати ваші думки

ОПИТУВАЛЬНИК СТАВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВИХ ДО СУЇЦИДУ

(MSAQ, M. VanSickle, J.Tucker, 2016)

Огляд літератури щодо ставлення до самогубства показав, що вона загалом відображають три переважаючі теми, які можна виразити наступними континуумами: (1) моральне проти аморального, (2) психічний біль проти патології та (3) прийняття проти неприйняття. Перший континуум стосується змісту настановлень. Фактори, визначені в Опитувальнику думок про самогубство (SOQ), які фіксують ставлення в цьому континуумі, включають соціальну дезінтеграцію (наприклад, «Чим більше випадків самогубства тим

менший вплив релігії») та аморальність самогубства як явища (наприклад, «Самогубство є дуже серйозним порушенням моралі»). Другий континуум «психічний біль проти патології» стосується ставлення, пов'язаного з причинами самогубства: зумовленого сильним, нестерпним психологічним болем або ж психічною хворобою. У межах SOQ актуальні фактори «особистісної неповносправності» (наприклад, «Мені було б соромно, якби хтось із членів моєї сім'ї вчинив самогубство») та «емоційних розладів» (наприклад, «Більшість людей, які намагаються вчинити самогубство, самотні або в депресії»). Третій континуум прийняття проти неприйняття (відмови) стосується структури ставлення до самогубства: «прийнятності» (наприклад, «Людям з невиліковними захворюваннями слід дозволити вчинити самогубство гідним чином»), «права на смерть» (наприклад, «Центри запобігання самогубствам фактично порушують право людини керувати своїм життям») і «нормалізації суїцидів» (наприклад, «Майже кожен хоч раз думав про самогубство»).

Інструкція: Це не тест, а опитування ваших думок. Немає правильних чи неправильних відповідей – важлива лише ваша чесна думка. Виберіть поле, яке найбільше відповідає вашій думці

Категорично не згоден

Не згоден

Нейтральний

Погодьтеся

Абсолютно згодний

Текст опитувальника

1. З військових меморіалів прибрати імена самогубців.

2. Військовий обов'язок вимагає від нас допомоги тим, хто бореться з суїцидальними думками.

3. Неправильно, коли військовослужбовець намагається покінчити життя самогубством.

4. Звернення за допомогою для самогубства вимагає мужності.

5. Самогубство егоїстичне.

6. Тільки боягузи кінчають життя самогубством.

7. Найкращий спосіб впоратися з психологічними проблемами – це «підняти» і витримати їх.

8. Я б довірив військовослужбовцю, який зробив спробу самогубства, прийняти етичні рішення.

9. Вибір самогубства морально неправильний.

10. Військовослужбовець, який намагається покінчити життя самогубством, заслуговує на розуміння та співчуття.

11. Підтримка підрозділу може допомогти запобігти самогубству.

12. Самогубство шкодить роботі підрозділу.

13. Військовослужбовець, який вчинив спробу самогубства, потребує допомоги та підтримки з боку військової частини та керівництва.

14. Я б не поважав свого лідера, якби знав, що він/вона висловлював суїцидальні думки.

15. Якщо військовослужбовець покінчив життя самогубством, він чи вона зробили це для того, щоб його родина могла отримати допомогу/гроші у зв'язку з втратою годувальника.

16. Ті, хто намагається вчинити самогубство, просто хочуть уваги.

17. Людям, які намагаються вчинити самогубство, слід дати час для отримання допомоги.

18. Стверджувати, що він схильний до самогубства, робиться, щоб піти з обов'язку.

19. Суїцидальні особи були недостатньо сильними для військових.

20. Самогубство є неприйнятним для моїх релігійних переконань.

21. Я зобов'язаний допомагати тим, хто відчуває самогубство.

22. Я не хочу бути в підрозділі з кимось, у кого в анамнезі були спроби самогубства або суїцидальні думки.

23. Самогубство порушує наші основні військові цінності.

24. Ті, хто вчиняє самогубство, не думають про те, як це вплине на їхній підрозділ.

25. Людям, які намагаються вчинити самогубство, потрібна підтримка членів підрозділу.

26. Я розумію, як стресові фактори військового життя можуть змусити когось думати про самогубство.

27. Я не поважаю тих, хто хоче вбити себе.

28. Визнання думок про самогубство не повинно зашкодити чиїйсь кар'єрі.

29. Людина, яка намагається вчинити самогубство, повинна відчувати сильний біль.

30. Люди, які намагаються покінчити життя самогубством, не повинні мати права на просування по службі чи лідерські посади.

31. Я почувався б некомфортно, якби дізнався, що хтось, з ким я працював, схильний до самогубства.

32. Самогубство шкодить моральному духу підрозділу

ПИТАННЯ ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ

1. У вас бували думки про самогубство?

З'ясувати, що думає людина про самознищення, запитавши про це у неї самої. У розмові з людиною, яка виявляє суїцидальні тенденції, слід використовувати прямі вирази: «вчинити самогубство», «вбити себе», а не «зробити щось з собою»; «померти», «загинути», чи «піти з життя». Мета полягає в тому, щоб спробувати «протверезити» людину потворними, зовсім не романтичними аспектами того, про що вона думає. З'ясувати також, чи є суїцидальні думки активними (бажання вбити себе) або пасивними (бажання померти).

2. Які події привели вас до думок про безглуздість життя?

Таким питанням ми починаємо досліджувати події, що були настільки сильними стресовими факторами в житті людини, яка переживає почуття пригніченості, безнадії та безпорадності, що стали нестерпними. Слід

розглянути втрати, які зазнала людина в житті, чітко визначити джерела стресу, пам'ятаючи, що на війні людина зазнає множинних травм і часто вирішальною для рішення про самогубство, може стати, здавалось би, на перший погляд незначна, але остання крапля терпіння військового. Слід дізнатися, що послабило здатність людини долати труднощі в даному випадку: «Раніше Ви вважали своє життя наповненим сенсом, що змінило Ваше ставлення до життя?»

3. Як ви збираєтеся це здійснити?

Питання стосується конкретного плану самогубства і доступності небезпечних знарядь для його здійснення. Якщо у людини є конкретний план і доступні засоби для приведення його в дію, слід припинити підтримуючу бесіду і негайно спрямувати людину до лікарів. Якщо ж виявиться, що план відсутній або чітко не визначений, то безпосередня небезпека є значно меншою, і можна продовжити опитування, якщо, звичайно, людина не проявить ознак відсутності контролю над можливими імпульсивними діями (наприклад, будучи в стані алкогольного сп'яніння).

4. Наскільки сильним у вас є бажання померти?

Слід попросити людину оцінити своє бажання смерті за трибальною шкалою: 1 – слабке бажання померти; 2 – середнє бажання померти; 3 – сильне бажання померти.

5. Наскільки сильне у вас бажання продовжити жити?

Питання дозволяє оцінити, чи думає людина про самогубство лише епізодично (якщо так, то ризик невеликий) або ж постійно про це розмірковує (ризик високий). Скористайтеся тією ж шкалою: 1 – слабке бажання жити; 2 – середнє бажання жити; 3 – сильне бажання жити.

6. Як часто з'являються у вас такі думки?

Необхідно дізнатися, чи думає людина про самогубство рідко (низький ризик), або ж постійно думає про нього (високий ризик).

7. Коли ви роздумуєте про самогубство, скільки тривають такі думки?

Питання допоможе дізнатись, чи знаходяться думки військовослужбовця під контролем, чи поглинений він ними, чи є роздуми про самогубство нав'язливими, чи відчуває він страх втратити контроль (боїться не впоратися зі спонуканням зробити саморуйнівну дію – ще одна ознака високого ризику). Подальше опитування стосується того, чи здатна людина за своїм бажанням перервати ці думки, переключитися на менш загрозливі або протиставити їм аргументи на користь життя. Чи набирають такі думки форму імперативних галюцинацій (голосів, наказуючих людині завдати собі шкоди).

8. Ви коли-небудь робили суїцидальні спроби?

Попередня спроба може виявитися своєрідною «підготовкою» перед вчиненням більш небезпечної (летальної) дії. Після подолання певного бар'єра людині стає легше зважитися на наступні спроби. Історія попередніх суїцидальних думок, погроз або спроб підвищує ризик подальших спроб чи завершеного самогубства. Якщо спроба була здійснена в недавньому минулому, то необхідно поставити питання про неї, щоб зрозуміти її контекст

і наслідки: «За яких обставин і як саме ви зробили цю спробу?» Чи була вона єдиною? Чи отримувала людина лікування? Чи схожі теперішні обставини (контекст) на ті, що були тоді?

9. Останнім часом ви зловживали алкоголем або наркотиками?

Достатньо часто люди зловживають алкоголем або наркотиками, щоб заглушити соматичний і психічний біль. Зловживання цими речовинами іноді може бути важливою попереджувальною ознакою наявності думок про самогубство. У випадку позитивної відповіді потрібно оцінити суїцидальний ризик як вищий.

10. Чи здійснював самогубство або суїцидальні спроби хтось із членів вашої сім' ї?

Якщо значима в житті військовослужбовця людина використовувала самогубство як метод подолання кризи, то і він може розцінювати суїцид як прийнятний для себе варіант вирішення проблем. Позитивна відповідь збільшує ризик.

11. Яка ймовірність того, що ви дійсно покінчите з собою, якщо оцінити її за десятибальною шкалою?

Відповідь людини на це питання може слугувати показником її здатності контролювати спонукання до саморуйнівної поведінки. Якщо відповідь демонструє переконаність людини в тому, що вона не здатна контролювати свої дії, то необхідне негайне втручання, щоб захистити її від самої себе. Такого військовослужбовця слід направити до фахівців для більш точного оцінювання його стану.

12. Чи існує хтось або щось, здатне зупинити вас?

Негативна відповідь на це питання означає, що суїцидальний ризик дуже високий і людину слід негайно направити до лікаря.

ОПИТУВАЛЬНИК МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ

(HLS-EU, K. Sørensen, J. M ,Pelikan, 2015)

Медична грамотність (HL) стосується знань, мотивації та навичок для розуміння, оцінки та застосування інформації про здоров'я, що дозволяє приймати відповідні рішення у повсякденному житті щодо охорони здоров'я та зміцнення здоров'я. Дослідження показують, що HL пов'язаний з кількома соціальними детермінантами, наслідками для здоров'я та зміцненням здоров'я. Виходячи з важливості поняття та необхідності його оцінки, в Європі було створено консорціум під назвою Consortium Health Literacy Project European. Цей консорціум розробив інструмент для оцінки HL під назвою Анкета опитування щодо здоров'я (HLS-EU). Цей інструмент спрямований на широке та порівняльне дослідження HL у різних європейських країнах. На основі інформації, зібраної під час цього дослідження, очікувалося розробити більш ефективну політику та втручання, пов'язані зі зміцненням здоров'я населення в Європі.

HLS-EU базується на концептуальній моделі Sorensen et al. в якому виділяються три сфери медичної грамотності (охорона здоров'я, профілактика захворювань і зміцнення здоров'я) і чотири категорії управління інформацією

(доступ, розуміння, оцінка та застосування інформації). Ці три домени та чотири категорії були об'єднані (4 × 3) і в результаті отримали дванадцять субдоменів. Процес поділу шкали на домени, категорії та піддомени здійснювався з теоретичної точки зору, тобто із застосуванням концептуальної моделі для розробки піддоменів. Проте внутрішню структуру HLS-EU було перевірено, і було підтверджено трифакторну структуру (або домени). Для кожного створеного піддомену були визначені конкретні завдання або поведінка, щоб респонденти могли оцінити, «дуже легко» чи «дуже важко» їх виконати. Загалом інструмент містив 12 запитань, на які потрібно було відповісти за чотирибальною шкалою (HLS-EU Consortium). HLS-EU визначає чотири рівні медичної грамотності: недостатній, проблематичний, достатній і відмінний.

Інструкція.

Не завжди легко отримати зрозумілу, надійну та корисну інформацію про здоров'я. За допомогою наступних запитань ми хотіли б з'ясувати, які завдання, пов'язані з отриманням і розумінням інформації про здоров'я, є складними. Варіанти відповідей: дуже легко, легко, складно, дуже складно, важко відповісти.

Текст опитувальника.

1. Знайти інформацію про лікування хвороб, які у вас є?
2. Розуміти, що робити в екстрених випадках?
3. Оцінюйте переваги та недоліки різних варіантів лікування?
4. Дотримуватись інструкції на ліки?
5. Знайти інформацію про те, як впоратися з такими проблемами психічного здоров'я, як стрес і депресія?
6. Зрозуміти, навіщо вам потрібні медичні обстеження?
7. Оцінити, чи достовірна інформація про ризики для здоров'я в ЗМІ?
8. Вирішити, як ви можете захистити себе від хвороб, спираючись на поради рідних і друзів?
9. Знайти інформацію про ставлення до здоров'я, наприклад, фізичні вправи, здорове харчування та харчування?
10. Розуміти інформацію на упаковці харчових продуктів?
11. Зробити висновок, яка повсякденна поведінка пов'язана зі здоров'ям?
12. Приймати рішення, щоб покращити своє здоров'я?

Загалом, про медичну грамотність можна говорити в наступних її аспектах:

	Доступ/отримання інформації, що стосується здоров'я	**Розуміння інформації, яка стосується здоров'я**	**Оцінювати інформацію, яка стосується здоров'я**	**Використовувати інформацію, яка стосується здоров'я**
Турбота про здоров'я	Можливість доступу до інформації з медичних та питань	Здатність розуміти медичну інформацію	Здатність інтерпретувати та оцінювати медичну інформацію	Здатність приймати обґрунтовані рішення з медичних питань
Профілактика хвороб	Можливість доступу до інформації про фактори ризику для здоров'я	Здатність розуміти інформацію про фактори ризику	Здатність інтерпретувати та оцінювати інформацію про фактори ризику для здоров'я	Здатність приймати обґрунтовані рішення щодо факторів ризику для здоров'я
Здоровий спосіб життя	Здатність отримувати нові знання про детермінанти здоров'я в соціальному та фізичному середовищі	Здатність розуміти інформацію про детермінанти здоров'я в соціальному та фізичному середовищі	Здатність інтерпретувати та оцінювати інформацію про детермінанти здоров'я в соціальному та фізичному середовищі	Здатність приймати обґрунтовані рішення щодо детермінант здоров'я в соціальному та фізичному середовищі

ОПИТУВАЛЬНИК СТРАХУ РЕЦИДИВУ РАКУ

(Fear of Cancer Recurrence Inventory- Short Form (FCRI-SF) Screening**)**

Більшість людей, у яких діагностовано рак, різною мірою стурбовані тим, що рак може виникнути знову. Під рецидивом ми маємо на увазі можливість того, що рак може повернутися або прогресувати в тому самому місці або в іншій частині тіла. За допомогою цієї анкети ви краще зрозумієте наскільки сильно ви тривожитесь щодо рецидиву раку. Будь ласка, прочитайте кожне твердження та вкажіть, наскільки воно стосувалося вас ПРОТЯГОМ МИНУЛОГО МІСЯЦЯ, обводячи відповідний номер.

Зовсім ні	Трохи	Періодично	Часто	Дуже часто
0	1	2	3	4

1. Мене тривожить можливість рецидиву раку …… 0 1 2 3 4
2. Я боюся рецидиву раку …… 0 1 2 3 4
3. Я вважаю, що це нормально тривожитися про можливість рецидиву раку . 0 1 2 3 4
4. Коли я думаю про можливість рецидиву раку, це викликає у мене такі асоціації як смерть, страждання, погані наслідки для моєї родини…….…… 0 1 2 3 4
* 5. Я вірю, що я вилікувався і що рак не повернеться ……..……. 0 1 2 3 4
6. Як ви вважаєте, чи є у вас ризик рецидиву раку?

Зовсім ні	Трохи	Можливо	Так	Точно так
0	1	2	3	4

7. Як часто Ви думаєте про можливість рецидиву раку?

Ніколи	Кілька разів на місяць	Кілька разів на тиждень	Кілька разів на день	Постійно
0	1	2	3	4

8. Скільки часу на день ви витрачаєте на роздуми про можливість рецидиву раку?

Я не думаю про це	Кілька секунд	Кілька хвилин	Кілька годин	Багато годин, постійно
0	1	2	3	4

9. Як довго Ви думали про можливість рецидиву раку?

Я не думаю про це	Кілька днів	Кілька тижнів	Кілька місяців	Кілька років
0	1	2	3	4

Пункт 5 обчислюється у зворотньому порядку

Чим більша сума балів, тим вищій страх рецидиву раку: до 9 – низький, 10-18 – помірний, 19-31 – високий, 32-36 – максимально високий.

2.3 ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА РЕСУРСІВ ОСОБИСТОСТІ

ШКАЛА ОПТИМІЗМУ ТА АКТИВНОСТІ

(I.S. Schuller, A.L. Comunian, 1997*)*

Методика спрямована на виявлення факторів, що сприяють стресостійкості, тобто позитивного сприйняття світу, життєрадісності, впевненості у собі та конструктивної активності у важких життєвих ситуаціях.

***Інструкція*:** Перед вами список тверджень. Будь ласка, прочитайте уважно кожне з них і оцініть ступінь вашої згоди з кожним з них. Для цього позначте цифру, що відповідає вашому варіанту відповіді.

1 – Ні,
2 – Іноді Так
3 – Часто
4 – Завжди

1. Я люблю слухати гучну (енергійну) музику

2. Я думаю, що моїх життєвих цілей дуже важко досягти

3. Мені подобаються ситуації невизначеності, коли я не знаю, що буде зі мною далі

4. Я люблю ризикувати

5. Доля більш несправедлива до мене, ніж до інших

6. У мене стільки енергії, що я не можу навіть два години просидіти без діла

7. Я щасливий (а) менше за інших людей

8. Мене дратують обережні (повільні або надмірно невпевнені) люди

9. Нині неможливо вірити у щось хороше

10. Мені подобається змагатися, люблю конкуренцію

11. Я легко і з задоволенням спілкуюся з людьми протилежної статі

12. Мене лякає моє майбутнє

13. Я думаю, що в світі більше поганих людей, ніж хороших

14. Мені подобаються гострі відчуття (бути в ситуаціях, пов'язаних з певним ризиком, екстремальні види спорту)

15. У мене гарний настрій, я життєрадісний (а)

Обробка результатів.

Оптимізм: прямі питання 1, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 14, 15

Активність: обернені питання: 2, 5, 7, 9, 12, 13

Відповідно ключа підраховується сума балів за двома шкалами, які співвідносяться з квадратом координатної моделі (рис.). Кожному квадрату відповідає певний тип особистості.

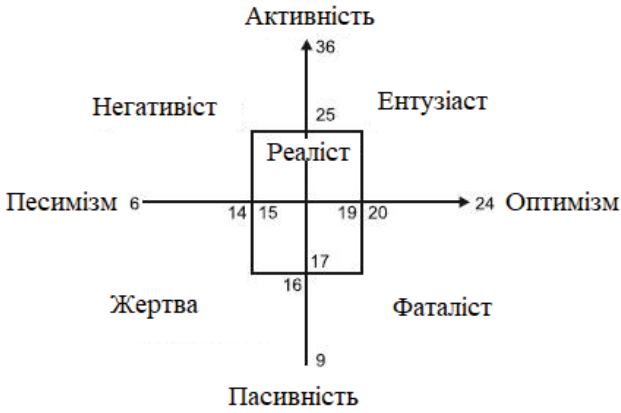
Оптимізм – це схильність людини вірити в свої сили і успіх, мати переважно позитивні очікування від життя і інших людей. Для протилежної категорії людей, песимістів, властиві сумніви в своїх силах та доброзичливості інших людей, очікування невдачі, прагнення уникати широких контактів, замкнутість на своєму внутрішньому світі.

Активність – це енергійність, життєрадісність, безтурботність і схильність до ризику. Пасивність проявляється в тривожності, боязкості, невпевненості в собі та небажанні що-небудь робити.

Показники психологічних типів (у балах)

Психологічний тип	Оптимізм	Активність
Реалісти («Р»)	15-19	17-24
Активні оптимісти («АО – Ентузіасти»)	20-24	25-36
Активні песимісти («АП – Негативісти»)	6-14	25-36
Пасивні песимісти («ПП – Жертви»)	6-14	9-16
Пасивні оптимісти («ПО – Фаталісти»)	20-24	9-16

Типи оптимістів і песимістів



«Реалісти» адекватно оцінюють поточну ситуацію за своїми силами (можливостями) і не намагаються стрибнути «вище голови», задовольняються тим, що мають. Як правило, вони стійкі до психологічного стресу.

«Активні оптимісти» вірять в свої сили і успіх, позитивно налаштовані на майбутнє, роблять активні дії для того, щоб досягти бажаних цілей. Вони бадьорі, життєрадісні, не схильні до зневіри або поганого настрою, легко і стрімко відбивають удари долі, як би важкі вони не були. У важких ситуаціях використовують проблемно-орієнтовані стратегії подолання стресу.

«Пасивні песимісти» – протилежна «Активним оптимістам» категорія людей, які ні в що не вірять і нічого не роблять для того, щоб змінити своє життя в кращу сторону. Вони характеризуються переважанням похмурого і пригніченого настрою, пасивністю, невірою в свої сили. У важких ситуаціях обирають стратегії відходу від вирішення проблем, вважають себе жертвою обставин.

«Активні песимісти» – для них властива велика активність, яка при цьому часто має деструктивний характер. Такі люди, замість того, щоб створювати нове, намагаються зруйнувати старе (часто лише на словах). У важких ситуаціях часто використовують агресивні стратегії стресдолаючої поведінки.

«Пасивні оптимісти» – їхнім девізом можна вважати слова: «Все якось само владнається ...» Такі люди впевнені в тому, що «все буде добре», хоча і не докладають для цього жодних зусиль. Вони добродушні, веселі і вміють навіть в поганому знаходити щось хороше, проте їх відмінною рисою є брак активності. Вони більше сподіваються на випадок, на удачу, ніж на власні сили. Схильні до пасивного очікування або відкладання прийняття рішень.

МЕТОДИКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ КОПІНГ-МЕХАНІЗМІВ (Е. НЕІМ)

Інструкція: Вам буде запропоновано ряд тверджень, що стосуються особливостей Вашої поведінки. Спробуйте згадати, яким чином Ви найчастіше вирішуєте стресові ситуації і ситуації, що потребують сильного емоційного напруження. Обведіть кружечком, будь ласка, той номер, який Вам підходить.

У кожному розділі тверджень необхідно вибрати лише один варіант, за допомогою якого Ви вирішуєте свої проблеми. Відповідайте, будь ласка, відповідно до того, як Ви справляєтеся з важкими ситуаціями протягом останнього часу. Довго не роздумуйте – важлива Ваша перша реакція. Будьте уважні!

А

1. «Кажу собі: нині є щось важливіше, ніж труднощі»
2. «Кажу собі: це доля, потрібно з цим змиритися»
3. «Це несуттєві труднощі, не все так погано, в основному все добре»
4. «Я не втрачаю самовладання, зберігаю самоконтроль у складних ситуаціях та намагаюся нікому не показувати свій стан»
5. «Я намагаюся проаналізувати, все зважити і пояснити собі, що ж трапилося»
6. «Я кажу собі: порівняно із проблемами інших людей мої – це дрібниця»
7. «Якщо щось трапилося, на все воля Божа»
8. «Я не знаю що робити і мені часом здається, що мені не виплутатися з цих труднощів»
9. «Я надаю своїм труднощам особливого змісту, долаючи їх, я розвиваюся та самовдосконалююся»
10. «Нині я повністю не можу впоратися з цими труднощами, але згодом зможу впоратися і з ними, і з більш складними».

Б

1. «Я завжди обурююся несправедливістю долі до мене і виражаю свій протест»
2. «Я впадаю у відчай, ридаю і плачу»
3. «Я не дозволяю собі виражати емоції»
4. «Я завжди впевнений, що є вихід з важкої ситуації»
5. «Я довіряю подолання своїх труднощів іншим людям, які готові допомогти мені»
6. «Я впадаю у стан безнадійності»
7. «Я вважаю себе винним і отримую по заслугам»
8. «Я впадаю у лють, стаю агресивним»

В

1. «Я занурююся в улюблену справу, намагаючись забути про труднощі»
2. «Я намагаюся допомогти людям і в турботах про них забуваю про свої проблеми»
3. «Намагаюся не думати про свої проблеми»

4. «Намагаюся відволіктися і розслабитися (з допомогою алкоголю, заспокійливих засобів, смачної їжі тощо)»
5. «Щоб пережити труднощі, я беруся за здійснення давньої мрії (подорожую, вивчаю іноземну мову тощо)»
6. «Я намагаюся залишитися наодинці з собою»
7. «Я співпрацюю із значущими для мене людьми для подолання труднощів»
8. «Я зазвичай шукаю людей, здатних допомогти мені порадою»

Обробка результатів:

Когнітивні копінг-стратегії	**Емоційні копінг-стратегії**	**Поведінкові копінг-стратегії**
А	**Б**	**В**
1. Ігнорування 2. Покора 3. Дисимуляція 4. Збереження самовладання 5. Проблемний аналіз 6. Відносність 7. Релігійність 8. Розгубленість 9. Надання сенсу 10. Встановлення власної цінності	1. Протест 2. Емоційна розрядка 3. Придушення емоцій 4. Оптимізм 5. Пасивна кооперація 6. Покірність 7. Самозвинувачення 8. Агресивність	1. Відволікання 2. Альтруїзм 3. Активне уникнення 4. Компенсація 5. Конструктивна активність 6. Відступ 7. Співпраця 8. Звернення

Інтерпретація результатів:

Адаптивні когнітивні копінг-стратегії – форми поведінки, спрямовані на аналіз труднощів і можливих шляхів їх подолання, підвищення самооцінки і самоконтролю, усвідомлення власної цінності як особистості, наявність віри у власні ресурси у подоланні важких ситуацій.

Адаптивні емоційні копінг-стратегії – емоційний стан з активним обуренням і протестом по відношенню до труднощів і впевненістю у наявності виходу із будь-якої, навіть найскладнішої, ситуації.

Адаптивні поведінкові копінг-стратегії – така поведінка особистості, коли вона співпрацює зі значимими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки в найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її близьким для подолання труднощів.

Неадаптивні когнітивні копінг-стратегії – пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через невіру у свої сили і інтелектуальні здібностей, з умисною недооцінкою власних неприємностей.

Неадаптивні емоційні копінг-стратегії – варіанти поведінки, які характеризуються пригніченим емоційним станом, відчуттям безнадійності, покірності, переживанням злості і звинувачуваннями себе та інших.

Неадаптивні поведінкові копінг-стратегії – поведінка, яка передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, усамітнення, прагнення не вступати в активні інтерперсональні контакти, відмова від вирішення проблем.

Відносно адаптивні копінг-стратегії – тобто такі, конструктивність яких залежить від значущості та вираженості ситуацій подолання.

Відносно адаптивні когнітивні копінг-стратегії – форми поведінки, спрямовані на оцінку труднощів в порівнянні з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами.

Відносно адаптивні емоційні копінг-стратегії – поведінка, спрямована на зняття напруги, пов'язаної з проблемами, емоційним відреагуванням або на покладання відповідальності за вирішення труднощів іншим особам.

Відносно адаптивні поведінкові копінг-стратегії – поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, реалізації своїх заповітних бажань.

Копінг-стратегії	Адаптивні	Неадаптивні	Відносно адаптивні
Когнітивні	(А5) Проблемний аналіз (А10)Встановлення власної цінності, (А4) Збереження самовладання	(А2) Покора (А3) Дисимуляція (А1) Ігнорування (А8) Розгубленість	(А6) Відносність (А7) Релігійність (А9) Надання сенсу
Емоційні	(Б1) Протест (Б4) Оптимізм	(Б3) Придушення емоцій (Б6) Покірність (Б7) Самозвинувачення (Б8) Агресивність	(В2) Емоційна розрядка (В5) Пасивна кооперація
Поведінкові	(В2) Альтруїзм (В7) Співпраця (В8) Звернення	(Б3) Активне уникнення (Б6) Відступ	(В1) Відволікання (В4) Компенсація (В5) Конструктивна активність

МЕТОДИКА «ІНДИКАТОР КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ»

(Coping Strategy Indicator, CSI, J. H. Amirkhan, G. K. Bowers, C. Logan, 2020)

Комплексне дослідження стратегій подолання включає розширену карту поведінки подолання, опералізовану різними інструментами, які можна застосувати до загального повсякденного життя або конкретних ситуацій. Індекс копінг-стратегій можна вважати одним з найбільш вдалих інструментів для вивчення основних стратегій поведінки людини у кризових життєвих

ситуаціях. Ідея опитувальника полягає в тому, що всі поведінкові стратегії, які люди виробляють протягом життя, можна розділити на три великі групи

Стратегії вирішення проблем – активні поведінкові стратегії, в яких людина намагається знайти можливі шляхи ефективного вирішення певної проблеми, використовуючи всі наявні особистісні ресурси.

Стратегії пошуку соціальної підтримки – активні поведінкові стратегії, за яких людина шукає допомоги та підтримки з боку інших людей, таких як сім'я, друзі та близькі, з метою ефективного вирішення проблеми.

Стратегії уникнення – це поведінкові стратегії, за яких людина намагається уникнути контакту з навколишньою дійсністю, щоб уникнути вирішення проблеми. Наприклад, можуть використовуватися пасивні стратегії уникнення, такі як уникнення хвороби або вживання алкоголю чи наркотиків, або активні стратегії уникнення, такі як самогубство, щоб взагалі уникнути вирішення проблеми.

Стратегії уникнення є однією з типових поведінкових стратегій у формуванні дезадаптивної поведінки. Вона спрямована на те, щоб допомогти людям з низьким рівнем розвитку подолати або зменшити свій дистрес. Використання цієї стратегії пов'язане з відсутністю розвинених особистісних ресурсів подолання труднощів та навичок активного розв'язання проблем. Однак вона може бути адекватною або неадекватною залежно від конкретної стресової ситуації, віку та стану ресурсної системи особистості.

Найбільш ефективним є використання всіх трьох поведінкових стратегій, залежно від ситуації. Одні люди можуть впоратися зі складними ситуаціями самостійно, іншим може знадобитися підтримка оточуючих, а треті можуть просто уникати проблемних ситуацій, заздалегідь продумуючи їх негативні наслідки.

Оригінальна версія з 33 пунктів (CSI) була побудована на емпіричній основі, у контексті якої проводився послідовний аналіз латентних змінних, щоб вибрати елементи, які демонстрували високу стабільність і внутрішню валідність. Три виміри CSI (вирішення проблем [PS], пошук соціальної підтримки [SS] і уникнення [AVO]; 11 пунктів у кожному) були постійними джерелами варіабельності стратегій подолання, згідно з J. H. Amirkhan, G. K. Bowers, C. Logan (2020), не лише через стійкість їхню внутрішню структуру, а також через послідовну теоретичну конвергенцію їхніх зв’язків з іншими змінними, такими як екстраверсія, причинно-наслідкові атрибуції та переконання почуття когерентності

Інструкція. У цьому опитувальнику представлені деякі можливі способи подолання проблем і неприємностей. Прочитавши твердження, Ви можете визначити, який з цих варіантів Ви зазвичай використовуєте. Подумайте про серйозну проблему, з якою Ви зіткнулися протягом останнього року і яка Вас дуже турбувала. Опишіть цю проблему кількома словами.

Прочитайте наступні твердження і виберіть три найбільш підходящі відповіді для кожного твердження: повністю згоден (3), згоден (2), не згоден (1).

Текст методики.

1. Дозволяю собі поділитися почуттям з другом 3 2 1

2. Намагаюсь все зробити так, щоб мати можливість найкращим чином вирішити проблему 3 2 1

3. Здійснюю пошук всіх можливих рішень, перш ніж щось зробити 3 2 1

4. Намагаюся відволіктися від проблеми 3 2 1

5. Приймаю співчуття і розуміння від когось 3 2 1

6. Роблю все можливе, щоб не дати оточуючим побачити, що мої справи кепські 3 2 1

7. Обговорюю ситуацію з людьми, так як обговорення допомагає мені почувати себе краще 3 2 1

8. Ставлю для себе ряд цілей, що дозволяють поступово справлятися з ситуацією 3 2 1

9. Дуже ретельно зважую можливості вибору 3 2 1

10. Мрію, фантазую про кращі часи 3 2 1

11. Намагаюся різними способами вирішувати проблему, поки не знайду найкращий 3 2 1

12. Довіряю свої страхи родичу або другу 3 2 1

13. Більше часу, ніж зазвичай, проводжу насамоті 3 2 1

14. Розповідаю іншим людям про ситуацію, так як тільки її обговорення допомагає мені прийти до її вирішення 3 2 1

15. Думаю про те, що потрібно зробити, щоб виправити становище 3 2 1

16. Зосереджуюсь повністю на вирішенні проблеми 3 2 1

17. Обмірковую про себе план дій 3 2 1

18. Дивлюся телевізор довше, ніж зазвичай 3 2 1

19. Іду до когось (друга або фахівця), щоб він допоміг мені відчувати себе краще 3 2 1

20. Борюся за те, що мені потрібно в цій ситуації 3 2 1

21. Уникаю спілкування з людьми 3 2 1

22. Переключаюсь на хобі чи займаюся спортом, щоб уникнути проблему 3 2 1.

23. Іду до друга за порадою – як виправити ситуацію 3 2 1

24. Іду до друга, щоб він допоміг мені краще відчути проблему 3 2 1

25. Приймаю співчуття, взаєморозуміння друзів 3 2 1

26. Сплю більше звичайного 3 2 1

27. Фантазую про те, що все могло б бути інакше 3 2 1

28. Уявляю себе героєм книги або кіно 3 2 1

29. Намагаюся вирішити проблему 3 2 1

30. Хочу, щоб люди залишили мене насамоті 3 2 1

31. Приймаю допомогу від друзів або родичів 3 2 1

32. Шукаю заспокоєння у тих, хто знає мене краще 3 2 1

33. Намагаюся ретельно планувати свої дії, а не діяти імпульсивно під впливом зовнішнього спонукання 3 2 1

Обробка результатів.

Відповіді досліджуваного зіставляються з ключем. Для отримання загального бала за відповідною стратегією підраховується сума балів за всіма 11 пунктами, що відносяться до цієї стратегії.

Мінімальна оцінка за кожною шкалою – 11 балів, максимальна – 33 бали.

Шкала «вирішення проблем»	Пункти: 2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20, 29, 33
Шкала «пошук соціальної підтримки»	Пункти: 1, 5, 7, 12, 14, 19, 23, 24, 25, 31, 32
Шкала «уникнення проблем»	Пункти: 4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30

Інтерпретація результатів.

Норми для оцінки результатів тесту:

Рівень	Вирішення проблем	Пошук соціальної підтримки	Уникнення проблем
Дуже низький	<16	<13	<15
Низький	17-21	14-18	16-23
Середній	22-30	19-28	24-27
Високий	>31	>29	>27

ШКАЛА ЗАДОВОЛЕНОСТІ ЖИТТЯМ

(Satisfaction with Life Scale, SWLS, W. Pavot, E. D.Diener, 1991**)**

Шкала є короткою (вона містить лише п’ять пунктів) і була розроблена навколо ідеї, що потрібно запитати респондентів різного віку про загальне судження про своє життя, щоб виміряти концепцію задоволеності життям.

Інструкція. Нижче подано п’ять тверджень, з якими Ви можете погодитись чи не погодитись. Використовуючи 7-бальну шкалу визначте, наскільки Ви згодні із кожним із запропонованих тверджень. Намагайтесь бути максимально щирим, пам’ятайте, що правильних і неправильних оцінок тут не існує.

7 – цілком згоден
6 – згоден
5 – частково згоден
4 – складно відповісти
3 – частково не згоден
2 – не згоден
1 – абсолютно не згоден

Текст методики:

____Моє життя майже ідеальне
____Умови мого життя прекрасні
____Я загалом задоволений своїм життям
____Зараз я отримав від життя все, що хотів
____Якби я міг прожити своє життя заново, я не змінив би в ньому майже нічого

Обробка результатів:

31-35 балів	Повністю задоволений життям
26-30 балів	Задоволений життям
21-25 балів	Частково задоволений
20 балів	Нейтральне ставлення до життя
15-19 балів	Більше незадоволений життям, ніж задоволений
10-14 балів	Незадоволений життям
5-9 балів	Абсолютно незадоволений своїм життям

Інтерпретація результатів:

Показники 30-35 балів є дуже високими.

Люди з такими показниками люблять своє життя і відчувають, що все йде добре. Їхнє життя не ідеальне, але вони вважають, що цього достатньо, щоб насолоджуватися кожним днем, навіть якщо їм доводиться долати проблеми і боротися з щоденними негараздами. Такі люди мають високу соціальну підтримку, стабільну та високу самооцінку і щасливі в усіх сферах життєдіяльності.

25-29 – Високі бали.

Випробовувані з показниками в цьому діапазоні в цілому задоволені своїм життям. Їхнє життя не ідеальне, але вони відчувають сили, необхідні для подолання життєвих труднощів, проблеми не сприймаються як фатальні і мотивують їх до подальшого особистісного зростання.

20-24 – Середні бали.

Середній рівень задоволеності життям характерний для багатьох людей в економічно розвинених країнах. Респонденти здебільшого задоволені своїм життям, але є сфери, які потребують значних покращень, а також певна незадоволеність, пов'язана з необхідністю невеликих життєвих змін.

15-19 – Бали трохи нижче середнього.

Респонденти з оцінками в цьому діапазоні зазвичай мають проблеми в одній-двох сферах життєдіяльності і відчувають, що хочуть щось змінити у своєму житті, але часто не знають як. Тимчасове незадоволення життям є нормальним і поширеним явищем і може стимулювати людей до змін і розвитку. Однак, якщо такий результат спостерігається протягом двох-трьох місяців, це є ознакою хронічної незадоволеності життям і вимагає психологічного втручання.

10-14 – Низький рівень задоволеності життям.

Респонденти з цим балом в основному незадоволені своїм життям. У деяких сферах у них не все гаразд. Зазвичай цей показник спостерігається як реакція на нещодавню значущу подію - смерть родича або друга, розлучення, безробіття. Така людина відчуває себе нещасною, має низьку працездатність і потребує психологічної допомоги.

5-9 – Людина абсолютно незадоволена своїм життям.

Респонденти з оцінками в цьому діапазоні, як правило, вкрай незадоволені своїм поточним життям. У деяких випадках це реакція на нещодавню значущу подію, таку як смерть чоловіка/дружини, дитини або близького друга, безробіття або інвалідність. В інших випадках це може бути

реакція на хронічні проблеми, такі як алкоголізм, наркоманія або психічні захворювання. Незадоволеність може проявлятися у всіх сферах життя. Такі люди потребують психологічної, а часто і психіатричної допомоги.

SWLS зазвичай використовується в поєднанні з MLQ, оскільки вони можуть визначати різні аспекти благополуччя: SWLS - це задоволеність життям як міра суб'єктивного благополуччя, а MLQ - це сенс життя як найважливіший показник психологічного благополуччя.

ОПИТУВАЛЬНИК СЕНСУ ЖИТТЯ

(The Meaning in Life Questionnaire, MLQ, M. F. Steger, P. Frazier, S. Oishi, M. Kaler, 2006)

Визначення сенсу життя різниться в різних сферах, починаючи від узгодженості життя до цілеспрямованості. Так само існує різноманітність у поглядах на те, як досягти сенсу життя. Оскільки немає універсального сенсу, який міг би відповідати життю кожної людини, кожна людина повинна створити сенс у своєму власному житті, чи то шляхом досягнення важливих цілей, чи через розробку зв'язного життєвого наративу. Відчуття сенсу можна досягти, спочатку задовольнивши потреби в цінності, меті, ефективності та власної гідності. Незважаючи на ці відмінності у визначеннях і шляхах до сенсу життя, теоретики однаково вважають сенс ключовим. Змістовне життя прямо ототожнюється з автентичним життям, а в евдемонічних теоріях благополуччя, які зосереджуються на особистісному зростанні та психологічній силі поза приємними афектами, сенс є важливим, чи то критичним компонентом для максимізації свого потенціалу. Відсутність сенсу життя асоціюється з більшою потребою в терапії, депресією та тривогою, суїцидальними думками та зловживанням психоактивними речовинами.

Інструкція. Будь ласка, знайдіть час, щоб думати про те, що робить ваше життя змістовним, що для Вас важливе та значуще. Оцініть наступні твердження за нижче вказаною шкалою. Пам'ятайте, що це дуже суб'єктивні питання, тут немає правильних чи неправильних відповідей.

1	2	3	4	5	6	7
абсолютно згоден	переважно згоден	частково згоден	складно відповісти	більше незгоден	переважно незгоден	абсолютно незгоден

Текст методики

_____1. Я усвідомлюю, сенс свого життя
_____2. Я шукаю те, що робить моє життя змістовним
_____3. Я завжди намагаюсь досягти своїх цілей
_____4. Моє життя має чітку мету, досягнути якої я прагну
_____5. Я чітко розумію для чого я живу
_____6. Я отримую задоволення від досягнення своїх життєвих цілей
_____7. Я завжди шукаю те, що робить моє життя змістовним

_____8. Я шукаю шляхи для самореалізації
_____9. Моє життя не має чіткої мети та сенсу
_____10. Я все ще в пошуках сенсу свого життя

Обробка результатів

Пункт 9 має зворотній ключ (де абсолютно згоден – 7 балів, а абсолютно незгоден – 1 бал).

Шкала Наявність сенсу – пункти 1, 4, 5, 6, і 9

Шкала Пошук сенсу – пункти 2, 3, 7, 8, і 10

Обчислюється сума балів за кожною шкалою (від 5 до 35).

ЗАРУБІЖНІ МЕТОДИКИ ВИМІРЮВАННЯ РЕЗИЛЕНТНОСТІ ДОРОСЛИХ

Назва	Автор	Опис
Response to Stressful Experiences Scale (RSES)	Johnson et al. (2011).	RSES – це шкала з 22 пунктів, призначена для вимірювання індивідуальних відмінностей у когнітивних, емоційних і поведінкових реакціях на стресові життєві події. Шкала містить п'ять факторів: формування сенсу та відновлення, активне подолання, когнітивна гнучкість, духовність і самоефективність
Trauma Resilience Scale (TRS)	Madsen and Abell (2010).	TRS спеціально розроблений інструмент для вимірювання індивідуального сприйняття захисних факторів, які допомагають людям після впливу насильницьких подій. Доступні дві версії TRS: чотирифакторна версія з 48 пунктів (вирішення проблем, стосунки, оптимізм і духовність) і трифакторна версія з 37 пунктів (вирішення проблем, стосунки та оптимізм).
Brief Resiliency Scale (BRS)	Smith et al. (2008)	BRS із шести пунктів опитувальник призначений для вимірювання здатності людини прийти в норму або відновитися після стресу.
Military Hardiness Scale (MHS)	Dolan and Adler (2006).	MHS із 18 пунктів відображає три компоненти військової витривалості: військова відданість (тобто сильна ідентичність із військовими та відданість місії),

		військовий контроль (тобто контроль над роботою та особистий вплив на результати місії) та військові виклики (тобто ступінь, до якої особа докладає особистих ресурсів у відповідь на оперативний запит).
Deployment Risk and Resilience Inventory (DRRI)	King et al. (2006)	DRRI оцінює ключові психосоціальні ризики та фактори стійкості для військовослужбовців і ветеранів, які перебувають у зонах бойових дій або інших небезпечних середовищах. Він має 14 підшкал: два фактори перед бойовими діями, 10 факторів зони бойових дій і два фактори після повернення із зони бойових дій. Чотири субшкали – дитинство та сімейне оточення, готовність, а також соціальна підтримка після участі у бойових діях – можна тлумачити як показники резилентності. DRRI призначений для виявлення факторів, пов'язаних з бойовими діями, які створюють для ветеранів ризик проблем після участі у бойових діях або служать факторами захисту.
Personal Views Survey III-R (PVSIII-R)	Maddi et al. (2006)	PVS-III-R призначений для вимірювання трьох конструктів: зобов'язання, контроль і виклик.
Brief Resilient Coping Scale (BRCS)	Sinclair and Wallston (2004).	Чотири пункти BRCS відображають елементи наполегливості, оптимізму, креативності, агресивного стилю вирішення проблем і прагнення розвиватися після важких ситуацій. Він призначений для виявлення схильності людини долати стрес адаптивним способом.
Values-in-Action Inventory of Strengths (VIA-IS)	Petersen and Seligman (2004).	VIA-IS вимірює 24 універсальні сильні сторони характеру, згруповані в шість областей: мудрість і знання, мужність, любов, справедливість, поміркованість і

		трансцендентність.
Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)	Connor and Davidson (2003)	CD-RISC складається із 25 пунктів, спочатку був розроблений, щоб допомогти кількісно визначити резилентність як клінічний показник для оцінки відповіді на психотерапію
Resilience Scale for Adults (RSA)	Friborg et al. (2003).	RSA з 45 пунктів охоплює три основні категорії резилентності: диспозиційні атрибути (наприклад, особиста компетентність, соціальна компетентність та особистісні структури), сімейна згуртованість/тепло (наприклад, сімейна згуртованість) і зовнішні системи підтримки (наприклад, соціальна підтримка)
Baruth Protective Factors Inventory (BPFI)	Baruthand Carroll (2002)	BPFI призначений для визначення наявності більшої резилентності в окремих осіб. Пул із 16 пунктів представляє чотири аспекти резилентності, знайдені в попередніх дослідженнях: адаптована особистість, сприятливе середовище, менша кількість стресових факторів і компенсуючий досвід.
Resilience Measure	King et al. (1998).	Показник з 11 пунктів базується на визначенні твердості Kobasa (1979) і включає аспекти контролю, відданості та змін як виклику.
Ego Resilience Scale (ER-89)	Block and Kremen (1996).	ER-89 із 14 пунктів розроблений для виявлення резилентності Его серед загального, неклінічного населення.
Resilience Scale (RS)	Wagnild and Young (1993)	RS призначений для оцінки індивідуального рівня резилентності, який автори розглядають як позитивну характеристику особистості, що сприяє індивідуальній адаптації. Спочатку розроблена на основі якісного дослідження 24 жінок, які адаптувалися після великої життєвої події, шкала з 25 пунктів

		представляє п’ять вимірів стійкості, знайдених у існуючій літературі: незворушність, наполегливість, самовпевненість, значущість та екзистенційна самотність.
Dispositional Resilience Scale (DRS)	Bartone et al. (1989)	Шкала з 45 пунктів є модифікованою версією міри витривалості особистості Kobasa (1979). У цьому контексті витривалість представляє характерний спосіб, у який людина підходить та інтерпретує досвід, і має три компоненти: зобов’язання, контроль і виклик. Ці компоненти представляють три субшкали в мірі.
The Flourishing Scale	Diener et al. (2010)	Шкала процвітання складається з 8 пунктів, які описують важливі аспекти людського функціонування, починаючи від позитивних стосунків і закінчуючи почуттям компетентності, а також сенсом і метою життя. Високі бали свідчать про те, що респонденти бачать себе в позитивному світлі у важливих сферах діяльності. Шкала одновимірна.
Perceived Benefits Scale (PBS)	McMillen and Fisher (1998).	PBS із 30 пунктів розроблений для охоплення різних типів сприйманих переваг після стресової події, з припущенням, що зростання після стресу може не відбуватися однаково в усіх сферах життя. Він має вісім підшкал: зміни способу життя, матеріальна вигода, підвищення самоефективності, близькість сім’ї, близькість громади, віра в людей, співчуття та духовність. Респондентів запитують про подію, яка найбільше засмутила їх за останні п’ять років.
Thriving Scale	Abraído-Lanza, Guier, and Colón (1998).	Шкала процвітання з 20 пунктів розглядає низку соціальних/культурних і особистих

		факторів, пов'язаних із зростанням після переживання стресової події. Ці фактори включають вдячність сім'ї, життя та друзів, набутий позитивний настрій, особисту силу, підвищену духовність, емпатію та терпіння. Шкала була отримана з якісних інтерв'ю з латиноамериканськими жінками, які отримували лікування в клініці ревматичних захворювань у Нью-Йорку, SRGS та PTGI.
Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI)	Tedeschi and Calhoun (1996)	PTGI з 21 пункту призначений для фіксації позитивних результатів, про які повідомляють особи, які пережили травматичні події. Він включає п'ять факторів: нові можливості, стосунки з іншими, особиста сила, духовні зміни та вдячність за життя. Пункти шкали відносяться до стресових подій, про які респонденти повідомляють самі, що відбулися за останні п'ять років, хоча можна використовувати будь-які часові рамки.
Stress-Related Growth Scale (SRGS)	Park Cohen, and Murch (1996)	SRGS із 50 пунктів призначений для вимірювання позитивних результатів після стресової події, про які повідомляють самі. Елементи шкали заповнюються щодо найбільш стресової події респондента за минулий рік, хоча цей часовий діапазон є гнучким. SRGS є одновимірною шкалою, яка вимірює лише позитивне зростання.
Changes in Outlook Questionnaire	Joseph, Williams, and Yule (1993).	Анкета Changes in Outlook Questionnaire із 26 пунктів призначена для оцінки як позитивних, так і негативних змін у поглядах на життя людини після травматичної події. Цей показник було розроблено з відповідей на відкрите запитання про те, як змінився погляд/погляд на життя

		людини, яка пережила травму, після події (це була дисертаційна робота першого автора). Лише елементи, які були оцінені як однозначно позитивні або однозначно негативні п'ятьма психологами-рейтингувальниками, включені до вимірювання.
ClassMaps Survey (CMS)	Doll et al. (2010).	CMS розроблено для вимірювання аспектів класних кімнат, які сприяють стійкості учнів. Він містить сім підшкал і 47 заходів.30 Чотири підшкали описують аспекти стосунків у класі: стосунки вчитель-учень, дружба з однолітками, конфлікти з однолітками та стосунки вдома та в школі. Три субшкали описують характеристики, що сприяють автономії: академічна самоефективність, самовизначення та самоконтроль поведінки.
Devereux Early Childhood Assessment Clinical Form (DECA-C)	LeBuffe, Shapiro, and Naglieri (2009).	DECA-C із 62 пунктів призначений для вимірювання резилентності дітей дошкільного віку від 2 до 5 років із соціальними та емоційними проблемами або серйозними поведінковими проблемами.32 Він стандартизований і відповідає нормам і є частиною більшої програми DECA. Він включає три субшкали захисних факторів (ініціатива, самоконтроль і прихильність) в адаптації до чотирьох поведінкових шкал занепокоєння (проблеми з увагою, агресія, відмова/депресія та проблеми емоційного контролю). Загальна шкала занепокоєння поведінкою є сукупністю чотирьох шкал занепокоєння поведінкою.
Resiliency Scales for Adolescents (RSCA)	Prince-Embury (2010).	RCSA з 64 пунктів оцінює резилентність у звичайних популяціях з метою скринінгу та профілактичних втручань для дітей

		і підлітків групи ризику. Він містить три шкали самооцінки, які самі по собі складаються з 10 конструкцій: відчуття майстерності, почуття спорідненості та емоційна реактивність. Крім того, два показники індексу вимірюють ресурси та вразливість.
Adolescent Resiliency Scale (ARS)	Oshio et al. (2003).	ARS з 21 пункту складається з трьох підшкал факторів: пошук новизни, емоційна регуляція та позитивна орієнтація на майбутнє.
Resiliency Attitudes and Scales Profile (RASP)	Hurtes and Allen (2001).	RASP із 34 пунктів призначений для вимірювання резилентності молоді до відпочинку та інших соціальних послуг. Він спрямований на групи ризику; однак його не слід використовувати як діагностичний засіб. Він містить сім вимірів: проникливість, незалежність, креативність, гумор, ініціатива, стосунки та ціннісна орієнтація.
Resilience as a Belief System (RBS)	Jew, Green, and Kroger (1999)	RBS з 37 пунктів містить чотири підшкали: оптимізм, орієнтація на майбутнє, віра в інших і незалежність.

ЗАРУБІЖНІ МЕТОДИКИ ВИМІРЮВАННЯ РЕЗИЛЕНТНОСТІ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Назва	Автор	Опис
Posttraumatic Growth Measure (PTG)	Ickovics et al. (2006)	Ця адаптація PTGI вимірює ступінь змін, які відбулися в житті людини в результаті важливої події. На основі пілотного тесту з 20 дівчатами-підлітками автори змінили оригінальний PTGI трьома способами: (1) деякі пункти були переформульовані для покращення розуміння серед молодшої вибірки, (2) шкалу відповідей було скорочено до трьох (тобто, без змін, невеликі зміни, багато змін), і (3) фактор, що представляє духовні зміни, було вилучено, залишивши чотири підшкали (тобто оцінка життя, ставлення до інших, особиста сила та нові можливості).
Posttraumatic Growth Inventory for Children (PTGI-C)	Cryder et al. (2006)	PTGI-C із 21 пункту є адаптацією оригінального PTGI для використання у підліткових вибірках. Він містить п'ять сфер: нові можливості, стосунки з іншими, особиста сила, цінування життя та духовні зміни. Шкала вимірює лише позитивне зростання.
Posttraumatic Growth Measure	Milam, Ritt-Olson, and Unger (2004)	Цей показник містить 16 елементів, адаптованих з оригінального PTGI для дорослих, а також нові показники, створені першим автором. PTG оцінюється щодо самоіменованої стресової події, яка могла відбутися в будь-який момент у минулому (підлітків запитують, як давно відбулася подія). Цей показник призначений для виявлення як позитивних, так і негативних змін у відповідь на стрес

ШКАЛА ОЦІНКИ РЕЗИЛЕНТНОСТІ СІМ'Ї

(FRAS, M. Sixbey, 2006**)**

Шкала оцінки резилентності сім'ї (FRAS) була розроблена для оцінки стійкості сім'ї відповідно до концептуальної моделі R. C. Pianta, D. J. Walsh (1998). З 1990-х років у дослідженнях сім'ї з'явився термін «резилентність сім'ї» для позначення сімейних процесів, які створюють наполегливість, пристосування та зростання у відповідь на кризи та виклики. Концептуалізація резилентності сім'ї передбачає дві важливі особливості. По-перше, резилентність сім'ї є більшою, ніж середня резилентність окремих членів, а скоріше охоплює динамічні, структурні особливості сімейної системи, які можна зрозуміти лише через ширшу структуру відносин. По-друге, це стосується не лише спроможності пережити кризу, а й реалізації потенціалу для виходу з труднощів). Разом долаючи труднощі, сім'я може стати більш винахідливою, пов'язаною та люблячою перед майбутніми кризами. Спираючись на попередні сімейні парадигми, засновані на силі, які підкреслюють взаємодію між стресовими факторами, сімейним сприйняттям і захисними факторами у розвитку резилентності, D. J. Walsh запропонував модель резилентності сім'ї, яка визначає три основні процеси, які сприяють резилентності сім'ї, кожен з яких складається з кількох підпроцесів. Три головні процеси – це *системи сімейних переконань, організаційні моделі та комунікаційні процеси*. Системи сімейних переконань відносяться до спільної реальності, яка може сприяти нормалізації та подоланню кризи через формування сенсу, підтримку позитивність і трансцендентне духовне загрунтування. Організаційні моделі стосуються того, як сім'ї функціонують під час кризи. Нарешті, комунікаційні процеси передбачають чітке спілкування, відкрите емоційне вираження та спільне вирішення проблем. У цій структурі стійкість сім'ї є динамічним процесом, який залежить від родини, контексту та часу. Ця основа резилентності сім'ї має величезний вплив на те, як успішно впоратися з різкими та постійними кризами, включаючи догляд за членом із хронічними захворюваннями, травматичними суспільними подіями, такими як стихійне лихо, війна і пандемія, розлучення, та смерть члена сім'ї. Важливо, що резилентність сім'ї впливає на позитивний розвиток дітей. Таким чином, були розроблені програми профілактики та втручання, щоб виявити та сприяти стійкості сім'ї в надії зберегти функціонування та благополуччя сім'ї у складних ситуаціях.

Інструкція: Оцініть, наскільки кожне з цих тверджень можна застосувати до вашої родини.

Варіанти відповідей:

- Повністю згоден
- згоден
- не згоден
- категорично не згоден.

Текст опитувальника.

1. У кожній сім'ї є проблеми *****
2. Все, через що ми проходимо як сім'я, відбувається з певних

причин *

3. Наша сімейна структура є гнучкою, щоб мати справу з несподіваними ситуаціями

4. Наші друзі є частиною повсякденної діяльності *

5. Наші друзі цінують нас і те, ким ми є

6. Правила в нашій сім'ї не чітко сформульовані *

7. Правила в нашій сім'ї змінюються відповідно до потреб сім'ї *

8. Те, що ми робимо одне для одного, змушує нас відчувати себе частиною сім'ї

9. Ми сприймаємо стресові події як частину життя

10. Ми приймаємо, що проблеми виникають несподівано

11. Ми всі беремо участь у прийнятті важливих сімейних рішень

12. Ми здатні працювати крізь біль і прийти до порозуміння

13. Ми здатні пристосовуватися до вимог, які ставляться до нас як до сім'ї

14. Ми уважно ставимося до того, як багато ми робимо для друзів *

15. Ми обережні, що ми говоримо один одному *

16. Ми відкриті до нових способів взаємодії в нашій сім'ї

17. Нас розуміють інші члени сім'ї

18. Просимо сусідів про допомогу

19. Ми відвідуємо служби в церкві/синагозі/мечеті

20. Ми віримо, що друзі можуть скористатися нашою допомогою *

21. Ми віримо, що можемо впоратися з нашими проблемами

22. Ми можемо попросити роз'яснення, якщо не розуміємо один одного

23. Ми можемо бути чесними та прямими один з одним у нашій родині

24. Ми можемо випустити пар вдома, нікого не засмутивши

25. Ми можемо піти на компроміс, коли виникають проблеми

26. Ми можемо впоратися з сімейними розбіжностями, прийнявши втрату

27. Ми можемо покладатися на людей

28. Ми можемо сумніватися в значенні повідомлень у нашій родині

29. Ми можемо вирішити великі проблеми

30. Ми можемо вижити, якщо виникне серйозна проблема

31. Ми можемо говорити про те, як ми спілкуємося в нашій сім'ї

32. Ми можемо долати труднощі як сім'я

33. Ми радимося один з одним щодо рішень

34. Ми визначаємо проблеми позитивно, щоб вирішити їх

35. Ми обговорюємо проблеми та відчуваємо задоволення від рішень

36. Ми обговорюємо речі, поки не досягнемо рішення

37. Ми займаємося волонтерською діяльністю в громаді *

38. Ми відчуваємо себе вільними висловлювати свою думку

39. Ми відчуваємо себе добре, приділяючи час і енергію своїй сім'ї

40. Ми відчуваємо, що люди в цій спільноті готові допомогти в надзвичайних ситуаціях

41. Ми відчуваємо себе в безпеці, живучи в цій спільноті

42. Члени родини сприймають нас як належне (-)
43. Ми відчуваємо, що ми сильні в протистоянні великим проблемам
44. Ми засмучуємося, якщо хтось скаржиться в нашій родині *
45. У нас є близькі друзі, про яких ми дуже дбаємо*
46. Ми віримо у вищу силу
47. У нас є сили вирішити наші проблеми
48. Ми тримаємо свої почуття при собі (-)
49. Ми знаємо, що є допомога громади, якщо виникнуть проблеми
50. Ми знаємо, що ми важливі для наших друзів
51. Ми вчимося на помилках один одного
52. Ми маємо на увазі те, що ми говоримо одне одному в нашій сім'ї
53. Ми беремо участь у заходах, які стосуються нашої ситуації*
54. Ми беремо участь у церковних заходах
55. Ми отримуємо подарунки та послуги від сусідів
56. Ми звертаємося за порадою до священиків
57. Ми рідко прислухаємося до занепокоєнь або проблем членів сім'ї (-)
58. Ми ділимо відповідальність у сім'ї
59. Ми виявляємо любов і прихильність до членів сім'ї
60.Ми говоримо один одному, як ми дбаємо про одного
61. Ми вважаємо, що це хороша спільнота для виховання дітей
62. Ми вважаємо, що нам не слід надто зв'язуватися з людьми в цій спільноті (-)
63. Ми віримо, що все вийде навіть у важкі часи
64. Ми пробуємо нові способи роботи з проблемами
65.Ми розуміємо спілкування інших членів сім'ї
66. Ми працюємо над тим, щоб члени сім'ї не постраждали емоційно чи фізично
67. Чи є щось інше, що допомогло вашій родині подолати цю несприятливу подію, що не було описано або обговорено?

* Цих предметів немає у версії з 54 елементами

(-) обернені для обрахунку пункти

Обробка результатів.

Сімейне спілкування та вирішення проблем (Чіткість: 15, 22, 23, 28, 31, 52, 65; відкритий емоційний досвід: 24, 38, 44, 48, 60, 66;спілкування/вирішення проблем 11, 25, 33, 35, 36, 58, 64)

Використання соціальних та економічних ресурсів (4, 5, 14, 18, 20, 27, 37, 40, 41, 45, 49, 50, 53, 55, 61, 62)

Збереження позитивного світогляду (21, 29, 30, 34, 43, 47, 63),

Сімейні зв'язки (8, 17, 39, 42, 57, 59)

Сімейна духовність (19, 46, 54, 56)

Здатність осмислювати труднощі (1, 2, 9, 10, 12, 26, 32, 51)

Гнучкість (3, 6, 7, 13, 16)

ОПИТУВАЛЬНИК НЕПРИЄМНОСТЕЙ І ЗЛЕТІВ

(The Hassles and Uplifts Scale, A. DeLongis; S. Folkman; R. Lazarus, 1988)

Неприємності – це все, що викликає роздратування (засмучує або злить людей). Злети – це події, які покращують самопочуття і приносять відчуття радості та задоволення. Деякі злети і падіння відбуваються в житті людини регулярно або дуже рідко, деякі мають незначний або взагалі не впливають на загальне благополуччя, тоді як інші мають сильний вплив і суттєво порушують функціонування людини.

Опитувальник містить питання, що стосуються повсякденного життя: протягом дня люди стикаються з подіями, які викликають у них дискомфорт або підвищують рівень їхнього функціонування, а також з подіями, які можуть бути як дискомфортними, так і такими, що піднімають настрій.

Інструкція. Подумайте, скільки з пунктів цього опитувальника викликали у вас неприємні або приємні переживання протягом останнього місяця. У лівій частині аркуша (під заголовком «Дистрес») вкажіть, наскільки дискомфортною була для вас ця ситуація. Потім, у правій частині аркуша (під "найкраще"), вкажіть, наскільки приємними були для вас ці турботи. Ви повинні оцінити кожен із запропонованих пунктів. Якщо якийсь із пунктів турбує Вас частіше, ніж раз на місяць, будь ласка, вкажіть це.

Наскільки неприємним для Вас був цей пункт?	Наскільки приємним для Вас був цей пункт?
НЕПРИЄМНОСТІ	ЗЛЕТИ
0=події не було	0=події не було
1=до деякої міри, незначно	1=до деякої міри, незначно
2=суттєво	2=суттєво
3=дуже сильно	3=дуже сильно

Текст методики.

0 1 2 3	**1**	Ваша дитина (діти)	0 1 2 3
0 1 2 3	**2**	Ваші батьки або батьки чоловіка/дружина	0 1 2 3
0 1 2 3	**3**	Інші родичі	0 1 2 3
0 1 2 3	**4**	Ваш чоловік (дружина)	0 1 2 3
0 1 2 3	**5**	Час, проведений із сім'єю	0 1 2 3
0 1 2 3	**6**	Здоров'я і самопочуття членів сім'ї	0 1 2 3
0 1 2 3	**7**	Секс	0 1 2 3
0 1 2 3	**8**	Близькість (гарні дружні стосунки)	0 1 2 3
0 1 2 3	**9**	Сімейні обов’язки	0 1 2 3
0 1 2 3	**10**	Друг (друзі)	0 1 2 3
0 1 2 3	**11**	Колеги по роботі	0 1 2 3
0 1 2 3	**12**	Клієнти, покупці, пацієнти тощо	0 1 2 3
0 1 2 3	**13**	Ваш працедавець	0 1 2 3
0 1 2 3	**14**	Характер виконуваної Вами роботи	0 1 2 3
0 1 2 3	**15**	Навантаження на роботі	0 1 2 3
0 1 2 3	**16**	Безпека на роботі	0 1 2 3

0 1 2 3	**17**	Виконання роботи вчасно та результативно	0 1 2 3
0 1 2 3	**18**	Вистачає грошей на необхідні товари	0 1 2 3
0 1 2 3	**19**	Вистачає грошей на освіту	0 1 2 3
0 1 2 3	**20**	Вистачає грошей на несподівані ситуації	0 1 2 3
0 1 2 3	**21**	Вистачає грошей на відпочинок	0 1 2 3
0 1 2 3	**22**	Фінансова допомога тому, хто не живе з Вами	0 1 2 3
0 1 2 3	**23**	Інвестиції, капіталовкладення	0 1 2 3
0 1 2 3	**24**	Паління	0 1 2 3
0 1 2 3	**25**	Вживання алкоголю	0 1 2 3
0 1 2 3	**26**	Психотропні ліки	0 1 2 3
0 1 2 3	**27**	Ваша зовнішність	0 1 2 3
0 1 2 3	**28**	Контрацепція	0 1 2 3
0 1 2 3	**29**	Фізичні вправи	0 1 2 3
0 1 2 3	**30**	Надана Вам медична допомога	0 1 2 3
0 1 2 3	**31**	Ваше здоров'я	0 1 2 3
0 1 2 3	**32**	Ваші фізичні здібності	0 1 2 3
0 1 2 3	**33**	Погода	0 1 2 3
0 1 2 3	**34**	Новини	0 1 2 3
0 1 2 3	**35**	Ваше довкілля (клімат, забрудненість повітря тощо)	0 1 2 3
0 1 2 3	**36**	Політична та соціальна ситуація	0 1 2 3
0 1 2 3	**37**	Ваші сусіди	0 1 2 3
0 1 2 3	**38**	Комунальні послуги	0 1 2 3
0 1 2 3	**39**	Домашні тварини	0 1 2 3
0 1 2 3	**40**	Приготування їжі	0 1 2 3
0 1 2 3	**41**	Робота по господарству	0 1 2 3
0 1 2 3	**42**	Ремонт	0 1 2 3
0 1 2 3	**43**	Робота у саду, городі	0 1 2 3
0 1 2 3	**44**	Турбота про автомобіль	0 1 2 3
0 1 2 3	**45**	Турбота про документи	0 1 2 3
0 1 2 3	**46**	Домашні розваги	0 1 2 3
0 1 2 3	**47**	Кількість вільного часу	0 1 2 3
0 1 2 3	**48**	Відпочинок та розваги поза домом	0 1 2 3
0 1 2 3	**49**	Вживання їжі (вдома)	0 1 2 3
0 1 2 3	**50**	Церква	0 1 2 3
0 1 2 3	**51**	Правові питання	0 1 2 3
0 1 2 3	**52**	Організованість	0 1 2 3
0 1 2 3	**53**	Соціальні зобов’язання	0 1 2 3
0 1 2 3	**54**	Інше _____	0 1 2 3

Обробка результатів.

Визначається частота і сила неприємностей та частота та сила (сумарний бал злетів. Отримані показники фіксуються у таблиці:

Кількість подій за шкалою Неприємності	
Кількість подій за шкалою Злети	
Інтенсивність подій за шкалою Неприємності	
Інтенсивність подій за шкалою Злети	

Кількість подій – підраховується сума пунктів опитувальника по кожній зі шкал, які отримали бали вище 0.

Інтенсивність подій – визначається середнє значення показників за кожним пунктом, вищім за 0 балів за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів. Чим вищій сумарний бал за шкалою неприємностей, тим більша імовірність виникнення психологічних проблем. Якщо шкала неприємностей суттєво перевищує шкалу злетів – можливий розвиток стресового стану. Особливу увагу слід звернути на те, якщо при наявності приємних подій, вони не приносять людині відчутного задоволення.

Можна порівняти результати методики у однієї людини протягом тижня (якщо заповнювати її щоденно) та визначити загальний вплив на її стан неприємних і приємних подій.

ОПИТУВАЛЬНИК ПОСТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ

(Post Traumatic Growth Inventory, R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun, 1996)

Інструкція. Вкажіть для кожного нижченаведеного твердження ступінь, в якому відповідна зміна відбулася в Вашому житті внаслідок кризової (травматичної) події, використовуючи наступну шкалу:

0	1	2	3	4	5
Жодних змін	Дуже незначні зміни	Невеликі зміни	Помірні зміни	Великі зміни	Дуже суттєві зміни

Текст методики.

1. Я змінив свої пріоритети про те, що важливо у житті
2. Я набагато краще розумію цінність власного життя
3. У мене з'явилися нові інтереси
4. Я став більш впевненим у собі
5. Я став краще розуміти духовні питання
6. Я розумію, що можу розраховувати на людей у скрутних ситуаціях
7. Я скерував своє життя на новий шлях
8. Я відчуваю більшу близькість з оточуючими
9. Я охоче виражаю свої емоції
10. Я краще розумію, що можу впоратися зі складнощами
11. Я можу зробити багато гарних справ у своєму житті
12. Я більшою мірою здатен приймати речі такими, якими вони є
13. Я можу більше цінувати кожен день свого життя

14. У мене з'явилися нові можливості, як не були мені доступні раніше

15. Я став більше співчувати іншим

16. Я докладаю більше зусиль на встановлення відносин з іншими людьми

17. Я більше намагаюсь змінити те, що потребує змін

18. Я став більш віруючим (релігійнішим)

19. Я зрозумів, що я сильніший, ніж я думав

20. Я дізнався про те, якими чудовими бувають люди

21. Я краще розумію потреби інших людей

Обробка результатів. Кількісна оцінка посттравматичного зростання за кожною шкалою здійснюється шляхом сумарного підрахунку балів. Обробка проводиться по «сирому» балу. Потім за допомогою нормативної таблиці визначається індекс і інтенсивність посттравматичного зростання за кожною шкалою. Індекс посттравматичного зростання обчислюється як сума балів за усіма твердженнями.

Шкала	Кількість тверджень	Номер тверджень
Ставлення до інших (СІ)	7	6, 8, 9, 15, 16, 20, 21
Нові можливості (НМ)	5	3, 7, II, 14, 17
Сила особистості (СО)	4	4, 10, 12, 19
Духовні зміни (ДЗ)	2	5, 18
Підвищення цінності життя (ПЦ)	3	1, 2, 13

Інтерпретація результатів.

Змістовні характеристики шкали при високому загальному балі.

Шкала «Ставлення до інших». Людина стала більш залежною від інших, відчуває себе ближчою до інших і легше висловлювали свої почуття, в тому числі симпатію до інших. Людина докладає більше зусиль для налагодження стосунків з іншими, частіше визнає свою потребу в підтримці та допомозі з боку інших.

Шкала «Нові можливості». Після кризи у людини з'явилися нові інтереси, вона стала більш впевненою в собі та своїй здатності позитивно впливати на своє життя, змінила те, що могла змінити, і прийняла те, що не могла.

Шкала «Сила особистості» Людина стала краще розуміти, що приносять життєві негаразди, і виявила, що вона набагато сильніша, ніж вважала раніше.

Шкала «Духовні зміни». Людина почала краще розуміти духовні проблеми і стала більш релігійною.

Шкала «Підвищення цінності життя». У людини змінилися життєві пріоритети, вона почала цінувати кожен день і намагатися зробити його більш осмисленим.

Таким чином, досліджувані з високим коефіцієнтом посттравматичного зростання характеризуються відкритістю у спілкуванні з іншими, позитивним ставленням до життя, емпатією, легкою адаптацією до змін та впевненістю у власній здатності вирішувати життєві проблеми.

ОПРАЦЮВАННЯ МОРАЛЬНОЇ ТРАВМИ

(на основі Moral Injury Symptoms Scale-Military Version-Short Form's)

Іноді ми відчуваємо невідповідність між тим, якими ми хочемо бути, і якими ми є. У сучасному світі ми часто бачимо речі, які порушують наші основні переконання щодо того, що є правильним. Знати, що і як робити в кожній ситуації дуже важко, практично нереально, тобто наша поведінка може не відповідати нашим моральним цінностям. Порушення власного морального кодексу може зумовити сильний біль, почуття провини, сорому, гніву, тривоги чи смутку та можуть вплинути на наше сприйняття людей і світу в цілому. Будь ласка, знайдіть хвилинку, щоб подумати про останні випадки, коли ви пережили, бачили щось морально неприємне або не діяли відповідно до своїх уявлень про добро і зло.

Інструкція.

Коротко опишіть досвід(и), які спали вам на думку:

- Факт (що сталося?)
- Почуття (що ви відчували?)
- Дія (що ви зробили чи не зробили?)
- Причина дії (чому ви вчинили саме так, а не інакше?)

Будь ласка, подумайте про свій досвід за останні 6 місяців і зазначте, що відбулося саме з вами.

Тема 1: Проступок (вчинок, що порушує які-небудь норми, правила поведінки, загальноприйнятий порядок) інших

1 Я бачив речі, які були морально неправильними

2 Мене турбує те, що я був свідком аморальних вчинків інших

Тема 2: Власний проступок (вчинок, що порушує які-небудь норми, правила поведінки, загальноприйнятий порядок)

3 Своїми вчинками я порушим мій власний моральний кодекс або цінності

4 Мене турбує те, що я діяв всупереч своїм моральним цінностям

5 Я не зробив того, що, на мою думку, повинен був зробити

6 Я відчуваю сором (провину, гнів) через те, що не зробив того, що, на мою думку, повинен був зробити

Тема 3: Зрада

7 Я відчуваю, що мене зрадили люди, яким я колись довіряв

8 Я відчуваю, що мене зрадили друзі, яким я колись довіряв

Іноді ми вчиняємо або стаємо свідками дій, які можуть вплинути на наше емоційне благополуччя, стосунки та якість життя. Будь ласка, обміркуйте свої власні почуття, переконання та поведінку, пов'язані з вашим моральним досвідом, і вкажіть, чи ви особисто згодні чи не згодні з кожним твердженням

Тема 1: Моральна шкода, завдана власноруч

1. Мені соромно за те, що я бачив або зробив.

2. Через те, що я бачив або зробив, я сумніваюся у своїй здатності приймати моральні рішення.

3. Щоб покарати себе за те, що я бачив або зробив, я часто нехтую своїм здоров'ям і безпекою.

4. Я відчуваю провину за те, що сталося в моєму житті, що не можна собі пробачити.

5. Через те, що я бачив або зробив, я більше не гідний того, щоб мене любили.

6. Мені іноді так погано через те, що я бачив або зробив, що я це приховую від інших та намагаюсь не згадувати.

7. Через те, що я бачив або зробив, моє життя не має сенсу.

8. Мені не можна пробачити те, що я бачив або зробив.

9. Я іноді зриваю своє зло на інших, тому що мені погано через те, що я бачив або зробив.

Тема 2: Моральна шкода, спрямована на інших

10. Я відчуваю гнів через те, що мене зрадив хтось, кому я довіряв.

11. Мій досвід навчив мене, що це лише питання часу, коли люди зрадять мене.

12. Мені іноді подобається думати про те, щоб помститися людям, які образили мене.

13. Мій досвід змусив мене серйозно засумніватися в мотивах людей, які мають владу.

14. Моральні поразки, свідком яких я був протягом свого життя, залишили неприємні спогади.

15. Скільки б часу не минуло, я ображаюся на людей, які зрадили мою довіру.

16. Речі, які я бачив або робив, часом змушували мене втрачати віру в доброту людей.

17. Озираючись на своє життя, я відчуваю огиду до вчинків інших людей

ОПИТУВАЛЬНИК СПІВЧУТТЯ ДО СЕБЕ

(The Self-Compassion Scale – short form

SCS-SF, F. Raes, E. Pommier, K. D. Neff, D.Van Gucht, 2011)

Дана методика містить 12 пунктів, що оцінюють здатність людини співчувати собі у складних життєвих ситуаціях. Твердження оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта від 1 («майже ніколи») до 5 («майже завжди»). Опитувальник генерує загальну середню оцінку в діапазоні від 12 до 60, причому вищі бали вказують на вищий рівень співчуття до себе.

Інструкція. *Наскільки типовою у кризових ситуаціях для вас є описана нижче поведінка?* Від 1 («майже ніколи») до 5 («майже завжди»)

Текст опитувальника.

_____1. Коли я зазнаю невдачі в чомусь важливому для мене, мене охоплює відчуття, що «я не такий як всі».

_____2. Я намагаюся з розумінням і терпінням ставитися до тих аспектів моєї особистості, які мені не подобаються.

_____3. Коли я потрапляю у дуже важку ситуацію, я намагаюся аналізувати всі її аспекти.

_____4. Коли я почуваюся пригніченим, мені здається, що більшість інших людей щасливіші за мене.

_____5. Я намагаюся розглядати свої недоліки як частину життя і вважаю, що «я такий як всі».

_____6. У важкі часи я більше піклуюсь про себе, ніж зазвичай.

_____7. Коли мене щось засмучує, я намагаюся бути не надто емоційним.

_____8. Коли я зазнаю невдачі в чомусь важливому для мене, я відчуваю себе самотнім і нікому не потрібним.

_____9. Коли мені погано, я схильний зациклюватися на негативі.

_____10. Коли я в чомусь відчуваю себе некомпетентним, я намагаюся нагадати собі, що всі люди неідеальні.

_____11. Я негативно ставлюсь до моїх недоліків.

_____12. Я нетерпимий до тих аспектів моєї особистості, які мені не подобаються.

Шкали опитувальника.

Доброта до себе: 2,6

Самоосуд: 11,12

Гуманне ставлення до себе: 5,10

Ізоляція: 4,8

Майндфулнес: 3,7

Надмірна ідентифікація: 1,9

Результати опитувальника обчислюються шляхом розрахунку середнього значення відповідей на всі питання. Щоб обчислити загальну оцінку самоспівчуття, оберніть оцінку негативних елементів самоспівчуття – самоосуд, ізоляція та надмірна ідентифікація (тобто 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1), а потім обчисліть загальне середнє. Вищі бали вказують на вищий рівень співчуття до себе.

УКРАЇНОМОВНА ВЕРСІЯ ОПИТУВАЛЬНИКА ERQ ДЖ. ГРОССА

Відмітьте ступінь згоди з наступними твердженнями, використовуючи шкалу:

Категорично не згоден (1) Не згоден (2) Мабуть, не згоден (3)
Складно відповісти (4) Мабуть, згоден (5) Згоден (6) Цілком згоден (4)

Текст опитувальника:

1. ____ Коли я хочу відчути більше позитивних емоцій (наприклад, стриманої чи бурхливої радості), я думаю про щось приємне.

2. ____ Я вмію стримувати свої емоції.

3. ____ Коли я хочу відчувати менше негативних емоцій (таких як смуток або гнів), я думаю про щось приємне.

4. ____Коли я відчуваю позитивні емоції, я дуже обережно виражаю їх.

5. ____Коли я стикаюся зі стресовою ситуацією, я змушую себе думати про неї, зберігаючи спокій.

6. ____ Я контролюю свої емоції, не виражаючи їх.

7. ____Коли я хочу відчути більше позитивних емоцій, я зміню свої думки про ситуацію.

8. ____ Я контролюю свої емоції, змінюючи своє ставлення до ситуації, в якій я перебуваю.

9. ____Коли я відчуваю негативні емоції, я намагаюся їх не виражати.

10. ____Коли я хочу відчувати менше негативних емоцій, я зміню свої думки про ситуацію.

Ключ:

Когнітивна переоцінка: твердження 1, 3, 5, 7, 8, 10

Придушення емоцій: твердження 2, 4, 6, 9

Загальний показник за методикою ERQ не обраховується, кожна шкала (Когнітивна переоцінка та Придушення емоцій) аналізується окремо

ШКАЛИ РЕЗИЛЕНТНОСТІ

(Protective Factors for Resilience Scale (PFRS),
C.Harms, J. A. Pooley, L.Cohen, 2017)

Методика базується на теоретико-емпіричних дослідженнях резилентності C. Harms, J. A. Pooley, L. Cohen, згідно з якими резилентність – це можливість проявляти творчий підхід, використовуючи наявні внутрішні та зовнішні ресурси у відповідь на різні контекстуальні проблеми та проблеми розвитку. Опитувальник складається із 20 тверджень (10 – у шкалі особистісних ресурсів і по 5 у шкалах соціальних ресурсів – сім'ї та друзів), які досліджуваний оцінює за семибальною шкалою – від 1 (абсолютно не згоден) до 7 (цілком згоден). **Інструкція:** оцініть кожне твердження стосовно Вашої актуальної ситуації

Твердження	Не згоден			Цілком згоден			
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1. Я можу впоратися із усіма проблемами	1	2	3	4	5	6	7
2. Я досягаю своїх життєвих цілей	1	2	3	4	5	6	7
3. У мене є надійні друзі	1	2	3	4	5	6	7
4. Моя сім'я надає мені сили	1	2	3	4	5	6	7
5. Я впевнений у своїх силах	1	2	3	4	5	6	7
6. Я ретельно планую досягнення своїх цілей	1	2	3	4	5	6	7
7. Мої друзі ставляться до мене добре	1	2	3	4	5	6	7
8. Моя родина приймає мене таким, яким я є	1	2	3	4	5	6	7
9. Я можу піклуватися про себе	1	2	3	4	5	6	7
10. Мої друзі піклуються про мене	1	2	3	4	5	6	7
11. Якщо буде потрібно, моя сім'я мені допоможе	1	2	3	4	5	6	7
12. Я можу впливати на події мого життя	1	2	3	4	5	6	7
13. Я справляюся зі своїм повсякденним життям	1	2	3	4	5	6	7

14. Мої друзі завжди підтримують мене	1	2	3	4	5	6	7
15. Мені комфортно у колі сім'ї	1	2	3	4	5	6	7
16. Я позитивно сприймаю своє майбутнє	1	2	3	4	5	6	7
17. Я докладаю багато зусиль для досягнення цілей	1	2	3	4	5	6	7
18. Я можу попросити своїх друзів про допомогу	1	2	3	4	5	6	7
19. В своїй сім'ї я відчуваю себе в безпеці	1	2	3	4	5	6	7
20. Я знаю, що потрібно робити, щоб отримувати задоволення від життя	1	2	3	4	5	6	7

Обробка результатів:

Особистісні ресурси: 1, 2, 5, 6, 9, 12, 13, 16, 17, 20

Соціальні ресурси:

Сім'я як ресурс: 4, 8, 11, 15, 19

Друзі як ресурс: 3, 7, 10, 14, 18

ОПИТУВАЛЬНИК ЯКОСТІ ЖИТТЯ SF-36

Опитувальник відображає загальне благополуччя і ступінь аспектами життя, на які впливає стан здоров'я людини.

Прізвище, ім'я _____

Дата заповнення_____

Інструкція: *Цей опитувальник спрямований на визначення Ваших поглядів на своє здоров'я. Надана Вами інформація допоможе відслідкувати в динаміці, як Ви себе почуваєте, і наскільки добре справляєтеся зі своїми звичайними навантаженнями. Будь ласка, виберіть таку відповідь, яка найточніше відображає Вашу думку щодо кожного питання.*

1. Оцініть Ваше здоров'я (обведіть кружечком цифру)

Чудове	1
Дуже хороше	2
Хороше	3
Таке собі, посереднє	4
Погане	5

2. Оцініть своє здоров'я зараз порівняно з тим, як було рік тому (обведіть кружечком цифру)

Значно краще, ніж рік тому	1
Дещо краще, ніж рік тому	2
Приблизно так само, як і рік тому	3
Дещо гірше, ніж рік тому	4
Значно гірше, ніж рік тому	5

3. Наступні питання стосуються фізичних навантажень, з якими Ви, можливо, стикаєтеся протягом свого звичайного дня. Чи обмежує стан Вашого здоров'я виконання перерахованих нижче фізичних навантажень? Якщо так, то якою мірою? (Обведіть одну цифру в кожному рядку)

	Вид фізичної активності	Так, значно обмежує	Так, дещо обмежує	Ні, не обмежує
А	Важкі фізичні навантаження, такі як біг, підняття важких предметів, заняття силовими видами спорту, праця на городі	1	2	3
Б	Помірні фізичні навантаження, такі як прибирання квартири, миття посуду, прогулянка протягом години	1	2	3
В	Підняти та нести сумку з продуктами	1	2	3
Г	Піднятися пішки сходами на декілька поверхів	1	2	3
Д	Піднятися пішки сходами на один поверх	1	2	3
Е	Нахилитися, присісти	1	2	3
Ж	Пройти пішки 1 км	1	2	3
З	Пройти пішки декілька кварталів	1	2	3
І	Пройти пішки один квартал	1	2	3
К	Самостійно помитися, одягнутися	1	2	3

4. Протягом останніх 4-х тижнів Ваш фізичний стан негативно впливав на Ваше професійне та повсякденне життя, внаслідок чого (обведіть одну цифру в кожному рядку):

		Так	**Ні**
А	Довелось менше часу приділяти роботі та іншим справам	1	2
Б	Довелось робити менше, ніж хотів (-ла)	1	2
В	Складно якісно виконувати роботу та домашні справи	1	2
Г	Робота та домашні справи вимагали значних зусиль	1	2

5. Протягом останніх 4-х тижнів Ваш емоційний стан негативно впливав на Ваше професійне та повсякденне життя, внаслідок чого (обведіть одну цифру в кожному рядку):

		Так	**Ні**
А	Довелось менше часу приділяти роботі та іншим справам	1	2
Б	Довелось робити менше, ніж хотів (-ла)	1	2
В	Складно якісно виконувати роботу та домашні справи	1	2

6. Наскільки Ваш фізичний або емоційний стан протягом останніх 4 тижнів заважав Вам проводити час з сім'єю та друзями? (обведіть кружечком цифру)

Не заважав	1
Трохи заважав	2
Помірно заважав	3
Сильно заважав	4
Дуже сильно заважав	5

7. Наскільки сильний фізичний біль Ви відбували за останні 4 тижні? (обведіть кружечком цифру)

Не відчував (ла)	1
Дуже слабкий	2
Слабкий	3
Помірний	4
Сильний	5
Дуже сильний	6

8. Якою мірою біль протягом останніх 4 тижнів заважав Вам жити Вашим звичним життям? (обведіть кружечком цифру)

Не заважав	1
Дещо заважав	2
Помірно заважав	3
Сильно заважав	4
Дуже сильно заважав	5

10. Як часто за останні 4 тижні Ваш фізичний або емоційний стан заважав Вам спілкуватися з людьми? (обведіть кружечком цифру)

Постійно заважав	1
Більшу кількість часу	2
Іноді	3
Рідко	4
Зовсім не заважав	5

9. Наступні питання стосуються того, як Ви себе почували і яким був Ваш настрій протягом останніх 4 тижнів. Будь ласка, на кожне питання дайте одну відповідь, як часто протягом останніх 4 тижнів (обведіть кружечком цифру):

		Постійно	Більшість часу	Часто	Іноді	Рідко	Жодного разу
А	Відчували бадьорість	1	2	3	4	5	6
Б	Сильно нервували	1	2	3	4	5	6
В	Відчували пригніченість, небажання щось робити	1	2	3	4	5	6
Г	Відчували спокій	1	2	3	4	5	6
Д	Були енергійними	1	2	3	4	5	6
Е	Відчували сум, тривогу	1	2	3	4	5	6
Ж	Відчували втрату сил	1	2	3	4	5	6
З	Відчували щастя,	1	2	3	4	5	6

	радість						
І	Відчували сильну втому	1	2	3	4	5	6

11. Наскільки актуальним для Вас є кожне з нижче перерахованих тверджень? (обведіть кружечком цифру у кожному рядку)

		Однозначно ТАК	Переважно ТАК	Не знаю	Переважно НІ	Однозначно НІ
А	Мені здається, я більше схильний (а) до хвороб, ніж інші люди	1	2	3	4	5
Б	Моє здоров'я не гірше, ніж у більшості моїх знайомих	1	2	3	4	5
В	Я очікую, що моє здоров'я погіршиться	1	2	3	4	5
Г	У мене чудове здоров'я	1	2	3	4	5

12. Чи помітили Ви, що пункти даного опитувальника йдуть не по порядку?

Так Ні

Обробка та інтерпретація результатів:

SF-36 складається з 36 питань, згрупованих у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Чим вище значення показника (від 0 до 100), тим краща оцінка за обраною шкалою, які загалом утворюють два параметри: психологічний і фізичний компоненти здоров'я.

1. Фізичне функціонування (*Physical Functioning – PF*) **–** відображає рівень того, як фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьбу, підйом сходами, перенесення ваги тощо). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що фізична активність пацієнта значно обмежується станом його здоров'я.

2. Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (*Role-Physical Functioning – RP*) **–** вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних обов'язків). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта.

3. Інтенсивність болю (*Bodily pain – BP*) та її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза ним. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.

4. Загальний стан здоров'я (*General Health – GH*) – оцінка пацієнтом свого стану здоров'я на даний момент і перспектив лікування. Чим нижчий бал за цією шкалою, тим нижча оцінка стану власного здоров'я.

5. Життєва активність (*Vitality – VT*) – відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим. Низькі бали свідчать про стомленість пацієнта, зниження його життєвої активності.

6. Соціальне функціонування (*Social Functioning – SF*) – рівень того, як фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування). Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування в зв'язку із погіршенням фізичного та емоційного стану.

7. Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (*Role-Emotional – RE*) рівень того, як емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності. Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, зумовлене погіршенням емоційного стану.

8. Психічне здоров'я (*Mental Health – MH*), характеризує настрій пацієнта, наявність депресії, тривоги, загальний рівень позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психологічне неблагополуччя.

Фізичний компонент здоров'я (Physical health – PH) = Шкали 1+2+3+4

Психологічний компонент здоров'я (Mental Health – MH) = Шкали 5+6+7+8

БЛАНК ОБРОБКИ РЕЗУЛЬТАТІВ

Фізичний компонент здоров'я =	
1. Фізичне функціонування **(PF)**	
2. Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом **(RP)**	
3. Інтенсивність болю **(BP)**	
4. Загальний стан здоров'я **(GH)**	

Психологічний компонент здоров'я =	
5. Життєва активність **(VT)**	
6. Соціальне функціонування **(SF)**	
7. Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом **(RE)**	
8. Психічне здоров'я **(MH)**	

1. Шкала «Фізичне функціонування» (PF):

1) Підсумуйте бали, отримані за запитаннями: 3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3і, 3к

PFsum = PF3а + PF3б + PF3в + PF3г + PF3д + PF3е + PF3ж + PF3з + PF3і + PF3к

2) Отриманий сумарний бал перерахуйте за наступним ключем:

PF = ((PFsum - 10) / 20) * 100

2. Шкала «Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом» (RP):

1) Підсумуйте бали, отримані за запитаннями: 4а, 4б, 4г, 4д
RPsum = RP4a + RP4б + RP4г + RP4д
2) Отриманий сумарний бал перерахуйте за наступним ключем:
RP = ((RPsum - 4) / 4) * 100

3. Шкала «Інтенсивність болю» (BP):

1) Перекодуйте бали, отримані при відповіді на питання №7 і №8, відповідно до одного із зазначених ключів

А. Якщо дані відповіді на обидва питання, то перекодуйте "сирий" бал з кожного питання за наступним ключем:

«сирий» бал питання 7 (BP7)	перерахований бал (BP7*)		«сирий» бал питання 8 (BP8)	перерахований бал (BP8*)
1	6		1 і за умови, що BP7=1	6
2	5,4		1 і за умови, що BP7 = від 2 до 6	5
3	4,2		2	4
4	3,1		3	3
5	2,2		4	2
6	1		5	1

В. Якщо дана відповідь на питання №7 і пропущена відповідь на питання №8, то перекодуйте «сирий» бал на питання №7 за наступним ключем, перерахунковий бал для питання №8 вказується той же, що і для питання №7

«сирий» бал питання 7 (BP7)	перерахований бал (BP7*)	перерахований бал (BP8*)
1	6	6
2	5,4	5,4
3	4,2	4,2
4	3,1	3,1
5	2,2	2,2
6	1	1

С. Якщо дана відповідь на питання №8 і пропущена відповідь на питання №7, то перекодуйте «сирий» бал на питання №8 за наступним ключем, перерахункових бал для питання №7 вказується той же, що і для питання №8

«сирий» бал питання 8 (BP8)	перерахований бал (BP8*)	перерахований бал (BP7*)
1	6	6
2	4,75	4,75
3	3,5	3,5
4	2,25	2,25
5	1	1

2) Підрахуйте значення шкали за формулою:
BP = [((BP7* + BP8*) - 2) / 10] * 100

4. Шкала «Загальний стан здоров'я» (GH):

1) Перекодуйте питання №1 за ключем:		2) Перекодуйте питання №11б за ключем:		3) Перекодуйте питання №11г за ключем:	
«сирий» бал питання 1 (GH1)	перерахований бал (GH1*)	«сирий» бал питання 11б (GH11б)	перерахований бал (GH11б*)	«сирий» бал питання 11г (GH11г)	перерахований бал (GH11г*)
1	5	1	5	1	5
2	4,4	2	4	2	4
3	3,4	3	3	3	3
4	2	4	2	4	2
5	1	5	1	5	1

4) Підсумуйте бали: GHsum = GH1* + GH11а + GH11б* + GH11в + GH11г*
5) Підрахуйте значення шкали за формулою:: GH = ((GHsum – 5)/ 20) * 100

5. Шкала «Життєва активність» (VT):

1) Перекодуйте питання №9а за ключем:		2) Перекодуйте питання №9д за ключем:	
«сирий» бал питання 9а (VT9а)	перерахований бал (VT9а*)	«сирий» бал питання 9д (VT9д)	перерахований бал (VT9д*)
1	6	1	6
2	5	2	5
3	4	3	4
4	3	4	3
5	2	5	2
6	1	6	1

4) Підсумуйте бали: VTsum = VT9а* + VT9д* + VT9ж + VT9і
5) Підрахуйте значення шкали за формулою: VT = ((VTsum – 4)/ 20) * 100

5. Шкала «Соціальне функціонування» (SF):

1) Перекодуйте питання №6 за ключем:	
«сирий» бал питання 6 (SF6)	перерахований бал (SF6*)
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2

2) Підсумуйте бали: SFsum = SF6* + SF10
3) Підрахуйте значення шкали за формулою: SF = ((SFsum – 2)/ 8) * 100

7. Шкала «Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом» (RE):
1) Підрахуйте суму балів, отриманих при відповіді на питання: 5а, 5б, 5в
REsum = RE5a + RE5б + RE5в
2) Підрахуйте значення шкали за формулою: RE = ((REsum - 3) / 3) * 100

8. Шкала «Психічне здоров'я» (МН):

1) Перекодуйте питання №9г за ключем:		2) Перекодуйте питання №9з за ключем:	
«сирий» бал питання 9г (МН9г)	перерахований бал (МН9г*)	«сирий» бал питання 9з (МН9з)	перерахований бал (МН9з*)
1	6	1	6
2	5	2	5
3	4	3	4
4	3	4	3
5	2	5	2
6	1	6	1

4) Підсумуйте бали: МНsum = МН9б + МН9в + МН9г* + МН9е + МН9з*
3) Підрахуйте значення шкали за формулою: МН = ((МНsum – 5)/ 25) * 100

9. Значення загальних показників «Фізичний компонент здоров'я (РН)» і «Психологічний компонент здоров'я (МН)»

1. Підрахуйте Z-значення по восьми шкалах опитувальника за формулами:
PF-Z = (PF - 84,52404) / 22,89490
RP-Z = (РР - 81,19907) / 33,797290
BP-Z = (ВР - 75,49196) / 23,558790
GH-Z = (ОН - 72,21316) / 20,16964
VT-Z = (VI - 61,05453) / 20,86942
SF-Z = (ЗР - 83,59753) / 22,37642
PE-Z = (РЕ - 81,29467) / 33,02717
МН-Z = (МН - 74,84212) / 18,01189

2. Підрахуйте значення показника «Фізичний компонент здоров'я (РН)» за формулою:
PHsum = (PF-Z * 0,42402) + (RP-Z * 0,35119) + (BP-2 * 0,31754) + (SF * -0,00753) + (МН-Z * -0,22069) + (РЕ-Z * -0,19206) + (VT-Z * -0,02877) + (GH-Z * -0,24954)

РН = (PHsum * 10) + 50

2. Підрахуйте значення показника «Психічний компонент здоров'я (МН)» за формулою:
МНsum = (PF-Z * -0,22999) + (RP-Z * -0,12329) + (BP-Z * -0,09731) + (SF * 0,26876) + (МН-Z * 0, 48581) + (РЕ-Z * 0,43407) + (VT-Z * 0,23534) + (СН-2 * -0,01571)

Отримані дані внесіть у загальну таблицю.
Чим більша кількість набраних балів, тим вища якість життя пацієнта.

ОПИТУВАЛЬНИК ІНДИВІДУАЛЬНИХ СТИЛІВ НАВЧАННЯ

(LSQ-40, P. Honey, A. Mumford)

Інструкція: Прочитайте уважно кожне твердження, якщо Ви погоджуєтесь з ним або більше згодні ніж ні – обведіть пункт кружечком. Пам'ятайте, в опитувальнику немає «правильних» і «неправильних» тверджень, щиро дані відповіді допоможуть Вам зрозуміти свій індивідуальний стиль навчання.

1 Я точно знаю, що добре, а що – погано, що правильно, а що – ні

2 Я часто дію без усвідомлення можливих наслідків

3. Мені подобається вирішувати проблеми чи завдання поетапно (крок за кроком)

4 Я переконаний, що формальні правила лише обмежують людей, не дозволяючи їм проявити свої найкращі якості

5 У мене репутація людини, яка говорить те, що думає

6 Я переконаний, що вчинки, основані на почуттях кращі за ті, що детально продумані

7 Мені подобається діяльність, що потребує ретельної підготовки

8 Мені завжди цікаво чим зумовлені вчинки людей, їхні життєві цінності

9 Важливі лише ті знання, що мають практичне значення

10 Мені подобається отримувати нові знання

11 Коли я вивчаю щось нове, то завжди намагаюсь зрозуміти можливості її практичного застосування

12 Я самодисциплінована людина: дотримуюсь дієт, регулярно роблю фізичні вправи, не уникаю нецікавих, але важливих завдань

13 Я пишаюсь своїми досягнення на роботі (у навчанні)

14 Мені легко спілкуватися з раціональними людьми із математичним складом розуму, ніж зі «спонтанними», ірраціональними «гуманітаріями»

15 Зазвичай, я не роблю поспішних висновків, а ретельно аналізую наявні дані

16 Я приймаю рішення лише після аналізу усіх можливих альтернатив

17 Мене більше приваблюють нові, нестандартні ідеї, ніж ті, що мають практичне значення

18 Мене дратує, коли речі не знаходяться на своїх місцях, я не люблю безлад

19 Я дотримуюсь правил доти, поки вважаю їх ефективним способом досягнення цілі

20 Зазвичай, я дію правильно, відповідно до прийнятих норм

21 У дискусія завжди намагаюся говорити по суті, не відволікаючись на несуттєве

22 Зазвичай у мене формальні, дистантні стосунки з колегами

23 Я досягаю успіху тоді, коли приймаю нестандартні, нові рішення

24 Мені подобаються безтурботні, спонтанні люди

25 Я приділяю велику увагу деталям, перед тим як приймати рішення чи робити висновки

26 Мені складно висувати нові ідеї, пропонувати нестандартні рішення

27 Я переконаний, що слід одразу переходити до суті справи

28 Я намагаюсь не робити поспішних висновків

29 Мені важливо мати доступ до якнайбільшої кількості джерел інформації

30 Несерйозні, легковажні люди зазвичай дратують мене

31 Я уважно слухаю інших людей перед тим, як висловити власну думку

32 Я відкрито виражаю свої емоції та почуття

33 У дискусіях мені подобається спостерігати за словами і діями інших учасників

34 Зазвичай я схильний приймати спонтанні рішення (відповідно до ситуації), а не планувати їх завчасно

35 Мені подобається програмування, створення схем, упорядкування даних у таблиці

36 Я нервуюсь, коли потрібно виконати роботу у стислі терміни

37 Я ціную людей за їх практицизм, прагматичність

38 Мене дратують повільні, схильні до тривалих роздумів люди

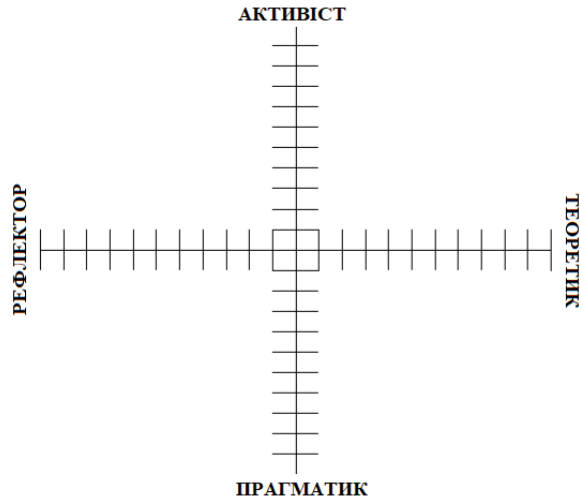
39 Зазвичай, всі мої ідеї можна успішно реалізувати на практиці

40 Я більше думаю про практичну користь ідей, ніж про їх теоретичне значення

Обробка результатів:

2	7	1	5
4	13	3	9
6	15	8	11
10	16	12	19
17	25	14	21
23	28	18	27
24	29	20	35
32	31	22	37
34	33	26	39
38	36	30	40
СУМА _____	_____	_____	_____
АКТИВІСТ	**РЕФЛЕКТОР**	**ТЕОРЕТИК**	**ПРАГМАТИК**

Позначте отримані бали на системі координат:



Інтерпретація результатів:

1. Активісти – із задоволенням та без упереджень отримують новий досвід, допитливі, ставлять багато запитань, найкраще працюють в групі, а не

на одинці, потребують фасилітуючого стилю поведінки педагога, із форм навчання віддають перевагу мозковим штурмам і рольовим іграм; відкрито виражають свої емоції, цілковито перебуваючи в ситуації навчання, не відволікаючись на думки про минуле чи майбутнє, зазвичай, мають низький рівень навчальної тривожності, керуються принципом «усе хочу спробувати», спочатку діють, а вже потім аналізують наслідки своїх вчинків, життя без активної діяльності здається їм одноманітним і сумним, мають виражені лідерські якості, люблять бути у центрі уваги.

2. Рефлектори – інтровертовані, не поспішають із прийняттям рішень, намагаються зібрати якнайбільше інформації з усіх можливих джерел і лише проаналізувавши її, зробити висновки чи розв'язати задачу, часто це призводить до занадто тривалої в часі роботи над проблемою, а нерідко – й відсутності кінцевого результату, оскільки рефлектори вважають, що інформації для остаточних висновків ще недостатньо; керуються принципом «не спіши, будь обережним», на нарадах і зборах сідають позаду більшості та не беруть участі в обговореннях, для них важливо, аби педагог був неговірким і давав більше часу для обдумування як в процесі опанування новою інформацією, так і під час оцінювання, схильні до самоспостереження і рефлексії, співвідносять отримані знання із власним переосмисленням попереднього досвіду, зазвичай дотримуються дистанції у взаємодії з колегами і часто, на перший погляд, здаються неемоційними.

3. Теоретики – інтегрують свої спостереження в логічні, чітко структуровані моделі та схеми, аналізуючи усі об'єктивні дані, віддають перевагу покроковому (поетапному) вирішенню проблем чи розв'язанню задач, зазвичай – перфекціоністи, негативно ставляться до неідеального, прагнуть робити все якнайкраще, керуються думками, а не емоціями й часто, негативно налаштовані щодо емоційних колег, віддають перевагу інтелектуальній діяльності, чітко розуміють мету та завдання діяльності, схильні до аналізу і синтезу, керуються принципом «чи має це сенс?», намагаються з'ясувати суть питання, що лежить в основі проблеми, для них важливо щоб педагог не відволікався від теми заняття, був лаконічним і конкретним у своїх висловлюваннях, логічний, прогнозований світ здається їм зрозумілим та безпечним, тоді як ірраціональний і суб'єктивний викликає скепсис.

4. Прагматики – практичні, для яких важливо мати можливість одразу застосувати свої знання на практиці, отримують задоволення від експериментів, позитивно налаштовані на здобуття нового досвіду, після курсів, тренінгів, додаткових занять чи самостійних розвідок, прагнуть поділитися отриманими знаннями з іншими, їм подобається діяти швидко, часто своєї енергією вони заряджають інших, виступають натхненниками у діяльності, керуються принципом «добре лише те, що має практичне значення», скептично налаштовані щодо теоретиків, вважаючи їх особами, відірваними від реальності, зазвичай більш комунікативно активні, ніж

педагоги, під час отримання знань планують, як зможуть використати їх у найближчому майбутньому.

Узагальнена характеристика чотирьох типів навчальних стилів представлена у таблиці:

	Активісти	**Рефлектори**	**Теоретики**	**Прагматики**
Переваги, сильні якості, ресурси	Гнучкі, діють швидко, але ефективно, мають лідерські якості, ефективно працюють в команді, схильні до ризику	Збирають інформацію із багатьох джерел, аналізують ситуацію із різних точок зору	Створюють теоретичні моделі, вдумливі, працелюбні, старанні, їх мовлення логічне та чітко структуроване	Застосовують знання на практиці, інтегрують теорію і практику, беруть на себе відповідальність за колективні рішення
Уподобання	Новий досвід, ризик, процес і результат діяльності, спілкування з багатьма людьми	Внутрішній світ інших людей, рефлексія власного досвіду, процес, а не результат діяльності	Теоретичні ідеї, вирішення проблем, аналіз точок зору лише експертів у даній галузі, робота на самоті	Робота як на самоті, так і в команді, практичний досвід, налаштованість на діяльність, а не на спілкування
Турбота про…	Особистісну значущість, авторитет в колективі, інтерес до діяльності	Особистий сенс діяльності, почуття інших, гармонію	Деталі, якість інформації, об’єктивність даних, інтелектуальні здібності	Практичне значення діяльності, прийняття ефективного рішення
Антипатія до…	Самотності, теоретизування, слухання інших, монотонної діяльності	Стислих термінів, браку часу для роздумів і підготовки, відсутності можливості усамітнитися	Легковажності, поспішності, емоційності, даремної витрати часу, відсутності відповідей на запитання	Усього теоретичного, зосередженості на минулому і майбутньому замість діяльності у теперішньому

2.4 ПСИХОДІАГНОСТИКА МІЛІТАРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ

ШКАЛА ІСТОРИЧНОЇ ВТРАТИ

(The Historical Loss Scale, HLS, L. B., Whitbeck, 2004)

Думки про історичну втрату (тобто втрату культури, землі та людей в результаті загарбання) концептуалізуються як внесок у сучасне лихо, яке зазнає у тому числі й населення України. Шкала історичної втрати (HLS) – це стардартизований показник, розробленого для систематичного вивчення частоти, з якою люди думають про історичні втрати. Відповіді на HLS добре пояснювалися 3-факторною структурою (тобто культурна втрата, втрата людей і погане культурне поводження)

Інструкція: Як часто ви думаєте про наступне:

Кілька разів на день – 1

Щодня – 2

Щотижня – 3

Щомісяця – 4

Щороку або лише в певний час -5

Ніколи 6

Текст опитувальника.

1. Втрата нашої землі
2. Втрата нашої мови
3. Втрата наших традицій
4. Втрата нашої культури
5. Втрати від наслідків війни для нашого народу
6. Втрата нашого народу через виїзд багатьох людей за межі України
7. Втрата нашими дітьми та онуками поваги до старших
8. Втрата нашими дітьми поваги до традицій
9. Втрата наших родинних зв'язків
10. Втрати зумовлені переселенням
11. Втрата самоповаги
12. Втрата довіри

Обробка результатів. Чим частіше людину турбуть думки, наведені у твердженнях опитувальника, тим вищій рівень у неї історичної втрати.

ШКАЛА ІДЕНТИЧНОСТІ ВІЙСЬКОВИХ

адаптація WIS-6 (S. L. Lancaster, R. Hart, 2015)

Інструкція: Уважно прочитайте наведені нижче речення. За 5-бальною шкалою оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь з кожним із них (0 – абсолютно не погоджуюсь, 4 – абсолютно погоджуюсь)

Текст опитувальника.

1. Я довіряю Збройним силам України
2. Я пишаюся досягненнями українських військових
3. Я вважаю, що завдяки службі в Збройних силах України, я отримав новий, позитивний досвід
4. Я пишаюся тим, що служив / служу в Збройних силах України

5. Загалом, до українських військових в Україні та поза її межами позитивне ставлення

6. Загалом, українських військових поважають в Україні та поза її межами

7. Загалом, військові багатьох країн поважають українських військових

8. Українське суспільство цінує своїх військових

9. Під час перебування в Збройних силах України я завжди відчував себе чужим, наче армія і війна мене не стосуються

10. Я ніколи не відчував емоційного зв'язку зі Збройними силами України

11. Протягом усього свого перебування в Збройних силах України я є/був проти норм та традицій, прийнятих в армії та на війні

12. По-справжньому мене можуть зрозуміти лише інші військові

13. Коли я зустрічаюся з іншими військовими, я можу довіряти їм більше, ніж іншим людям

14. У мене більше друзів серед військових, ніж серед цивільних

15. Я сумую за багатьма своїми побратимами

16. Я не уявляю свого життя поза Збройними силами України

17. Якщо я залишу Збройні сили України, то втрачу свою другу родину

18. Загалом, бути військовим – це важлива частина мого способу життя

19. Служба у Збройних силах України не вплинула на мене як на особистість

20. У стосунках з людьми я відчуваю себе цивільним, а не військовим

Шкали:

1. Особисте позитивне ставлення до Збройний сил України –1, 2, 3, 4.

2. Ставлення суспільства до Збройних сил України – 5, 6, 7, 8.

3. Зв'язок з побратимами, іншими учасниками спільноти Збройних сил України – 9, 10, 11.

4. Збройні сили України як особлива, відмінна від інших, спільнота – 12, 13, 14.

5. Збройні сили України як єдина родина – 15, 16, 17.

6. Значущість служби в Збройних силах України – 18, 19, 20.

Твердження 9, 10, 11, 19, 20 обраховуються в оберненому порядку.

Складові мілітарної ідентичності:

- Військова компетентність – *знання, уміння, навички*
- Витривалість, життєстійкість – *рівень розуміння свого психологічного стану, здатність його контролювати та адаптуватися до різних умов військової діяльності*
- Система цінностей – *альтруїзм, патріотизм, націоналізм*
- Колективізм – *колективні цілі*
- Індивідуалізм – *індивідуальні, власні цілі*

Індивідуальна військова ідентичність стосується практик, а не атрибутів. Тобто, її формування відбувається лише в бойових умовах, натомість носіння форми, зброї у мирний час лише її розмиває, спотворює.

Таргетна (оперативна) ідентичність є передумовою ефективної військової діяльності. Вона базується на військовій компетентності. В результаті навчання покращується рівень оперативної готовності та боєздатності. І навпаки, військова організація, яка не має оперативної ідентичності, може бути погано підготовленою до сучасної оперативної реальності, як ментально, так і оперативно. Зрештою, це може призвести до дискредитації Збройних Сил.

Ми можемо говорити про «суб'єктивну», а не «фактичну» військову компетентність. *Наскільки ти вважаєш себе компетентним у своїй військовій діяльності? Якими навичками хотів би оволодіти? Яких знань потребуєш?*

Військова витривалість, життєстійкість – особистісний ресурс, який дозволяє пом'якшити вплив військових професійних стресових факторів. Наскільки людина розуміє свій психологічний стан, може його контролювати та адаптуватися до різних умов військової діяльності.

В Україні мілітарна ідентичність формується лише на базі нерозривного зв'язку національної ідентичності та патріотизму.

Як месенджі, які послання військові нині можуть передати цивільним? Окресліть коло цивільних осіб, яким вам є щось сказати. Напишіть, проговоріть це з позицій ви –військовий, він / вона – цивільний. Що хотілось би сказати жінкам? Дітям? Підліткам? Старим людям? Ще не народженим поколінням?

ОСНОВНІ ПРОФЕСІЙНІ СТРЕСОРИ СУЧАСНИХ ВІЙСЬКОВИХ

Оцініть за 3-бальною шкалою, наскільки у вас виражений той чи інших стресовий фактор: 0 – не виражений зовсім, 1 – виражений частково, 2 – виражений дуже сильно.

1. Віддалене розташування підрозділу
2. Відокремленість від родини та друзів
3. Ненадійні засоби комунікації як в середині підрозділу, так і з рідними та друзями
4. Нещодавно створені військові формування, де люди погано знайомі один з одним
5. Нерозуміння того, що я повинен робити
6. Нечіткі правила військової служби, ротації
7. Непорозуміння з керівництвом підрозділу
8. Нерозуміння того що я повинен робити
9. Нечіткі норми чи стандарти поведінки (що тут допустимо, а що ні?)
10. Обмеженні можливості в отриманні медичної допомоги
11. Невідповідний ланцюг поставок – проблеми з отриманням необхідних матеріалів та запчастин
12. Різні стандарти оплати, поведінки тощо для різних підрозділів
13. Невизначена тривалість участі у бойових діях – ми не знаємо, коли повертаємося додому
14. Незнання або неможливість вплинути на те, що відбувається з родиною вдома
15. Довгі періоди одноманітної робочої діяльності

16. Відсутність роботи, яку можна витлумачити як значущу або важливу

17. Нерозуміння подальших перспектив

18. Мало варіантів для відпочинку

Реальний ризик серйозних травм або смерті від:

19. Ворожий вогонь, кулі, міномети, міни, вибухові пристрої тощо

20. Аварії, у тому числі «дружній вогонь»

21. Хвороби, інфекції

22. Хімічні, біологічні або ядерні матеріали, що використовуються як зброя

23. Висока частота, тривалість і темп бойових дій

24. Відсутність ротації

25. Проблеми зі здоров'ям, у тому числі з психологічним, про які нікому не розповідаєш

Інше, вкажіть, що саме

Про які з цих стрес-факторів ви б хотіли окремо поговорити? Щось розповісти? Отримати допомогу? Поділитися власним досвідом?

Обробка результатів:

Ізоляція – 1, 2, 3, 4 *Неоднозначність* – 5, 6, 7, 8, 9

Безпомічність – 10, 11, 12, 13, 14 *Одноманітність* – 15, 16, 17, 18

Небезпека – 19, 20, 21, 22 *Надмірні навантаження* – 23, 24, 25

Чим менше виражені стрес-фактори – тим вища витривалість.

РОЗДІЛ ІІІ. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1 АКТУАЛІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ

(A. Elklit, S. S. Pedersen, L. Jind)

Соціальна підтримка описує всю підтримку або допомогу, яку ми отримуємо від інших людей. Існує чотири категорії соціальної підтримки: емоційна, інструментальна (практична), оціночна та інформаційна.

Соціальна підтримка – це той фізичний та емоційний комфорт, який надає нам наша сім'я, друзі та колеги. Це усвідомлення того, що ми є частиною спільноти людей, які люблять, цінують і піклуються про нас.

Емоційна підтримка – це спосіб допомогти людям почуватися пов'язаними з іншими людьми, а отже – менш самотніми. Це вербальний і невербальний прояв турботи та співчуття до іншої людини. Надання емоційної підтримки вимагає від людини слухати без засудження та показувати, що вона розуміє, співчуваючи. Безоціночне слухання, співчуття, довіра. «Ти не один, я з тобою»

Інструментальна (практична) підтримка

Передусім стосується фінансів та соціальних послуг: купівля продуктів, медикаментів, допомога з оплатою комунальних платежів, прибирання та приготування їжі. «Я потурбуюсь про твою доньку, поки ти будеш в лікарні».

Оціночна підтримка

Підтримка поваги, що відбувається у формі зміцнення впевненості та заохочення до активності. «Ти – молодець!».

Інформаційна підтримка

Йдеться про доступну та зрозумілу інформацію про те, де шукати допомогу, які існують послуги, де вони надаються, якими можуть бути наслідки й альтернативи тієї чи іншої поведінки. «Подивись тут», «Ти можеш звернутися сюди».

Емоційна підтримка

Емоційна підтримка – це спосіб допомогти людям почуватися пов'язаними з іншими людьми, а отже – менш самотніми. Це вербальний і невербальний прояв турботи та співчуття до іншої людини. Надання емоційної підтримки вимагає від людини слухати без засудження та показувати, що вона розуміє, співчуваючи.

Види емоційної підтримки: активне слухання

Активне слухання

Ця техніка полягає в тому, щоб уважно слухати те, що говорить людина, і безпосередньо взаємодіяти з нею. Це показує співрозмовнику, що те, що він говорить, має значення.

«Що трапилось?»

«Як ти почуваєшся з цього приводу?»

«Це справді засмучує».

Співпереживання

Співчуття чужому досвіду і наскільки можлива – його нормалізація.

«Зрозуміло, що ти злийся».

«Це нормально зараз відчувати суміш речей».

«Зрозуміло, чому ти так почуваєшся».

Часто важко співпереживати емоціям, яких людина не відчувала сама. У таких ситуаціях можна чесно сказати, що немає такого досвіду. Натомість людина може визнати чийсь біль, сказавши:

«Це, мабуть, так важко».

«Я можу тільки уявити, як це важко».

«Мені шкода, що ви проходите через це».

Любов, турбота і підбадьорення

Іноді людині потрібно почути, що її люблять.

«Я люблю тебе незважаючи ні на що».

"Я тут для вас."

«Я буду слухати стільки, скільки тобі потрібно».

Активізація активності

Важливо не давати поради, а почекати, коли людина вам відкриється. Люди можуть просто хотіти поговорити, зрозуміти те, через що вони проходять. У таких ситуаціях спроби «виправити» проблему можуть змусити людину відчути розчарування або ніби вона помиляється, коли засмучується через це.

«Про що ти зараз найбільше хвилюєшся?»

«Які ресурси, на вашу думку, були б найбільш корисними?»

«Чи можете ви придумати щось, що зробило б усе легше?»

«Хочете мою думку?»

Надання матеріальної підтримки

Як і у випадку з порадою, важливо не пропонувати її відразу. Натомість дайте людині можливість вільно розповісти про свої почуття. До матеріальної емоційної підтримки відносять супровід, допомогу у догляді за дітьми, прибирання в квартирі.

Загальна формула емоційної підтримки:

Слухайте з емпатією: подумайте, що відчуває інша людина, і прислухайтеся до конкретних слів, які вона використовує, щоб описати це. Пам'ятайте, що люди можуть по-різному реагувати на одні й ті самі події, тому спробуйте зрозуміти їх точку зору.

Слухайте, не засуджуючи та не перебиваючи: іноді людина відчуває підтримку, коли її чують. Не кажіть іншій людині, що вона має відчувати. Не сперечайтеся з їхнім способом мислення і не применшуйте гостроти їхніх проблем.

Обміркуйте: підсумуйте або «віддзеркаліть» те, що вони сказали, оскільки це свідчить про розуміння. Наприклад, «Мабуть, так страшно, що Джон знову в лікарні. Я чую, що ти втомився і наляканий».

Пропонуйте співчуття та запевнення: залежно від ситуації, може бути доцільно нагадати людині, що всі роблять помилки або що їх люблять. Або доцільно похвалити їхню здатність долати важкі часи.

Будьте чесними: навіть якщо людина не впевнена, як реагувати на погані новини чи важкі почуття, її все одно можна підтримати. Людина може сказати: «Я хочу зробити це краще та надати належну підтримку, але я не знаю, що сказати. Але я все ще тут, щоб слухати, і хочу продовжувати говорити».

Запитайте, що їм потрібно: це дозволяє людині, яка потребує допомоги, контролювати, яку допомогу вона отримує. Людина може просто хотіти поговорити, а може – поради чи матеріальної підтримки. Інші можуть захотіти відволіктися і змінити тему розмови. Слідкуйте за ними.

Чого слід уникати:

Говорити людині, що відчувати: емоції, включно з сильними, є частиною людського досвіду. Може бути страшно почути, як хтось говорить про те, наскільки вони переповнюють, але це не погіршує емоції. Уникайте говорити комусь змінити своє мислення або «Думай позитивно», оскільки це знищує їхні почуття.

Мінімізація проблеми: люди вважають різні речі стресовими або важкими. Уникайте говорити комусь, що їхня проблема не така страшна або що в інших вона гірша. Це може викликати у них почуття провини.

Сказати «Я знаю, що ти відчуваєш»: це може бути правдою, але намагайтеся не робити цього припущення, перш ніж почути те, що людина має сказати. Заяви про розуміння до досягнення справжнього розуміння унікальної точки зору людини можуть змусити її почуватися менш зрозумілою.

Не поспішайте розмову: якщо немає достатньо часу, щоб надати емоційну підтримку. Це може змусити людину почуватися неважливою. Замість цього людина може сказати: «Я дуже хочу поговорити про це, але у мене зустріч, з якої я не можу вийти. Ми можемо поговорити за обідом?»

Зосередження на власних потребах: люди, які перебувають у скрутному становищі, зазвичай не мають здібності сприймати почуття інших, тому говорити про те, як їхні емоції впливають на інших, не корисно. Це може лише викликати у них почуття провини. Спробуйте під час розмови зосередитися на їхніх потребах.

Прояв роздратування: іноді люди сприймають дистрес як проблему з дисципліною або особисту невдачу. Зокрема батьки можуть ставитися до дитини так. Поводження в роздратування, накази комусь «Покинь це» та інші подібні реакції можуть посилити страждання.

Як попросити емоційної підтримки

Звернення за підтримкою може бути важким, але важливим кроком. Люди, які потребують допомоги, можуть спробувати:

Вибір правильної людини: деякі люди більш досвідчені в наданні підтримки, ніж інші. Це не обов'язково означає, що вони більше піклуються, лише те, що вони мають більше практики. Спробуйте вибрати людину, яка володіє цими навичками, і уникайте тих, хто не допомагав у минулому.

Відвертий запит про підтримку: це може бути важко, але це може зменшити недомовленість і допомогти людині швидше знайти підтримку. Скажіть іншій людині, що вони можуть зробити, щоб допомогти. Наприклад: «У вас є час поговорити? Мені потрібен хтось, хто вислухає».

Чітке спілкування: якщо людина неправильно зрозуміла або говорить те, що не є корисним, обережно дайте їй знати. Наприклад, «Я знаю, що ти хочеш допомогти, давши мені пораду, але я просто хочу висловитися прямо зараз».

Розгляньте всі типи підтримки: Деяким людям важко прийняти матеріальну допомогу, таку як послуги або фінансову допомогу. Однак, якщо хтось пропонує це вільно і це має значення, не соромно сказати «так». Так само, якщо людина не отримує підтримки від друзів або родини, вона може захотіти зателефонувати на спеціальну лінію довіри або службу підтримки.

ПРОФІЛАКТИКА СУЇЦИДІВ У ВІЙСЬКОВИХ

«Ви – світло в чиємусь житті!» (С.Лукомська)

Ви повернулися із зони бойових дій, але жорстока дійсність, в якій Ви перебували, може продовжувати впливати на вас, спричиняючи часто сильний емоційний біль. Життя може здаватися нестерпним через сильний гнів, образу, провину. Кожен військовий має свій власний досвід, однак усі потребують часу на адаптацію до життя в тилу, потребують часу на відновлення стосунків з друзями та родиною.

Хоча Ви зараз вважаєте свою ситуацію дуже серйозною і болючою, подібні ситуації виникають і в інших людей, які так само страждають, часто думаючи, що лишись сам на сам зі своїми проблемами.

Навіть якщо Вам здається, що ніхто не зможе Вас зрозуміти, у Вас завжди є Ви. Ви вижили в зоні бойових дій, а значить Ваша місія ще не завершена, значить Ви ще можете бути світлом в чиємусь житті, можете переосмислити отриманий досвід і допомогти собі та іншим людям. Тому при появі думок про заподіяння собі шкоди чи самогубство, вважайте їх крайнім заходом, який можна відкласти «на потім», а поки спробуйте допомогти собі, звернутися за допомогою або просто дочекатися подій у недалекому майбутньому. З часом усе може покращитися за підтримки та допомоги.

Сядьте зручно і обійміть себе. Можете обійняти м’яку ковдру, тримати себе за руку, уявити, що як у дитинстві гойдаєтесь на гойдалці.

Що Ви зараз відчуваєте?

Наскільки сильний емоційний біль? (оцініть за 10 бальної шкалою: від 0 – не відчуваю болю в тілі зовсім до 10 – біль нестерпний)

Яка допомога потрібна Вам саме зараз?

Напишіть, проговоріть імена 3-х людей, які Вам можуть допомогти саме зараз і як.

Що спонукає Вас продовжувати життя?

Складіть список своїх сильних сторін і досягнень, навіть якщо вони, на перший погляд, незначні.

Що Ви можете зробити сьогодні, щоб отримати задоволення від життя? (крім алкоголю і наркотиків).

Налийте склянку холодної води і зробіть кілька повільних ковтків, зосереджуючись на відчутті води у роті та під час ковтання.

Кому Ви можете допомогти (надати будь-яку підтримку) сьогодні та завтра?

Подякуйте собі за отриманий досвід, який Ви зможете передати іншим людям, щоб допомогти їм уникнути помилок чи знайти вихід зі складної ситуації.

7333 Lifeline Ukraine – це національна, професійна лінія з питань профілактики самогубств та підтримки психічного здоров'я. Гаряча лінія працює 24 години на день, 7 днів на тиждень.

3.2 ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ ПЕРЕЖИВАННІ ГОРЯ ТА ВТРАТИ ТРЕНІНГИ РОБОТИ З ГОРЕМ

ВИПЕРЕДЖАЮЧА СКОРБОТА: ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ ДОПОМОГИ (K. J. Harrington)

Випереджаюча скорбота стосується відчуття скорботи , яке виникає перед неминучою втратою. Як правило, очікувана втрата - це смерть близької людини через хворобу. Особливості, визначені спеціально для **очікуваного (передбачуваного) горя**, включають підвищену турботу про вмираючу людину, репетицію смерті та спроби звикнути до наслідків смерті. Цей час може дозволити людям вирішити проблеми з вмираючою людиною і попрощатися. У процесі передбачуваного горя члени сім'ї також починають готуватися та розмірковувати про те, яким буде їхнє життя після того, як їх кохана людина помре.

Передбачуване горе визначається як горе, яке виникає перед втратою. Цей термін часто вживається в контексті смерті, але може охоплювати загрозу втрати речей, не пов'язаних зі смертю. Ви можете сумувати за заняттями, якими раніше насолоджувались разом, і відчувати сум через зміни у ваших стосунках. Випереджаюче горе не завжди означає, що ви будете менше сумувати за коханою людиною після її смерті. Молоді люди, як правило, переживають передбачуване горе частіше і більш травматично, частково тому, що вони переживатимуть втрату рідше, ніж літні люди.

Передбачуване горе дає шанс попрощатися, якого немає, коли раптово помирає близька людина. Тим не менш, воно не замінює і навіть не скорочує період скорботи після смерті. Люди іноді використовують такі слова, як «битва» та «боротьба», щоб описати смертельну хворобу. Ці метафори невірно припускають, що пацієнти можуть «подолати» свою хворобу, доклавши достатньо зусиль. Це може ускладнити вмираючому та його близьким висловити горе перед смертю. «Програти боротьбу» дорівнює особистій невдачі. Так само як і виховання дитини з вадами розвитку зумовлює передбачуване горювання не лише через особисту невдачу – нездатність виносити чи народити «здорову» дитину, а й через те, що батьки оплакують втрату своєї «уявної» або «бажаної» дитини, не звертаючи увагу на дитину «реальну».

Причини передбачуваного горя:

- Отримання інформації про термінальний діагноз, наприклад рак 4 стадії, який неможливо вилікувати або хоча б стабілізувати

- Отримання інформації про прогресуючу хворобу, як-от хвороба Альцгеймера, кістозний фіброз, м'язова дистрофія або дегенерація жовтої плями
- Отримання інформації про те, що ваша ненароджена дитина може мати вроджений розлад, часто несумісний з життям
- Переїзд до паліативного відділення чи хоспісу
- Догляд за дитиною з хронічним захворюванням або розладом розвитку, таким як аутизм
- Очікування трансплантації органів
- Необхідність пройти ампутацію або потенційно спотворюючі медичні процедури, такі як мастектомія або колостомія

Випереджаюче горе не так широко обговорюється, як горе після смерті. Це означає, що люди, які переживають передбачуване горе, можуть почуватися винними або соромитися цих почуттів і можуть не шукати підтримки у тому числі й фахової. Випереджаюче горе іноді описують як «американські гірки», оскільки ви можете перемикатися між почуттям страждання протягом кількох днів і відчуттям нормального стану протягом кількох днів. Можливо, частина вас також чіпляється за надію, що діагноз помилковий, підтримуючи вас в один момент і викликаючи сильну тривогу в інший. Деякі дослідження показали, що очікування горя може нагадувати «затримку дихання», поки не почнеться справжній біль. Одне дослідження, проведене Національним інститутом раку, показало, що вдови, які залишалися зі своїми вмираючими чоловіками до смерті, могли по-справжньому сумувати лише тоді, коли смерть настала.

Симптоми передбачуваного горя:

- **Тривога** – однак цілком нормально боятися того, що буде далі.
- **Гнів** – нормально злитися на людину, яка вже скоро, хоча й не зі своєї вини, залишить цей світ.
- **Самотність** – втрата завжди зумовлює зміну стосунків, однією з характеристик яких є відчуття покинутості, самотності.
- **Провина** – нормально хвилюватися через те, що ви не впевнені чи зможете зробити достатньо аби справді допомогти, крім того додається провина того, хто вижив (я вижив, він – ні)
- **Виснаження** – нормально відчувати виснаження від постійного догляду.
- **Проблеми зі сном**, харчові розлади, головний біль, складнощі концентрації уваги.

Які переваги передбачуваного горя?

- Зайнятися будь-якими незавершеними справами, як практичними, так і емоційними
- Прояснити будь-яке непорозуміння або висловити те, що слід було сказати раніше
- Попрощатися з рідними і друзями. Може бути важко зрозуміти, коли і як попрощатися з помираючим батьком чи іншою близькою людиною. Пам'ятайте, що вам не обов'язково вживати слово «до побачення».

Прощання може означати просто сказати людині «дякую» і «я люблю тебе».

- Приготувати рідних до життя без вас. Завдяки цьому людина може відчувати менше страждань і краще переносити важку втрату, коли помирає близька людина.

Які стадії передбачуваного горя?

- **Прийняття**: усвідомлення того, що смерть близької людини неминуча, процес якої може включати смуток, гнів, заперечення та депресію.
- **Рефлексія**: примирення з почуттями щодо вмираючої людини, включаючи жаль, провину, каяття або гнів
- **Репетиція смерті**: передбачення ваших почуттів і дій під час і одразу після смерті
- **Уявлення майбутнього**: створіть собі дорожню карту життя після втрати

Як впоратися з очікуваним горем

Ведіть щоденник, щоб записувати та аналізувати свої почуття.

Спробуйте медитацію або вправи на розслаблення. Вони також можуть допомогти при будь-яких проблемах зі сном.

Створюйте моменти, які можуть насолоджуватися членами вашої родини. Незважаючи на те, що член вашої родини більше не може брати участь у заходах, як раніше, він все ще може насолоджуватися приємними заходами з вами. Виведіть маму на вулицю подихати свіжим повітрям, включіть їй музику, складіть прості головоломки, якщо вона здатна. Зрештою, ці моменти можуть бути тим, що ви цінуєте найбільше.

Іноді люди говорять про те, як важко проводити час із коханою людиною, яка помирає. Вони можуть не хотіти згадувати своїх близьких, коли вони вмирали. Натомість вони можуть захотіти згадати, якою була людина до хвороби.

Проводити час із коханою людиною, яка помирає, важливо для багатьох людей. Це стосується не лише людини, яка вмирає, але й близьких. Якщо ви вирішите не відвідувати свого вмираючого коханого, цілком можливо, що пізніше ви можете пошкодувати про свій вибір.

Знайдіть змістовні способи провести час разом. Спробуйте поділитися старими фотографіями або пам'ятними речами. Попросіть свого коханого поділитися історіями про сімейні реліквії та інші речі, як-от коштовності. Ви можете виявити, що спогади можуть бути цілющими.

Подумайте про те, щоб зробити відео, на яких ваша кохана людина ділиться історіями. Цими записами можна поділитися з дітьми, друзями та іншими членами родини.

Читання вголос улюблених романів вашого коханого – ще один змістовний спосіб провести час разом.

Кожен знаходить сенс у різних речах. Зрештою, діяльність, яку ви обираєте, не важлива. Важливим є час, який ви проводите з людиною, навіть

якщо це відбувається в тиші. Не думайте, що вам потрібно заповнювати весь час разом балаканиною.

Діти також відчувають передчуття горя, і їх потрібно залучати до процесу горя. Для дітей так само важливо пережити своє горе. Як і дорослим, дітям потрібне безпечне місце для самовираження.

СПІЛКУВАННЯ ПІСЛЯ СМЕРТІ (After-Death Communication, L. M. Daggett) – це спонтанний досвід, під час якого людина ніби відчуває прямий контакт із померлою людиною (Streit-Horn, 2011). Психолог Аллан Боткін, експериментуючи з варіаціями психофізіологічної процедури десенсибілізації та повторної обробки рухів очей (EMDR), виявив, що він може полегшити After-Death Communication для своїх клієнтів. У оригінальній формі EMDR психотерапевт використовує двосторонню стимуляцію – візуальну, слухову або кінестетичну техніку для ритмічної стимуляції обох сторін тіла клієнта – щоб викликати стан свідомості, в якому клієнт може обробляти старий, проблемний психологічний матеріал у новий спосіб. Зазвичай це приносить полегшення від болісних симптомів горя, оскільки допомагає позбавитись почуття гніву та провини і створити ілюзію продовження зв'язків.

Ми наголошуємо, що спілкування з покійним не є симптомом психічного розладу та може мати різні форми. Тобто досвід післясмертного спілкування є нормальним, поширеним і зазвичай властивий психічно здоровим людям. Однак про нього не прийнято говорити через страх бути засудженими, висміяними та/або вважатися психічно хворими, особливо лікарями та психологами.

Найбільше люди спілкуються з померлими у перший рік після втрати, після чотирьох років потреба у такому спілкуванні суттєво знижується або взагалі стає неактуальною.

Існують три основні види післясмертного спілкування: спонтанне (виникає несподівано, неумисно), фасилітоване (під керівництвом навченого фахівця) та асистоване (відбувається в групі).

СПОНТАННЕ є найпоширенішим типом спілкування після смерті: відчуття присутності померлого; сни за участі померлого; слухання музики, пов'язаної з покійним; зв'язок через електричні пристрої (наприклад, мерехтливе світло); природні явища, включаючи незвичайну поведінку тварин або комах; символічні повідомлення; збіги або синхронності. Спонтанне спілкування може заспокоїти, підбадьорити та розрадити, полегшити процес скорботи та створити відчуття психологічного благополуччя.

ФАСИЛІТОВАНЕ спілкування вперше детально описав Р. Моуді в книзі «Життя після життя». Ще одним його варіантом є техніка «гарячого стільця», коли людина, яка переживає горе, уявляє, що на стільці навпроти неї сидить людина, яка померла і у них є 45 хвилин, щоб поговорити. Стільці маркуються, іноді, коли людина пересідає на «стілець померлого», вона одягає якийсь його аксесуар чи верхній одяг, тим самим полегшуючи уявний діалог. Техніка ефективна, коли лишилися невирішені проблеми з померлим і/або хочеться попросити у нього вибачення та почути відповідну реакцію.

АСИСТОВАНЕ спілкування в первинному його значенні як практика медіумів та не є поширеним у Європі, натомість в роботі групи

взаємопідтримки, людина може уявляти померлого, за яким сумує, описуючи місце де він знаходиться, зовнішність, чим займається, завершуючи опис словами «Я тебе люблю та дякую тобі», підтримка групи важлива в цьому процесі, оскільки людина, яка горює, може «розповісти світові» про свого рідного, тим самим формуючи про нього світлу пам'ять.

Мені дуже сподобалася теорія «поширення хвиль». Її суть в тому, що людина залишає слід на Землі власними діями і вчинками. І до того моменту, поки їх пам'ятають – людина живе.

· «Шукайте її серед друзів».

· «Вплив, який ми справляємо на інших людей, у свою чергу передається іншим, подібно до того, як хвилі у водоймі розходяться, аж доки перестають бути видимими, проте й тоді тривають на мікроскопічному рівні. Ідея, що ми можемо залишити по собі слід, навіть не знаючи цього, дає потужну відповідь тим, хто стверджує, що з нашої скінченності та минущості неодмінно випливає марнота існування».

· «Добрі вчинки супроводять нас аж до смерті, а тоді, наче хвилі, передаються наступним поколінням».

· «Феномен поширення хвиль, створення чогось, що буде передано і збагатить життя інших, перетворює жах на глибоке задоволення».

· «Переконання, що можна вціліти, зостатися на цьому світі не як особистість, а завдяки здобуткам і вчинкам, які розходяться хвилями й торкаються все нових поколінь, може стати великою розрадою для всіх, кого непокоїть їхня смертність».

Крістін не хотіла грати. Вона відчувала себе так, наче перемістилася до церкви, де грали величезні органи. Вона взяла трохи піску між своїх пальців так, щоб він у них потонув, і стала спостерігати за хвилями, що накочуються на пляж, як вони приходили і йшли назад. Чи були вони завжди одними і тими самими чи щоразу новими?

Крістін запитала мсьє Сен-Ілера, але він не відповів. Він спав, скрутившись калачиком, як молоко залишене на прилавку в спекотний день.

Для того, щоб його розбудити, вона ставила запитання.

- Чому стільки води? Чому хвилі? Хто утворив озеро? Чи означає це, що хтось планував, що вони прийдуть щоб його побачити?

А потім, намагаючись побачити, де закінчується вода, запитала:

- Там кінець чи початок? Мсьє Сен-Ілер раптово похмурів.
- Кінець чи початок.. ну і питання ти поставила... Кінець чи початок... Це одне й те саме. Можливо все йде по колу, кінець і початок об'єднуються.

А потім:

- А коли ми старіємо, ми маємо померти?
- Ах, ось що тебе турбує!

Він ніжно провів рукою по лобі дівчинки.

- По-перше, є птахи, які вмирають молодими...
- Так, це правда, я бачила таку один раз.

- І, продовжив він, незважаючи на все вмирати молодим трохи сумно, тому що не було достатньо часу багато чого навчитися, любити. Ти мене розумієш? Але старість це природно. Ми маємо можливість спробувати побачити інший бік. Я думаю, ми знову там зустрінемось із людьми, речами, яких ми любимо.

Прощення за С. Гавейном. Ця техніка складається з двох частин: прощення себе і прощення інших (P. Shinebourne, J. A .Smith).

Етап 1. Прощення інших. Напишіть на аркуші паперу імена людей, які, на вашу думку, завдали вам болю, несправедливо обійшлися з вами або поводилися несправедливо. Або (і) напишіть імена людей, на яких ви досі відчуваєте (або відчували в минулому) образу, гнів чи інші негативні почуття. Поруч з іменем кожної людини напишіть, як ця людина поводилася з вами. І чому ви злі на неї. Потім закрийте очі, розслабтеся і уявіть кожну людину. Поговоріть з ними і поясніть, що в минулому ви відчували злість і образу на них, але тепер ви збираєтеся зробити все, що в ваших силах, щоб пробачити їх усіх. Дайте їм своє благословення і скажіть: Я прощаю вас і відпускаю. Ідіть своєю дорогою і будьте щасливі. Коли цей процес закінчиться, напишіть на аркуші паперу: Я прощаю і відпускаю вас і викиньте або спаліть папір як символ вашого звільнення від минулого досвіду. 2. Простіть і відпустіть себе. Запишіть, що ви зробили кожному з них. Потім знову закрийте очі, розслабтеся і уявіть кожного з цих людей по черзі. Скажіть цій людині, що ви зробили, і попросіть їх пробачити вас за це і дати вам своє благословення. Потім уявіть, як ці люди прощають вас. Коли закінчите, напишіть внизу або вгорі аркуша: Я прощаю себе і знімаю з себе всю провину, тут і зараз і назавжди. Потім порвіть папір і викиньте його (або знову спаліть).

Етап 2: Зцілення.

На цьому етапі тренінгу слід використовувати концепції фіксованих ідей та ресурсних станів. У цьому випадку, знімаючи стереотипи, пов'язані з втратою і горем, і знаходячи нові ресурсні стани, клієнти можуть швидше і з меншими втратами завершити «роботу з горем». Сам факт, що горе регулюється по-різному в різних культурах, свідчить про те, що цей стан є динамічним, а не статичним. Родичі померлого можуть запитати: «Чому не розкидали гілки ялинки, коли виносили труну?» і «Чому ви зняли чорну хустку на 40 днів за своїм чоловіком?». Вони часто стикаються з критикою з боку оточуючих, наприклад. З іншого боку, зовнішнє вираження скорботи - це не що інше, як траурна традиція, яка сильно відрізняється в різних країнах. У Китаї, наприклад, траур за батьками триває три роки. Протягом перших трьох днів не можна зачісуватися, спати чи їсти. Всі сидять на підлозі біля труни, палять пахощі, годують і вкладають спати ганчіркових ляльок, які символізують померлого; протягом трьох років не можна одягатися, святкувати свята і спати на циновках, хоча в сучасному Китаї цих традицій практично не дотримуються. В ісламі жалобу носять лише жінки. Траур за чоловіком триває близько чотирьох місяців, а за рештою - не довше трьох днів.

Тепер повернемося до так званих стереотипів. Стереотип - це застигла ідея, яка відірвана від відповідного контексту і використовується без будь-якої перевірки. Це думка, яка вважається вічною істиною і ніколи не може бути змінена. Традиція жалоби - це саме традиція стереотипів.

Ф. Фанч створив типологію фіксованих ідей, виділивши фіксовані припущення (інформація, яку людина вважає істинною, не замислюючись над тим, чому це так), фіксовані потреби (внутрішні переконання в тому, що якщо людина не буде дотримуватися певних правил, вона буде відповідним чином покарана), фіксовані моделі поведінки (моделі ролей, поведінки та стосунків, яких людина автоматично дотримується, не замислюючись над їхньою істинністю чи хибністю), фіксовані переконання (базові уявлення про світ і про себе, за якими вона живе, не замислюючись над їх існуванням) ролей, поведінки та моделей стосунків), фіксовані переконання (базові уявлення про цей світ і про себе в цьому світі, згідно з якими людина живе, не замислюючись про їх існування). Траур - це комплекс вищезгаданих фіксованих переконань. Розглянемо приклад. У дорослої доньки помер батько. Дочка боїться критики з боку сусідів і друзів, якщо її не послухатися; 1) роздавати «карти пам'яті» протягом 40 днів, не грати протягом року після смерті батька, залишити все в кімнаті батька так, як було до його смерті (відсутність усвідомлення смерті батька, фіксоване бажання його повернення, що свідчить про заклинання, яке нагадує поведінкові патерни); 2) прожити гарне життя, щоб зустрітися з батьком у потойбічному світі (фіксовані уявлення).

Найефективніший спосіб усвідомити фіксовану ідею - запитати «Чому?» і «Звідки ти це знаєш?» багаторазово ставити питання «Звідки ти це знаєш?». Спочатку людина дасть дуже логічну відповідь, але за допомогою уточнення, яке ставить питання швидко, не даючи часу на роздуми, усвідомлюється нелогічність стереотипу. Робота над стереотипом вважається завершеною, коли його нелогічність не тільки усвідомлюється, але й стає гнучким принципом, який можна прийняти або відкинути.

Вправа «Робота з відчуттям втрати» (R. S. Silva, S. Caldeira)

1. Спочатку потрібно з'ясувати, що людина уявляє, думаючи про втрату, які образи виникають у неї. Багато людей згадують померлого або можуть подумки бачити його могилу. При цьому зазвичай згадуються хороші моменти, пов'язані з цією людиною, як недоступні тепер ресурси. Коли ви думаєте про те, кого ви втратили, проаналізуйте, які образи у вас виникають, як ви уявляєте собі цю людину, де в просторі цей образ знаходиться, його яскравість, чіткість, об'ємність, розміри, кольори, чи є там рух і звуки.

2. Тепер подумайте про людину, яка вже пішла з вашого життя, але при думці про яку ви відчуваєте себе добре. Ви відчуваєте її присутність, але не порожнечу. Так само як і в першому випадку, проаналізуйте цю картинку, розклавши її на субмодальності: її розташування, кольори, розміри, яскравість, звуки, рух. Подумайте, чим цей образ відрізняється від першого. Виявіть субмодальні відмінності. Наприклад, в першому образі немає руху і звуків, він

нечіткий, сірі кольори, а в другому образі є голоси людей, руху, дотику, яскраві приємні кольори, реальні розміри тощо.

3. Тепер змініть субмодальності першої картинки на субмодальності другої, виходячи з тих відмінностей, які ви виявили. Тобто образ втраченої людини буде тепер розташований там же, де і друга картинка, мати ті ж кольори, звуки, рухи, розміри, об'ємність, відчуття.

4. Думаючи про приємні моменти спілкування з цією людиною, постарайтеся зрозуміти, що важливого, цінного було в ваших з нею стосунках. Що ви отримували для себе від цих відносин. Наприклад, одні люди цінують почуття надійності, захищеності, інтимну сторону відносин, інші говорять про якості взаєморозуміння, довіри, творчості, почуття гумору тощо.

5. Коли ви визначите, що створювало цінність ваших відносин, помістіть це на окремій картині в іншому місці. Ця картина може бути більш абстрактною, зображення можуть бути більш символічними, але вона збереже суть тих особливих переживань, які ви відчувати, спілкуючись з цією людиною. Відчуйте присутність у вашому житті всіх цих цінностей, як якщо б це відбувалося з вами зараз.

6. Тепер на картині, яку ви ставите в нове місце, уявіть те, що з цих цінностей ви могли б перенести в майбутнє. Яким чином ті ж самі цінності можуть бути задоволені спілкуванням з іншими людьми і якого роду заняття можуть приносити вам ці гарні почуття? Можливо, що картина буде невиразною і нечіткою, адже ви не знаєте, кого ви зустрінете в майбутньому, але на цій картині ви помітите ті ж самі значущі для вас образи. Уявлення про те, яким чином ви можете відчути ті ж самі цінності з іншою людиною, направить вашу увагу на пошук нових відносин і занять.

7. Ці нові відносини і заняття можна уявити як якийсь фільм про себе на рівні образів, звуків, відчуттів. Переконайтеся в тому, що ці нові відносини і заняття не приносять шкоди вам і оточуючим. Це означає, що ви не вибрали для себе, наприклад, шкідливі речовини, такі як алкоголь або наркотики, або ризиковані види поведінки, такі як азартні ігри, швидка їзда на автомобілі тощо.

8. Тепер візьміть цю картину і розмножте її, як якщо б це була колода карт. При цьому кожен раз кожну карту повертайте трохи інакше, але зберігши при цьому всі ті ж приємні образи.

9. Коли ви отримаєте безліч картин, уявіть, що ви кидаєте їх у майбутнє. При цьому вони розсіюються всюди в майбутньому, одні ближче, інші далі. Щоб ви могли відчути ті цінні речі, які будете отримувати від них в майбутньому.

Вправа «Зміна способу життя» (J. Zhou, S. Xu, Z. Cao)

Дайте відповідь на наведені нижче питання:

1. Що означає для мене моє життя зараз?
2. Що вона могло б означати?
3. Що моє життя означає для інших зараз?
4. Що вона могла б означати для інших?

5. Що є для мене дійсно важливим? (Вкажіть п'ять речей, явищ, Які ви цінуєте найбільше в житті)

6. Які пріоритети моїх цінностей? (Розставте їх в порядку важливості або значимості)

7. Наскільки мій нинішній спосіб життя відображає ті цінності, які для мене важливі?

8. Які три дії я можу зробити, щоб змінити своє життя на краще?

9. Що ще я для цього зроблю?

10. Які зобов'язання надають моєму життю сенс?

11. Які переживання надають моєму життю сенс?

12. Які досягнення надають моєму життю сенс?

13. Що змушує моє серце співати?

14. Що служить для мене постійним джерелом радості?

15. Що дозволяє мені відчути себе по-справжньому щасливим?

16. Що просто приносить мені регулярне задоволення?

17. Наскільки зараз мій спосіб життя вміщує і включає:

*) те, що надає моєму життю сенс?

*) те, що змушує моє серце співати?

*) те, що служить для мене джерелом радості?

*) те, що дозволяє мені відчути себе по-справжньому щасливим?

*) те, що регулярно приносить мені задоволення?

18. Які три дії я можу зробити, щоб в моєму житті стало більше:

*) того, що надає моєму життю сенс?

*) того, що змушує моє серце співати?

*) того, що робить мене по-справжньому щасливим?

*) того, що служить для мене постійним джерелом радості?

*) того, що регулярно приносить мені задоволення?

Одним із найпопулярніших нині тренінгів роботи із горем є такий, що базується на терапевтичній програмі *NEST* («Новий досвід для тих, хто пережив травму»). NEST – це психотерапевтична програма для дорослих, що мають досвід різного роду травматичних переживань, включаючи насильство (фізичне, словесне, психологічне, сексуальне), втрати, занедбаність (відсутність відповіді на потреби), втрату вагітності (викидень, мертвонароджена дитина, аборт). Метою психотерапії NEST є допомога в подоланні психологічних і інтерперсональних конфліктів, що виникли в результаті набутого травматичного досвіду, а також створення умов, в яких травмовані особистості могли б набути базисні життєві навички і вчитися більш адаптивним способам подолання стресових ситуацій.

Терапевтичний процес охоплює вісім етапів[1]:

1. Отримання згоди після того, як надано інформацію про терапію; прийняття зобов'язань дотримуватися основних правил процесу як фундаменту для терапевтичної роботи.

2. Робота з травматичним досвідом.

[1] http://www.nest-terapia.eu/

3. Звернення до екзистенційних проблем, таких як провина, страх, смерть, а також зміцнення почуття власної цінності.

4. Зустріч з автентичним Я і зі своїми можливостями через розпізнання і відкидання соціальних масок, а також оплакування втрати особистості – якою б людина могла стати якби не травма і втрати, які перешкоджали особистісному розвитку.

5. Робота з наслідками значущих втрат, серед них також втрата вагітності.

6. Процес прощення і примирення.

7. Навчання базисним життєвим навичкам, таким як планування або прийняття рішень, а також ведення переговорів.

8. Закінчення терапії. Перегляд всього процесу і зміцнення отриманих змін.

Наведемо стислий опис занять подібних тренінгів.

Заняття 1. Знайомство, обговорення і прийняття правил роботи, конкретизація очікувань від тренінгу. Інформаційний блок: Поняття про емоційну травму. ПТСР: причини, симптоми, наслідки та способи подолання. Практичний блок: визначення симптомів ПТСР в учасників.

Заняття 2. Інформаційний блок: Процес переживання утрати (стадії горя). Психологічні захисти та екологічні способи взаємодії з ними. Практичний блок: Робота з травматичним досвідом.

Заняття 3. Інформаційний блок: Розуміння подій минулого та їх зв'язку із теперішніми труднощами учасників тренінгу. Практичний блок: Усвідомлення наслідків травм і втрат, напрацювання навичок, що допомагають впоратися з ними.

Заняття 4. Інформаційний блок: Екзистенційні проблеми: провина, страх, смерть, укріплення відчуття власної цінності. Практичний блок: Усвідомлення внутрішніх конфліктів і вибору.

Заняття 5. Інформаційний блок: Процес прощення та примирення. Зустріч з автентичним собою та зі своїми можливостями. Практичний блок: Розпізнавання та відкидання соціальних масок, а також оплакування втрати особистості, якою міг би стати, якби не травма та втрати, що завадили в особистісному розвитку.

Заняття 6. Інформаційний блок: Пошук внутрішніх та зовнішніх ресурсів для набуття контролю над власним життям. Практичний блок: Навчання адаптивним формам поведінки у відповідь на травму, таким як асертивність або при необхідності уникнення контактів;

Заняття 7. Навчання базисних життєвих навичок, таких як планування або прийняття рішень, а також ведення переговорів.

Заняття 8. Завершальна зустріч. Перегляд всього процесу та зміцнення отриманих змін. Отримання учасниками та психологом зворотного зв'язку за результатами роботи тренінгу.

МЕТОДИКА «МАЛЮВАННЯ ГОРЯ» (R. Hodder)

Опис методики. Експресивна терапія – це психотерапія, яка включає творчу діяльність, таку як мистецтво, танці, рух, музика, драма та гра, спрямовані та те, щоб полегшити процес горювання. Зазвичай методики в даній галузі базуються на досвіді, а у контексті горя включення малювання до процесу психологічної допомоги може бути ефективним способом для клієнтів дослідити свої думки та почуття щодо своєї втрати. Малюнки клієнтів у терапії забезпечують шлях, за допомогою якого клієнти можуть «розповісти історію» своєї втрати та горя, а також полегшити емоційну обробку, сприяти самоспостереженню, самопізнанню і отримати можливість «виразити невимовне».

Даною методикою клієнтам пропонується намалювати своє горе. Ідея полягає в тому, щоб клієнти завершили цей малюнок і потім поміркували над ним, вербалізувавши почуття та думки, щодо втрати, а також зрозуміли перспективи власного відновлення.

Поради.

Слід наголошувати, що ця вправа не вимагає якихось особливих здібностей чи талантів у творчості чи малюванні. Ідея полягає не в тому, щоб створити ідеальний витвір мистецтва, а в тому, щоб сформувати шлях, за допомогою якого вони зможуть дослідити своє горе. Таким чином, твір мистецтва може бути безладним і недосконалим – і це нормально.

Клієнтам слід надати низку матеріалів для малювання, щоб знайти засіб, який їм буде зручним. Наприклад, додайте розлінований і нелінований папір, олівці та гумки, кольорові фломастери, акварельні фарби тощо. Чим більше варіантів буде у клієнтів, тим імовірніше, що вони знайдуть відповідний спосіб вираження свого горя.

Психолог не повинен займати позицію експерта, коли справа доходить до аналізу малюнків клієнтів. Ідея полягає в тому, щоб почути від клієнтів те, як вони інтерпретують малюнок. При цьому можна використовувати підказки та запитання на зразок «Ця частина вашого малюнка цікава. Чи можете ви мені про неї розповісти? Мене цікавлять кольори, які ви використали; розкажіть мені про це. Що ви думаєте про цю частину вашого малюнка? Ви згадали про гнів/печаль/самотність тощо. Кілька разів, поки ми спілкувалися про ваш малюнок, допоможіть мені зрозуміти це більше».

Уникайте надмірних пояснень вправи, натомість робіть свої інструкції та вказівки короткими.

Під час цієї вправи ваші клієнти, ймовірно, матимуть сильні емоції. Якщо ви помітили, що ваших клієнтів переповнюють емоції, зупиніть вправу на мить і зробіть кілька глибоких вдихів разом, поки вони не заспокояться. Дайте своїм клієнтам можливість продовжувати малювати свої малюнки або зупинитися, незалежно від того, чи закінчили вони чи ні.

Психологи можуть рекомендувати клієнтам продовжувати малювати, щоб досліджувати та висловлювати своє горе поза сеансом, завівши особистий «мистецький щоденник».

Хід виконання.

Крок 1. Інструкція. У цій вправі ви спробуєте намалювати своє горе. Ви можете малювати все, що завгодно, що вам сьогодні подобається. Ваш малюнок може бути у формі автопортрета, зображення місця, де ви думаєте, що ви зараз перебуваєте, зображення себе у зв'язку з втратою, як змінилися ваші стосунки після втрати або ваші думки і почуття щодо вашої втрати. Крім того, ваш малюнок може мати форму чогось зовсім іншого. Для цього ви можете використовувати будь-який із наведених тут матеріалів.

Крок 2. Почніть малювати. Подумайте, що б вам хотілося намалювати. Коли ви будете готові, можете починати. У вас є півгодини, щоб попрацювати над своїм малюнком, але якщо ви закінчите раніше, це цілком нормально.

Крок 3. Поміркуйте над своїм малюнком. Коли закінчите, знайдіть хвилинку, щоб подумати над наступним:

- Як вам було виконувати цю вправу?
- З яких елементів складається ваш малюнок? Що ці різні елементи означають для вас?
- Які почуття та емоції виникли у вас під час малювання?
- Як ви зараз почуваєтесь?
- Як ви думаєте, що ваш малюнок говорить про вас і про те, що може бути намальовано на ньому через тиждень, а через рік?

МЕТОДИКА «ОБ'ЄКТИ ЗВ'ЯЗКУ» (S. Brinkmann)

Опис методики. Об'єкти зв'язку забезпечують людей, які переживають горе та втрату потужним постійним зв'язком з кимось (чи чимось), кого вони втратили. Об'єкти зв'язку дуже унікальні для того, хто горює, і для обставин втрати. Вони включають предмети одягу, фотографії, особисті речі померлої людини (наприклад, дитячий малюнок, пасмо волосся), форми спілкування (наприклад, листи, текстові повідомлення, голосова пошта), подарунки від померлої людини горем та інші пам'ятні речі. Людина, яка переживає горе, часто носить предмети зв'язку (наприклад, у кишені чи гаманці) або розміщує їх у певному місці вдома (наприклад, на полиці, холодильнику, у шухляді чи домашньому святилищі/коробці).

У літературі розрізняють два типи об'єктів зв'язку: символічні об'єкти та власне об'єкти зв'язку. Символічні об'єкти нагадують щось про втрачену людину чи ситуацію, наприклад, фотографія медового місяця, що символізує час, коли молодята були надзвичайно щасливі. Об'єкти зв'язку – це предмети, які викликають відчуття втраченої людини (або ситуації) у горюючого, наприклад, дружина вдихає аромат футболки свого померлого чоловіка, батьки, які граються з іграшками померлої дитини тощо.

Об'єкти зв'язку зазвичай виконують позитивну, адаптивну функцію в процесі горя; однак у деяких випадках вони можуть бути дезадаптивними, заважаючи людині пережити своє горе. Ця вправа має на меті визначити об'єкти зв'язку клієнтів і зрозуміти їхнє значення та функцію (адаптивну/дезадаптивну) у процесі горювання.

Поради.

Об’єкти зв’язку часто є найціннішими на початку процесу горювання, оскільки вони задовольняють потребу клієнта підтримувати постійні зв’язки з померлим. З часом матеріальні об’єкти поступаються місцем абстрактним засобам на кшталт позитивним спогадам і мріям.

Об'єкти зв'язку зазвичай виконують позитивну функцію в процесі горя; однак у деяких випадках можуть виникнути труднощі, особливо якщо вони призводять до уникнення реальності втрати. На останньому етапі цієї вправи слід зосередитися на допомозі клієнтам розпізнати функціональність їхніх об’єктів зв’язку в процесі горя, щоб визначити та зменшити їх дезадаптивне використання та покращити використання адаптивне.

Майте на увазі, що клієнти можуть не хотіти говорити про об'єкт зв'язку через страх, що це буде сприйнято як ознаку «ненормальності» чи «божевільності». Тому дайте клієнтам час і простір для роздумів і опису будь-яких об’єктів зв’язку, які вони мають. Якщо жодні об’єкти зв’язків не згадуються на кроці 1, коли ця вправа вперше виконується, психологи можуть подумати про виконання цієї вправи пізніше, коли відносини клієнт-психолог розвиватимуться й зміцнюватимуться.

Психологи повинні підтверджувати значущість об’єктів зв’язку для клієнтів, демонструючи щире розуміння їхньої цінності та навіть запрошуючи клієнта принести об’єкт на сеанс, щоб показати його особисто психологу. Психологи можуть сказати щось на зразок: «Ваш об’єкт зв’язку говорить вам щось важливе про вашу втрату. Як би ви ставилися до того, щоб взяти цей предмет із собою на наступне заняття?»

Хід виконання.

Крок 1. Визначте об’єкт(и) зв’язку. Люди, які сумують через втрату близької людини (або відносини чи ситуацію), часто зберігають особливі предмети, які вони асоціюють із цією втратою. Вони можуть хотіти тримати ці предмети поруч із собою, оскільки вони допомагають їм відчути «зв’язок» із тим, кого або що вони втратили. Ці предмети, речі відомі як об'єкти зв'язку. Об’єктом зв’язку може бути все, що пов’язує людей із їхньою втратою. Загальні приклади об’єктів зв’язку включають фотографії, предмети одягу, особисті речі померлої людини/домашньої тварини (наприклад, зубна щітка, пасмо волосся, собачий нашийник), електронні/текстові повідомлення, листи, голосову пошту, домашні відеозаписи, свідоцтво про шлюб/народження, повідомлення про смерть та багато іншого. Чи є у вас щось, що пов'язує вас з ким або чим, що ви втратили? Якщо так, опишіть цей об’єкт нижче. Якщо у вас є кілька об’єктів підключення, перелічіть їх усі тут.

Крок 2. Значення вашого об’єкта(ів) зв’язку об’єкт(и), який(і) ви перерахували на попередньому кроці, говорить щось важливе про вашу втрату. Що для вас означає цей предмет, ця річ? Дослідіть свою відповідь на це запитання, використовуючи наступні підказки.

- Як цей предмет пов’язує вас із ким або чим ви втратили?
- Що для вас являє собою цей предмет?
- Які почуття у вас викликає предмет?

- Що ви відчуваєте, коли ви використовуєте або бачите цей предмет?

Крок 3. Використання об'єкта зв'язку. Розширюючи попередній крок, де ви досліджували, що для вас означає ваш об'єкт зв'язку, будь ласка, дайте відповідь на наступні запитання, лише якщо ви вважаєте, що використання цього об'єкта допомагає вам пережити своє горе. Якщо ви відчуваєте, що ваш об'єкт може стримувати вас або викликати сильні негативні почуття, зупиніть виконання цієї вправи на цьому етапі.

- Як, на вашу думку, цей предмет допомагає (або допоможе) вам пережити ваше горе?
- Який спосіб його використання є для вас хорошим? Наприклад, ви можете носити його з собою в кишені чи сумочці, покласти десь у себе вдома, щоб ви могли бачити його щодня. Ви можете поділитися ним з іншими або залишити при собі?

Важливо зазначити, що прихильність, яку ми відчуваємо до наших об'єктів зв'язку, може змінюватися з часом. Коли ми починаємо спрямовувати свою енергію на відновлення свого життя після втрати близької людини, потреба у використанні конкретних нагадувань може почати зникати. Часто ми стаємо менш залежними від фізичних речей, щоб відчути зв'язок із людиною чи ситуацією, яку втратили, і знаходимо цей комфорт і зв'язок у більш абстрактних способах, таких як спогади та мрії.

МЕТОДИКА «РЕЦЕПТ ДЛЯ ГОРЯ»

(A. Rastogi, S. K. Kar, S. Singh)

Опис методики. Незважаючи на те, що втрата коханої людини є природною життєвою подією, яка переживається всіма людьми, вона також є одним із найважчих переживань у житті людини. Для багатьох людей втрата близької людини супроводжується інтенсивним емоційним і руйнівним періодом. Переживання смерті рідного викликає великий стрес як через втрату, так і через зіткнення зі смертним життям. Численні стресори також виникають, коли людина, що втратила близького, відвідує різні заходи та служби, які зазвичай не входять до порядку повсякденного життя, зокрема поминальні служби в церкві. Багато людей, які пережили втрату, знаходять шлях, який веде до відновлення відносно нормального життя. Проте деякі люди не справляються ефективно з втратою. Вони дуже емоційно переживають горе, часто, заперечують факт втрати, намагаючись уникнути нагадувань про смерть і безпорадно зосереджуючись на настирливих хвилях болісних емоцій.

Вправа «Рецепт для горя» призначена для того, щоб направляти та стримувати переживання горя людини, яка втратила рідного чи друга, одночасно сприяючи емоційному катарсису Подібно до того, як хтось отримує рецепт на ліки, горюючим клієнтам дають рецепт, щоб оплакувати втрату. Цей припис містить відомості про рекомендовану тривалість регулярного або щотижневого сумування, місце, де відбуватиметься їхня робота з горем, і підходи до виконання цієї роботи з горем. Таким чином, рецепт надає клієнтам, які переживають горе, структуровану, обмежену в часі рамку, щоб

висловити своє горе, підтримуючи та, певним чином, надаючи їм дозвіл висловити свої думки та почуття втрати.

Поради

Клієнти повинні використовувати таймер, щоб сигналізувати, коли час їхнього горя закінчився (наприклад, кухонний таймер, телефонний будильник). Це не тільки звільняє клієнта від можливості повністю зосередитися на поставленому завданні, але й дотримується обмеження часу, що важливо, оскільки попередні дослідження показали, що 30 хвилин зазвичай недостатньо, тоді як присвячувати горю понад годину вже шкідливо.

Якщо ваші клієнти хочуть висловити свою скорботу за допомогою малюнків, ви можете скерувати їх до методики «Малювання горя», але також використовуючи таймер.

Вибираючи обстановку (Крок 2), клієнти повинні вибрати місце, яке дає їм відчуття зв'язку з їхньою втратою та не відволікає увагу. Тому громадські місця або місця, незнайомі клієнту, не є ідеальними для горювання.

Заохочуйте своїх клієнтів «звертати увагу» на будь-які думки та почуття щодо їхньої втрати поза встановленим часовим проміжком. «Примітка» — це техніка усвідомленості, за якої людина визнає думку чи почуття (просто відзначаючи «думку» чи «відчуття»), не слідуючи чи не залучаючись до них. Клієнти можуть сказати собі «думка про горе» або «відчуття горя», а потім знову зосередитися на тому, що вони роблять у цей момент. Так зване «зловити себе на думці»

Цей інструмент буде особливо корисним для тих клієнтів, які перебувають у горі та вважають, що їхнє горе є непереборним, непередбачуваним і заважає їхній щоденній діяльності.

Хід виконання

Сумувати так само природно, як плакати, коли вам боляче, спати, коли ви втомилися, їсти, коли ви голодні, або чхати, коли у вас свербить ніс. Це природний спосіб зцілення розбитого серця.

Горе – це природна емоційна реакція на втрату когось (чи чогось), кого ми любимо. Горе часто включає сильний смуток, а іноді почуття шоку, заціпеніння або навіть гніву. Горе впливає на кожного по-різному. Це може бути емоційно виснажливим і нав'язливим, через що стає важко робити прості речі або навіть виходити з дому. У цій вправі ви створите «Рецепт для горя» подібно до того, як ви отримаєте рецепт на ліки, ідея полягає в тому, щоб призначити собі час і місце, щоб оплакувати свою втрату. У вашому сценарії буде детально описано, коли, де та як ви переживете своє горе, щоб створити певну структуру вашої мандрівки горем.

Приклад оформленого рецепта наведено в Додатку А.

Крок 1. Виберіть діяльність. Виберіть, як ви будете виконувати свою роботу з горем. Ви можете висловити своє горе декількома способами, наприклад, ведення щоденника, малювання або створення спогадів. Ідея полягає в тому, щоб заглибитися у свій досвід горя, дозволивши собі повністю відчути будь-які думки та почуття, пов'язані з людиною (чи ситуацією), яку ви

втратили. Див. Додаток С, щоб отримати інформацію про кілька різних видів скорботної діяльності. Вибравши вид діяльності, запишіть це у своєму сценарії (Додаток В). Зауважте, що вам, можливо, хотілося б виконувати різні види горя в різні дні. Ви не «прив'язані» до діяльності, яку записуєте у своєму сценарії. Будь ласка, оберіть те, що вам подобається в цей день.

Крок 2. Виберіть час. Виберіть час дня, коли ви будете виконувати свою роботу з горем. Важливо вибрати час, щоб протягом 45 хвилин повністю зосередитися на оплакуванні вашої втрати. У цей проміжок часу вас не будуть турбувати інші люди чи тварини. Вибираючи час, подумайте про час дня, коли ви зазвичай помічаєте, що ваше горе є досить сильним, оскільки це буде відповідний проміжок часу для вибору (за умови, що вас у цей час, як правило, не турбують). Запишіть час, який ви обрали у своєму сценарії (Додаток В).

Крок 3. Виберіть обстановку. Тепер створіть сцену для своєї роботи з горем. Знайдіть хвилинку, щоб подумати, де ви б ідеально хотіли виконати цю вправу. Місце, яке ви вибрали, має бути місцем, де ви відчуваєте себе дуже комфортно, безпечно та безтурботно, як удома. Це може бути місце, яке з'єднує вас із коханою людиною, наприклад його/її спальня, місце, яке пропонує вам відчуття спокою та споглядання (наприклад, сад, веранда), або місце, яке вам знайоме та комфортне (наприклад, ваша спальня). Ви також можете взяти з собою будь-які предмети, які допоможуть вам відчути зв'язок зі своєю втратою, як-от одяг, фотографії чи музику, яка вам подобається. Запишіть місце, яке ви обрали у своєму сценарії (Додаток В).

Крок 4: Підпишіть свій рецепт. Останнім кроком є підпис на рецепті. Вважайте свій підпис своїм зобов'язанням виконати цю вправу. Думка витрачати 45 хвилин щодня на те, щоб відчувати та переживати важкі думки та почуття, пов'язані з вашим горем, може бути дещо приголомшливою, і це нормально. Однак потіштеся тим фактом, що протягом інших 23 годин і 15 хвилин вашого дня ваше горе, певним чином, вимкнено. Ви можете займатися своїм повсякденним життям, відзначаючи будь-які думки чи почуття, пов'язані з вашою втратою. Ви також можете будь-коли припинити вправу, зробити перерву та повторити спробу наступного дня.

Додаток А. Форма рецепту (зразок)

Шлях до себе	
Для	Лукомська Світлана
Дата	20.02.24
Діяльність	Ведення щоденника кожного дня по 45 хвилин
Коли	о 18.00
Де (місце)	В спальні
Ваш підпис	

Додаток В. Рецепт для вас

Шлях до себе	
Для	
Дата	
Діяльність	
Коли	
Де (місце)	
Ваш підпис	

Додаток С. Рекомендовані види діяльності для роботи з горем

Ведення щоденника — це спосіб для вас виплеснути будь-яку внутрішню напругу перед «другом», який повністю приймає і не засуджує вас. Ваш щоденник не відповідає вам, не перебиває вас і не пропонує «рішень»; швидше, він тихо слухає і дозволяє вам висловити свої найпотаємніші думки та почуття. Якщо ви вирішите вести щоденник як частину своєї роботи з горем, знайдіть чистий блокнот і почніть вільно писати про все, що стосується вашого горя. Ви можете почати з написання про людину (чи ситуацію), яку ви втратили, чого вам не вистачає в ній, як виглядає ваше життя без неї, як ви справляєтеся (або не справляєтеся) і чи почуваєтеся ви злими, самотніми чи втрачено. Крім того, ви можете написати людині, яку ви втратили (наприклад, «Чого мені найбільше не вистачає в тобі та наших стосунках…»). Пишіть про те, що вам здається правильним або важливим у даний момент. Те, про що ви пишете сьогодні, може повністю відрізнятися від того, що ви напишете завтра. Дозвольте своєму листу приймати будь-який тон, який вам підходить на даний момент. Пам'ятайте, що цей щоденник лише для вас. Ніхто більше не читатиме його, тому дозвольте собі писати вільно та чесно.

Альбом спогадів. Створіть альбом для записів, щоб описати життя, яке ви розділили з людиною (чи ситуацією), яку ви втратили. Цей альбом для записів — це спосіб закріпити та запам'ятати цей важливий розділ вашого життя. Почніть із сортування старих фотоальбомів, вирізок з новин або сувенірів з подорожей. Ваш альбом для записок може містити історії, розказані старими друзями чи членами сім'ї, малюнки вашого коханого та фотографії його/її чи вас обох щасливих разом

Діалог із покійним. Ця вправа передбачає сісти обличчям до порожнього стільця й уявити собі кохану людину, яка сидить там у звичній позі, типовому одязі тощо. (Якщо вам важко створити чітке уявлення про кохану людину, покладіть його/її фотографію на стілець). Потім поділіться вголос усім, що спадає вам на думку, тим, що ви хотіли б сказати своїй коханій людині. Якщо вам важко починати, спробуйте будь-яку з наведених нижче підказок: *«Найбільше я сумую за тобою... Я ніколи не міг з тобою попрощатися... Я все ще відчуваю злість на тебе, тому що... Я сумую за тим, як ти... Я хотів би... Я цінував те, як ти... Відколи тебе не стало, я відчував...».*

Малювання. Намалюйте своє горе. Ви можете малювати все, що завгодно, що вам сьогодні подобається. Ваш малюнок може бути у формі автопортрета, який показує, де ви зараз знаходитеся, або портрета людини, яку ви втратили, зображення, яке показує, як ви бачите себе у зв'язку зі своєю втратою, або ваші стосунки змінилися після втрати. Ваш малюнок також може мати форму чогось зовсім іншого. Ви можете використовувати будь-які матеріали, які вам подобаються, щоб завершити свій малюнок. Щоб дізнатися більше про те, як намалювати своє горе, ознайомтеся з методикою «Малювання горя».

3.3 ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА В ПАЛІАТИВНІЙ ДОПОМОЗІ

ВИКОРИСТАННЯ МЕТАФОР В РОЗМОВАХ ПРО ВАЖКУ ХВОРОБУ І СМЕРТЬ (G. M. Reisfield, G. R.Wilson)

Часто здається, що чутливі теми, такі як смерть чи невиліковна хвороба, краще обговорювати за допомогою метафор, оскільки вони індивідуальні та можуть акцентувати на особистісно значущих переживаннях, які часто відрізняються від визначених у науковій літературі. Вважається, що використання метафор має важливе значення для формування спільної мови, а отже й розуміння між пацієнтом і медичним працівником, якщо той не забороняє, а то й підтримує метафоричні висловлювання. Маскувати правду за метафорами на перший погляд, простіше, однак в їх використанні є й певний ризик. Як зазначають дослідники, метафора, яка може принести розраду одній людині, може викликати жах у іншої.

Стосовно онкологічних хвороб використовуються дві найпоширеніші метафори «боротьба» і «подорож», остання в Україні менш поширена ніж, наприклад, у США.

Метафора «подорожі» включає такі слова як «дорога», «поворот» та «ціль», тоді як метафора «боротьби» - «битва», «здаватися», «війна», останнє в контексті російсько-української війни щодо опису раку зустрічається значно рідше, хоча іноді ми можемо чути слова «у кожного своя війна».

Припускається, що страх, викликаний зображенням раку як ворога, спонукатиме людей «боротися» з раком та сприятиме формуванню так званої корисної поведінки. Однак, оскільки метафори формують і структурують мислення, цілком можливо, що метафоричне визначення раку як ворога ненавмисним чином впливає на розуміння хвороби людьми. Наприклад, уявлення про рак як про ворога може дати пацієнтам перевагу надто агресивним варіантам лікування (оскільки людина діє агресивно по відношенню до ворогів; C. A. Aktipis, K. Johnson, E. Dong, 2010) і може зашкодити прийняти обґрунтоване рішення припинити (навіть на деякий час) лікування, яке вже більше ніж сам рак шкодить людині.

Метафора боротьби підкреслює владу, силу, мужність і агресивні дії щодо ворога (G. M. Reisfield, G. R.Wilson, 2004). Таким чином, схвалюється поведінка, яка передбачає активність (з цим пов'язана і розгубленість людини в ремісії, коли вона не знає, що має робити, забуваючи просто жити; це

зумовлює і бажання «підняти лейкоцити» дексаметазоном, замість того щоб дати організму час на відновлення). В метафорі боротьби будь-який відпочинок, пауза, жорстоко засуджуються.

Щодо метафори боротьби ми помічаємо ідеальну метафоричну відповідність: є ворог (рак), командир (лікар), комбатант (пацієнт), союзники (команда охорони здоров'я) і грізна зброя (хіміо та променева терапія). Медичне використання бойових метафор не обмежується лікарями та пацієнтами. Фармацевтичні компанії зазвичай використовують їх для маркетингу своїх хіміотерапевтичних засобів. Один виробник інгібіторів ароматази розробив веб-сайт з інформацією про пацієнтів, щоб допомогти жінкам «БИТИСЯ та ВІДБИВАТИСЯ у вашій боротьбі з прогресуючим раком молочної залози». У рекламі іншого інгібітора ароматази – цього, «щоденного противника раку грудей на ранніх стадіях» – зображено пацієнта з раком молочної залози в яскраво-рожевих боксерських рукавичках із торговою назвою препарату. Інший показує жінку з мечем, у цьому випадку візуальну метафору ліпосомального доксорубіцину, і проголошує, що він «бореться так само сильно, як і вона». Власне, одна із найбільш популярних пацієнтських спільнот має назву «Афіна. Жінки проти раку». Очевидно, що військова метафора боротьби резонує для багатьох пацієнтів та лікарів. Проте, як і всі метафори, вона має важливі обмеження. Атрибути, які дозволяють пацієнтам зрозуміти певні аспекти переживання раку в умовах боротьби, обов'язково мінімізують або приховують інші аспекти. Зокрема, насильницький, агресивний характер медичних втручань і, що важливо, взаємодії лікарів з пацієнтами! Тобто конфлікти, бійки, неповага, використання усіх можливих засобів для досягнення перемоги є складовими метафори боротьби, які особливо посилюються у нинішні часи російсько-української війни. Як зазначив пацієнт із раком прямої кишки: «Стандартне порівняння раку як війни, яку потрібно вести – «битви з раком» – було не дуже приємним. Я вже пережив справжню війну у В'єтнамі, і мені не хотілося повторювати щось схоже на це». Це свідчить про те, що перемога у війні (перемога над раком) – це лише питання достатньо наполегливої боротьби. Але для переважної більшості злоякісних пухлин це досить оманливо, бо якими б агресивними не були б втручання, лікування може призвести до невдачі і в даному випадку саме перехід до паліативної або хоспісної моделі допомоги імпліцитно представляє невдачу. Бажання продовжувати боротьбу, не програвати, бути мужніми може спонукати лікарів і пацієнтів розпочинати додаткові, обтяжливі рятівні терапії з невеликою або взагалі без очікуваної медичної користі. В культурі метафори боротьби, припинення лікування, відмова від терапії може призвести до того, що пацієнтів сильно турбують почуття провини та неадекватності. Залишок життя пацієнта часто ігнорується або відкладається, тому що всі ресурси мають бути спрямовані на військові дії. Ця інтенсивна зосередженість може служити перешкодою для альтернативного розуміння свого життя в контексті невиліковної хвороби.

Життя – це подорож. Ця метафора настільки універсальна, а її посилання настільки вкорінені в більшості когнітивних лексиконів, що її можна легко

застосувати до життя, яке радикально змінив рак. І це може бути особливо застосовано до раку в 21-му столітті, де хвороба значною мірою трансформувалася в хронічну, заплутану в життєвих наративах років та навіть десятиліть. Раптовість онкологічного діагнозу може змусити пацієнтів перевірити справжність своїх подорожей, змусити їх покинути автостраду життя, якою вони подорожували, часто на «автопілоті», часто на великій швидкості, часто майже не думаючи ні про що, крім прибуття до наступного пункту призначення. Образ автомагістралі, як правило, означає потрапити в якийсь майбутній стан, а не жити в сьогоденні. Альтернативні сторонні шляхи, викликані серйозною хворобою, можуть включати страждання та невпевненість, але вони можуть бути пом'якшені відкриттям нових джерел сенсу; джерела мужності, сили та рішучості; та можливості для особистісного зростання. Метафора подорожі охоплює надію, відкриття і зміни. Важливо, що подорож продовжується під час лікування раку та після нього. Дороги іноді можуть бути вибоїстими та погано освітленими, можна зустріти розвилки, перехрестя, блокпости, розвороти та об'їзди. Темп, маршрут і пункти призначення подорожі можуть змінюватися, іноді неодноразово. Дорога може бути не такою довгою, як хочеться сподіватися, і важливі пункти призначення можна оминути. Але метафора подорожі не допускає таких понять, як перемога та поразка. Навпаки, існують лише різні дороги, якими можна подорожувати, різні шляхи, які потрібно досліджувати, і завжди є виходи. Лікарі можуть бути надійними та обізнаними провідниками, які супроводжують пацієнта протягом усієї подорожі.

Тобто, з одного боку метафора боротьби символізує бажання жити, «продовжувати» життя, особливо в перші місяці після постановки діагнозу (. «Мені подобається бути живим, мені подобається бути тут, і я буду боротися, щоб залишитися якомога довше. Я знаю, що попереду у мене довгий шлях, але я також вірю в себе і свої сили»), а з іншого – заперечення смерті навіть після рецидиву раку («Це вже не мужня боротьба, а нав'язана необхідність, яка перетворюється на боротьбу із самим собою, зі своїм бажанням здатися, бо здатися – означає померти»). Однак є й інші онкохворі, які змінюють метафору боротьби на метафору подорожі: «На відміну від лікування, яке я терпіла, тому що не мала іншого вибору, припинення боротьби означає можливість вибору; тобто робити вибір всупереч зовнішнім впливам, припинити боротьбу бо для мене жити не означає виживати. Я знаю, що багато хто з вас засудять мене. Що багато хто з вас спробував би все, усі можливі методи лікування, аби виграти цю війну проти раку. Але я пас. Я втрачаю самостійність, тому що у мене постійно паморочиться голова, я в інвалідному візку для далеких поїздок, я просто сплю і поступово стаю тягарем для своєї сім'ї (навіть якщо мені всі кажуть, що це не так!). Мені час відпустити і дозволити життю йти своїм чередом».

Таким чином існують два основні наративи: домінуючий наратив боротьби як лікування, видимий і рожевий, а з іншого боку, маргінальний наратив подорожі паліативної допомоги, темніший і залишений у тіні. Відмова від лікування як боротьби із хворобою, призводить як до соціальної ізоляції

(«хіба так можна, борись!»), так і до ізоляції екзистенційної, яку кожен відчуває перед наближенням смерті (І. Ялом, 1980). Чим сильніше відчуття втрати влади над хворобою та своїм життям, тим більше бажання взяти паузу і озирнутися навколо. Добре, коли оточення не живе в метафорі боротьби, а доброзичливо і з повагою підтримують рішення онкохворого, тоді метафора подорожі виражається у відчутті, що «інші (родина, друзі) йдуть дорогою поруч з нами, а це сильно підтримує нас». Позбутися образу боротьби означає позбутися уявлення про дії «проти» хвороби, щоб задовольнити потребу «жити» з нею. Дійсно, наближення смерті може надати нового сенсу життю та часу, що залишився, якщо воно спонукає онкохворих більш автентично позиціонувати себе по відношенню до інших та світу.

СЕНС ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАНЕДБАНИМ РАКОМ. ТЕРАПІЯ СЕНСУ ЖИТТЯ (S. Kaasa, J. H. Loge, M. Aapro)

Онкологічне захворювання в паліативній стадії є величезним викликом для пацієнтів та їхніх сімей через те, що вони стикаються зі смертю, а також фізичними, психологічними та екзистенційними стражданнями. Терапія сенсу життя (MLT) – це коротке структуроване психоекзистенційне втручання, спрямоване на допомогу пацієнтам у процесі перегляду сенсу життя, сприяючи адаптації наприкінці життя.

Діагноз запущеної, невиліковної та прогресуючої ракової хвороби суттєво впливає як на пацієнтів, так і на їхні родини, часто викликаючи такі емоційні реакції, як смуток, тривога, депресія, почуття провини, гніву, невпевненості і страх. Емоційні та духовні страждання, пов'язані з пізньою стадією захворювання, негативно впливають на якість життя пацієнтів. Психологічний і духовний стрес часто відчувають невиліковно хворі пацієнти, у яких іноді виникають думки про смерть і безнадійність, а також члени сім'ї під час передбачуваного горя.

З емоційної точки зору, пацієнти повинні відчувати почуття безпеки, комфорту та причетності, щоб подолати виклики хвороби.

З психологічної точки зору – і мати можливість пристосуватися до хвороби та її викликів без суб'єктивних відчуттів втрати контролю, автономії та незалежності або почуттів гніву та страху, які можуть обмежити адаптацію та співпрацю з лікарями.

На соціальному рівні дуже важливо, щоб пацієнти відчували себе причетними до родини, прийнятими та визнаними у своїх ролях у сім'ї та суспільстві.

Нарешті, на духовному рівні важливо, щоб пацієнти знайшли сенс і мету життя, зміцнюючи свою ідентичність і цінності.

Недавнє дослідження, проведене в паліативній установі в Португалії (E. L. Caputo, F. F. Reichert, 2020), продемонструвало, що психологічна та духовна допомога є невідкладною для пацієнтів, підкреслюючи важливість цілісних медичних втручань.

Хоча смерть притаманна всім живим організмам, пацієнти та члени сім'ї демонструють труднощі спілкування, часто вдаючись до змови мовчання,

стратегії уникнення обговорення стану здоров'я пацієнта, прогнозу та кінцевості, побоюючись наслідків, які знання цієї інформації може мати. Відбувається так звана **змова мовчання**. Однак існування чіткого, відкритого та узгодженого спілкування, яке слугує для інформування пацієнта про їхній діагноз і прогноз, має важливе значення, дозволяючи пацієнту та членам його сім'ї заздалегідь планувати лікування наприкінці життя разом з лікарями. Така допомога базується на взаємодії між тріадою: пацієнтом, членами сім'ї та медичними працівниками.

Підвищена потреба в психоемоційній та біопсихосоціально-духовній допомозі відображається в пошуку емоційного полегшення у безпечному середовищі, яке сприяє відкритому спілкуванню про догляд за померлими, забезпечуючи проактивну відповідь, адаптовану до потреб пацієнта. Боротьба зі смертельною хворобою – це суб'єктивний і складний досвід, який включає процес прийняття або позитивного переосмислення. В іншому випадку може виникнути високий рівень емоційного страждання та розчарування через помилкове очікування покращення та одужання.

Родичі також стикаються з емоційними проблемами, пов'язаними з адаптацією до цієї нової реальності, погіршенням фізичного стану їхніх близьких і зіткненням з неминучою смертю. Догляд передбачає нові обов'язки та навички і є фізично та психологічно вимогливою роллю, особливо наприкінці життя, що може призвести до тягаря опікуна та передбачуваного горя. Це також можливість для особистісного зростання та відчуття досягнення, позитивно впливаючи на реакцію на втрату та процес горя.

Психосоціальні та екзистенціальні інтервенції характеризуються фокусуванням на психологічних, соціальних та екзистенціальних потребах невиліковно хворих пацієнтів та їхніх сімей, спрямованих на збереження гідності пацієнтів і допомогу їм знайти сенс у житті та стражданні. Нещодавні систематичні огляди та метааналізи підкреслили зв'язок психосоціальних та екзистенціальних страждаючих хронічними та прогресуючими захворюваннями, а також позитивний вплив психоекзистенціальних втручань на зменшення стресу, сприяння відчуттю сенсу та покращення якості життя пацієнтів та їх сімей. Декілька авторів (I.K. Park, H. J.Jun, 2015) захищають необхідність втручання, спрямованого на послаблення психосоціальних та екзистенціальних страждань і збереження гідності в кінці життя. За даними S. Kaasa, J.H. Loge, M. Aapro (2018), відсутність сенсу та мети життя серед хворих на рак пов'язана з наявністю високого рівня дистресу. Подібним чином J. Zhou, S. Xu, Z. Cao, J. Tang, (2020) підкреслюють важливість психоекзистенціальних втручань і терапії сенсу життя, оскільки вони здебільшого добре запроваджені, емпірично підтверджені та демонструють кращі результати серед пацієнтів і їхніх сімей щодо полегшення страждань, пошуку сенсу та сприяння гідності. Таким чином, життєво важливо, щоб психологічні втручання стосувалися духовних та екзистенціальних потреб і прагнули підтримувати пацієнтів через роздуми про життя та пошук сенсу життя, сприяючи кращому самопізнанню, збереженню їхньої ідентичності та гідності.

У паліативній допомозі деякі психотерапевтичні втручання є особливо ефективними для зменшення духовних і екзистенціальних страждань і зміцнення відчуття сенсу, а саме терапія гідності (TD), огляд життя (LR) і психотерапія, орієнтована на зміст.

Терапія гідності (E. S. Kim, J. K. Lee, M. H. Kim, 2014)**.** Терапія гідності – це коротке, індивідуальне та екзистенційне психосоціальне втручання для використання у пацієнтів, що наближаються до смерті, яке виявило значний позитивний вплив на послаблення психоемоційного та екзистенціального страждання. Основна мета цього ручного втручання полягає в тому, щоб посилити відчуття сенсу, мети та гідності невиліковно хворих пацієнтів, дозволяючи їм обмінюватися почуттями та важливими аспектами життя, згадувати приємні спогади, вирішувати незавершені справи та, зрештою, створити документ спадщини, який буде заповідали членам родини. Модель Гідності у невиліковно хворих (MDTI), заснована на досвіді пацієнтів з діагнозом рак, які отримували паліативну допомогу, послужила теоретичною основою Терапії Гідності. Ця модель забезпечує структуру для медичних працівників, пацієнтів і сімей у визначенні цілей і терапевтичних практик, які підвищують гідність у кінці життя. MDTI повністю базувався на звітах 50 онкологічних пацієнтів із програм паліативної стаціонарної допомоги. Він складається з трьох основних категорій із загальними аспектами, які визначають, як пацієнти відчувають гідність із наближенням смерті, а саме проблеми, пов'язані з хворобою, репертуар збереження гідності та перелік соціальної гідності. Занепокоєння, пов'язані з хворобою, стосуються того, як хвороба впливає на людину, наприклад, фізичні та психологічні реакції, оцінені за рівнем незалежності (когнітивна гострота та функціональна здатність), і за симптомами фізичного дистресу (біль і дискомфорт), і психологічного дистресу (медична невпевненість), і тривога смерті. Перспективи збереження гідності описують набір духовних і психологічних факторів, які можуть впливати на почуття гідності людини. Ці ресурси пов'язані з особистою історією пацієнтів, внутрішніми ресурсами, особистими діями, накопиченим життєвим досвідом, а також з тим, як вони сприймають світ і як цей досвід формує їхній спосіб мислення та дій. Вони включають вісім підтем: самозбереження, збереження ролі, генеративність/спадок, збереження гордості, надії, автономія/контроль, прийняття, стійкість/бойовий дух. Практики збереження гідності, які зосереджені на житті «в даний момент», підтримці нормального життя та пошуку духовного комфорту. Нарешті, «Інвентаризація соціальної гідності» відноситься до динаміки відносин пацієнт-оточення, тобто зовнішніх ресурсів. Ці ресурси, як і внутрішні ресурси, впливають на почуття гідності через соціальний контекст і його позитивні та/або складні події, і оцінюються межами конфіденційності, соціальною підтримкою, доглядом, тягарем для інших і занепокоєнням після (H. M. Chochinov, W. Johnston, 2016).

Огляд життя (N. S. Abraham). Огляд життя також є коротким психотерапевтичним втручанням, покликаним допомогти людям знайти сенс і мету через огляд основних тем і подій у житті. Він складається із

пригадування, оцінювання та інтеграції життєвого досвіду, спонукаючи людину, якщо це можливо, до вирішення конфліктів і створення відчуття завершеності життя. Коротку версію LR – Short-Term Life Review – запропонували N. S. Abraham, J. M. Young, M. J. Solomon (2004). Він має тривати один тиждень, включати лише дві сесії та, зрештою, підготувати формалізований документ життєвої спадщини. І навпаки, розширена версія LR – Structured Life Review – триває більше чотирьох сесій і не включає життєву спадщину. Незважаючи на дефіцит терапевтичних втручань, LR виявилася корисною в умовах паліативної допомоги, оскільки покращила настрій, самооцінку, задоволеність життям і сприйняла якість життя пацієнтів. Крім того, це продемонструвало позитивний вплив на процеси горювання членів родини, а також покращення їх духовного благополуччя.

Сенсоцентрована психотерапія (T. T. Bartholomew, A. J. Lockard). Психотерапія, орієнтована на зміст, – це терапевтичний підхід, спрямований на те, щоб допомогти людям знайти сенс життя, духовне благополуччя та якість життя. Цей підхід має своє теоретичне підґрунтя в роботі Віктора Франкла, який припустив, що люди мають бажання та здатність знаходити сенс життя навіть у часи великих страждань. Тому Психотерапія, орієнтована на зміст, стверджує, що пацієнти, які потребують паліативної допомоги, можуть знайти сенс життя відповідно до свого вибору та досвіду, навіть незважаючи на страждання, пов'язані з хворобою (T. T. Bartholomew, A. J. Lockard, 2018). Групова психотерапія, орієнтована на зміст, і індивідуальна психотерапія, орієнтована на зміст, при застосуванні в групах або індивідуально, відповідно, дали значні психосоціальні результати, такі як покращення якості життя, зменшення психологічного стресу та покращення духовного благополуччя. Обидві версії Психотерапії, орієнтованої на зміст, прагнуть забезпечити терапевтичний простір для допомоги пацієнтам у дослідженні особистих проблем і почуттів, пов'язаних із хворобою та стражданням; полегшити розуміння можливих джерел значення до та після діагностики захворювання; і, зрештою, допомогти пацієнтам зберегти відчуття сенсу життя, коли хвороба прогресує.

Прощення, вибачення та примирення (P. Z. Sobanski, D. C Currow). Прощення є однією з духовних потреб людей, а також потреби любити та бути коханими, їхні переконання, відчуття мети та життя, а також творчість (Національний консенсусний проект щодо якісної паліативної допомоги, 2009). Слід зазначити, що роздуми про життя, стосунки, спогади та оцінка життєвих подій можуть викликати почуття жалю або потреби в самопрощенні або бути прощеними іншими, Богом або Верховною Істотою. Як духовні потреби людини, прощення та примирення були предметами численних досліджень ПК, оскільки вони пропонують клінічну значущість і критичні точки для роздумів і втручання серед пацієнтів і членів сім'ї. Дослідження духовної опіки наприкінці життя (P. Z. Sobanski, D. C Currow, 2020) висвітлюють прощення як важливу тему, до якої слід звернути увагу, щоб зменшити особисті страждання та почуття провини, зміцнити стосунки та створити душевний спокій. Такі методи терапії, як огляд життя, ремінісцентна

терапія та інші методи (наприклад, активне слухання, вербалізація сімейних конфліктів, дослідження почуттів любові, провини чи примирення, дослідження проблем і стратегій подолання), здається, сприяють прощенню та примиренню у пацієнтів на паліативі. Прощення може бути пов'язане з кращим духовним здоров'ям, оскільки акт прощення себе та/або інших і отримання прощення може забезпечити відчуття звільнення та внутрішнього миру. Прощення може принести більше задоволення в житті, краще фізичне та емоційне благополуччя, зменшення почуття провини, підвищення надії, оптимізму та самооцінки (R. S. Silva, S. Caldeira, 2017).

Терапія сенсу життя (A. R. Cardoso, **MLT**), пропонує інноваційне, коротке та індивідуальне психотерапевтичне втручання через процес аналізу спільного життя, який керується протокольним інтерв'ю з 14 запитань, яке проводиться протягом чотирьох сесій, зміст з яких записується, транскрибується, редагується та компілюється. Кінцевою метою MLT є розробка письмового документа — «Життєвого листа», що дозволяє матеріалізувати фізичну спадщину, яка може бути передана родичам пацієнта або іншим значущим особам, якщо це потрібно. Основна увага зосереджена на тому, щоб допомогти пацієнту знайти сенс і мету в житті та стражданні, а також зберегти свою гідність та ідентичність. Також включено відкриті рефлексивні запитання з важливими повідомленнями, такими як щасливі моменти чи значні події, образ, яким пацієнт хотів би запам'ятати його, ствердження в любові до своєї сім'ї, прощання, вибір, рішення, жаль, занепокоєння, потреби, бажання, побажання, благання про вибачення, вибачення, примирення, вирішення невирішених питань і передача майбутніх порад. Основна ідея цього документа полягає в тому, що остаточна розшифровка залишиться, щоб відтворення біографічних спогадів пацієнта тривало протягом тривалого часу. Крім того, очікується, що Життєвий лист полегшить спілкування з членами родини та відчуття безперервних стосунків навіть після смерті пацієнта, особливо якщо одержувач(и) сприймає його як джерело розради.

Саме на перевідкриття сенсу життя, а отже й покращення психологічного благополуччя спрямована ТЕРАПІЯ СЕНСУ ЖИТТЯ (A. R. Cardoso, 2023), яка відбувається у формі написання ЛИСТА ЖИТТЯ, орієнтовну схему якого представлено нижче.

1. Про які радісні події свого життя ти б хотів розповісти своїм рідним і друзям?
2. За які події у твоєму житті ти вдячний?
3. Чим ти найбільше пишаєшся у житті?
4. Яким би ти хотіли б, щоб тебе запам'ятали рідні та друзі?
5. Яку пораду ти хочеш дати своїй родині та друзям?
6. У кого ти хочеш попросити вибачення і хочеш, щоб пробачив тебе?
7. Хтось повинен перед тобою вибачитися, чи ти відчуваєш, що ти повинен попросити у когось пробачення?
8. Чи є хтось, кого ти хочеш обійняти?
9. Чи хочеш ти попрощатися з чимось або кимось?

10. Що ти дізнався про життя?

11. Що може зробити тебе щасливішими саме зараз?

12. Що може зробити твоє життя цінним і надати життю сенс?

13. Що, на твою думку, тобі ще потрібно зробити в житті?

14. Як ти хочеш оформити цей лист? Лишити вдома? Комусь подарувати?

Життєвий лист

Під час першої сесії було пояснено цілі та процедури дослідження, а також зібрано біографічні дані, історію життя та переваги пацієнта з ПК та його сімей. Зміст запитань було з'ясовано, і пацієнтові дали деякий час для обдумування відповідей. Далі пацієнту повідомили, що цей протокол спрямований на створення документа генерації, тобто Життєвого листа. Після підтвердження бажання пацієнта взяти участь, пацієнт надав інформовану письмову згоду та заповнив соціально-демографічну та клінічну анкету

Другий сеанс зазвичай збігався з прийомом, призначеним у відділі паліативної допомоги лікарні. Проміжок часу між сеансами становив близько місяця. Під час другого сеансу досліджувалися питання протоколу, а відповіді пацієнта записувалися на звук. Між другим і третім сеансами дослідник повністю записав відповіді пацієнта та склав чернетку Життєвого листа, який буде представлено на третьому сеансі.

На третьому сеансі чернетка Життєвого листа була передана пацієнту, який прочитав, проаналізував і обговорив його зміст із дослідником. Вони могли запропонувати правки та внести будь-які бажані зміни, щоб зрештою створити остаточну версію листа. На четвертому, останньому сеансі пацієнтові було вручено Життєвий лист.

Протягом семи місяців дев'ять пацієнтів брали участь у протоколі з чотирьох сеансів, який проводився в закритій кімнаті для забезпечення конфіденційності та захисту даних.

3.4 СОЦІАЛЬНІ ІСТОРІЇ У КОНТЕКСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ

ЗАГАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОВІДОМЛЕННЯ ДІТЯМ «ПОГАНИХ НОВИН»

(за матеріалами Американської психологічної асоціації)

Погана новина – це будь-яка новина, яка раптово та негативно змінює уявлення людини про своє майбутнє. Зазвичай люди асоціюють їх із шоком «До того, як я почула цю новину, я була іншою людиною, світ навколо мене змінився, навіть тіні від дерев почали лякати».

ЧЕСНО говорити про погані новини, насамперед, значить **ДОВІРЯТИ**, тобто, щира, чесна розмова – це залучення рідного у змінене, але все ще насичене різними (у тому числі й приємними) подіями життя.

Базуючись на матеріалах Американської психологічної асоціації, ми узагальнили повідомлення поганих новин дітям формулою:

підготовка, довіра, розмова, підтримка, активність.

ПІДГОТОВКА

- **Подумайте, що ви хочете сказати.** Це нормально спланувати і проговорити з іншим дорослим чи перед дзеркалом все, що ви хочете сказати.
- **Знайдіть час і місце,** де ваші діти будуть в центрі вашої уваги, де і коли вас з дітьми ніхто не відволікатиме.
- **Дізнайтеся, що діти вже знають.** Запитайте їх: «Що ви чули про …?», «Що ти знаєш про…». Уважно вислухайте дітей.

ДОВІРА

- **Поділіться своїми почуттями з дитиною.** Визнавати свої почуття дітям – нормально. Діти бачать, що ви людина. Вони також зможуть переконатися, що, незважаючи на засмучення, змогли взяти себе в руки, бути відносно активними і чесно говорити про складні речі.
- **Поважайте право дітей знати «погані новини».** Діти та підлітки, чиї батьки говорять з ними як з «рівними», відчувають повагу та довіру, і, ймовірно, більш зріло реагуватимуть у проблемній ситуації.

РОЗМОВА

- **Будьте чесними.** Дітям молодшого віку може знадобитися допомога, щоб зрозуміти наслідки поганих новин і їхнє значення. Наприклад, підхід до теми смерті чи втрати може призвести до розмови про те, що насправді означає смерть. Говоріть чітко. Для підлітків важливо не «прикрашати» та не «замовчувати» деталі. Чесна розмова зміцнює довіру.
- **Відповідайте на запитання.** Діти хочуть отримати відповіді на свої запитання. Відсутність відповідей зумовлює недовіру. Уникайте важких розмов безпосередньо перед навчанням або роботою, оскільки це може призвести до стресу та тривоги без можливості належним чином відреагувати ці почуття. Якщо ви справді не знаєте, чесно скажіть: «Я не знаю». Іноді відповідь «Я не знаю, яка причина» або «Я не знаю чому погані люди це зробили?» влаштовує дітей та підлітків.

ПІДТРИМКА

У момент, коли дитина стикається зі складною інформацією, є кілька кроків, які допомагають впоратися із шоком та відчути підтримку.

- **Обійми**. Ви можете обійняти дитину чи взяти її за руку, важливо, щоб дитина відчувала опору.
- **Дихання**. Ви можете запропонувати дитині зробити глибокий вдих і повільний видих.
- **Діяльність**. Ви можете запропонувати зробити якусь дію, наприклад, стиснути вашу руку, обійняти вас, щось сказати, порухатися і тільки після цього можна починати чи продовжувати говорити.
- **Дозвольте дітям пережити негативні емоції** (наприклад, смуток, гнів). Підтвердьте, що ці емоції є цілком нормальною реакцією на ненормальну ситуацію. Запевніть їх, що ви готові відповісти на

будь-які запитання або знову поговорити про цю ситуацію в будь-який час. Запевніть дітей, що їх люблять.

Коли ми говоримо з дитиною на складні теми, треба робити паузи, говорити повільно, і спостерігати за її реакцією, час від часу зупиняючись і питаючи у дитини, що з цього вона зрозуміла, що вона про це сама думає.

АКТИВНІСТЬ

- **Перш ніж говорити з дітьми, подумайте, якою активністю може закінчитися розмова**. *Ви можете організувати якусь діяльність, наприклад, пограти в гру або сходити в парк, щоб допомогти вашим дітям заспокоїтись і повернутися до звичного повсякденного життя.* Старші діти можуть захотіти побути на самоті, або ви можете запропонувати разом переглянути фільм.
- **Скажіть своїм дітям, що ви їх любите**. Ви можете показати свою любов, обіймаючи їх, втішаючи або іншими способами демонструючи їхню цінність та важливість. Дітям може бути корисно знати, що такі сильні почуття, як гнів і смуток, є нормальними, і вираження їх може покращити самопочуття. Повага до один до одного може допомогти вашим дітям впоратися з ситуацією, що склалася, адаптуватися до нових життєвих реалій.
- **Турбуйтесь про себе.** Поділіться з дітьми своїми почуттями. Цілком нормально дозволяти дітям бачити, що ви сумні, злі, засмучені тощо. Це дає їм можливість побачити, як емоції впливають на інших людей і як їх ефективно регулювати. Батьки є емоційним прикладом для наслідування, особливо під час кризи, і ваші діти неодмінно дивитимуться на вас, щоб оцінити свої реакції. Не забувайте про турботу про себе: займайтеся фізичною активністю, робіть те, що підіймає настрій вам і вашим рідним.

ЗАГАЛЬНІ ПОРАДИ ЩОДО РОЗМОВИ З ДІТЬМИ ПРО ВІЙНУ

(С. Лукомська)

Родинна травма, зумовлена війною. Враховуйте, для деяких дітей та їхніх батьків російсько-українська війна, яка почалася 24 лютого 2022 року може нагадати, оприявити власну травму чи втрату, наприклад, часів АТО, обстрілів росіянами Луганська чи Донецька. Можливо, ви та ваші діти знову пригадаєте моменти втечі з окупованих територій у 2014-2015 роках, втрати будинків чи поранення. Проговоріть свої переживання, запитайте дітей, *Що вони пам'ятають про ті часи? Що доброго з ними сталося після того часу? Чому вони навчилися? Що нового дізналися про себе?* Перед тим, як ставити ці питання дітям, дайте чесні відповіді для себе.

Родинні зв'язки в Росії та/чи на тимчасово окупованих територіях. У першому випадку вам, дорослим, слід визначитися з тим, продовжувати чи припиняти спілкування з членами родини, які проживають в Росії. Якщо ваші переконання та цінності суттєво відрізняються від їхніх, будь-які контакти варто припинити і чесно сказати про це дітям. Якщо ж ваші рідні проживають на тимчасово окупованих територіях можливо, знадобиться розповісти дітям

про свої переживання, вислухати, що відчувають діти, наскільки вони стурбовані безпекою своїх рідних та друзів. Слід пояснити дітям, що російські спецслужби мають доступ до мереж російських операторів (а українські мобільні мережі там недоступні), тому користуватися зв'язком російських мобільних операторів треба максимально обережно. По телефону говорити тільки про буденні нейтральні речі та уникати тем, які можуть нашкодити собі і вашим близьким.

Тато чи інший рідний в ЗСУ. Якщо є можливість телефонного зв'язку, то необхідно, щоб тато або мама завжди впевнено казали *«Живий, здоровий», «450», «Я ок», «Війна – тимчасова, вона завершиться, я повернуся додому», «Я дуже сильно тебе люблю»*. Порівнюйте тата з Супергероєм, пояснюйте, що тато зараз, як і воїни з історій, захищає Україну. Дітям молодшого шкільного і підліткового віку можна наводити приклади перемог ЗСУ, історії деокупації ними міст і сіл України. Для дошкільників і, іноді, молодших школярів ресурсними будуть історії про собаку Патрона та про Привида Києва. Переглядайте фото та відео з татом, згадуйте різні смішні випадки за його участю. Особливо дошкільники та молодші школярі люблять, коли мама розповідає історії з раннього дитинства – як тато та мама дбали про них. Якщо це можливо, попросіть тата записати коротке відео і звукове повідомлення для дитини зі словами любові. Також можете з дитиною зробити окремий альбом із малюнками для тата, який подаруєте йому під час зустрічі, або зробити оберіг чи талісман з підручних матеріалів.

Особиста безпека. Час від часу слід повертатися до розмови про правила безпеки дитини під час війни. *Завжди у дитини повинна бути записка з інформацією про її ім'я, прізвище, контакти та імена мами, тата, бабусі, хрещеної (щонайменше 3 контакти людей, до яких дитина, чи той, хто буде поруч з нею можуть звернутися у випадку потреби), група крові дитини, хронічні хвороби, які вимагають постійного прийому ліків.*

Перевірка знань. Під такою суто педагогічною порадою ми насправді маємо на увазі те, *що дитина знає про війну, які новини читає, від кого і що почула, як уявляє своє теперішнє і найближче майбутнє*. В таких довірливих розмовах можна з'ясувати, якими джерелам інформації користується дитина аби дізнатися більше про хід війни (можна побачити, що ці джерела часто подають спотворену інформацію та скерувати дітей то перевірених джерел, тим самим навчаючи дітей, а особливо, підлітків, інформаційній гігієні). *Чи знає дитина, де найближче укриття, особливо це важливо при відновленні очного навчання. Як реагувати у випадку ракетної небезпеки, як діяти при обстрілах, до кого звертатися за допомогою?*

ЯК ВІДПОВІДАТИ НА ПИТАННЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ПРО ВІЙНУ

ПИТАННЯ	ДОШКІЛЬНИКИ	МОЛОДШІ ШКОЛЯРІ ТА ПІДЛІТКИ
Що таке війна?	Війна – це коли дві або більше країн посварилися між собою. Цю війну розпочала Росія, а Україні доводиться захищатися	Війна – це сукупність дій, спрямованих на захоплення чужих ресурсів. Є найвищим ступенем загострення взаємин у країні або між країнами, з'ясування суперечок за допомогою армії та зброї
Не чекайте, поки ваші діти піднімуть цю тему. Якщо ви самі почнете розмову, це означає, що ви є надійним джерелом підтримки та інформації у важкі часи, і ваші діти можуть почувати себе спокійно звертатися до вас із будь-якими проблемами.		
Чому почалася війна?	Війна – це дуже погано і страшно. Але Росія хоче, щоб Україна була її частиною, не мала свого прапора, мови, традицій. Ми ж хочем бути самостійними від Росії, а тому воюємо за нашу свободу	Росія хоче взяти під контроль Україну. Але Україна є незалежною державою, і ми не хочемо бути частиною Росії. Тому наші військові та волонтери чинять опір і воюють за нашу свободу
Я в небезпеці?	Можна показати карту і визначити на ній актуальну лінію фронту, показавши, що окупанти далеко від нашого дому, але вони можуть запускати ракети та дрони, від яких треба ховатися в укриття. Повітряні сили України повідомляють про небезпеку, а тому і нас є час щоб піти в укриття	Військові роблять все можливе, щоб ти відчував себе у безпеці. Коли звучить сирена, треба йти в укриття. Повітряні сили України повідомляють про небезпеку через соціальні мережі, ТВ, радіо, сповіщення в телефоні, в містах і селах вмикається сирена, а тому і нас є час щоб піти в укриття
Ми загинемо на війні? Я боюся, що тата вб'ють окупанти	Діти живуть в просторі «тут і зараз». Їм страшно і запевнення, що тато колись повернеться з війни для них не діють саме через несформоване поняття колись. Тому треба бути дуже конкретними та орієнтуватися на сьогодення і найближче майбутнє. «Тато	Почитати разом повідомлення від тата, написати йому листа, намалювати малюнок. Молодші школярі ще вірять в магічні сили і, як ми помітили, під час війни ця віра лише зміцнилася, тому можна запропонувати намалювати 2 дракони, один з

	сьогодні писав в Телеграм, давай разом почитаємо його повідомлення», «Саме зараз ми в безпеці, якщо буде небезпека, я буду поруч і захищатиму тебе»	яких – Україна, і він перемагає. Тато допомагає Дракону (чи іншій впливовій істоті) захищати свій дім. Або малювати амулети, магічні мечі, плащі – символічні предмети, які на думку дітей, додадуть захиснику суперсили та приведуть його до перемоги. Підліткам можна запропонувати взяти участь у волонтерській діяльності та вчити їх у випадку небезпеки захищати себе та тих, хто поруч. З молодшого шкільного віку дітей варто вчити навичкам надання першої медичної допомоги, це дасть їм більше впевненості та захистить від страху безпорадності у випадках реальної небезпеки
Де тато? (мама, друг, які в ЗСУ)	Тато – наш захисник, він добрий, а з іншого боку є зло, яке він зупиняє	Твій тато військовий і нині він боронить нашу державу, захищає всіх нас від зла
Що мені робити?	Ефективно використовувати казкові сюжети. Почати можна з елементарної «Кози-дерези». І нагадати про те, як небезпечно пускати чужих до своєї оселі та чому важливо триматися разом. Читати разом книжки, список яких подано нижче у цьому розділі	Можна спільно шукати відповіді на запитання про те, що робити у різних ситуаціях, де найближчі укриття, які ліки мають бути в аптечці кожного. Наприклад, потрібну інформацію можна разом знайти в інтернеті. Після цього варто обговорити прочитане чи побачене. Якщо у дорослих і дітей різні думки, тоді з'являється більше простору для діалогу і пошуку спільного, значущого для всіх рішення. Також можна читати разом книжки, список яких подано нижче у цьому розділі
Я боюсь!!!	Сказати «Я розумію, тобі страшно (треба обов'язково	Зробити вправи на «заземлення», подані в

	назвати цю емоцію), ти в безпеці, я тебе люблю, все добре». Взяти за руку чи обійняти дитину	третьому розділі даної книги, переключитися на активність – прогулянку, приготування їжі, прибирання, послухати музику чи потанцювати
А якщо буде сирена, що ми робитимемо? А якщо я засну і не почую сирену, ми загинемо?	Запитати «А що ти думаєш, що може відбутися?», «Чого саме ти боїшся?» Спробуйте потренуватися з дитиною вдома, в безпечній обстановці. Наприклад: «Дивися, я вмикаю сирену і ми з тобою репетируємо, що робитимемо. Беремо з собою водичку й ідемо в укриття» (важливо знати адреси укриттів за місцем проживання та у місцях, які ви з дитиною відвідуєте найчастіше). До укриттів слід ходити задля тренування, коли сирени немає. У дитини повинен бути чітко визначений маршрут до укриття.	З молодшими школярами та підлітками теж варто визначити найближчі укриття та маршрути до них. Підліткам може бути корисно навчитися одягати повідок на собаку чи класти кота в переноску, слідкувати за запасами води і готовністю тривожної валізи на випадок небезпеки. Молодші школярі та підлітки можуть також контролювати рівень заряду павербанків, ламп та телефонів
Що стало з тією людиною? (наприклад, із загиблим, якого показали у новинах)	Коли хтось помирає, він не дихає, не їсть, не відчуває голоду чи холоду, а його рідні та друзі більше не можуть з ним спілкуватися. Його тіло буде поховане на кладовищі, куди рідні та друзі зможуть приносити квіти.	Людина померла, її серце зупинилося, вона перестала дихати, її органи більше не працюють. Після смерті буде похорон. Похорони – це час, коли друзі та сім'я збираються разом, щоб подякувати померлому, сказати йому «Прощай» і «Я люблю тебе».

Вправа «Розмальовка»

Цю методику ми адаптували з книги Wafa Tarnowska «Nour's Secret Library», де авторка пропонує на чорно-білі зображення накладати зображення кольорові. В перші місці війни діти в Харкові часто говорили про «поранене місто», тому ми вирішили роздрукувати чорно-білі зображення міста та розмалювати їх кольоровими олівцями. Те саме можна зробити з усіма містами та селами України, які потерпають від обстрілів. Наш досвід довів ресурсність даної методики, зокрема в укриттях під час повітряних тривог.

Ключові моменти розмови з дітьми про війну

- Говоріть про існування різних сторін життя: що поруч з добром і красою існують зло і потворність, поруч з миром у світі є війна (можна самому наводити приклади, або згадувати їх з дитиною, особливо якщо у дитини вже є травмівний досвід з 2014 року).
- Розкажіть родинні історії про те, як прабабуся з прадідусем жили у роки війни, як вони справлялися з тяжкими випробуваннями, роздивитись родинні фото.
- Обговоріть з дитиною правила безпеки, порядок дій у різних ситуаціях війни, і обов'язково дати певну зону відповідальності, наприклад, слідкувати, щоб телефон завжди був заряджений, щоб у дитини на одязі, в рюкзаку були дані про неї (ім'я, прізвище, контакти щонайменше трьох осіб, група крові).
- Не уникайте відповідей на запитання «А якщо? (А якщо будуть вибухи? А якщо обстріл буде, коли ми підемо в магазин? А якщо тато загине? А якщо я травмуюсь? А якщо росіяни прийдуть в наше місто?). Відповідати потрібно спокійно, достатньо лаконічно, з використанням зрозумілих дитині слів. На будь-яке з цих питань у вас має бути заготовлена відповідь, яку варто спочатку проговорити перед дзеркалом або із дорослим, якому ви довіряєте, тоді ви зможете спокійно відповідати на складні питання дітей. Запевніть дітей, що їх любитимуть і про них піклуватимуться.
- Пам'ятайте, що перша розмова хоча й найважча, але після неї буде ще багато подібних розмов. Наскільки це можливо, підтримуйте повсякденну активність.
- Подивіться разом мультфільм або фільм (відповідно до віку), де є військовий сюжет і потім його; дайте дітям зрозуміти, що боятися чи хвилюватися – це нормально, а всі емоції та переживання можна обговорити з вами.
- Завершіть розмову обнадійливо і переключіться на спільну діяльність, в ідеалі – рухову або творчу.

Якщо вашій дитині встановлено онкологічний діагноз

Про онкологічне захворювання дітей першими дізнаються їхні батьки, які самі переживають шок, а й ще й стикаються зі складним рішенням – як говорити з дитиною про хворобу.

Незважаючи на те, що ця книга присвячена дітям, які стикнулися з онкодіагнозом у своїх близьких, більшість порад залишаться актуальними. Діти, хворі на рак, як правило, почуваються більш захищеними, коли дорослі навколо них **чесні** – приховування правди, щоб захистити дитину, може призвести до більшої тривоги.

Обсяг інформації, з якою варто поділитися з дитиною, залежить від її віку та зрілості. Нехай ваші початкові пояснення будуть простими, орієнтуйтеся на свою дитину щодо того, чи хоче вона знати більше. За

першою розмовою буде багато інших, тож у вас буде можливість надати більше деталей, коли виникне потреба.

Діти та підлітки по-різному реагуватимуть на діагноз рак. Страх, гнів або смуток – все це типові, нормальні реакції, як дорослих, так і дітей. Нехай ваша дитина знає, що це нормально мати багато різних почуттів і це нормально виражати свої емоції. Наскільки це можливо, залучайте дитину до обговорення її лікування та заохочуйте ставити запитання. Діти старшого віку та підлітки можуть самі шукати інформацію в Інтернеті, тому їх слід скерувати до надійних джерел, запропонувати обговорити прочитане з вами.

Коли брат чи сестра хворіють на рак

Брати і сестри дітей, хворих на рак, іноді відчувають себе забутими під час лікування сиблінга, оскільки батьківська увага раптово переключається на турботу про інших, а розпорядок дня, сімейні ролі та сімейні обов'язки можуть на деякий час змінитися.

Поряд з почуттям смутку, страху і тривоги, брати і сестри можуть боротися з більш складними емоціями, такими як провина, ревнощі, образа і гнів. Часто вони можуть відчувати, що їхні потреби не заслуговують на задоволення, і вони не мають права скаржитися.

Діти, а особливо підлітки, намагаються бути вдома якнайрідше аби якнайменше контактувати з хворим братом та сестрою, значущими іншими для них стають друзі, інші родичі, які менш стурбовані хворобою сиблінга. Якщо рак змінює вигляд брата чи сестри, вони можуть відчувати збентеження та уникати зустрічі зі своїм братом чи сестрою.

Ви можете допомогти своїм дітям пристосуватися до змін у вашій родині, поговоривши відкрито.

Ваші діти почуватимуться впевненіше, знаючи наступне:

1) Це не твоя провина. Переконайтеся, що брати і сестри усвідомлюють, що вони не спричинили рак свого брата чи сестри – навіть якщо сварилися з ними або думали про них погано.

2) Що ти можеш зробити? Поясніть, що вони можуть допомогти підтримати свого брата чи сестру, дайте можливість їм самим обрати що і як би вони хотіли зробити аби підтримати сиблінга. Підтримуйте ініціативи та пропонуйте варіанти підтримки. Це може включати регулярні візити до лікарні та/або регулярні контакти через текстові повідомлення, електронну пошту чи соціальні мережі.

3) Розважатися – нормально. Хоча онкохворій дитині потрібно приділяти багато уваги, потреби її братів і сестер також мають значення. Наскільки це можливо, брати і сестри повинні продовжувати займатися своїми справами та мати час для розваг.

4) Злитися – нормально. Більшість братів і сестер іноді сваряться, і це природно, рак не зобов'язує припинити звичні конфлікти та суперечки. Надмірна опіка щодо дитини, хворої на рак, може зашкодити їй та її братам і сестрам. Батьки люблять усіх дітей, але варто пояснити братам і сестрам, що вам, можливо, доведеться витрачати багато часу та енергії на дитину, хвору на

рак, але це скоріше з необхідності, ніж тому, що ми менше любите інших ваших дітей.

5) Про тебе завжди піклуватимуться. Нехай ваші діти знають, що ви подбаєте про те, щоб хтось завжди був поруч з ними, що вони не будуть самотні та нехтувані.

Коли інша дитина (сусід, друг) хвора на рак

У більшості випадків діти вперше дізнаються про рак, коли хтось із дорослих у їхньому житті захворів на рак (наприклад, дідусь, бабуся, тітка чи вчитель). Тож дітей може збентежити й налякати, якщо у друга чи двоюрідного брата діагностують рак.

Причини раку. Повідомте своїй дитині, що рак у дітей не пов'язаний зі способом життя (наприклад, не викликані перебуванням на сонці чи палінням), а також дитина не захворює на рак через неслухняну поведінку, навіть якщо впаде з велосипеду чи з'їсть багато помідорів. У тому, що у дитини рак немає винних!

Рак не заразний. Діти повинні почуватися в безпеці поруч із дитиною, хворою на рак. Скажіть їм, що рак не може передаватися іншим людям. Якщо хвора дитина знаходиться в ізоляції, то це лише для того, щоб захистити дитину від інфекції, а не для того, щоб захистити всіх інших від раку. Більшість дітей одужують – як і дорослі, діти можуть хвилюватися, що рак означає, що їхній друг помре. Запевніть дітей, що незважаючи на те, що рак є серйозною хворобою, яка загрожує життю, загальний рівень виживання дітей зараз становить майже 85%

Очікуйте змін. Поясніть, що життя друга суттєво зміниться, він може відчувати себе надто втомленими, щоб грати, або часто відвідувати дитсадок чи школу. У друга можуть бути фізичні зміни (наприклад, випадання волосся або потреба в інвалідному візку). Заохочуйте свою дитину зосереджуватися на тому, що не змінилося – на особистості друга та їхній дружбі. Друг – це завжди підтримка, у будь-якій ситуацій, і ситуація хвороби не є винятком.

Відвідайте лікарню, якщо це можливо. Ваша дитина може тривожитися, якщо хворий на рак друг зникне з її життя після встановлення діагнозу, часто діти не вірять дорослим, вважаючи, що друг помер. Тому буде корисно разом із дитиною відвідати її друга в лікарні, але спочатку запитати в батьків друга чи дозволено відвідування і як ще ви та ваша дитина можуть допомогти.

Підтримуйте зв'язок. Якщо візит до лікарні неможливий, у вашої дитини є інші способи підтримувати стосунки зі своїм другом. Діти молодшого віку можуть захотіти зробити листівку чи прикрасу для лікарняної палати, або ви можете організувати відеодзвінок. Старші діти можуть надавати перевагу спілкуванню по телефону або в соціальних мережах. Заохочуйте вираження почуттів. Нехай ваша дитина знає, що це нормально мати багато різних емоцій і виражати їх.

Існує багато поширених страхів і хибних уявлень щодо розмови з дітьми про рак. **«Я маю все правильно сказати»**: немає «правильного» часу

чи способу говорити з дітьми про рак; кожна сім'я знайде свій спосіб вести ці розмови. У цій книзі ми пропонуємо варіанти, які кожна родина зможе адаптувати під свій соціальний та релігійний контекст. •

«У дітей буде депресія, якщо вони дізнаються, що я хвора (ий) на рак»: природньою є негативна реакція дітей на звістку про хворобу рідного, особливо онкологічну, навколо якої чимало міфів і упереджень, однак діти, з допомогою дорослих, здатні впоратися із негативними переживаннями та адаптуватися до нових умов.

«Як батько (мати), я повинен (а) робити вигляд, що все добре, що я все знаю і все контролюю»: це нормально бути сумними у присутності своїх дітей і не знати відповідей на всі запитання.

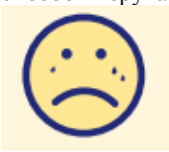
«Я повинен (а) перемогти рак, тому всі зусилля спрямовую на боротьбу, роблю це для блага дітей і розмови залишу на потім»: смуток, гнів і страх – нормальні реакції, якщо їх проговорити з дітьми, пам'ятати, що спілкування та спільна активність з дітьми є запорукою вашого психологічного благополуччя, а отже й кращого самопочуття.

«Я хочу один раз довго поговорити з дітьми про рак і більше не повертатися до цієї теми»: хоча перше обговорення буде найважчим, важливо час від часу повертатися до цієї теми, відповідати на запитання дітей, розповідати їм про зміни в самопочутті та наслідки лікування, слухати дітей, спілкуватися з ними та разом проводити час.

Якщо Ви розповіли, а дитина реагує не так, як Ви очікували, не хвилюйтеся. З часом буде багато розмов, і це лише одна з них. Ваші діти навряд чи постраждають від однієї розмови, яка йде не зовсім за планом. Не лякайтесь й агресії дитини, вона може Вас образити чи завдати фізичного болю, таке буває, це один із способів виразити свої емоції. Пам'ятайте, що діти можуть не відразу відреагувати почуттям смутку. Їм може знадобитися час, щоб зрозуміти, про що йдеться та наскільки це серйозно. Якщо ви почуваєтеся скривдженими реакцією дитини, спробуйте не показати це їй і в жодного разі не припиняйте спроб поговорити з дитиною ще. Нагадайте дитині, що вона може в будь-який час поставити запитання або поговорити з вами про свої почуття і переживання.

Як реагувати на емоції дітей?

Природно, що діти та підлітки люди по-різному реагують на онкологічний діагноз. Розмова з дітьми про їхні реакції дає вам можливість обговорити способи керування їхніми переживаннями.



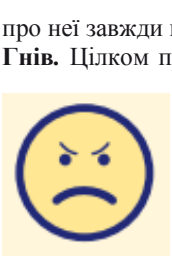
Плач. Якщо ваші діти плачуть, дайте їм зрозуміти, що це природна реакція. Тримайте за руку, обіймайте, візьміть на руки, все це допоможе дітям почуватися у безпеці. Дайте їм зрозуміти, що вони не повинні «бути сильними», і що почуття смутку, який викликає сльози є звичайним явищем.

Страх. Деякі діти будуть сильно боятися – заразитися, темряви, смерті.... Запитайте їх, що їх найбільше хвилює. Вам може бути боляче, якщо діти почнуть уникати або ігнорувати вас, це зумовлено їхніми страхами і,



насамперед, страхом у розмові з вами відкрито виражати свої почуття. Поясніть, що ви все ще та сама людина, незважаючи на будь-які зміни у вашому зовнішньому вигляді чи поведінці. Діти також можуть хвилюватися, що їх покинуть, якщо щось трапиться з хворими батьками. Дайте дитині можливість поговорити про свої страхи та запевніть її, що про неї завжди піклуватимуться.

Гнів. Цілком природно, що діти та підлітки відчувають злість через діагноз, оскільки це означає, що їхнє звичне життя може бути порушено. Молодших дітей може дратувати, якщо їх просять грати тихіше, або уникають обіймів чи іншої звичної діяльності. Старші діти можуть здаватися злими та на перший погляд, агресивно налаштованими, не здатними до співпраці («вредними», «неслухняними»), особливо якщо це стосується виконання нових обов'язків по дому чи догляду за молодшими братами/сестрами. Вони також можуть бути розчаровані або засмучені, якщо запланований спільний відпочинок доведеться відкласти або скасувати. Поясніть, що гніватися нормально і запропонуйте інші способи спільної, бажано, соціально значущої активності.





Жодної реакції. Іноді здається, що діти не чули новин або не реагують на них. Це може вас збентежити або образити, особливо якщо вам знадобилася підготовка та сміливість, щоб поговорити з дітьми про діагноз. Відсутність реакції не є чимось незвичайним – часто діти захищають себе, і їм потрібен час, щоб обробити інформацію. Діти також можуть захотіти захистити вас від свої переживань аби не засмучувати вас ще більше. Нагадайте їм, що вони можуть будь-коли поговорити про свої переживання з вами чи іншим дорослим, якому довіряють.

ЗАПИТАЙ-РОЗКАЖИ-ЗАПИТАЙ (J. C. French, C. Y. Colbert)

Ефективний спосіб надати інформацію та поради

Запитай-розкажи-запитай (Ask-Tell-Ask) використовується у контексті мотиваційного інтерв'ю, щоб збільшити ймовірність того, що люди будуть готові, захочуть і зможуть діяти відповідно до інформації чи порад, наданих їм.

Крок	Поради та приклади
№ 1 ЗАПИТАЙ про 1) дозвіл АБО 2) про те, що клієнт знає або хоче знати	**Варіант 1: Дозвіл надавати інформацію та поради:** ● «Чи згодні, якщо ми поговоримо про ...?» ● «Чи хотіли б ви дізнатися більше про ...?» АБО **Варіант 2: Що клієнт знає або хоче знати**: ● «Що ви знаєте про ...?» ● «Є кілька речей, про які ми можемо поговорити, тож з чого нам почати?»

	● «Якою інформацією я можу вам допомогти?» ● «Ви вже багато знаєте про ... , але чи залишились у вас запитання?
№ 2 РОЗКАЖИ інформацію з повагою до клієнта, чітко та невеликими обсягами	1. Переконайтеся, що інформація **актуальна** для людини. ● «Ви сказали, що ... **зараз** у вас на думці». 2.. Надайте інформацію нейтрально. Мета полягає в тому, щоб надати інформацію, а не змінити думку клієнта. Тобто – актуалізація, а не маніпуляція ● «Іноді люди в цій ситуації ... , ... або ... » ● «Давайте разом подивимося на результати (анкети/опитування/скринінгу)...» 3. Зосередьтеся на одному або двох ключових повідомленнях, які людина хоче знати. ● «Зараз варто подумати про дві речі...» 4. Використовуйте зрозумілу мову (короткі речення та знайомі слова). 5. Використовуйте малюнки та роздатковий матеріал, якщо вони є корисними. 6. Підкресліть вибір і варіанти, уникаючи таких слів, як «не можу», «повинен» або «змушений». ● «Є три варіанти щодо того, як діяти зараз...»
№ 3 ЗАПИТАЙ 1) про що клієнт думає після отримання інформації АБО 2) про розуміння клієнтом отриманої інформації	**Варіант 1: Що клієнт думає після отримання інформації**: ● «Що ви про це думаєте?» ● «Цікаво, що все це означає для вас?» ● «Цікаво, як, на вашу думку, нам найкраще діяти?» АБО **Варіант 2: З'ясувати розуміння клієнтом отриманої інформації**: ● «Я хотів би переконатися, що я добре пояснив. Чи не могли б ви сказати, щоб я знав, що все було зрозуміло?» ● «Якби хтось запитав вас, про що ми сьогодні говорили, що б ви їм сказали?» ● «Чи можете ви показати мені, як ви збираєтеся (використовувати це обладнання/до кого звертатися/….), щоб я знав, що я це добре пояснив?»

Особливі випадки

ПРАВИЛА: «Є деякі важливі речі, які слід знати про спільну роботу, і я хочу переконатися, що ви розумієте, про що йдем мова».

ПРОФЕСІЙНИЙ ОБОВ'ЯЗОК: «Як ваш психолог/медсестра/лікар/тощо. Я дуже стурбований… Мені хотілося б, щоб ви подумали про те, що я вам щойно сказав».

ТЕМА, ЯКУ ТРЕБА ОБГОВОРИТИ: «Я маю дещо вам сказати. Я помітив щось у ваших тестах/результатах скринінгу/анкеті, і мені цікаво, що ви про це думаєте».

Будьте обережні, даючи поради, тому що можете потрапити в пастку експерта. Пастка для експертів — це коли ви даєте людям поради, засновані виключно на своїх ідеях, і вони їм не підходять.

Важливо, коли запитують про пораду:

1. ПІДКРЕСЛІТЬ ВИБІР.

«Я не можу сказати вам, що робити, але я можу сказати вам, що зробили інші».

«Ви можете спробувати, якщо хочете, це …»

2. Замість того, щоб давати одну пораду чи одну ідею, **ЗАПРОПОНУЙТЕ ВАРІАНТИ ВИБОРУ**. Це особливий вид Запитай-Скажи-Запитай, який іноді називають поведінковим меню.

1. ЗАПИТАЙТЕ: «Чи хотіли б ви почути деякі ідеї, які використали інші або які можуть підійти вам?»

2. РОЗКАЖІТЬ: Поділіться двома-трьома ідеями одночасно. Використовуйте останню ідею, щоб підбадьорити клієнта. «Ви можете спробувати… Я знаю випадки, коли у ситуації, подібній до вашої, це було ефективним…».

3. ЗАПИТАЙТЕ, чи може якась із цих ідей спрацювати «Що скажете стосовно цих пропозицій?»

ТЕРАПЕВТИЧНІ ІСТОРІЇ ПРО ВТРАТИ ТА ГОРЮВАННЯ (R. Hodder)

Історії можуть бути цілющими як для дорослих, так і для дітей. Можна створювати терапевтичні історії, щоб розповісти дітям, як буде розвиватися життя, як, можливо, виглядатиме новий шлях… які сильні сторони їм знадобляться на цьому шляху та як їх знайти… Історії можна використовувати, щоб створити шлях до і через невідомість, яка є страшною для маленьких дітей.

• Можна використовувати історії, щоб підтвердити ідею циклічності життя – метафору життя, смерті та відродження: історія краплі дощу, що утворюється з туману над річкою, мандрує далеко, знову спускається з хмари. , як дощ, змивається в океан і знову стає туманом і краплею дощу. Або історія про метелика, яка починається як личинка, яка перетворюється на лялечку, а через дивовижне перетворення стає метеликом, який вільно літає на вітерці.

• Біографічні метафори життя і смерті можуть бути створені в оповіданнях... Зображення лицаря, який, втомлений від битви, повинен зняти

свої тепер непотрібні обладунки, щоб перетнути райдужний міст до зелених полів … тощо.

• Біографічні метафори розлуки та розлучення можуть бути створені в оповіданнях: де два персонажі йдуть різними дорогами, збираються разом, щоб поділитися одним шляхом, а потім дорога знову розгалужується, і один повинен йти в одну сторону, а інший герой у іншу сторону, але і там є дороги та нові будинки, з усіма їхніми відмінностями, вздовж доріг – це прекрасна стежка, по якій діти можуть ходити від дому до дому…тому тепер у них є два будинки, два особливі місця, де вони можуть бути…

Терапевтична метафора – це метафора (або образне порівняння), яку використовує терапевт, щоб допомогти клієнту в процесі особистої трансформації, зцілення та зростання.

Джозеф Кемпбелл пояснював широку привабливість метафори притаманною їй здатністю встановлювати або розпізнавати зв'язки, особливо ті зв'язки, які існують між емоціями та минулими подіями (The Power of Myth, 1988).

Якісні дослідження показують, що метафори можуть бути прямим способом вираження, обміну та створення сенсу в процесі скорботи. Метафора є надзвичайно ефективною формою мови, яка здатна розкрити унікальність пережитого досвіду. Метафори можуть охопити складну реальність в одній смисловій одиниці з власною витонченістю, настільки відмінною від звичайних фраз. Герменевтична феноменологічна робота Поля Рікера (1975, 1986) стверджувала, що пережиті переживання повністю розкриваються лише через мову, тобто через наративи та метафори. Звідси, метафора породжує розрив у звичайному вживанні слів, руйнує один порядок, щоб створити інший. Створення метафори передбачає нове відношення до світу: створення метафор – це створення нових значень і, отже, поява нового способу ставлення до життя та нашого світу. Таким чином, якщо говорити з герменевтичної феноменологічної точки зору, основна функція метафори полягає в тому, щоб виражати та поділитися пережитим досвідом у романний, «яскравий» спосіб. Тому в межах спільної особистої розповіді метафори представляють фундаментальний шлях переживання та пошуку сенсу. Ця концептуалізація забезпечує краще розуміння методологічного потенціалу метафор для інтерпретаційного феноменологічного дослідження (P. Shinebourne, J. A. Smith, 2010).

Горе – тварина.

Це ведмідь грізлі, який збиває нас з ніг. Якщо ми відбиваємось, це чіпляє нас по грудях. Горе — це вовк, який стоїть на горлі й дивиться в очі, пожираючи наше серце. Це койот, який щипає наші ноги, коли ми не докладаємо всіх зусиль, і він нагадує нам грати, коли ми занадто впадаємо у відчай.

Горе їстівне.

Це цибуля. Ми плачемо все сильніше, коли знімаємо шари горя і заглиблюємося вглиб, гадаючи, чи воно колись припиниться. Коли ми досягаємо середини, настає тиша, і ми неохоче розуміємо місце смерті в житті.

Це артишок. Дивний і трохи зловісний вигляд, ми повинні попрацювати, щоб видалити зовнішнє листя, які колють наші пальці, перш ніж дістатися до живильного центру. Це яблуко. Ми з'їдаємо горе, перш ніж дістатися до насіння — насіння, яке виросте, коли ми будемо готові.

Горе – це мінерал.

На початку горе залізне. Він важкий і обтяжує кожен наш крок. Ми можемо стукати по ньому молотком скільки завгодно, але це не змінює ні форми, ні реальності. Наші близькі досі мертві. Смуток — це горнило, яке спалює відволікаючі фактори та зводить нас до нашого елементарного ядра.

Горе – це тіні на нашому краєвиді.

Це спекотна безплідна пустеля, де ми пересохли і втомилися. Це крижана гора, на яку ми намагаємося піднятися, але не можемо там зігрітися. Це темний ліс будяків, які тягнуть наш одяг. Ми заблукали, поки не прокладемо новий шлях. Це вологі джунглі, де сотні крихітних комах кусають і смокчуть піт, що стікає по нашій шиї. Це край величезного океану, де ми дивимося на порожнечу й замислюємося, чи залишилося достатньо.

Горе створює свою погоду.

Часом це лавина, яка ховає нас, або гроза, яка вражає все навколо. Це холодний дощ, який капає з дерев і на наші спини ще довго після того, як буря мине. Це туман, який приховує світ і робить кожен звук далеким.

Горе – це істеричний сміх серед ночі. Це ірраціональний страх, тому що він відкриває темні шафи, які ми приховували в глибині нашого розуму. Він непередбачуваний, дикий і сексуальний, так що змушує тужити все наше тіло.

Горе – це лабіринт, через який ми повинні знайти шлях, з тупиками, які змушують нас повертатися назад. Це гордіїв вузол, який ми не можемо розв'язати. Це головоломка, яку ми збираємо разом, а потім спостерігаємо, як наше нове життя повільно формується. Смуток – це музика, яка викликає невисловлені емоції, які перебувають усередині і дають звуки нашим почуттям. Улюблені пісні можуть лише кількома нотами змусити нас ридати. Деякі пісні ми граємо на циклі, щоб допомогти нам триматися разом.

Горе – це зміни. Це лялечка, тому що наше життя залишилося позаду, коли ми перетворюємося на щось нове. Не краще, просто інакше. Це ступка й товкачик, а ми – жолуді. Наші міцні, захисні оболонки видаляються, і ми перемелюємось на муку, змочуємо в Ріці Життя, щоб видалити нашу гіркоту, щоб наші історії боротьби та витривалості могли стати живленням для інших, хто сумує.

*Горе – це милосердя, каталізатор змін***.** Горе – це подорож, яка веде нас від того, що було, до того, що може бути зараз.

Терапевтичні розповіді
«Буквальні історії»

Деякі терапевтичні історії можуть буквально помістити окрему дитину в її власну особисту історію про ситуацію, з якою дитина зіткнеться в майбутньому і може мати занепокоєння. (наприклад, перший день у школі,

перебування в лікарні, залишення з кимось, кого вони не знають, перший політ на літак, розлучення/розлучення батьків).

Створення подібних історій досить просто, оскільки дитина просто бере участь у цій історії через події, які можуть відбутися. Діти люблять слухати про себе у формі оповідання. Корисно мати знайомий початок і підтверджуючу кінцівку: «Одного разу був маленький хлопчик, якого звали…, який жив із… у…будинку в …….. І в кінці дня його заховали у своєму маленькому ліжку, поцілував на добраніч мама/тато, які його дуже любили, і він справді дуже добре спав».

Для дитини можна побудувати реальну картину, визнати її/її почуття та продемонструвати способи боротьби з цими почуттями. (наприклад, «Вона відчувала трохи страх всередині, але вона міцно тримала свою ляльку для втіхи та згадала, що її ангел був поруч, допомагаючи їй, тому вона піднялася з ліжка, щоб піти з медсестрою».)

Частково цінність історії полягає в здатності привнести в ситуацію позитивне, конструктивне ставлення або цінності (наприклад, нова мужність, дружба, досвід, пригоди, помічники, опікуни, зцілення).

Терапевтичні метафори в оповіданнях

Деякі історії зцілення працюють з підсвідомістю дитини і можуть бути паралельними з проблемною ситуацією, а не фактично її зображати, або навіть можуть почасти робити обидві. Ці історії знаходять основну правду чи тему, а потім намагаються знайти для неї паралельну ситуацію, образну картину чи метафору. «Гидке каченя» — одна з таких метафоричних оповідань для дитини, яка відрізняється від інших. Написання таких оповідань потребує творчого підходу. Ці вказівки надані, щоб допомогти письменнику за допомогою одного з таких підходів.

Рекомендації

Розповідь про зцілення, щоб бути ефективною, створює картину достатньо чітко, щоб дитина могла ідентифікувати себе з нею, але досить опосередковано, щоб вона/вона не відчувала збентеження, сорому чи опору (наприклад, «проповідь» викликає опір).

Історії мають відповідати віку. Діти до семи років погано справляються з сильними негативними емоціями, такими як страх і гнів. Діти у віці від семи до одинадцяти років можуть насолоджуватися сильнішими емоціями, якщо вони представлені в безпечній структурі щасливого/вирішеного кінця. Чим ближче історія до їхньої реальності, тим більш загрозливими для них можуть бути сильні емоції, погрози тощо. Сумні безнадійні кінцівки можуть стурбувати і здолати дітей віком до одинадцяти років, перш ніж вони стануть достатньо дорослими, щоб впоратися з цим.

Розповідь має бути об’єктивною. Якщо ви пишете розповідь для дитини зі складною поведінкою, ви повинні бути обережними, щоб не включати в історію свій особистий план. З цієї причини розумно дозволити іншій проникливій людині за межами ситуації прочитати вашу історію, щоб перевірити наявність «завантаженого» вмісту, перш ніж розповідати історію

дитині. Попросіть їх перевірити це на наявність частин, які можуть бути — занадто сильними, занадто страшними, занадто «проповідницькими» тощо. Важко вийти з ситуації, коли ми емоційно залучені в неї. Іноді інші можуть сприймати речі на рівні кишки, за яким ми сумуємо. Перегляньте все, що інші відчувають незручно. Також, розповідаючи історію, будьте чутливими до реакцій вашої дитини. Небажання слухати може означати, що він занадто сильний або надто прямий. Будьте готові трохи змінити для них деталі або переосмислити це. Історія, яка є цілющою, дитина полюбить і може захотіти знову.

Шукайте позитивні образи. Усюди, де це можливо, намагайтеся знайти найбільш позитивний спосіб підійти до проблеми, щоб підтримати благополуччя дитини (наприклад, для розлуки та розлучення, розглядайте це як зміну напряму на життєвому шляху батьків, виходячи з того, що вони бачать як вірні собі, а не представляючи картину невдачі, поломки, розчарування та катастрофи.)

Створення історії

Ви можете прочитати кілька історій (див. список нижче), щоб зрозуміти, як можна поєднати наступні інгредієнти для певних ситуацій.

Компоненти

1. З'ясуйте тему чи мету.

У чому полягає основна правда чи тема? (наприклад, смерть або розлучення, хвороба батьків, боротьба з гнівними почуттями, сором'язливість, егоїзм або подолання втрат.) Будьте чіткими у своїх цілях. В чому проблема? Чого потрібна ситуація? (наприклад, сміливість? втіха? запевнення? прийняття змін?) Подумайте:

Мислення дитини. Дитина спотворює чи невірно тлумачить факти про ситуацію? Чи потрібна йому допомога, щоб точніше побачити ситуацію?

Почуття дитини. Які почуття відчуває дитина в цій ситуації? (наприклад, смуток, страх, гнів)

Розширення можливостей/дія. Чи є щось, що дитина може зробити, попросити або навчитися робити, що могло б допомогти?

Спробуйте знайти образний малюнок, паралельну ситуацію чи метафору для теми. (наприклад, «смерть» можна розглядати як «перетворення», як у зміні гусениці на лялечку та на метелика.)

2. Персонажі

Знайдіть відповідних персонажів, які відповідають цій картинці. Виберіть персонажів, зокрема героя/героїню, з яким дитина зможе ідентифікувати себе. Враховуйте власні інтереси та уподобання дитини. Ви можете використовувати тварин, природи, чарівних або казкових персонажів.

3. Інші фактори – творчі «реквізити» та «помічники»

Може бути корисним створити творчий «реквізит» для використання героя/героїні. (наприклад, синій плащ кохання, золота корона захисного світла). Або ви можете використовувати фігуру «помічника», яка радить, підтримує та/або захищає героя/героїню. (наприклад, ангел-охоронець,

хрещена фея, «сестричка в кущах») Ці «реквізити» та «помічники» іноді можуть використовуватися дитиною у своєму житті. (наприклад, ми можемо навчити дітей зміцнюватися проти страху тощо, уявляючи навколо себе «золотий вінець захисного світла», або прислухатися до власного «мудрого внутрішнього голосу».)

4. Лиходії та перешкоди

Визначте лиходіїв чи перешкоди, які викликають кризу/спокусу/погане відчуття тощо.

5. Паралельні навчальні ситуації

Розглянемо деякі паралельні навчальні ситуації, в яких головний герой був/може досягти успіху у своїх діях. Пам'ятайте, що ситуація не повинна бути буквальним переказом ситуації, яку вже пережила дитина, а щось із подібними елементами. Наприклад, персонаж, який знаходить сміливість виконати нове завдання, а не точне завдання, як образ метелика, що виходить із скляного будиночка, щоб піти у великий сад, як образ для дитини, яка йде першою до школи.

6. Криза

Подумайте про кризу чи проблему, яку головний герой має подолати/розв'язати, використовуючи нові знання, навички та внутрішні ресурси.

7. Урок

Поміркуйте, що дитина має вивчити з ситуації, і структуруйте це в історію. (наприклад, сміливість у подоланні страху, співчуття у спілкуванні з менш здібними друзями, джерело любові невичерпне, одна невдача може призвести до успіху наступного разу)

8. Структура сюжету

Переконайтеся, що ваша історія має вступ, який визначає сцену, дію історії та добре розв'язаний кінець. Еквівалент казки «Одного разу…. Усі вони жили довго і щасливо». Також виберіть відповідну сюжетну лінію… Один день із життя… Завдання…. Подорож і повернення… і так далі.

Написання оповідання

Враховуйте всі вищезазначені інгредієнти, щоб створити простий, але цікавий сюжет із швидким, задовольняючим, підтверджуючим фіналом.

Пам'ятайте:

1. З'ясуйте ситуацію через сприйняття її персонажем. (Думаючи.)

2. Визнайте почуття в персонажі та те, як він/вона впорався з ними.

3. Розширте можливості персонажа, досліджуючи можливості дій у кризі, враховуючи спокуси, перешкоди, моральний вибір. Змоделюйте поведінку, яку дитина має відчути.

4. Підтвердьте нову поведінку, дозволивши персонажу відчувати добрі почуття з приводу його/її досягнення.

5. Подяка/Святкування. Переконайтеся, що особлива цінність головного героя також визнається іншими персонажами історії.

Розповідь історії

Як ми вже згадували, спробуйте розповісти свою історію іншому розумному дорослому, перш ніж розповісти історію дитині, просто щоб переконатися, що ваші зображення не надто сильні чи не надто «завантажені» змістом. Намагайтеся розповісти свою історію м'яко, але по суті, без зайвих вкладень у її наслідки. Будьте чуйними до того, як дитина це сприймає. Пам'ятайте, зцілення дітей за допомогою терапевтичних розповідей: перша чверть зцілення відбувається у визнанні проблеми. Друга чверть проходить у роз'ясненні та опрацюванні характеру проблеми. Третя чверть зцілення відбувається у створенні історії, що стосується проблеми. Остання чверть зцілення відбувається в розповіді з дитиною.

З'ясовуючи проблему та працюючи з нею, ми часто краще розуміємо своїх дітей і змінюємо з ними власну поведінку, що само по собі приносить зміни. Але є також щось, що відбувається на несвідомому рівні, уві сні чи якимось іншим невизначеним чином — це магія історій.

Керівництво по написанню соціальних історій

1. Визначити поведінку, яка потребує втручання або визначити ситуацію, яку ви б хотіли висвітлити в соціальній історії (актуальна тема)
2. Визначення цільових соціальних навичок (які навички треба сформувати)
3. Визначення бажаної і / або небажаної моделі поведінки (як дитина повинна поводитися, а як ні)
4. Створення соціальної історії (батьки або вчитель пишуть розповідь від першої особи, у теперішньому чи майбутньому часі на рівні розуміння дитини). Використовуються описові (*Я їду в автобусі до школи*) і директивні – що конкретно треба робити (*Я можу надіти навушники та слухати музику, коли відчуваю себе засмученим в автобусі*) речення.
5. Вибір додаткових допоміжних матеріалів (візуальні підказки – фотографії, малюнки, аудіовізуальні підказки – відеоролики)
6. Відпрацювання цільових соціальних навичок (читати соціальні історії слід в різних, але подібних ситуаціях, де описані соціальні навички будуть корисними, наприклад, історію про алкоголь слід читати не лише перед вечіркою в реабілітаційному центрі, а й перед сімейним святом)

3.5 ВПРАВИ НА РЕЛАКСАЦІЮ (R. J. Shephard)

Ці вправи допомагають зосередитися на теперішньому моменті, тим самим знижуючи рівень стресу, відчуття тривоги та пригніченості.

1. Опустіть руки у воду. Зосередьтеся на своїх відчуттях температури води. Що відчувають кінчики ваших пальців? Долоні? Чи однакові ці відчуття на лівій та правій руці? Спочатку використовуйте теплу воду, потім холодну. Далі спробуйте спочатку холодну воду, а потім теплу. Чи відрізняється перехід з холодної води на теплу і з теплої на холодну?

2. Доторкніться до предметів навколо себе. Речі, яких ви торкаєтеся, м'які чи тверді? Важкі чи легкі? Теплі чи холодні? Зосередьтеся на текстурі та кольорі кожної частини предмета. Подумайте про складні кольори, такі як

малиновий, бордовий, індиго або бірюзовий, а не просто про червоний або синій.

3. Глибоко вдихніть. Повільно вдихніть, потім видихніть. Відчуйте, як кожен вдих наповнює ваші легені, і зафіксуйте, як ви виштовхуєте повітря назад на видиху.

4. Насолоджуйтесь їжею чи напоєм. Їжте невеликими шматочками та пийте невеликими ковтками їжу чи напій, які вам подобаються. Дозвольте собі отримати задоволення від процесу. Подумайте про те, які вони на смак і запах, а також про післясмак, який вони у вас залишають.

5. Зробіть невелику прогулянку. Зосередьтесь на своїх кроках — ви навіть можете їх порахувати. Зверніть увагу на ритм ваших кроків і відчуття, коли ви ставите ногу на землю, а потім знову піднімаєте її.

6. Потримайте шматочок льоду. Яке відчуття спочатку? Скільки часу потрібно, щоб лід почав танути? Як змінюється ваші відчуття, коли лід починає танути?

7. Насолоджуйтесь ароматом. Чи є аромат, який вас приваблює? Це може бути чашка чаю, трава або спеція, улюблене мило, парфуми або ароматична свічка. Повільно і глибоко вдихніть аромат і спробуйте відзначити його якості (солодкий, пряний, гострий, цитрусовий тощо).

8. Рухайтесь. Зробіть кілька фізичних вправ. Ви можете спробувати стрибки вгору і вниз, біг на місці або розтягування різних груп м'язів по черзі. Зверніть увагу на те, що відчуває ваше тіло при кожному русі, коли ваші руки або ноги торкаються підлоги або рухаються у повітрі. Як відчувається підлога до ваших ніг і рук?

9. Прислухайтеся до свого оточення. Приділіть кілька хвилин, щоб прислухатися до шуму навколо вас. Чуєте спів птахів? Собаки гавкають? Якщо ви чуєте, як люди розмовляють, то що вони зараз кажуть?

10. Відчуйте своє тіло. Ви можете робити це сидячи або стоячи. Зосередьтеся на тому, як почувається ваше тіло від ніг до голови, помічаючи кожну частину. Ви відчуваєте своє волосся на плечах чи лобі? Окуляри на вухах чи на носі? Як відчувається ваш одяг? Чи тисне він вам? Ви відчуваєте биття свого серця? Ваше серце б'ється швидко чи стабільно? Ваш шлунок переповнений, чи ви голодні? У вас схрещені ноги чи стопи впираються в підлогу? Ваша спина пряма? Зігніть пальці і поворушіть пальцями ніг, ви босоніж чи у взутті? Як відчувається підлога вашими ногами?

11. Спробуйте метод 5-4-3-2-1. Використовуйте свої органи чуття, щоб перерахувати речі, які ви помічаєте навколо себе. Наприклад, ви можете почати з переліку п'яти речей, які ви чуєте, потім чотирьох речей, які ви бачите, потім трьох речей, яких ви можете доторкнутися з місця, де ви сидите, двох речей, які ви можете понюхати, і однієї речі, яку ви можете відчути на смак. Намагайтесь помітити дрібниці, на які ви не завжди звертаєте увагу, наприклад, колір плям на килимі або гудіння комп'ютера.

12. Пограйте у гру на пам'ять. Подивіться на фотографію або малюнок (наприклад, міський пейзаж чи іншу насичену подіями сцену) протягом 5–10 секунд. Потім переверніть фотографію лицьовою стороною донизу і відтворіть

її в уяві якомога детальніше. Також ви можете подумки перерахувати все, що ви пам'ятаєте з малюнка.

13. Використовуйте математику та числа. Навіть якщо ви не математик, цифри можуть допомогти вам зосередитися.

Спробуйте: Згадати таблицю множення. Порахувати назад від 1000 Згадати свої крайні витрати в найближчому супермаркеті.

14. Згадайте, що любите поезію. Продекламуйте улюблений вірш чи заспівайте пісню. Якщо ви вимовляєте слова вголос, зосередьтеся на тому як ви вимовляєте кожне слово, якщо відтворюєте вірш подумки, уявіть кожне слово таким, яким ви бачите його на сторінці книги.

15. Примусьте себе сміятися. Придумайте безглуздий жарт – найкраще про банальні речі, які, на перший погляд, здаються несмішними. Ви також можете розсмішити себе, подивившись улюблене смішне відео про тварин, телешоу, яке вам подобається, або будь-що інше, що змусить вас сміятися.

16. Використовуйте заземлюючу фразу. Це може бути щось на кшталт: Я [ваше ім'я]. Мені [ ] років. Я живу в місті [ ]. Київ - столиця України. Сьогодні [ ] день тижня. Ще один день, який наближає нашу Перемогу.

17. Візуалізуйте повсякденну справу. Наприклад, якщо вам подобається прати білизну, подумайте про те, як ви будете це робити: в машинці чи руками, якого кольору ваш пральний порошок, який одяг ви візьмете першим, як будете його сушити, в якій послідовності вішати на сушарці. «Одяг виходить із сушарки теплим. Вони м'які і трохи жорсткі водночас. У кошику вони відчувають легкість, хоча й пересипаються зверху. Я розкладаю їх по ліжку, щоб вони не пом'ялися. Спочатку я складаю рушники, витрушую їх перед тим, як складати навпіл, потім на третину» тощо.

18. Опишіть спільне завдання. Подумайте про діяльність, яку ви часто робите або можете робити дуже добре, наприклад, приготування кави, замикання офісу або налаштування гітари. Пройдіть цей процес крок за кроком, ніби ви даєте комусь іншому інструкції, як це зробити.

19. Уявіть голос або обличчя людини, яку ви любите. Якщо ви засмучені, уявіть людей, які приносять вам радість. Уявіть їхнє обличчя або подумайте, як звучить їхній голос. Уявіть, що вони кажуть вам, що цей момент важкий, але ви його переживете.

20. Практикуйте доброту до себе. Повторюйте про себе заспокійливі фрази: «У мене важкі часи, але я впораюся». «Я сильний, і я зможу це витримати». «Я дуже стараюся, і роблю все можливе в моїй ситуації». Скажіть це вголос або подумки стільки разів, скільки вам потрібно.

21. Поспілкуйтесь з домашніми тваринами. Якщо ви вдома і у вас є домашня тварина, посидьте з нею кілька хвилин. Якщо вона пухнаста, погладьте її, зосередившись на тому, як ви відчуваєте її хутро, чуєте її муркотіння, писк, прислухайтесь до мови тварини. Не вдома? Подумайте про вашого домашнього улюбленця або про те, як він втішав би вас, якби був поруч.

22. Візуалізуйте своє улюблене місце. Подумайте про своє улюблене місце, будь то дім коханої людини чи місце, де вам було затишно. Подумайте

про кольори, які ви бачите, звуки, які ви чуєте, і відчуття, які ви відчуваєте на своїй шкірі. Згадайте, коли ви там востаннє були. З ким? Що ви там робили? Якими були ваші відчуття тоді, а якими є зараз?

23. Доторкніться до чогось приємного. Це може бути ваша улюблена ковдра, улюблена футболка, гладкий камінь, м'який килим або все, що приємно на дотик. Подумайте, як це відчувається під пальцями або в руці. Якщо у вас є улюблений светр, шарф або пара шкарпеток, одягніть їх і подумайте про відчуття тканини на вашій шкірі.

24. Перелічіть речі, які приносять вам радість. Напишіть або подумки перерахуйте чотири-п'ять речей у вашому житті, які приносять вам радість, коротко уявивши кожну з них.

25. Слухайте музику. Включіть свою улюблену пісню, але уявіть, що слухаєте її вперше. Зосередьтеся на мелодії та тексті (якщо такі є). Пісня викликає у вас якісь фізичні відчуття? Зверніть увагу на частини, які найбільше викликають реакцій.

ТЕМИ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ОПРАЦЮВАННЯ ТА САМОКОНРОЛЮ. ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

1. Основні особливості екстремальних ситуацій
2. Екстрена психологічна допомога при гострій реакції на стрес.
3. Визначення поняття норми та з'ясування природи відхилень у поведінці і розвитку особистості
4. Етичні та соціальні аспекти тестування
5. Особливості обстеження психотравмованого клієнта у клінічному інтерв'ю. Психоедукація
6. Природа та профілактика психоемоційного вигорання і професійної деформації психолога.
7. Надання консультативної допомоги особистості у життєвому самовизначенні
8. Навчання прийомам саморегуляції психоемоційних станів та способам ефективної поведінки в різних життєвих ситуаціях, методам самоконтролю.
9. Когнітивне та емоційне опрацювання. Посилення ідентичності та покращення міжособистісного функціонування
10. Майндфулнес при травмотерапії
11. Диференціація понять стрес травматичний стрес посттравматичний стрес.
12. Діагностичні критерії ПТСР в класифікаціях психічних і поведінкових розладів: критерії ПТСР за МКХ-10, ВОЗ та DSM-5.
13. Концепція прив'язаності. Побудова і розрив емоційних зв'язків, втрата об'єкту, фази переживання скорботи
14. Основні методи психологічної допомоги особам, схильним до деструктивного переживання стресу
15. Соціально-психологічна реадаптація особистості в генезі стресових подій

1) Опрацюйте роботу Дж. Боулбі «Побудова та розрив емоційних зв'язків» та законспектуйте основні положення

2) На підставі наведеного нижче прикладу опишіть типи травматичних ситуацій і наведіть конкретні випадки із життя. Складіть проект психологічної допомоги.

Типи травматичних ситуацій

1. Короткострокова, несподівана травматична подія. Одиничний вплив, що несе загрозу, перевершує можливості індивіда і потребує механізмів подолання.

2. Постійний і повторюється вплив травматичної стресора — серійна травматизація або пролонгована травматична подія.

Приклади: повторюване фізичне або сексуальне насильство, бойові дії.

3) У роботі з жертвами сексуального насильства і зловживання використовуються наступні варіанти турботи про себе: фізична, психологічна, емоційна, професійна. На підставі вищенаведеного прикладу турботи про себе на фізичному рівні, розробіть в трійках варіанти турботи на психологічному, емоційному, професійному рівнях. Наприклад:

- Я регулярно виконую комплекс фізичних вправ
- Я регулярно проходжу профілактичний медичний огляд
- Я отримую медичне лікування, коли це необхідно
- Я сплю достатньо
- Я їжджу в одноденні поїздки
- Я іноді не відповідаю на телефонні дзвінки

4) Наведіть результати дослідження за опитувальником PCL-5. Дайте психологічну характеристику досліджуваного. Визначте напрямки консультативної роботи.

5) Наведіть приклад профілю особистості за результатами дослідження за методикою Посттравматичного зростання. Проаналізуйте результати дослідження. Визначте напрямки консультативної роботи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Література до 1.1:

Панок В. Г. Психологічні дослідження в умовах війни: проблеми і завдання. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*. 2023. № 5(1). С. 1-12.

Панок В.Г. Прикладна психологія у педагогічній практиці України. *Психологія і суспільство*. 2017. № 4. С. 94-108.

Aldao A., Nolen-Hoeksema S., Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2010. Vol. 30(2). P. 217-237.

Antonovsky A. Health, Stress, and Coping. San Fransisco: Jossey-Bass, 1979. 200 p.

Bakker M. H., Kerstholt J. H., Giebels E. Deciding to help: Effects of risk and crisis communication. *Journal of contingencies and crisis management*. 2018. Vol. 26(1). P. 113-126.

Bargh J. A., Williams L. E. The nonconscious regulation of emotion. *Handbook of emotion regulation*. 2007. Vol. 1. P. 429-445.

Basowitz H. The judgment of ambiguous stimuli as an index of cognitive functioning in aging. *Journal of Personality*. 1956. Vol. 25. P. 81-95.

Basowitz H., Persky H., Korchin Sh., Grinker R. Anxiety and stress: an interdisciplinary study of a life situation. NewYork: McGrow-Hill, 1955. 243 p.

Berger S. A. The Five Ways We Grieve: Finding Your Personal Path to Healing After the Loss of a Loved One. Boston : Shambhala Publications, Inc, 2009. 300 p.

Berkowitz L. Frustrations, appraisals, and aversively stimulated aggression. *Aggressive Behavior*. 1988. Vol.14. P. 3-11.

Brett E. A. Psychoanalytic contributions to a theory of traumatic stress. *International handbook of traumatic stress syndromes*. 1993. P. 61-68.

Cohen S., Gianaros P. J., Manuck S. B. A stage model of stress and disease. *Perspectives on Psychological Science*. 2016. Vol. 11(4). P. 456-463.

Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983. P. 385-396.

Cox T. A Transactional approach to occupational stress. Corlett and J. Richardson (Eds.), Stress, Work Design and Productivity. Chichester : Wiley & Sons, 1981. 300 p.

DeLongis A. C.Coyne J., Dakof G., Folkman S., Lazarus R.S. Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*. 1982. Vol. 1. P. 119-136

Dohrenwend B.P. The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*. 2000. Vol. 41. P. 1-19.

Duncan B. The Founder of Common Factors: A conversation with Saul Rosenzweig. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2002. T. 12. P. 10–31.

Fischer P., Greitemeyer T., Pollozek F., Frey D. The unresponsive bystander: Are bystanders more responsive in dangerous emergencies?. *European journal of social psychology*. 2006. Vol. 36(2). P. 267-278.

Gao J., Alas R. The impact of crisis on enterprise life-cycle. *Problems and Perspectives in Management*. 2010. Vol. 8, Iss. 2. P. 9-20.

Gianaros P. J., Wager T. D. Brain-body pathways linking psychological stress and physical health. *Current directions in psychological science*. 2015. Vol. 24(4). P. 313-321.

Grinker R. R., Spiegel J. P. Men Under Stress. *AJN The American Journal of Nursing*, 1945. Vol. 45(10). P. 875-884.

Gross J. J. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*. 2015. Vol. 26(1). P. 1-26.

Gross H., Stockwell V. O., Henkels M. D., Nowak-Thompson B., Loper J. E., Gerwick W. H. The genomisotopic approach: a systematic method to isolate products of orphan biosynthetic gene clusters. *Chemistry & biology*. 2007. Vol. 14(1). P. 53-63.

Hart H., Rubia K. Neuroimaging of child abuse: a critical review. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2012. Vol. 6. P. 52-52.

Hatzenbuehler M.L. How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*. 2009. Vol.135. P. 707-730

Holmes T.H., Rahe R.H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967. Vol. 11. P. 213-218

Janus L. Psychoanalysis and stress. In *Perspectives on Stress and Stress-Related Topics*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. 1987. P. 179-190

Kanner A.D., Coyne J.C., Schaefer C., Lazarus R. S. Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*. 1981. Vol. 4. P. 1-39.

Karasek R., Baker D., Marxer F., Ahlbom A., Theorell T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American journal of public health*. 1981. Vol. 71(7). P. 694-705.

Kievik M., Gutteling J. M. Yes, we can: motivate Dutch citizens to engage in self-protective behavior with regard to flood risks. *Natural hazards*. 2011. Vol. 59. P. 1475-1490.

Krantz D. S., Manuck S. B. Acute psychophysiologic reactivity and risk of cardiovascular disease: a review and methodologic critique. *Psychological bulletin*. 1984. Vol. 96(3). P. 435-464.

Kübler-Ross E. On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss. Simon & Schuster Ltd, 2005. 256 p.

Lazarus R. S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*. 1993. Vol. 44(1). P. 1-22.

Lazarus R.S. Psychological Stress and the Coping Process. New York: McGraw-Hill, 1966. 320 p.

Landreville P., Vezina J. A comparison between daily hassles and major life events as correlates of well-being in older adults. *Canadian Journal on Aging*. 1992. Vol. 11, N 2. P. 137-149

Lee L.Sequences in Separation: A Framework for Investigating Endings of the Personal (Romantic) Relationship. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1984. Vol. 1. P. 49-73

Lindemann E. Symtomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*. 1944. Vol. 101 (2). P. 141–148

Maier N.R.B. Frustration theory: restatement and extension. Psychological review. 1956. Vol. 63 (№ 6). P. 370–388.

Masuda M., Holmes T. H. Life events: Perceptions and frequencies. *Psychosomatic medicine*. 1978. Vol. 40(3). P. 236-261.

McEwen B. S. Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York academy of sciences*. 1998. Vol. 840(1). P. 33-44.

Mechanic D. Students Under Stress: A Study in the Social Psychology of Adaptation.New York: The Free Press, 1962. 231 p.

Meyer I.H. Prejudice and discrimination as social stressors. In I. H. Meyer and M.E. Northridge (Eds.), The Health of Sexual Minorities. Washington, DC: APA, 2007. 310 p.

Miller N.E. The frustration-aggression hypothesis. *Psychological Review*. 1941. Vol.48. P. 337-342.

Muscatell K. A., Eisenberger N. I. A social neuroscience perspective on stress and health. *Social and personality psychology compass*. 2012. Vol. 6(12). P. 890-904.

Park C.L., Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. Review of General Psychology. 1997. Vol.2. P. 115-144.

Paul O. Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia. *British Heart Journal*. 1987. Vol. 58 (4). P. 306–315

Parkes C.M. Psychosocial transition: Comparison between reactions to loss of a limb and loss of a spouse. *British Journal of Psychiatry*. 1975. Vol. 127. P. 204-210.

Paykel E. S., Prusoff B. A., Uhlenhuth E. H. Scaling of life events. *Archives of general psychiatry*. 1971. Vol. 25(4). P. 340-347.

Penner L. A., Dovidio J. F., Piliavin J. A., Schroeder D. A. Prosocial behavior: Multilevel perspectives. *Annu. Rev. Psychol.* 2005. Vol. 56. P. 365-392.

Peterson C., Seligman M. Character Strengths and Virtues. A Handbook and Classification. N.Y.: Oxford University Press, 2004. 480 p.

Puterman E., Weiss J., Hives B. A., Gemmill A., Karasek D., Mendes W. B., Rehkopf D. H. Predicting mortality from 57 economic, behavioral, social, and psychological factors. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2020. Vol. 117(28). P. 16273-16282.

Rosenstock I.M. The health belief model and preventative behavior. *Health education monographs*. 1974. Vol. 2. P. 354 – 386.

Sarason I. G., Johnson J. H., Siegel J. M. Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1978. Vol. 46(5). P. 932-943.

Seeger M. W. Best practices in crisis communication: An expert panel process. *Journal of applied communication research*. 2006. Vol. 34(3). P. 232-244.

Selye H. Endocrine reactions during stress. *Anesthesia & Analgesia*. 1956. Vol. 35(3). P. 182-193.

Selye H. Stress and disease. *Science*. 1955. Vol. 122. P. 625–631

Schkade J.K., Schultz S. Perspectives in Human Occupation. Ch. Brasic Royeen (eds), Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, MD, 2003. P. 181-221.

Wertheimer E., Casper M. J. Within Trauma: An Introduction. In *Critical trauma studies*. New York University Press. 2016. P. 1-16.

Wolff H. G. Stress and Desease. 2nd ed. Springfield, Ш: Charles C Tomas 1968. 200 p.

Worden W. Grief Counseling and Grief Therapy, Fourth Edition: A Handbook for the Mental Health Practitioner. Springer Publishing Company, 2008. 328 p.

Wright C. Lacan on trauma and causality: A psychoanalytic critique of post-traumatic stress/growth. *Journal of Medical Humanities*. 2021. Vol. 42. P. 235-244.

Література до 1.2:

Зливков В.Л., Лукомська С.О. Психологічні аспекти організації системи реабілітації військових, що повернулися із зони АТО. *Теоретичні і прикладні проблеми психології. Збірник наукових праць*. 2015. №4 (38). С. 177–184.

Зливков В., Лукомська С. Нариси з історії становлення мілітарної ідентичності українців: монографія. Київ.-Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2023. 140 с.

Лукомська С.О. Світові тенденції розвитку медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій Медична психологія: здобутки, розвиток і перспективи. Матеріали Четвертої міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 22-24 жовтня 2015 р.) / За наук. ред. С.Д. Максименка, Б.С.Божука, К.С. Максименко, Т.А. Тамакової. 2015. С. 45–46.

Andersen I., Poudyal B., Abeypala A., Uriarte C., Rossi R. Mental health and psychosocial support for families of missing persons in Sri Lanka: A retrospective cohort study. *Conflict and health*. 2020. Vol. 14. P. 1-15.

Andersen J., Silver R. C. Health Effects of Traumatic Events. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*. 2020. P. 255-260.

Archibald H. C., Tuddenham R. D. Persistent stress reaction after combat: A 20-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*. 1965. Vol. 12(5). P. 475-481.

Arenliu A., Shala-Kastrati F., Berisha Avdiu V., Landsman M. Posttraumatic growth among family members with missing persons from war in Kosovo: Association with social support and community involvement. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2019. Vol. 80(1). P. 35-48.

Bertuccio R. F., Runion M. C. Considering grief in mental health outcomes of COVID-19. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*. 2020. Vol. 12(S1). P. 87-89.

Beierl E. T., Böllinghaus I., Clark D. M., Glucksman E., Ehlers A. Cognitive paths from trauma to posttraumatic stress disorder: A prospective study of Ehlers and Clark's model in survivors of assaults or road traffic collisions. *Psychological medicine*. 2020. Vol. 50(13). P. 2172-2181.

Boss P., Robins S. Names without bodies and bodies without names: Ambiguous loss and closure after enforced disappearance. In *Psychoanalytic, Psychosocial, and Human Rights Perspectives on Enforced Disappearance*. 2023. P. 232-246. Routledge.

Breen L. J. Grief loss and the COVID-19 pandemic. *Australian journal of general practice*. 2020. Vol. 49. P. 1-2.

Bridgland V. M., Moeck E. K., Green D. M., Swain T. L. Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor. *PloS one*. 2021. Vol. 16(1), e0240146.

Bryant R. A. Post- traumatic stress disorder: a state- of- the- art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18(3). P. 259-269.

Bui E. Grief: from normal to pathological reactions. *Clinical handbook of bereavement and grief reactions*. 2018. P. 85-101.

Cacciatore J., Frances A. Prolonged grief disorder–Authors' reply. *The Lancet Psychiatry*. 2022. Vol. 9(9). P. 697-704.

Carr B. M. Strategies for Virtual Bereavement Care. *Journal of Christian Nursing*. 2023. Vol. 40(3). P. 154-161.

Carnelley K. B., Janoff-Bulman R. Optimism about love relationships: General vs specific lessons from one's personal experiences. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1992. Vol. 9(1). P. 5-20.

Čartolovni A., Stolt M., Scott P. A., Suhonen R. Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. *Nursing ethics*. 2021. Vol. 28(5). P. 590-602.

Clary K. M., Shaffer P. M., Gaba A., Pinals D. A., Smelson D. Comparing the treatment needs of participants with co-occurring mental health and substance use disorders in drug and veterans treatment courts. *Journal of Substance Use*. 2020. Vol. 25(3). P. 277-283.

Contractor A. A., Weiss N. H., Natesan Batley P., Elhai J. D. Clusters of trauma types as measured by the Life Events Checklist for DSM–5. *International journal of stress management*, 2020. Vol. 27(4). P. 380.

Contractor A. A., Messman B., Gould P., Slavish D. C., Weiss N. H. Impacts of repeated retrieval of positive and neutral memories on posttrauma health: An investigative pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2023. Vol. 10. P. 1887-1889.

Creamer M., Burgess P., McFarlane A. C. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological medicine*. 2001. Vol. 31(7). P. 1237-1247.

Cruwys T., Haslam C., Haslam S. A., Dingle G. A. Misery loves company: Predictors of treatment response to a loneliness intervention. *Psychotherapy Research*. 2023. Vol. 33(5). P. 608-624.

Eisma M. C., Tamminga A. Grief before and during the COVID-19 pandemic: Multiple group comparisons. *Journal of pain and symptom management*. 2020. Vol. 60(6). P. e1-e4.

Foa E. B., Steketee G., Rothbaum B. O. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior therapy*. 1989. Vol. 20(2). P. 155-176.

Forkus S. R., Contractor A. A., Raudales A. M., Weiss N. H. The influence of trauma-related shame on the associations between posttraumatic symptoms and impulsivity facets. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*. 2023. Vol. 15(4). P. 576-587.

Griffin B. J., Purcell N., Burkman K., Litz B. T., Bryan C. J., Schmitz M., ... Maguen S. Moral injury: An integrative review. *Journal of traumatic stress*. 2019. Vol. 32(3). P. 350-362.

Haslam C., Haslam S. A., Jetten J., Cruwys T., Steffens N. K. Life change, social identity, and health. *Annual Review of Psychology*. 2021. Vol. 72. P. 635-661.

Hendin H., Haas A. P., Singer P., Houghton W., Schwartz M., Wallen V. The reliving experience in Vietman veterans with posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 1984. Vol. 25(2). P. 165-173.

Hilberdink C. E., Ghainder K., Dubanchet A., Hinton D., Djelantik A. M. J., Hall B. J., Bui E. Bereavement issues and prolonged grief disorder: A global perspective. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*. 2023. Vol. 10. P. 32-47.

Hogan N. S., Schmidt L. A. Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death studies*. 2002. Vol. 26(8). P. 615-634.

Horesh D., Solomon Z., Zerach G., Ein-Dor T. Delayed-onset PTSD among war veterans: the role of life events throughout the life cycle. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2011. Vol. 46(9). P. 863-870

Hoppen T. H., Priebe S., Vetter I., Morina N. Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: a systematic review and meta-analysis. *BMJ global health*. 2021. Vol. 6(7). e006303.

Hoge C. W., McGurk D., Thomas J. L. Mild traumatic brain injury in US soldiers returning from Iraq. *New England journal of medicine*. 2008. Vol. 358(5). P. 453-463.

Horesh D., Solomon Z., Ein- Dor T. Delayed- onset PTSD after combat: The role of social resources. *Journal of Community Psychology*. 2013. Vol. 41(5). P. 532-548.

Kamalmanesh A., Maredpour A. Evaluation of post-traumatic stress disorder among war survivors. *Health Research Journal*. 2017. Vol. 2(2). P. 87-98.

Lee S. A., Neimeyer R. A. Pandemic Grief Scale: A screening tool for dysfunctional grief due to a COVID-19 loss. *Death Studies*. 2022. Vol. 46(1). P. 14-24.

Lim I. C. Z., Tam W. W., Chudzicka-Czupała A., McIntyre R. S., Teopiz K. M., Ho R. C., Ho C. S. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war-and conflict-afflicted areas: A meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*. 2022. Vol. 13, 978703.

Litz B. T., Stein N., Delaney E., Lebowitz L., Nash W. P., Silva C., Maguen S. Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical psychology review*. 2009. Vol. 29(8). P. 695-706.

Lyons V. H., Adhia A., Asa N., Cunningham R. M., Rowhani-Rahbar A., Rivara F. P. Adult help seeking behaviors following firearm-related IPV and threats to a child: Results of a national survey. *Journal of family violence*. 2023. Vol. 38(5). P. 775-790.

McCann I. L., Pearlman L. A. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*. 1990. Vol. 3. P. 131-149.

Menzies, R. E., Menzies R. G. Death anxiety in the time of COVID-19: Theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2020. P. 13-24.

Mu W., Narine K., Farris S., Lieblich S., Zang Y., Bredemeier K. Trauma-related cognitions predict treatment response in smokers with PTSD: Evidence from cross-lagged panel analyses. *Addictive Behaviors*. 2020. Vol. 108, 106376.

Muldoon O. T., Trew K. Children's experience and adjustment to political conflict in Northern Ireland. *Peace and Conflict: The Journal of Peace Psychology*. 2000. Vol. 6(2). P. 157-176.

Neimeyer R. A. Lee S. A. Circumstances of the death and associated risk factors for severity and impairment of COVID-19 grief. *Death Studies*. 2021. P. 1-9.

Pearce C., Honey J. R., Lovick R., Creamer N. Z., Henry C. 'A silent epidemic of grief': a survey of bereavement care provision in the UK and Ireland during the COVID-19 pandemic. *BMJ open*. 2021. Vol. 11(3). P. e046872.

Pompili M., Sher L., Serafini G., Forte A., Innamorati M., Dominici G., ... Girardi P. Posttraumatic stress disorder and suicide risk among veterans: A literature review. *The Journal of nervous and mental disease*. 2013. Vol. 201(9). P. 802-812.

Pyszczynski T., Lockett M., Greenberg J., Solomon S. Terror management theory and the COVID-19 pandemic. *Journal of Humanistic Psychology*. 2021. Vol. 61(2). P. 173-189.

Ramaci T., Barattucci M., Ledda C., Rapisarda V. Social stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. *Sustainability*. 2020. Vol. 12(9). P. 34-38.

Robinaugh D. J., McNally R. J. Autobiographical memory for shame or guilt provoking events: Association with psychological symptoms. *Behaviour research and therapy*. 2010. Vol. 48(7). P. 646-652.

Rosen A., Cahill J. M., Dugdale L. S. Moral injury in health care: identification and repair in the COVID-19 era. *Journal of General Internal Medicine*. 2022. Vol. 37(14). P. 3739-3743.

Simpson J. E., Landers A. L., Hawk S. W. Longing to belong: the ambiguous loss of indigenous fostered/adopted individuals. *Child Abuse & Neglect*. 2024. Vol. 148. P. 106-116.

Spears R. Social influence and group identity. *Annual review of psychology*. 2021. Vol. 72. P. 367-390.

Stefanovics E. A., Potenza M. N., Tsai J., Nichter B., Pietrzak R. H. Sex-specific risk and resilience correlates of suicidal ideation in US military veterans. *Journal of affective disorders*. 2023. Vol. 328. P. 303-311.

Stroebe M., Schut H. Bereavement in Times of COVID-19: A Review and Theoretical Framework. *Omega*. 2020. Vol. 82(3). P. 500-522.

Thieleman K., Cacciatore J. The DSM-5 and the bereavement exclusion: A call for critical evaluation. *Social Work*. 2013. Vol. 58(3). P. 277-280.

Vazquez C., Valiente C., García F. E., Contreras A., Peinado V., Trucharte, A., Bentall R. P. Post-traumatic growth and stress-related responses during the COVID-19 pandemic in a national representative sample: The role of positive core beliefs about the world and others. *Journal of happiness studies*. 2021. P. 1-21.

Wakefield J. C. Should prolonged grief be reclassified as a mental disorder in DSM-5?: reconsidering the empirical and conceptual arguments for complicated grief disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 2012. Vol. 200(6). P. 499-511.

Wallace C. L., Wladkowski S. P., Gibson A., White P. Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of pain and symptom management*. 2020. Vol. 60(1). P. e70-e76.

Weiss S. J., Simeonova D. I., Koleva H., Muzik M., Clark K. D., Ozerdem A., ... Ammerman R. T. Potential paths to suicidal ideation and suicide attempts among high-risk women. *Journal of psychiatric research*. 2022. Vol. 155. P. 493-500.

Williams J., Gonzalez-Medina D. Infectious diseases and social stigma. *Applied Innovations and Technologies*. 2011. Vol. 4(1). P. 58-70.

Williams K. D. Ostracism. *Annu. Rev. Psychol.* 2007. Vol. 58. P. 425-452.

Zhai Y., Du X. Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, behavior, and immunity*. 2020, Vol. 87. P. 80-81.

Zisook S., Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2009. Vol. 8(2). P. 67–74.

Література до 1.3:

Беспалько А. О., Сафін О. Д. Відновлення особистісних копінг-ресурсів комбатантів на етапі психологічної декомпресії. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія. Том ІІ. / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. НУЦЗУ. Харків: ФОП Панов А.М., 2022. С. 193-224.

Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 2016. 246 с.

Данилюк І., Богучарова О. Вплив травмувального досвіду загрози життя на особистісний розвиток українців. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2023. № 2(18). С. 47–55.

Данилюк І., Предко В., Бондар М. Особливості прояву рівня життєстійкості залежно від домінуючих копінг-стратегій особистості. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2023. № 1 (17). С. 30–35.

Карамушка Л. Відмінності копінг-стратегій менеджерів та працівників організацій в умовах війни та їхній зв'язок з психічним здоров'ям. *Київський журнал сучасної психології та психотерапії*. 2023. № 1(5). С. 24-32.

Карамушка Л. М., Креденцер О. В., Терещенко К. В. Суб'єктивне благополуччя освітнього персоналу в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2023. № 30 (4). С. 23-33.

Карамушка Л. М., Карамушка Т. В. Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 2 (26). С. 48-59.

Католик Г. В. Техногенні катастрофи: психологічна допомога очевидцям, та постраждалим: Наук.- Метод. Зб.. 2-ге вид., допов. Львів : Червона калина, 2003. 124 с.

Келлер В. Вплив часової перспективи та особистісних рис на психологічне благополуччя українських біженців у Європі . *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2023. № 2(18). С. 70–77.

Кокун О. М. Захисний потенціал професійної життєстійкості фахівців при впливі стресових чинників воєнного часу. *Методи та засоби психологічної допомоги постраждалим у подоланні ПТСР: тези доповідей науково-практичної конференції, 30 вересня 2023 р. Київ-Біла Церква: Інститут психології імені ГС Костюка НАПН України, 2023. 268 с.*,

Кузікова С. Б., Зливков В. Л., Лукомська С. О. Інтеграція сучасних психологічних підходів до роботи з травмами війни. *Теоретичні і прикладні проблеми психології. Збірник наукових праць*. 2022. № 1(57) 2022 Том 1 Сєвєродонецьк 2022 : Видавництво Східноукраїнського національного університету імені В. Даля. С. 87-97

Кузікова С.Б., Зливков В.Л., Лукомська С.О. Особливості травмівного досвіду мешканців деокупованих територій України. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2023. No 9. С. 228–243.

Кузікова С.Б., Щербак Т.І Життєстійкість як адаптаційний ресурс особистості у реальності невизначеності життя. *Слобожанський науковий вісник*. Серія Психологія. 2023. № 2. С. 24-29

Лукомська С.О. Психологія дітей, народжених від окупантів та колаборантів. *Забезпечення психологічної допомоги в секторі безпеки та оборони України: збірник тез доп. II Всеукр. міжвід. психол. форуму* (м. Київ, 30 травня 2023 р.). Київ: ДНДІ МВС України, 2023. С. 119-122

Максименко С. Д.Основні методи дослідження особистості та категорія нужди в сучасній психології: матеріали IVМіжнародної науково-практичної конференції [«Актуальні проблеми розвитку організаційної та економічної психології України»] (Київ-Кам'янець-Подільський, 22-23 травня 2012 р.) / [за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої]. Кам'янець-Подільський:ПП «Медобори-2006», 2012. С. 10-18

Моргун В.Ф., Тітов І.Г. Основи психологічної діагностики. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. 2-е видання. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2012. 464 с.

Осьодло В. І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. № 14 (1). С. 242-252.

Осьодло В., Будагьянц Л. Трансформація потреб та мотивації людини інформаційного суспільства. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. С. 89-97.

Осьодло В. І., Зубовський Д. С. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи. *Український психологічний журнал*. 2017. № 1. С. 63-79.

Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: метод. посіб.; за заг. ред. З. Г. Кісарчук; Нац. акад. пед. Наук України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. Київ: Логос, 2015. 206 с.

Сафін О. Д. Реабілітація та реадаптація учасників бойових дій: психологічний дискурс. *Збірник наукових праць НА ДПСУ. Серія педагогіка та психологія.* 2022. Т. 13. №2. С. 244–263.

Сафін О. Д., Сорока О. М. Психологічні передумови дослідження професійного стресу в особливих умовах діяльності. *Вісник КНУ. Військово–спеціальнінауки.* 2022. №1(45). С. 39–43.

Яценко В., Дарвішов Н. Посттравматичне зростання з перспективи наративного підходу до вивчення особистості. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2023. № 1 (17). С. 96–100.

Anglim J., Horwood S., Smillie L. D., Marrero R. J., Wood J. K. Predicting psychological and subjective well-being from personality: A meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2020, Vol. 146(4). P. 279-289.

Benight C. C., Shoji K., Delahanty D. L. Self- regulation shift theory: A dynamic systems approach to traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*. 2017. Vol. 30(4). P. 333-342.

Brink M. S., Visscher C., Arends S., Zwerver J., Post W. J., Lemmink K. A. Monitoring stress and recovery: new insights for the prevention of injuries and illnesses in elite youth soccer players. *British journal of sports medicine*. 2010. Vol. 44(11). P. 809-815.

Cobb A. R., Tedeschi R. G., Calhoun L. G., Cann A. Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2006. 19(6). P. 895-903.

Den Hartigh R. J., Hill Y. Conceptualizing and measuring psychological resilience: What can we learn from physics?. *New Ideas in Psychology*. 2022. Vol. 66. P. 100934.

Den Hartigh R. J., Meerhoff L. R. A., Van Yperen N. W., Neumann N. D., Brauers J. J., Frencken W. G., ... Brink M. S. Resilience in sports: a multidisciplinary, dynamic, and personalized perspective. *International Review of Sport and Exercise Psychology*. 2022. P. 1-23.

Desmet P., Fokkinga S. Beyond Maslow's pyramid: Introducing a typology of thirteen fundamental needs for human-centered design. *Multimodal technologies and interaction*. 2020. Vol. 4(3). P. 38.

Hill Y., Kiefer A. W., Oudejans R. R., Baetzner A. S., Den Hartigh R. J. Adaptation to stressors: Hormesis as a framework for human performance. *New Ideas in Psychology*. 2024. Vol. 73. P. 101073.

Kiefer A. W., Martin D. T. Phenomics in sport: Can emerging methodology drive advanced insights?. *Frontiers in Network Physiology*. 2022. Vol. 2. P. 106-116.

Luthar S. S., Cicchetti D., Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*. 2000. Vol. 71(3). P. 543-562.

Mahdiani H., Ungar M. Can biomedical and cognitive enhancement increase psychological resilience?. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2021. Vol. 62(3). P. 295.

Mahdiani H., Ungar M. The dark side of resilience. *Adversity and Resilience Science*. 2021. Vol. 2(3). P. 147-155.

Masten A. S., Tyrell F. A., Cicchetti D. Resilience in development: Pathways to multisystem integration. *Development and Psychopathology*. 2023. Vol. 35(5). P. 2103-2112.

Migdal L., MacDonald D. A. Clarifying the relation between spirituality and well-being. *The Journal of nervous and mental disease*. 2013. Vol. 201(4). P. 274-280.

Munoz A., Billsberry J., Ambrosini V. Resilience, robustness, and antifragility: Towards an appreciation of distinct organizational responses to adversity. *International Journal of Management Reviews*. 2022. Vol. 24(2). P. 181-187.

Nasi V. L., Jans L., Steg L. Individual transilience in the face of the COVID-19 pandemic. *Journal of Environmental Psychology*. 2024. Vol. 93. P. 102-108.

Nasi V. L., Jans L., Steg L. Can we do more than "bounce back"? Transilience in the face of climate change risks. *Journal of Environmental Psychology*. 2023. Vol. 86. P. 101-123.

Pięta M., Rzeszutek M. Trajectories of posttraumatic growth and posttraumatic depreciation: A one-year prospective study among people living with HIV. *Plos one*. 2022. Vol. 17(9). P. e0275000.

Pincus D., Metten A. Nonlinear dynamics in biopsychosocial resilience. *Nonlinear dynamics, psychology, and life sciences*. 2010. Vol. 14(4). P. 353.

Ryff C. D., Keyes C. L. M. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*. 1995. Vol. 69(4). P. 719.

Scheffer M., Carpenter S. R., Lenton T. M., Bascompte J., Brock W., Dakos V., ...Vandermeer J. Anticipating critical transitions. *Science*. 2012. Vol. 338(6105). P. 344-348.

Schiepek G., Eckert H., Aas B., Wallot S., Wallot A. *Integrative psychotherapy: A feedback-driven dynamic systems approach*. Hogrefe Publishing GmbH. 2021

Schiepek G., Aichhorn W., Strunk G., Aas B. Real-time monitoring of psychotherapeutic processes: concept and compliance. *Frontiers in psychology*. 2016. Vol. 7. P.180-198.

Taleb N. N., West J. Working with convex responses: Antifragility from finance to oncology. *Entropy*, 2023, Vol. 25(2). P. 343-365.

Tavousi N., Pour Sales H. The role of optimism in the relationship between core self-evaluation and hardiness with life satisfaction. *Contemporary Psychology*. 2018. Vol. 11(2). P. 52-66.

Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Time of change? The spiritual challenges of bereavement and loss. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2006. Vol. 53(1). P. 105-116.

Wojciak A. S., Powers, J., Chan, A. C. Y., Pleggenkuhle, A. L., & Hooper, L. M. ARCCH model of resilience: A flexible multisystemic resilience framework. *International journal of environmental research and public health*. 2022. Vol. 19(7). P. 39-50.

Література до Розділу ІІ

Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях : посібник. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.

Кокун О. М. Психодіагностичні показники рівня психічного здоров'я дорослого населення України після перших місяців війни. *Актуальні проблеми психології*. 2022. № 5. С. 22-33.

Кокун О. М. Опитувальник професійної життєстійкості (українська версія). *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2021. № 1 (1). С. 89-103.

Корольчук М.С., Осьодло В.І. Психодіагностика: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: «Ника-Центр» 2009. 399 с.

Панок В. Г. Практична психологія. Теоретико-методологічні засади розвитку: Монографія. Чернівці: Технодрук, 2010. 486 с.

Amirkhan J. H., Bowers G. K., Logan C. Applying stress theory to higher education: lessons from a study of first-year students. *Studies in Higher Education*. 2020. Vol. 45, No 11. P. 2231-2244.

Berkman L. F., Syme S. L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of Epidemiology*. 1979. Vol. 109, No 2. 186-204.

Chew J., Haase A. M. Psychometric properties of the family resilience assessment scale: A singaporean perspective. *Epilepsy & Behavior*. 2016. Vol. 61, P. 112-119.

Cramer R. J., Montanaro E., VanSickle L. M., Cacace S., Zabelski S., Smith E. L., ... Cunningham C., A. A Psychometric Assessment of the Military Suicide Attitudes Questionnaire (MSAQ). *Psychiatry Research*. 2022. Vol. 317.

Cyr J. J., McKenna-Foley J. M., Peacock E. Factor structure of the SCL-90-R: is there one?. *Journal of personality assessment*. 1985. Vol. 49, No 6. P. 571-578.

Foa E. B., Ehlers A., Clark D. M., Tolin D. F., & Orsillo S. M. The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological assessment*. 1999. Vol.11, No 3. 303 p.

Gierk B., Kohlmann S., Kroenke K., Spangenberg L., Zenger M., Brähler E., Löwe B. The somatic symptom scale–8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA internal medicine.* 2014. Vol. 174, No 3. P. 399-407.

Gross J. J., John O. P. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003. Vol. 85, No 2. P. 348-362.

Hardt J., Gerbershagen H. U., Franke P. The symptom check-list, SCL-90-R: its use and characteristics in chronic pain patients. *European Journal of Pain*. 2000. Vol. 4, No 2. P. 137-148.

Harms C., Pooley J. A., Cohen L. The Protective Factors for Resilience Scale (PFRS): Development of the scale. *Cogent Psychology. 2017. Vol. 4*, No 1. Article ID 1400415.

Lancaster S. L., P. Hart R. Military identity and psychological functioning: A pilot study. *Military behavioral health*. 2015. Vol. 3, No 1. P. 83-87.

Lee S. A., Neimeyer R. A. Pandemic Grief Scale: A screening tool for dysfunctional grief due to a COVID-19 loss. *Death Studies*. 2022. Vol. 46, No 1. P. 14-24.

Pavot W., Diener E. D., Colvin C. R., Sandvik E. Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of personality assessment.* 1991. Vol. 57, No 1. P. 149-161.

Pianta R. C., Walsh D. J. Applying the construct of resilience in schools: Cautions from a developmental systems perspective. *School Psychology Review*. 1998. Vol. 27, No 3. P. 407-417.

Raes F., Pommier E., Neff K.D., Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the self- compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy.* 2011. Vol. 18, No 3. P. 250-255.

Seixas R., Pignault A., Houssemand C. Emotion Regulation Questionnaire-Adapted and Individual Differences in Emotion Regulation. *Europe's Journal of Psychology.* 2021. Vol. 17, No 1. 70 p.

Sixbey M., T. *Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs.* (Publication No. 3204501) [Doctoral dissertation, University of Florida]. ProQuest Dissertations and Theses Global. 2005.

Sørensen K., Pelikan J. M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., ... Brand H. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European journal of public health*, 2015. Vol. 25, No 6. P. 1053-1058.

Tedeschi R. G., Calhoun L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*. 1996. Vol. 9, P. 455-471.

VanSickle M., Tucker J., Daruwala S., Ghahramanlou-Holloway M. Development and psychometric evaluation of the Military Suicide Attitudes Questionnaire (MSAQ). *Journal of affective disorders*. 2016. Vol. 203, P. 158-165.

Whitbeck L. B., Adams G. W., Hoyt D. R., Chen X. Conceptualizing and measuring historical trauma among American Indian people. *American journal of community psychology*. 2004. Vol. 33, No 3-4. P. 119-130.

Література до Розділу ІІІ

Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим : навч. посіб. Київ: Ін-т психології імені Г.С. Костюка; Ніжин: Міланік, 2007. 115 с.

Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2017. 540 с.

Панок В. Г., Рудь Г. В. Психологія життєвого шляху особистості : монографія. Київ: Ніка-Центр, 2006. 280 с.

Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби : [метод. рек.] / Музиченко І.В., Ткачук І.І. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 88 с.

Aktipis C. A., Johnson K., Dong E., Kwan V. S., Neuberg S. L., Maley C. C. Abstract B2: Conceptual barriers in cancer prevention research. *Cancer Prevention Research*. 2010. Vol. 3, (12_Supplement): B2.

Aktipis C. A., Maley C. C., Neuberg S. L. Psychological barriers to evolutionary thinking in medicine. *Evolution and Medicine Review*. 2010. Vol. 231.

Bartholomew T. T., Lockard A. J. Mixed methods in psychotherapy research: A review of method (ology) integration in psychotherapy science. *Journal of Clinical Psychology*. 2018. Vol. 74, No 10. P. 1687-1709.

Caputo E. L., Reichert F. F. Studies of physical activity and COVID-19 during the pandemic: a scoping review. *Journal of Physical Activity and Health*. 2020. Vol. 17, No 12. P. 1275-1284.

Daggett L. M. Continued encounters: The experience of after-death communication. *Journal of Holistic Nursing*. 2005. Vol. 23(2). P. 191-207.

Elklit A., Pedersen S. S., Jind L. The crisis support scale: Psychometric qualities and further validation. *Personality and Individual Differences*. 2001. Vol. 31(8). P. 1291-1302.

French J. C., Colbert C. Y., Pien L. C., Dannefer E. F., Taylor C. A. Targeted feedback in the milestones era: utilization of the ask-tell-ask feedback model to

promote reflection and self-assessment. *Journal of Surgical Education*. 2015. Vol. 72(6). P. 274-279.

Harrington K. J. The use of metaphor in discourse about cancer: a review of the literature. *Clinical journal of oncology nursing*. 2012. Vol. 16, No 4.

Hodder R. A Painting of Loss and Grief. *Illness, Crisis & Loss*. 2004. Vol. 12(4). P. 319-336.

Kaasa S., Loge J. H., Aapro M., Albreht T., Anderson R., Bruera E., ... Lundeby T. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *The lancet oncology*. 2018. Vol. 19, No 11. P. 588-653.

Park I. K., Jun H. J., Park S. J., Lim G. J., Cho S. J., Song A., & Oh S. Y. Differences in end-of-life care decision making between patients with and without cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 2015. Vol. 32, No 8. P. 797-801.

Rastogi A., Kar S. K., Singh S. Exploration of grief in an adolescent girl through art: a case review. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*. 2015. Vol. 11(3). P. 233-245.

Reisfield G. M., Wilson G. R. Use of metaphor in the discourse on cancer. *Journal of clinical oncology*. 2004. Vol. 22, No 19. P. 4024-4027.

Semino E., Demjén Z., Demmen J. An integrated approach to metaphor and framing in cognition, discourse, and practice, with an application to metaphors for cancer. *Applied linguistics*. 2018. Vol. 39, No 5. P. 625-645.

Shinebourne P., Smith J. A. The communicative power of metaphors: An analysis and interpretation of metaphors in accounts of the experience of addiction. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2010. Vol. 83, No 1. P. 59-73.

Silva R. S., Caldeira S., Coelho A. N., Apóstolo J. L. A. Forgiveness facilitation in palliative care: a scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*. 2017. Vol. 15, No 10. P. 2469-2479.

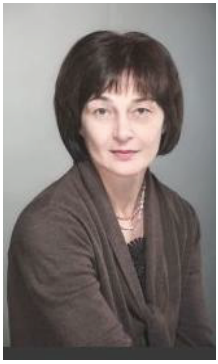
Sobanski P. Z., Alt-Epping B., Currow D. C., Goodlin S. J., Grodzicki T., Hogg K., ... Larkin P. J. Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. *Cardiovascular research*. 2020. Vol. 116, No 1. P. 12-27.

Shephard R. J. Exercise and relaxation in health promotion. *Sports Medicine*. 1997. Vol. 23. P. 211-217.

Zhou J., Xu S., Cao Z., Tang J., Fang X., Qin L., ... Wu Q. Validation of the Palliative Prognostic Index, Performance Status–Based Palliative Prognostic Index and Chinese Prognostic Scale in a home palliative care setting for patients with advanced cancer in China. *BMC Palliative Care*. 2020. Vol. 19, P. 1-10.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ

СВІТЛАНА КУЗІКОВА



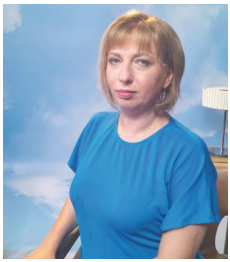
Доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка. Є членом-кореспондентом Громадського об'єднання Українська Академія Акмеологічних Наук по відділенню «Психологічна акмеологія». Академік Громадського об'єднання Національна Академія Наук Вищої Освіти України по відділенню «Психологія», член професійного об'єднання психологів «Національна психологічна асоціація». Має досвід роботи в Закладах Вищої освіти більше тридцяти років. Відмінник освіти. Почесний професор СумДПУ імені А. С. Макаренка. Викладає навчальні курси «Основи психотерапії», «Основи психокорекції», «Психологічна служба в системі освіти», «Психологія саморозвитку», «Вікова психокорекція», «Профілактика і корекція відхилень у поведінці» та інші . Є автором навчальних посібників «Основи психокорекції» (2012 р, 2021 р.), «Теорія і практика вікової психокорекції» (низка перевидань 2006-2023 р.). Сфера наукових інтересів – психологія самоактивності, суб'єктності, саморозвитку особистості; проблеми психологічного здоров'я та психологічної допомоги. Розробник авторського підходу «Вікова психокорекція», психологічної концепції становлення та формування суб'єкта саморозвитку, системи підготовки фахівців до психокорекційної діяльності. Творчий доробок С. Б .Кузікової становить понад 300 наукових і навчально-методичних праць, з них більше 10 статей у наукометричних базах Scopus та Web of Science.Є членом редакційної колегії трьох наукових фахових видань України з психології категорії Б. Головний редактор фахового наукового журналу «Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія» (фахова реєстрація: категорія «Б»).

ВАЛЕРІЙ ЗЛИВКОВ



Завідувач лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук, доцент. Наукові інтереси: психологія ідентичності, у тому числі національна, військова та культурна, вплив електронних медіа на формування особистості. Автор понад 650 наукових публікацій (підручники, посібники, колективні монографії, статті, у тому числі три, індексовані у наукометричній базі Scopus). За науковою редакцією В.Л. Зливкова видано 10 індивідуальних та колективних монографій, 12 посібників, у тому числі із грифом МОН України; підручник. Нагороджений Почесною грамотою Президії Національної академії педагогічних наук України (2012 р.), медалями К. Ушинського (2014 р.), Г. Сковороди (2016 р.). Монографію «Психологічні технології ефективного функціонування» за редакцією С.Д. Максименка, С.Б. Кузікової, В.Л. Зливкова нагороджено Золотою медаллю за перемогу в конкурсі в рамках XI Міжнародної виставки «Сучасні заклади освіти». Посібник «Сучасні тренінгові технології: інтегративний підхід» (В. Зливков, С. Ліпінська, С. Лукомська) нагороджено Золотою медаллю в номінації «Упровадження сучасних засобів навчання, проектів, програм і технологій для вдосконалення та підвищення ефективності освітнього процесу» Міжнародної спеціалізованої онлайн виставки «Освіта та кар'єра – 2020». Монографію «Війна і діти» (В. Зливков, С. Лукомська, Н.Євдокимова, С. Ліпінська) нагороджено Золотою медаллю у номінації «Збереження психічного здоров'я учасників освітнього процесу шляхом розвитку стресостійкості» (2023). Під його керівництвом 12 аспірантів захистили кандидатські дисертації. Захоплення: родина, садівництво, американський джаз початку 20-го століття, підводне плавання.

СВІТЛАНА ЛУКОМСЬКА



Старший науковий співробітник, лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук, онкопсихолог, кризовий психолог, волонтер. Наукові інтереси: психологія горя, онкопсихологія, паліативна допомога, ресурсний підхід у діагностиці та психологічній допомозі особистості у кризових життєвих ситуаціях та психолінгвістика. Авторка 8 колективних монографій, 7 посібників, понад 320 статей у наукових та популярних виданнях (у тому числі 3, індексованих у наукометричній базі Scopus). Посібник «Сучасні тренінгові технології: інтегративний підхід» (В. Зливков, С. Ліпінська, С. Лукомська) нагороджено Золотою медаллю Міжнародної спеціалізованої онлайн виставки «Освіта та кар'єра – 2020»; монографію «Війна і діти» (В. Зливков, С. Лукомська, Н.Євдокимова, С. Ліпінська) нагороджено Золотою медаллю у номінації «Збереження психічного здоров'я учасників освітнього процесу шляхом розвитку стресостійкості». Захоплення: рукоділля, подорожі, французька мова та український панк рок.

ТЕТЯНА ЩЕРБАК



кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка. Викладає навчальні курси «Психодіагностика», «Методика та організація наукових досліджень», «Математичні та експериментальні методи в психології», «Сучасні засоби психодіагностики», «Психологія емоційного інтелекту» та інші. Є співавтором навчального посібника «Методика та організація наукових досліджень». Виступала лектором численних заходів присвячених психологічному супроводу особистості в складних життєвих умовах. Коло наукових інтересів: психологічні основи спортивної діяльності; організація та проведення психологічних досліджень. Творчий доробок становить понад 100 наукових праць. Автор більше 10 публікацій у виданнях, що включені до міжнародних наукометричних баз даних: SCOPUS та Web of Science. Член редакційної колегії наукових фахових видань України: «Інсайт: психологічні виміри суспільства. Insight: the psychological dimensions of society» (Scopus); Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки (категорія Б); Збірник наукових праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля «Теоретичні і прикладні проблеми психології» /«Theoretical and applied problems of psychology» (категорія Б).

ОЛЕНА КОТУХ



Молодший науковий співробітник лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Закінчила Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова. Автор понад 40 наукових праць в тому числі розділи колективних монографій. Коло наукових інтересів: самореалізація особистості майбутніх психологів; психологічні проблеми професійної орієнтації випускників шкіл в епоху соціально-політичної трансформації суспільства; розвиток особистісної ідентичності учнів старших класів. Зайняла друге місце в конкурсі «Кращий молодий вчений та аспірант року» (2019 р.). Захоплення: малювання картин по номерам, музика, кінофільми.

Для нотаток

Для нотаток

Навчально-наукове видання

Світлана Кузікова, Валерій Зливков,
Світлана Лукомська, Тетяна Щербак,
Олена Котух

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

Навчальний посібник

Підписано до друку 09.05.2024 р. Формат 60х84/16. Папір офсет.
Гарнітура Times Ум. др. арк. 15,12. Обл.-вид. арк. 15,96.
Наклад 300 прим. Зам. № 2206

Видавець і виготовлювач ПП Лисенко М.М.
16600, м. Ніжин Чернігівської області, вул. Шевченка, 20
Тел.: (067) 4412124
E-mail: vidavec.lisenko@gmail.com

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції
серія ДК № 2776 від 26.02.2007 р.









