

**ГОТОВНІСТЬ  
ДО НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ :  
ВИМІРИ КОНСТРУКТИВНОСТІ**

**Практичний посібник**



НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПОЛІТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

**ГОТОВНІСТЬ  
ДО НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ:  
ВИМІРИ КОНСТРУКТИВНОСТІ**

**Практичний посібник**

*За загальною редакцією В. М. Духневича*

Кропивницький 2023

УДК 159.96/.98+316.613.432+364.2/.62+37.06:614.8

Г 74

Рекомендовано до друку вченою радою  
Інституту соціальної та політичної психології НАПН України,  
протокол № 11/22 від 29 листопада 2022 року

**Рецензенти:**

*О. О. Горова, доктор психологічних наук;  
О. Ю. Дроздов, доктор психологічних наук*

**Готовність до надзвичайної ситуації: виміри конструктивності** : практичний посібник / В. М. Духневич, Н. О. Довгань, С. А. Поліщук, З. Ф. Сіверс, О. Г. Цукур ; за заг. ред. В. М. Духневича ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2023. – 395 с.

ISBN 978-966-189-690-0

Практичний посібник містить матеріали, що допоможуть фахівцям, які опікуються питаннями безпеки та психологічної допомоги постраждалим від різних надзвичайних ситуацій та подій особам, у розробленні та впровадженні відповідних безпекових проєктів, програм та заходів. Представлено зміст і компоненти готовності до дій в умовах небезпечних та надзвичайних ситуацій. Запропоновано технологію розвитку готовності громадян і суспільних груп до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях. Наведено практичні рекомендації та поради щодо організації і надання психологічної допомоги учасникам освітнього процесу, методики діагностики та роботи зі стресом, психологічні засоби формування готовності до надзвичайної ситуації.

Для психологів системи освіти, психологів ДСНС, викладачів психології закладів вищої освіти, студентів, науковців, соціальних педагогів-практиків і вихователів, фахівців із психології безпеки.

УДК 159.96/.98+316.613.432+364.2/.62+37.06:614.8

ISBN 978-966-189-690-0

© Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2023

© Н. О. Довгань, В. М. Духневич, С. А. Поліщук, З. Ф. Сіверс, О. Г. Цукур, 2023

## З М І С Т

<b>ВСТУП.....</b>	<b>7</b>
<b>РОЗДІЛ 1. СТВОРЕННЯ БЕЗПЕЧНОГО ПРОСТОРУ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ: ЗАПОБІГАЄМО НАДЗВИЧАЙНИМ СИТУАЦІЯМ .....</b>	<b>11</b>
1.1. Зміст і компоненти психологічної готовності до конструктивної поведінки в умовах небезпечних та надзвичайних ситуацій .....	11
1.2. Психологічне забезпечення процесів формування готовності .....	22
Список використаних джерел.....	44
<b>РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ ДО НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ І СТРАТЕГІЇ ПОВЕДІНКИ ПОСТРАЖДАЛИХ.....</b>	<b>46</b>
2.1. Поведінкові стратегії постраждалих у надзвичайних ситуаціях.....	46
2.2. Прогностичні чинники та ресурси готовності до надзвичайної ситуації.....	57
2.3. Психологічні фактори готовності до надзвичайної ситуації.....	85
Список використаних джерел.....	95
<b>РОЗДІЛ 3. ТЕХНОЛОГІЯ РОЗВИТКУ ГОТОВНОСТІ ГРОМАДЯН І СУСПІЛЬНИХ ГРУП ДО КОНСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ .....</b>	<b>106</b>
3.1. Питання психосоціального добробуту громадян і суспільних груп у надзвичайних ситуаціях (матеріали для комплексної програми вивчення стану постраждалих у стресових ситуаціях) .....	106
3.1.1. Стрес і його вплив на психосоціальне благополуччя громадян.....	109
3.1.2. Психічні реакції постраждалих на надзвичайні ситуації.....	128

3.1.3. Психічне благополуччя постраждалих у надзвичайних ситуаціях: інструменти аналізу .....	134
<b>3.2. Готовність громадян і суспільних груп до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях (психологічна технологія) .....</b>	<b>142</b>
3.2.1. Підґрунтя інокуляційного впливу в психологічній роботі із стресом.....	142
3.2.2. Зміст та основні етапи психологічної технології розвитку готовності громадян і суспільних груп до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях.....	144
<b>Список використаних джерел.....</b>	<b>158</b>
<b>РОЗДІЛ 4. НАДЗВИЧАЙНА СИТУАЦІЯ: ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА УЧАСНИКАМ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ .....</b>	<b>175</b>
4.1. Стрес і фізіологічні закономірності реагування на НС.....	175
4.2. Психологічні уроки проживання НС .....	184
4.3. Перебування в надзвичайній ситуації: первинна діагностика учасників освітнього процесу .....	208
<b>Список використаних джерел.....</b>	<b>224</b>
<b>РОЗДІЛ 5. КОНСТРУКТИВНА ВЗАЄМОДІЯ УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ....</b>	<b>227</b>
5.1. Критерії конструктивності поведінки учасників освітнього процесу в надзвичайній ситуації.....	227
5.2. Зміст взаємодії учасників освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації: процедура дослідження та результати .....	240
5.3. Алгоритм вибудовування комунікативного простору учасниками освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації.....	259
<b>Список використаних джерел.....</b>	<b>269</b>

<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>273</b>
<b>Додаток А. Зняття гострого стресу у військовослужбовців та антистресова підготовка особового складу до майбутніх екстремальних ситуацій за методикою «Ключ» .....</b>	<b>273</b>
<b>Додаток Б. Методики психологічної діагностики постраждалих та осіб, що надають допомогу .....</b>	<b>288</b>
Модифікація Методики шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (О. Кокун) .....	288
Коротка шкала тривожності, депресії та ПТСР (В.В. Hart).....	290
Шкала самооцінки тривожності (О. Чабан, О. Хаустова) .....	292
Чотиривимірний опитувальник симптомів (4DSQ).....	293
Госпітальна шкала тривожності і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS) .....	296
Шкала тривожності Гамільтона (HAM-A) .....	299
Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР) .....	301
<b>Додаток В. Аналіз диспозиційних показників поведінки в стресі .....</b>	<b>303</b>
Явні маркери типу поведінки А (Friedman, 1996) .....	303
Приховані маркери типу поведінки А (Friedman, 1996) .....	309
Загальна тривожність (Гринберг, 2002).....	311
<b>Додаток Г. Індикатори станів фізичного та психічного здоров'я (МКХ-11 (ICD-11), версія: 02/2022) .....</b>	<b>312</b>
Розлади настрою.....	313
Розлади, пов'язані з тривожністю або страхом .....	317
Психічні розлади, пов'язані зі стресом.....	320
<b>Додаток Д. Комплексна програма вивчення стану постраждалого в стресових ситуаціях .....</b>	<b>325</b>
<b>Додаток Е. Технологія розвитку психологічної готовності громадян до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях .....</b>	<b>334</b>
Додаток Е.1. Основні організаційні і практичні елементи психологічної технології .....	334
Додаток Е.2. Етап превентивного впливу: третинна превенція .....	336
Додаток Е.3. Етап інокуляційного впливу: фаза I «Концептуалізація та психоутворення».....	337
Додаток Е.4. Етап інокуляційного впливу: фаза II «Набуття та відпрацювання навичок» .....	340
Додаток Е.5. Етап інокуляційного впливу: фаза III «Застосування навичок, профілактика».....	370

Додаток Е.6. Етап постфактум-впливу .....	374
<b>Додаток Ж. Навчальна ініціатива «Зцілювальні класи» (Healing Classrooms) (приклад організації освітнього простору в надзвичайних умовах).....</b>	<b>375</b>
<b>Додаток К. Приклад переліку дескрипторів до кожної з тематичних груп структури освітянського дискурсу в просторі публічної комунікації в умовах карантину (COVID-19) .....</b>	<b>394</b>

## ВСТУП

Життєві ситуації такі ж різноманітні, як і люди, що їх переживають. Життєва ситуація характеризує реальні зовнішні обставини та умови, у які потрапляє людина і які здійснюють на неї певний вплив. Якщо такі обставини є знайомими або типовими для людини, не створюють для неї певних проблем, то людина діє в них стереотипно, іноді автоматично, не вдаючись до аналізу та інтерпретації, тлумачення та осмислення. Опрацювання інформації відбувається за «спрощеною схемою», без «залучення мислення». І тільки якщо ситуація набуває вимірів значущості, вона перетворюється на психологічну ситуацію. У цьому разі йдеться не про об'єктивну ситуацію, а те суб'єктивне сприймання ситуації і ставлення до неї загалом та окремих елементів (зокрема суб'єктів) такої ситуації.

Інакше кажучи, якісь ситуації є нейтральними, легкими, інші – важкими або складними для осіб, що в них перебувають. За такої умови ситуації можуть бути звичними або ж незвичними, екстремальними, критичними, тобто надзвичайними. Незвичні ситуації можуть мати як суб'єктивну природу, так і бути результатом дії об'єктивних причин та факторів. У спеціальній літературі визначення цих ситуацій відшукати не так складно, і ми не будемо на цьому зупинятися. У нашій роботі такі категорії (надзвичайні, екстремальні, критичні ситуації та події) будемо почасти використовувати як синоніми та розглядати як певні об'єктивні умови розгортання ситуації з огляду на ту обставину, що вони виявляються в переживаннях, оцінках, ставленнях і т. ін. окремих осіб та груп, що перебувають у цих ситуаціях. Під цим кутом зору надзвичайна ситуація завжди є і психологічною ситуацією.



Чи можна бути готовим до таких надзвичайних ситуацій, що кардинально змінюють життя, – питання відкрите. Чи були ми готові до того, що 24 лютого 2022 року розпочнеться повномасштабне вторгнення РФ в Україну? А якою мірою були готові державні органи та структури чи держава загалом? Цілком природно, що певні нормативні документи та регламенти дій в умовах різних надзвичайних ситуацій мають бути обов'язково. Але чи визначають ці регламенти готовність (як підготовленість) окремих індивідуальних та групових суб'єктів до дій у цих ситуаціях та опанування наслідків? І наслідків не лише фізичних, матеріальних, економічних, а й суто психологічних?

Створений нами посібник частково покликаний сприяти формуванню такої готовності завдяки практичній спрямованості представлених у ньому матеріалів. Очевидно, що ми не змогли охопити всі питання чи проблеми. Щось залишилося поза нашою увагою. Проте ми сподіваємося, що прикладний характер матеріалів стане нашим читачам у пригоді.

У першому розділі – «Створення безпечного простору життєдіяльності: запобігаємо надзвичайним ситуаціям» (автор – В. М. Духневич) – розкрито головні конструкти, що лежать в основі роботи, – готовність індивідуального і колективного суб'єктів до надзвичайної ситуації, та запропоновано інструменти для формування такої готовності. Зокрема, обґрунтовано потребу в зосередженні уваги на таких процесах, як-от: 1) мотивування, 2) добір та підготовка осіб, формування команд, 3) організація взаємодії та інформування про НС, 4) фіксація, зберігання та передавання інформації про постраждалих. Відповідно до цього запропоновано систему принципів залучення фахівців-психологів різних громадських чи професійних організацій громади, а також психологів системи освіти та соціальних працівників до надання допомоги постраждалим від надзвичайних ситуацій. Розділ містить також різноманітні рекомендації та практичні інструменти управління відповідними процесами.

У другому розділі – «Психологічна готовність до надзвичайної ситуації та стратегії поведінки постраждалих» (автор – З. Ф. Сіверс) – розглянуто теорії готовності до НС; визначено прогностичні чинники (предиктори) готовності до надзвичайних ситуацій, такі як сприйняття ризику і ставлення до ризику, сприйняття контролю. Також запропоновано бачення ресурсів готовності до НС і презентовано базові стратегії інтервенційних заходів (поведінкових втручань) для підвищення психологічної готовності до НС.

У третьому розділі – «Технологія розвитку готовності громадян і суспільних груп до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях» (автор – Н. О. Довгань) – запропоновано відповідну технологію, що є теоретично і практично обґрунтованою системою дій, які забезпечують поетапну зміну способів реагування на стресори завдяки збагаченню знань та операціоналізації навичок подолання стресу. Як основу використано інокуляційну форму психологічного втручання D. Meichenbaum. Технологію можна застосовувати в індивідуальній і груповій роботі як у профілактичних цілях для запобігання дистресу НС, так і в контексті надання психологічної допомоги особам, що перебувають у стресовому стані. Обґрунтовано та презентовано весь комплекс матеріалів, необхідних для використання цієї технології.

Четвертий розділ – «Надзвичайна ситуація: психологічна допомога учасникам освітнього процесу» (автор – С. А. Поліщук) містить низку прикладних матеріалів для психологів-практиків закладів освіти. Зокрема, представлено «уроки проживання НС» та поради щодо реагування на загрозливій ситуації, планування свого часу і вибору оптимального життєвого темпу. Представлено низку психодіагностичних матеріалів для проведення первинної діагностики учасників освітнього процесу, що зазнали впливу надзвичайної ситуації..

У п'ятому розділі – «Конструктивна взаємодія учасників освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації» (автор – О. Г. Цукур) – запропоновано критерії конструктивності поведінки учасників освітнього процесу в надзвичайних умовах, представлено технологію тематичної структуризації (дослідження тематики освітянського дискурсу в умовах карантину, що ґрунтується на використанні корпусно орієнтованого підходу) та алгоритм «Вибудовування комунікативного простору учасниками освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації». Використання алгоритму дає змогу: конструювати комунікативний простір у НС, тестувати наявність необхідних ресурсів для організації ефективної комунікативної взаємодії; здійснювати соціально-психологічну діагностику комунікативного простору та отримувати дані для соціально-психологічного проектування комунікативних процесів у просторі освіти.

## РОЗДІЛ 1. СТВОРЕННЯ БЕЗПЕЧНОГО ПРОСТОРУ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ: ЗАПОБІГАЄМО НАДЗВИЧАЙНИМ СИТУАЦІЯМ

### 1.1. Зміст і компоненти психологічної готовності до конструктивної поведінки в умовах небезпечних та надзвичайних ситуацій

Проблематика профілактики, упередження та подолання наслідків надзвичайної ситуації постійно перебуває у фокусі профільних служб і структур. Крім профільних фахівців, що виконують свої завдання в структурах ДСНС, ЗСУ, МВС та інших державних органів, до реалізації відповідних завдань долучаються і фахівці-психологи, які в межах своїх компетенцій супроводжують ці процеси і в разі потреби можуть співпрацювати з відповідними обласними, міськими, районними адміністраціями чи державними структурами та службами. Частково така співпраця, зокрема щодо профілактики НС (надзвичайних ситуацій), відбувається між психологами ДСНС і ЗЗСО, ЗВО, коли психологи ДСНС організовують відповідні навчання чи тренування на базі закладів освіти. Проте така співпраця, природно, не є системною і має епізодичний характер.

Широкомасштабне вторгнення РФ на територію нашої країни, постійні ракетні та артилерійські обстріли у всіх регіонах України показали, що вузькопрофільні фахівці-психологи, які долучаються до подолання наслідків збройної агресії (як і будь-яких інших наслідків НС), не завжди мають змогу, а інколи і не повинні охоплювати всіх постраждалих унаслідок дії різних

руйнівних факторів. Постає питання: як має бути організовано психологічний супровід (у широкому розумінні) постраждалих від НС, зокрема після того, як психологи воєнізованих структур (ДСНС, поліція, ЗСУ) завершили свою роботу?

Очевидно, що психологічний супровід осіб, що постраждали внаслідок дії різних руйнівних сил, повинен мати системний характер та будуватися на відповідних ресурсах, що має не тільки держава, а й місцеві громади, і сприяти психологічній безпеці своїх членів. І цей супровід потрібно координувати й організувати відповідно до певних професійних стандартів надання такої психологічної допомоги.

Ще одне важливе питання полягає в тому, що являє собою психологічна готовність до дій в умовах небезпечних та надзвичайних ситуацій. Чи можна буде в принципі готовим до таких дій? Нижче представлено наше бачення такої готовності.

Уперше поняття «готовність» упровадив в ужиток у психологічній науці Л. С. Виготський, який розглядав його крізь призму готовності дітей до школи. Науковець також запропонував відому тезу про зону найближчого розвитку, яку активно розробляли О.Р. Лурія та інші науковці. Зона найближчого розвитку – рівень розвитку, досягнутий дитиною в процесі її взаємодії з дорослим, який вона розвиває в процесі спільної діяльності з дорослим, але не виявляє в індивідуальній діяльності. Проте ця категорія може бути застосована не лише до дитини, а й до дорослого, на чому, власне кажучи, будуються психологічні тренінги. Що ж до нашої проблематики, то це означає, що готовність може формуватися відповідно до певних правил і для вирішення тих чи інших завдань.

Готовність до НС у спеціальній літературі часто розглядають як варіант готовності до дії або до діяльності в певних умовах. *Готовність до дії* найбільш

грунтовно було досліджено у сфері інженерної психології. По-перше, це наявність в оператора знань, умінь і навичок, необхідних для успішного виконання дій. По-друге, готовність до термінової реалізації підготовленого алгоритму дії у відповідь на появу конкретного сигналу. По-третє, здатність приймати рішення для здійснення якоїсь дії. М. Б. Колосов (2009) визначає *готовність до дії як стан мобілізації всіх психофізіологічних систем людини, які гарантують якісне виконання конкретних дій.*

*Готовність особистості до певного виду діяльності* – це обґрунтований цим видом діяльності комплекс якостей, станів і відносин, знань, практичних умінь і навичок, необхідних для досягнення соціально значущих цілей і результатів. На думку М. І. Дьяченка і Л. А. Кандибовича, психологічна готовність до діяльності охоплює не тільки настановлення (як усвідомлені, так і неусвідомлені) щодо певних форм реагування, а й *моделі найбільш імовірної поведінки*, усвідомлення завдання, виділення оптимальних способів дій, оцінку свого потенціалу відповідно до майбутніх вимог і необхідності досягнення певного результату (Дьяченко, & Кандыбович, 1986).

Проте навіть якщо ми будемо говорити про індивідуальну готовність до дій чи діяльності в надзвичайних (екстремальних, критичних)<sup>1</sup> ситуаціях, а загальна система не буде відповідати певним вимогам, така індивідуальна готовність навряд чи буде сприяти ефективному вирішенню суспільно значущих завдань у надзвичайних ситуаціях, адже, як відомо, сума індивідуальних зусиль завжди менша, ніж сума колективних зусиль. Тому вважаємо, що готовність до надзвичайної ситуації має декілька *векторів*:

- 1) спроможність відповідних державних органів і структур забезпечувати належні умови функціонування суспільства та їхня здатність організовувати життєдіяльність громадян таким чином, щоб мінімізувати ймовірність

---

<sup>1</sup> Тут ми використовуємо ці категорії як синоніми.

- настання НС. Це передбачає, зокрема, постійне визначення і моніторинг ризиків природного, техногенного та соціального плану, а також слабких сторін забезпечення нормальних умов життя;
- 2) спроможність відповідних державних структур ефективно організувати в разі виникнення надзвичайних ситуацій процес підготовки до дій, супроводження та подолання наслідків надзвичайних ситуацій. Серед іншого це передбачає управління процесами мотивування різних індивідуальних і колективних суб'єктів до розвитку власних компетентностей, які можуть бути затребуваними в разі настання НС;
  - 3) спроможність відповідних державних органів та структур забезпечити медичну, психологічну, гуманітарну та іншу допомогу постраждалим унаслідок дії надзвичайної ситуації як в умовах самої надзвичайної ситуації, так і після завершення дії деструктивних факторів;
  - 4) спроможність суб'єктів дії виконувати свої професійні обов'язки щодо надання допомоги громадянам, які переживають надзвичайну чи екстремальну ситуацію чи подію. Під суб'єктами дії ми розуміємо фахівців, які в актуальних умовах і далі виконують свою професійну діяльність, пов'язану з впливом на інших людей (наприклад, медики, фахівці ДСНС, психологи, поліцейські тощо);
  - 5) спроможність суб'єктів дії в умовах надзвичайної ситуації конструктивно/ефективно вирішувати різні проблемні питання. Це передбачає, зокрема, належну організацію та управління інформаційними потоками і каналами, а також ефективну координацію дій різних суб'єктів;
  - 6) здатність індивідуальних суб'єктів (громадян) конструктивно вирішувати різні проблемні питання в умовах дії різноманітних деструктивних чи екстремальних чинників, зокрема в разі потреби долучатися до дій, що будуть мінімізувати такі чинники, або до подолання наслідків НС. Це

передбачає також спроможність нарощувати власні компетентності задля більш ефективної участі в процесах запобігання проявам негативних чинників та подолання їхньої дії.

Представлені вектори цілком правомірно можна розглядати як низку чинників готовності індивідуальних і колективних суб'єктів до конструктивної поведінки в небезпечних та надзвичайних ситуаціях, а їхня комбінована дія створює умови для формування готовності індивідуальних і колективних суб'єктів до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях. Отже, під *готовністю індивідуального суб'єкта до надзвичайної ситуації* слід розуміти сукупність якостей, знань, навичок, мотивів особистості, які забезпечують конструктивне/ефективне виконання різноманітних (зокрема професійних) завдань у запропонованих задачах, а також сукупність об'єктивних умов діяти (відповідні ситуації, спроможність вирішувати професійні завдання тощо).

З позиції *індивідуального суб'єкта дії* готовність до надзвичайної *ситуації* – це ставлення особи до різних ситуативних змін, що характеризується її здатністю взяти до уваги об'єктивні зміни обстановки й адекватно реагувати на них, спираючись на набутий раніше досвід, й опановувати водночас свої особисті бажання та емоційні реакції. Основними соціально-психологічними детермінантами, які зумовлюють психологічну готовність індивідуального суб'єкта до надзвичайної ситуації, є цінності, соціально-психологічні настановлення і відповідальність.

На рівні окремої особи можливі моделі поведінки в надзвичайній ситуації в найбільш загальних рисах описує тріада «дій – завмири – утікай». Причому не можна сказати, яка із стратегій дасть змогу, кінець кінцем, зберегти життя, попри можливу очевидність стратегії «дій». І те, що є конструктивним для одного, може бути деструктивним для іншого. Конструктивність де-факто буде



визначатися мірою усвідомленості кожної зі стратегій і правильною оцінкою можливих наслідків її застосування. Крім того, конструктивність без мети неможлива. Саме тому ми говоримо про конструктивне/ефективне виконання завдань у певних, визначених умовах.

Готовність *колективного суб'єкта дії* – не прямий наслідок, не механічна сума готовностей індивідів, що утворюють такий колективний суб'єкт. Часто, крім мобілізації індивідуальних якостей, потрібно залучити до вирішення актуальних завдань суспільну думку, традиції, створити спільне настановлення і колективний настрій на досягнення бажаного образу перспективного майбутнього (наприклад, подолання наслідків НС). Загальний успіх є результатом не окремо взятих індивідуальних, а спільних, узгоджених дій багатьох людей. Колективний результат базується на правильному сприйманні та уявленні всіма учасниками процесу вирішення завдання, на взаєморозумінні, взаємовпевненості, взаємній довірі, згуртованості, навичках взаємодії. Відповідно, зміст і структура готовності колективного суб'єкта розкриваються в спільній цілеспрямованості, направленості когнітивних, емотивних і волятивних проявів майстерності та настановлень на чітке виконання завдання.

Отже, під *готовністю колективного суб'єкта (дії) до надзвичайної ситуації* слід розуміти: 1) сукупність якостей та знань колективних суб'єктів (груп, команд, об'єднань, державних інститутів), що дають їм змогу ефективно взаємодіяти в кризових, екстремальних чи надзвичайних умовах у процесі вирішення спільних завдань; 2) забезпечення об'єктивних умов для налагодження та підтримання конструктивної взаємодії в ситуації, що склалася.

Коли трапляється стихійне лихо, першими на місце подій завжди прибувають члени місцевої громади. Ось чому формування готовності до НС має відбуватися на рівні конкретної громади: саме члени громади і громада як суб'єкт, як ніхто інший, можуть бути тим експертним середовищем, що дасть

змогу швидко визначити наявні ризики, ресурси та можливості, коли йдеться про запобігання наслідкам можливого лиха. Готовність не можна сформулювати чи насадити зовні. Тому процеси підготовки чи моделювання ситуацій мають виходити саме з потреб громади як суб'єктів, що можуть потребувати такої допомоги.

Саме на рівні громади має бути створено та відпрацьовано механізми залучення і підготовки фахівців, що можуть долучатися до організаційної, матеріальної, медичної, гуманітарної та психологічної допомоги постраждалим унаслідок дії руйнівних факторів чи сил. На нашу думку, психологічними ресурсами тут можуть стати різноманітні громадські професійні об'єднання, а також осередки Психологічної служби системи освіти, що функціонують у межах ОТГ. Останню віднесено сюди, оскільки в Положенні про психологічну службу в системі освіти України в п. 1.3 зазначено: «Метою діяльності психологічної служби є сприяння створенню умов для соціального та інтелектуального розвитку здобувачів освіти, охорони психічного здоров'я, *надання психологічної та соціально-педагогічної підтримки всім учасникам освітнього процесу* відповідно до цілей та завдань системи освіти» (Наказ Міністерства освіти і науки України № 509 від 25.05.2018 р.) (курсив наш. – В. Д.). Інакше кажучи, фахівці-психологи і соціальні педагоги, за їхньої добровільної згоди і за умови дотримання певних організаційних вимог, можуть бути ресурсом громади у вирішенні завдань готовності громади до НС.

Як показав досвід початку повномасштабного вторгнення, є громадяни, які здатні об'єднуватися і діяти задля вирішення спільних проблем та задоволення потреб громади чи суспільства. Наприклад, Сили територіальної оборони (Сили ТрО) і добровольчі формування територіальної громади (ДФТГ), що з початком наступу армії РФ на столицю в лютому 2022 року почали формуватися по всій країні. Саме на рівні громад виникали і почали

функціонувати волонтерські групи, які поряд з владними інститутами опікувалися різними питаннями – від забезпечення місцевих бійців, допомоги у вирішенні проблемних питань тим, хто цього потребував, до реалізації великих «проектів» допомоги ЗСУ. Значною мірою ці процеси інтеграції, мобілізації та солідаризації сприяли формуванню тих груп і центрів взаємодопомоги, що полегшують життя пересічним громадянам в умовах рашистської навали – цієї вкрай небезпечної, екзистенційної НС.

Вважаємо, що готовність до НС має щонайменше два виміри: організаційний і психологічний. *Організаційний вимір готовності* найперше передбачає планування: 1) управління людськими і 2) фінансовими ресурсами, 3) наявність запасів на випадок НС і 4) порядок здійснення зв'язку та обміну інформацією. Таке планування дає змогу пом'якшити руйнівну дію лиха завдяки наданню своєчасної та ефективної гуманітарної, медичної і психологічної допомоги тим, хто найбільше її потребує. У цьому разі працює формула: час, витрачений на планування надання допомоги під час НС, відповідає часу, заощадженому в разі настання НС.

Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує розглядати *планування на чотирьох рівнях*. Це:

1) рівень інституційного планування надання допомоги в разі НС. Інституційне планування надання допомоги визначає загальні рамки, у яких будуть здійснюватися дії гуманітарного характеру;

2) рівень планування надання допомоги в разі НС. Планування надання допомоги передбачає виявлення, консолідацію та організацію ресурсів і можливостей, щоб досягти рівня готовності, необхідного для своєчасного та ефективного реагування на потенційну НС. Сюди належать: визначення функцій та обов'язків, вироблення політики і процедур, а також добір та розроблення універсальних інструментів для реагування (наприклад,

використання національних груп з надання допомоги в разі НС, системи управління інформацією і т. ін.). Із психологічного погляду це формування способу дій у ситуації, засноване на припущеннях щодо ризиків і небезпек. Такі способи не є деталізованими, оскільки не містять сценаріїв конкретних лих;

3) планування дій у надзвичайних обставинах. Ці плани ґрунтуються на конкретних небезпечних явищах або відомих чинниках ризику на місцевому, національному, регіональному і навіть глобальному рівнях (наприклад, землетрус, повінь або спалах захворювань) та визначають процедури дій щодо реагування на них, засновані на передбачуваних необхідних ресурсах і можливостях;

4) стандартні оперативні процедури (СОП). Це набір стандартних процедур, які «впроваджують у дію» плани надання допомоги в разі НС і дій у надзвичайних обставинах. Інакше кажучи, СОП точно визначають, як окремі особи або підрозділи виконуватимуть свої функції згідно з планом (наприклад, оповіщення про тривогу і мобілізація груп та команд з надання допомоги в разі НС, дислокація цих груп згідно з оцінкою ситуації тощо). СОП чітко окреслюють, що має бути зроблено, як це має бути зроблено, хто відповідає за виконання тієї чи іншої дії, і точно визначають наявні ресурси (Руководство..., 2007).

Такого роду планування може і має реалізовуватися на рівні громади. Для цього слід створити відповідні робочі (креативні) групи, які зможуть забезпечити відповідні розробки. У більш вузькому розумінні така робоча група має відповісти на питання:

1) Які зони відповідальності представників влади громади в разі НС? Що конкретно і як має робити влада громади для запобігання НС та для профілактики її наслідків?

2) Які ресурси (людські, фінансові, організаційні, технічні, матеріальні, інші) має у своєму розпорядженні громада? Як швидко вони можуть бути актуалізовані і готові для використання? Яких ресурсів недостатньо і яким чином їх можна буде отримати в разі потреби (конкретної визначеної НС, адже кожна НС може вимагати того чи того виду ресурсів)?

3) Який локус відповідальності і які дії (процедури, алгоритми) мають бути запущені в громаді в разі НС? Чи враховано всі можливі небезпечні явища, ризики? Які процедури контролю над можливими негативними і небезпечними явищами та запобігання цим явищам реалізовано на рівні громади?

4) Які конкретні дії і ким саме має бути виконано в разі НС і як має бути організовано комунікацію з тими, хто надає допомогу чи ліквідує наслідки, а також із представниками ЗМІ?

Отже, можемо констатувати, що *психологічний вимір готовності* передбачає вирішення низки завдань:

1) визначення умов залучення різних фахівців, зокрема і психологів громадських та професійних об'єднань, а також психологів системи освіти, до надання допомоги постраждалим унаслідок деструктивної дії НС. Поза тим це передбачає: а) визначення принципів, правил і процедур взаємодії психологів ДСНС, МВС та фахівців-психологів, соціальних педагогів під час роботи з постраждалими внаслідок НС; б) розроблення та впровадження системи заохочень для фахівців-психологів та соціальних педагогів, які будуть залучатися (відбиратися) до процесу підготовки та подальшого формування відповідних команд на рівні об'єднаних територіальних громад;

2) розроблення організаційних і методичних засад та створення системи підготовки осіб, зокрема психологів і соціальних педагогів, що можуть залучатися до допомоги постраждалим від НС. Це, зокрема, передбачає

визначення профілю необхідних компетентностей та добір відповідних засобів (технік) підготовки;

3) добір членів і формування мобільних груп реагування з числа фахівців-психологів, що можуть разом із психологічною службою ДСНС надавати допомогу в разі НС; підготовка відповідних команд;

4) спільно із психологічною службою системи ДСНС розроблення рекомендацій, інструкцій та практичних порадників для фахівців-психологів і соціальних працівників щодо інформаційного та психологічного супроводу громадян у разі настання НС, психологічного супроводу громадян після пережитої НС тощо.

Цілком природно, що деякі із цих завдань неможливо вирішити без залучення відповідних державних інститутів та структур. Візьмімо, приміром, пункт 2 – «Розроблення та упровадження системи заохочень...». Якщо в умовах воєнних дій, що тривають нині в Україні, це питання може частково вирішуватися за рахунок мобілізації (зокрема психологічної) і волонтерства, то очевидно, що в умовах мирного життя слід добирати та готувати фахівців, що будуть здатні швидко долучитися до виконання різного роду завдань. Для того щоб такі особи були мотивовані на засвоєння нових компетентностей, збільшення функціоналу, обов'язків і зон відповідальності, потрібно подбати про створення відповідної системи мотивації. Причому мотивації дієвої, коли належати до складу таких команд буде престижно, економічно та професійно вигідно, корисно і т. ін. Звісно, членство в таких групах може накладати певні обмеження, проте за умови відповідної мотивації суспільство загалом і конкретна громада матимуть у своєму розпорядженні фахівців, які в разі потреби можуть бути швидко мобілізовані або залучатися вже після завершення дії чинників, що спричинили НС, до ліквідації наслідків, зокрема віддалених, і до відновлення або створення нових, безпечних умов життєдіяльності. І тут без

відповідних нормативних документів (розпоряджень, указів, наказів, регламентів і т.ін.), що напевно мають бути ухвалені на рівні Кабінету Міністрів чи органів законодавчої чи виконавчої влади, не обійтися.

## 1.2. Психологічне забезпечення процесів формування готовності

Створення і творення безпечного простору життєдіяльності передбачає, окрім вирішення організаційних і нормативних питань та проблем, і суто психологічний блок підготовки відповідних фахівців. Численні дослідження довели, що *здатність суб'єкта дій до ефективного виконання професійних завдань в екстремальних ситуаціях адекватна його здатності керувати своїм психічним станом.*



Психологи наголошують на значущості формування у суб'єкта дій необхідних якостей, що забезпечують його психологічну готовність до виконання професійних обов'язків у небезпечних ситуаціях.

Під готовністю слід розуміти стан, що забезпечує здатність до успішного виконання будь-якої діяльності, пов'язану зі свідомою спрямованістю на виконання певних необхідних дій. Почасті дослідники ототожнюють готовність зі станом людини в певний момент часу. У стані психологічної готовності людини поєднуються її особистісні якості, рівень підготовленості, повнота інформації, наявність засобів і часу для усунення ситуації, що склалася, наявність необхідної інформації про ефективність ухвалених рішень.

Отже, підготовка до дій або вирішення певних завдань в екстремальних, небезпечних чи надзвичайних ситуаціях передбачає необхідність урахування процесів 1) мотивування, 2) добирання та підготовки осіб і формування команд, 3) організації взаємодії та інформування про НС, 4) фіксації, зберігання та передавання інформації про постраждалих.

Коротко окреслимо наповнення цих чотирьох блоків.

*Важлива ремарка!* Ми свідомі того, що в цій роботі не зможемо представити вичерпні відповіді на всі зазначені питання. Проте сподіваємося, що наші розробки, швидко і творчо опрацьовані, зможуть бути використані для вирішення важливих прикладних завдань.

### **Блок 1**

Ми вже частково торкалися питання *формування мотивації* в суб'єктів, здатних мобілізуватися на виконання окремих завдань чи дій, коли говорили про необхідність розроблення та ухвалення відповідних нормативних документів. Почасти без відповідних управлінських рішень зрушити цей процес украй важко, адже ніхто не хоче виконувати більше роботи за ту ж саму заробітну плату. В ідеалі відповідні розробки нормативних документів мають передбачати і фінансування на їх реалізацію, яке може здійснюватися за кошти державного або місцевого бюджету. Саме тому змістове наповнення таких документів може забезпечуватися і через залучення експертних думок чи опитувань відповідних фахівців. Одну з можливих схем такого наповнення представлено нижче.

Дві важливі зауваги. Перша: такого роду процедури можна застосовувати із залученням фахівців різного профілю, проте ми зосередимося на психологах та соціальних працівниках, оскільки цих фахівців можна залучати як безпосередньо до дій в умовах НС, так і їхні послуги можуть бути затребуваними ще тривалий час після ліквідації факторів і наслідків НС. І друга заувага: залучення сторонніх фахівців до відповідних проєктів, програм і дій подолання наслідків НС має відбуватися на основі певних принципів.

В основі залучення фахівців-психологів різних громадських чи професійних організацій громади (ОТГ), а також психологів системи освіти та



соціальних працівників до допомоги постраждалим від НС лежать такі принципи:

- 1) *принцип партнерства* – ґрунтується на взаємній відповідальності, згоді та спільності інтересів. Припускає спільну відповідальність представників державних органів і структур та фахівців-психологів за створення психологічно комфортної та безпечної атмосфери в громаді. Дія цього принципу передбачає також взаємне інформування представників влади і психологів системи освіти про осіб, які потребують спеціальної психологічної допомоги, оскільки їхній травматичний досвід може ставати перешкодою для повноцінної життєдіяльності і може шкодити безпеці громади чи окремих її членів (дітей, інших громадян, громади загалом);
- 2) *принцип відкритості* – полягає в тому, що профільні фахівці, які пройшли відповідну підготовку, можуть включатися до складу команд і груп, які в разі настання НС можуть бути залучені до подолання її наслідків. Таке залучення має відбуватися з дотриманням відкритих, зрозумілих і єдиних для всіх правил та умов. Дія цього принципу передбачає також інформування громади про наявність таких команд і груп, а також окремих підготовлених фахівців, до яких можуть звертатися по допомогу люди, які пережили дію травматичних факторів НС (це можуть бути телефони довіри, кабінети психолога на базі освітнього чи громадського закладу тощо);
- 3) *принцип добровільності* – передбачає добровільну участь фахівців психологічного профілю в програмі профільної підготовки;
- 4) *принцип справедливої мотивації* – полягає в тому, що особи, які успішно завершили навчання і дали згоду на своє залучення до груп та команд, що підлягають мобілізації в разі настання НС, можуть

розраховувати на компенсацію. Якщо це буде передбачено, витрати на супровід постраждалих від НС також може взяти на себе ОТГ чи/та держава. Це вимагатиме застосування диференційованого підходу і розроблення «мотиваційного меню», з якого такі фахівці зможуть обрати найбільш привабливий для себе варіант відшкодування витрат (наприклад, грошова компенсація, декілька днів додатково оплачуваної відпустки, податкове послаблення тощо). Зрозуміло, що розроблення такого меню вимагатиме підготовки та узгодження відповідних рекомендацій для органів державної влади. Зауважимо також, що без дотримання цього принципу навряд чи завдання формування готовності можуть вирішуватися ефективно, адже, як відомо, альтруїстична мотивація працює далеко не завжди;

- 5) *принцип необхідності природу компетентності* – передбачає, що для того, аби бути спроможним допомогти іншому в умовах надзвичайної (критичної, екстремальної) ситуації або після завершення дії руйнівних факторів, фахівці мають пройти обов'язкову підготовку і періодично підвищувати свій фаховий рівень;
- 6) *принцип екстериторіальності* – полягає в тому, що фахівці, які пройдуть відповідну підготовку, мають бути готовими в разі потреби (наприклад, у разі настання НС) надавати свої послуги на території всієї ОТГ, а не лише окремого населеного пункту. Якщо організатори дій з ліквідації наслідків НС ухвалють щодо цього відповідне рішення, то вони повинні взяти на себе необхідні видатки для організаційного забезпечення діяльності таких фахівців;
- 7) *принцип відповідальності* – означає здатність фахівців, які зголосилися пройти відповідну підготовку і долучатися до відповідних заходів (підготовки і перепідготовки, а в разі потреби – до роботи з особами,

що зазнали дії НС), брати на себе певні професійні та етичні зобов'язання за якість роботи чи послуг, які вони можуть надавати членам громади.

Очевидно, що залучення лише за рахунок якогось одного мотиватора, скажімо, «гривні» чи «почуття обов'язку», не найкращий варіант. Для когось вони спрацюють, для когось – ні. Тому важливим етапом роботи є розроблення «Мотиваційного меню» для осіб, які можуть долучатися до профілактики та подолання наслідків НС.

Розроблення будь-якого мотиваційного меню треба починати з аналізу після відповідей на цілу низку питань:

1) Які завдання має бути вирішено за допомогою цього «меню»?

2) Які є альтернативні варіанти досягнення цілей?

3) Хто цільова аудиторія мотиваційного меню?

4) Чому цю аудиторію цікавить участь у програмах профілактики та подолання наслідків НС?

5) З якими проблемами можна зіткнутися, запроваджуючи таку систему залучення і мотивування (можливо, є минулий досвід)?

б) Яких показників буде досягнуто? Як їх виміряти?

Опрацювання цих питань дасть змогу посадовим особам, що ухвалюють рішення або які можуть вплинути на ухвалення рішення про розроблення та зміст безпекових проєктів і програм, предметно оцінити та відрефлексувати необхідні ресурси щодо управління мотивацією залучених осіб. Відповіді сформулюють контур мотиваційної програми і допоможуть сформулювати дорожню карту. *Спочатку – відповідь «навіщо?» і «чому?», а згодом – «що саме?»*. Отримавши відповіді на ці запитання, можна запускати власне розроблення мотиваційного меню. Мотиваційне меню може наповнюватися та



забезпечуватися фінансуванням з боку держави або з бюджету ОТГ. Обидва варіанти мають право на життя.

Формат роботи для створення мотиваційного меню – *групова дискусія*.  
Учасники: психологи і соціальні працівники системи освіти окремої ОТГ (області), психологи громадських чи волонтерських організацій, посадові особи ОТГ. Кількість учасників: від 10 до 30 осіб. Оснащення: диктофон чи відеокамера, фліпчарт, маркери.

Загальні питання що виносяться на обговорення, можуть бути такі:

1. На яких умовах має відбуватися залучення психологів до подолання наслідків НС?
2. Що може спонукати психологів до участі в проєктах чи програмах профілактики та подолання наслідків НС?
3. У разі залучення (мобілізації) психологів, що мешкають на території громади, до профілактики та подолання наслідків НС, які форми заохочення мають бути запропоновані на рівні громади, а які – гарантовані державою?

Функції ведучого: модерація, забезпечення фіксації результатів обговорення, створення рівних можливостей для всіх учасників, поділ на підгрупи в разі потреби та забезпечення цілісного результату роботи різних підгруп, інструментальна підтримка осіб, які цього потребують.

За результатами обговорення має з'явитися перелік мотиваційних стимулів, кожен з яких в ідеалі може отримати відповідні вагові коефіцієнти. Важливо пам'ятати, що для когось провідними будуть матеріальні стимули, а для когось – визнання чи можливість приросту професійних компетентностей і т. ін. Адже участь у такого роду безпекових проєктах та програмах передбачає, зокрема, і необхідність навчання та відповідальне ставлення до своїх нових обов'язків. Адже громада чи держава, якщо вони вкладуть кошти і час у

підготовку фахівців, мають право розраховувати на них. І йдеться не тільки про можливу матеріальну компенсацію за відмову від участі і безпековій програмі.

Тут можемо навести такий приклад. В одному дитячому садочку завжди була проблема, пов'язана з тим, що батьки часто спізнювалися і невчасно забирали дітей додому. Через це вихователям і нянечкам доводилося затримуватися на роботі, чекаючи на батьків, що спізнюються. І тоді в дитячому садочку вирішили піти на крайні заходи – ввести великі штрафи за запізнення батьків, сподіваючись, що кількість запізнень зменшиться. Ефект виявився рівно протилежний. Запізнення стали нормою. Чому? Дуже просто: раніше батьками керувала нематеріальна («ідеальна») мотивація – їм було соромно спізнюватися. А штраф (матеріальна мотивація) звів сором нанівець, бо дав своєрідну індульгенцію на запізнення: батьки відчували, що вже «сплатили» запізнення і цим спокутували свій гріх.

Ще одним результатом можуть стати пропозиції щодо інформування відповідних професійних груп (у нашому випадку – психологів та соціальних працівників) про можливість участі в проектах, спрямованих на забезпечення безпеки громади та подолання наслідків можливих НС. Проте цей результат може бути предметом спеціальної креативної розробки.

Ще одним варіантом групового обговорення може стати *глибинне групове фокусоване інтерв'ю*. Нижче наводимо орієнтовний гайд для такого інтерв'ю:

### **Вступ**

Добрий день, мене звуть \_\_\_\_\_. Я представляю \_\_\_\_\_.

Сьогодні ми з вами поговоримо про можливість реалізації окремих безпекових проектів (програм), а саме щодо залучення фахівців, які мають відповідну профільну освіту – психологів, соціальних працівників, до профілактики можливих ризиків, пов'язаних із безпекою громади, а також про можливу участь співробітників психологічних служб у заходах із запобігання та ліквідації наслідків НС.

Я попрошу кожного з вас під час обговорення вільно висловити свою особисту думку щодо обговорюваних питань.

Сьогодні не буде правильних і неправильних думок – думка кожного з вас дуже важлива. Для того щоб наша бесіда пройшла якнайкомфортніше, я пропоную дотримуватися кількох простих *правил*:

1. Вислуховувати думку одне одного до кінця, виявляти повагу до спонтанної реакції кожного учасника.

2. Під час нашого спілкування заборонено персональну критику на адресу будь-кого з присутніх.

3. Спільна розмова (відмова від діалогів) – усе сказане має адресуватися всім учасникам, але потрібно говорити по черзі, не перебивати інших учасників. У тому разі, якщо ви не погоджуєтеся з думкою попереднього промовця, у своєму виступі бажано не лише позначити факт своєї незгоди, а й аргументувати свою позицію.

4. Кожен, хто говорить, має пам'ятати, що він не один і що думка інших учасників нашої бесіди не менш цікава, ніж його власна.

Крім того:

1. Вимкніть, будь ласка, мобільні телефони, щоб вони не відволікали нас від розмови.

2. Прошу вас не залишати цю кімнату до закінчення обговорення, тому що думка кожного з вас з усіх питань, що обговорюються, украй важлива.

3. Прошу кожного з вас написати своє ім'я на картці, що лежить перед вами, щоб нам було зручно звертатися одне до одного під час обговорення.

4. Маю вас попередити, що наше обговорення записуватиметься на диктофон (відеокамеру). Цей запис потрібний тільки для того, щоб не прогавити жодної з висловлених сьогодні думок. Гарантую вам, що ми будемо використовувати запис виключно відповідно до мети нашого дослідження, щоб уточнити відповіді на запитання та фіксувати всі висловлені думки.

Ще раз хочу наголосити: аудіозапис (відеозапис) буде розшифровуватися, і всі висловлені тут думки використовуватимуться тільки в узагальненому вигляді.

Отже, кілька слів про те, як буде організовано нашу роботу.

Я пропонуватиму для обговорення деякі питання. Відповідати можна тоді, коли Ви вважаєте за потрібне, але не перебиваючи одне одного. Головне, щоб кожен висловив свою думку: «я так думаю», «я так вважаю». Немає правильних і неправильних відповідей. Є думки, які можуть відрізнитись, а можуть доповнювати одна одну.

За процедурою нашої роботи. Щоб нам було легше працювати, я пропоную познайомитись. Про себе я вже розповів(-ла). Тепер нехай кожен по колу або ще якимось представиться, скаже, як до нього(неї) можна звертатися, де і ким він(вона) працює.

Ось і познайомились. Дякую.

1. Що особисто для вас означає поняття «надзвичайна ситуація»?

2. Які функції (задачі, завдання) Ви як фахівець могли б виконувати, якщо виникне надзвичайна ситуація у вашій громаді?

3. Наразі в громадах реалізуються різного роду безпекові проекти і програми. Ці проекти можуть брати до уваги виникнення різних НС. Якщо у вашій громаді буде проект, пов'язаний із запобіганням НС та подоланням наслідків НС, на яких умовах можлива Ваша участь у такому проекті чи програмі?

4. Що може спонукати Вас чи Ваших колег узяти участь у такому проекті?

5. Чи мають психологи, що мешкають у громаді і які залучаються до відповідного проекту, отримувати компенсацію? Які форми компенсації такої участі можливі?

6. Яка додаткова освіта Вам необхідна для ефективної участі в заходах з профілактики ризиків, пов'язаних із безпекою громади, а також заходах щодо запобігання та ліквідації наслідків НС?

7. Якщо відповідний проєкт чи програма будуть запущені в громаді, які Ваші очікування а) від такого проєкту, б) від Вашої участі в реалізації цього проєкту (програми)?

І ще одна заувага щодо мотиваційного меню. Воно не може бути сталим і незмінним. Його треба переглядати з певною періодичністю і відповідно до потреб тих, хто може ним скористатися, і можливостей державних (а за певних умов – і бізнесових) структур забезпечувати виконання цього меню. Мотивація



престижу, додаткового доходу, кар'єрне зростання, інтерес до нового, умови діяльності, отримання додаткових можливостей і т. ін. – усе це потрібно брати до уваги під час розроблення відповідних мотиваційних програм та гнучко вбудовувати у

відповідні меню. Це дасть змогу, зокрема, уникнути і *можливих помилок у процесі подальшого добору і підготовки*: 1) вибір може бути несвоєчасним (потрібен час на осмислення можливості своєї участі); 2) особа, яку планують залучати, може не мати потреби в такого роду професійній активності та професійному зростанні; 3) особа може хотіти досягнення якихось парціальних особистих цілей і не бути мотивована на повноцінну участь; 4) переоцінка власних можливостей та ресурсів з боку потенційних учасників проєкту; 5) прийняття рішення під тиском і т. ін.

## Блок 2

Очевидно, що *добір та підготовка осіб*, які можуть долучатися до процесів ліквідації наслідків дії руйнівних факторів, а також підготовка відповідних фахівців і *цільових команд* – складне завдання. Є безліч публікацій про вимоги і добір фахівців для виконання тих чи інших завдань, зокрема щодо необхідних якостей психолога. Тож ми не будемо спеціально приділяти цьому увагу. Звернемо увагу читача на питання підготовки осіб та цільових команд.

На нашу думку, найбільш ефективний варіант підготовки – це спеціальні тренінгові сесії чи моделювальні навчання, в ідеалі із залученням фахівців психологічної служби ДСНС. Зміст і наповнення цих сесій мають стосуватися питань надання першої психологічної допомоги (ППД), а також взаємодії різних фахівців (зокрема психологів громади із психологами ДСНС) та інших форм підтримки осіб, що постраждали внаслідок дії тих чи інших руйнівних факторів та чинників. У наступних розділах це питання буде розглянуто більш детально. Наразі ж ми наведемо лише деякі зауваги і приклади, які можуть стати в пригоді у процесі підготовки осіб та команд.

*Отже, спочатку зауваги.*

Перша. Підготовка осіб має здійснюватися відповідно до потреб розвитку тих чи інших навичок надання допомоги чи управління власним психічним станом. Мікронавички, що потребують розвитку, мають об'єднуватися в більш складні системи навичок та формувати в осіб, що проходять навчання, цілісний образ можливих дій особи в умовах НС та управління власним психічним і психологічним станом та станом інших (постраждалих).

Друга. Команда – це не тільки спрацьованість у виконанні тих чи інших спільних задач та завдань. Команда – це рефлексія власних сильних сторін, можливостей та ресурсів і рефлексія сильних сторін, можливостей та ресурсів партнерів. Адекватне уявлення про це дає змогу мінімізувати ризики невдач чи неефективних дій.

Третя. Практична підготовка фахівців для надання ППД або інших форм допомоги і підтримки осіб, що постраждали від НС, має передбачати вправи та інструменти, зокрема такі, що розвивають навички саморегуляції.

Так, Л. В. Никоненко пропонує таке змістово-тематичне наповнення тренінгу «Формування навичок саморегуляції





працівників закладів освіти в умовах надзвичайних ситуацій»:

Сесія 1. Презентація тренінгу «Формування навичок саморегуляції працівників закладів освіти в умовах надзвичайних ситуацій». Представлення ведучого. Знайомство учасників. Формування очікувань та побажань учасників групи щодо тренінгу. Вправа «Життєві історії».

Сесія 2. Презентація «Психологічна готовність працівників закладів освіти до конструктивної поведінки в умовах надзвичайних ситуацій». Обговорення.

Сесія 3. Рухавка «Атоми і молекули». Презентація «Стадія вітальних реакцій. Первинна психологічна допомога постраждалим». Навички саморегуляції на стадії вітальних реакцій. Вправа «Квадратне дихання». Вправа «Метелик». Обговорення.

Сесія 4. Презентація «Поведінкові прояви і психологічні стани постраждалих на стадії вітальних реакцій». Вправа «Море хвилюється...». Вправа «Налагодження первинного контакту з постраждалими». Обговорення.

Сесія 5. Презентація «Поведінкові прояви і психологічні стани постраждалих на стадії гострого емоційного шоку». Навички саморегуляції стадії гострого емоційного шоку. Комплекс ліво-правокульових вправ. Вправа «Служба 911». Обговорення.

Сесія 6. Презентація «Поведінкові прояви і психологічні стани постраждалих на стадії психофізіологічної демобілізації». Навички саморегуляції на стадії психофізіологічної демобілізації. Вправа «Візуалізація фізичного, емоційного напруження». Медитація. Вправа «Психологічний супровід процесу горювання». Обговорення.

Сесія 7. Презентація «Поведінкові прояви і психологічні стани постраждалих на стадії фактичної нейтралізації НС». Навички саморегуляції стадії фактичної нейтралізації НС. Вправа «Ревізія ресурсів». Обговорення.

Сесія 8. Презентація «Поведінкові прояви і психологічні стани постраждалих на стадії відновлення». Навички саморегуляції на стадії відновлення. Обговорення.

Сесія 9. Презентація «Поведінкові прояви і психологічні стани постраждалих на стадії віддалених наслідків». Навички саморегуляції стадії відновлення. Обговорення.

Сесія 10. Підбиття підсумків. Робота в малих групах. Співвіднесення очікувань та отриманих результатів. Обговорення.

Одним з досить ефективних інструментів саморегуляції, який можна використовувати в процесі підготовки, є методика «Ключ» (автор – Хасай Алієв). Запропоновані розробки, спрямовані на швидке зняття стресу і превентивне підвищення стресостійкості до надзвичайних ситуацій, дають швидкі й очевидні результати поліпшення здоров'я, оздоровлення та самоцілення, профілактики лікування і реабілітації неврозів і психосоматичних захворювань. За допомогою комплексу вправ можна легко скинути стрес, напруження і втому, звільнитися від тривожних думок, наповнитися «свіжою» енергією. Зацікавлений читач може ознайомитися з відповідними матеріалами – «Оздоровча система – метод «Ключ» Х. Алієва» (Алиев, 2011). Рекомендуємо також опис прийомів зняття гострого стресу з використанням методики «Ключ» (Додаток А). Власне, ці матеріали ми готували для військовослужбовців, однак їх так само має сенс використовувати і для підготовки осіб, які можуть долучатися до подолання наслідків НС.

Інша сфера підготовки фахівців-психологів до дій в умовах НС пов'язана з рефлексією власних можливостей та ресурсів у наданні відповідної допомоги та виконанні завдань. Тому вважаємо, що в структурі підготовки має бути передбачено виконання відповідних вправ.

Ось приклад однієї з таких вправ.

### **Вправа «Мої можливості та обмеження в ППД»**

Попросіть учасників ознайомитися з цим коротким текстом (протягом 3-5 хвилин).

Перша психологічна допомога (ППД) охоплює гуманні, підтримувальні заходи реагування на страждання особи, яка може потребувати підтримки.

Принципи дії ППД:

- |            |  |
|------------|--|
| ДИВИТИСЯ   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Проаналізувати стан безпеки.</li> <li>• Виявляти осіб з очевидними нагальними базовими потребами.</li> <li>• Виявляти осіб у стані дистресу.</li> </ul>   |
| СЛУХАТИ    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Звернутися до осіб, яким може бути потрібна підтримка.</li> <li>• Розпитати про потреби та занепокоєння особи.</li> <li>• Вислухати людей і допомогти їм заспокоїтися.</li> </ul>   |
| НАПРАВЛЯТИ | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Допомогти людям задовольнити базові потреби та отримати доступ до послуг.</li> <li>• Допомогти людям впоратися з проблемами.</li> <li>• Надати інформацію.</li> <li>• Допомогти людям зв'язатися з їхніми близькими та отримати соціальну підтримку.</li> </ul> |

Після того як усі учасники ознайомляться з текстом, слід попросити їх у парах пропрацювати питання надання допомоги особам, які пережили ракетний обстріл (повінь, розпилення отрутохімікатів або будь-яку іншу небезпечну для життя (надзвичайну) ситуацію. Ситуацію взяти одну для всіх). Для цього протягом 10-15 хвилин обговорити:

- |            |   |
|------------|---|
| ДИВИТИСЯ   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Як саме я буду аналізувати стан безпеки? На що буду звертати увагу в цій ситуації? Які є індикатори того, що ситуація безпечна чи небезпечна?</li> <li>• Які будуть мої дії, щоб виявляти осіб з очевидними нагальними базовими потребами? На що я буду звертати увагу?</li> </ul> |
| СЛУХАТИ    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Що означає «слухати» людину, яка пережила надзвичайну подію?</li> <li>• Які можливі стратегії спілкування з особами, яким може бути потрібна підтримка?</li> </ul>   |
| НАПРАВЛЯТИ | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Як я буду диференціювати людей за їхніми потребами?</li> <li>• Кому мені буде простіше допомогти і чому? Які мої сильні і слабкі сторони в наданні ППД?</li> <li>• На яких осіб я попрошу звернути увагу інших? Чому?</li> </ul>   |

Узагальнення можна робити у форматі групової роботи, коли по колу кожен учасник відповідає на запитання: «На що особисто мені потрібно звернути увагу, надаючи ППД? Які мої сильні і слабкі сторони як особи, що надає ППД?»

Під час підготовки фахівців до дій в умовах небезпечних чи надзвичайних ситуацій *доцільно розглядати окремі типи таких ситуацій*. Такими ситуаціями можуть бути, наприклад, обстріли цивільної інфраструктури під час воєнних дій, стихійне лихо, розпилення отрутохімікатів чи аварії на підприємствах, вимушене переміщення, нещасні випадки, надзвичайні події в школі (на зразок

тієї, коли колишня учениця однієї із шкіл розстріляла з арбалета учнів та колишніх учителів) тощо (Собакарь та ін., 2018). Кожна така ситуація унікальна і має свої особливості, проте, на думку особи, яка може надавати психологічну підтримку чи допомогу, важливими є відповіді на такі запитання:



1) Якби щось схоже трапилося з Вами, що Вам знадобилося б насамперед?

2) Яку допомогу Ви визнали б найбільш корисною в цій ситуації?

Конкретна відповідь на ці два питання залежить від типу НС, про які ми тільки що згадували. І ще одне. Саме здатність поставити себе на місце тих, хто потребує допомоги, і буде визначати нарівні з рівнем професіоналізму і якість цієї допомоги.

Тим, хто хотів би детальніше ознайомитися з прикладами надання першої психологічної допомоги, рекомендуємо книгу «Перша психологічна допомога: посібник для працівників на місцях» (2017). У ній наведено три варіанти сценаріїв та приклади кризових подій: 1) стихійне лихо, 2) насильство і переміщення населення, 3) нещасний випадок. Ці кейси також можна використовувати в процесі підготовки фахівців, що можуть надавати психологічну допомогу постраждалим від НС.

У процесі підготовки *цільових команд* ми рекомендуємо використовувати групові дискусії, брейнстормінг і рефлексивні процедури.

*Групова дискусія* передбачає обговорення спірних питань, вільний обмін інформацією, ідеями та досвідом. Це дає змогу з'ясувати різні позиції щодо обговорюваної проблеми та сформулювати, за умови використання прийомів модерації, спільне бачення. Під час дискусії ведучий допомагає групі максимально відкрито висловлювати свої думки.

*Брейнстормінг (мозковий штурм)* є методом пошуку нових ідей і рішень. На першому етапі учасники озвучують якомога більше варіантів, зокрема й найнеймовірніші. На другому відбувається оцінка ідей, відбираються найкращі ідеї або рішення, які можна реалізувати на практиці. Основні правила проведення мозкового штурму: 1) висловлювати якомога більше думок, ідей; 2) фіксувати всі думки на фліпчарті без критики та оцінювання; 3) заохочувати появу навіть незвичних чи неймовірних ідей, адже серед них можуть бути оригінальні і вдалі рішення.

#### ***Приклад завдання для групової дискусії або мозкового штурму***

Після ракетного обстрілу (землетрусу, паводку, аварії на підприємстві хімічної промисловості тощо) багато постраждалих. Серед них бабуся (літня жінка) з дівчинкою 6-7 років. Бабуся, яка дістала ушкодження, вже отримала допомогу від лікарів. Вона повідомила, що дівчинку звати Алла.

Можливо, бабусі буде потрібна госпіталізація. Відомостей про інших членів родини постраждалої дівчинки (батька і матір) немає. Дівчинка перебуває в ступорі.

Які дії щодо дитини можна і потрібно зробити Вам як особі, що надає допомогу?

Якщо буде прийнято рішення про госпіталізацію бабусі, які рішення щодо дитини можуть бути?

Під час подальшого обговорення результатів групової дискусії можна зазначити, що в разі надання допомоги дитині потрібно:

- подбати, щоб дитину відправили разом з дорослим;
- якщо це неможливо з якихось причин, особа, яка надає допомогу, має детально записати всю інформацію про те, куди відправляють дорослого, контакти медичної служби, аби дитина могла возз'єднатися з ним пізніше;
- якщо дорослого медпрацівники відправляють до лікарні, а дитина залишається, потрібно забезпечити передачу дитини відповідним службам допомоги дітям, бути весь час поряд з дитиною до цього моменту. Повідомити також відповідальній особі, якій буде передано дитину, всю інформацію про дорослого, якого забрали до медичного закладу.

Щоб підсумувати результати дискусії про допомогу дитині, що перебуває в ступорі, доцільно запропонувати відповідний ***загальний алгоритм допомоги в разі ступору***:

1. Наблизитися до постраждалого і по змозі перевести (транспортувати) його в безпечне місце (потрібно унеможливити йому доступ до предметів, що можуть становити загрозу, аби запобігти нападу на інших чи самогубству).

2. Налагодити *невербальний* контакт – покласти свої руки на кисті рук постраждалого, обійняти його тощо. Якщо у психолога є помічник, то це буде зробити простіше. Помічник утримує голову постраждалого, щоб забезпечити контакт «очі в очі» із психологом (ліва рука піднімає і підтримує чоло, права – на потилиці).

3. Налагодити *вербальний* контакт. Впливаючи на всі модальності сприйняття інформації, психолог зосереджує увагу людини на собі:

– плескає постраждалого по тілу (спині, руці...) і голосно, зі спокійною, але рішучою інтонацією звертається до нього на ім'я: «*Ім'я\_\_\_, підніміть очі на мене!*»;

– близько півметра від обличчя постраждалого починає в повітрі рукою малювати фігури (велике коло, горизонтальну вісімку тощо): «*Дивіться на мене! Не відводьте очей!*»;

– налагоджує дихання: «*Спробуйте дихати глибоко! Давайте разом! Вдих! Видих! Вдих! Видих!*»;

– збирає пальці потерпілого в кулак (втискаючи нігті в долоні до виникнення відчуття болю).

4. Після того як психолог викликав больові відчуття в долонях рук постраждалого, потрібно активізувати його емоційну сферу (позитивними або негативними стимулами) – реагування сприятиме виведенню людини зі стану заціпеніння. Спокійним, упевненим тоном поставте організаційні чи особисті запитання (можна й болючі) – у такий спосіб Ви сприятимете поверненню постраждалого до дійсності.

5. Продовжуйте «активізувати» тіло людини, щоб вивести її зі стану ступору. Розтирайте ділянки голови (вуха, обличчя – лоб, скроні, ніс, підборіддя), спину (підребер'я), ноги (п'яти).

6. Поставте перед постраждалим нескладне завдання для виконання «тут і зараз», щоб перевірити і впевнитися, що він вийшов зі стану ступору.

*Примітки:*

А. Унаслідок дії чинників екстремальної чи надзвичайної ситуації постраждалі можуть перебувати в різних психічних і фізичних станах. Це: 1) марення та галюцинації; 2) нервові тремтіння; 3) плач; 4) рухове збудження (гіперкінезії, ажитація); 6) апатія; 7) ступор; 8) агресія; 9) істерика; 10) паніка; 11) страх. Детальніше про алгоритм допомоги в цих станах див. у нашій роботі (Довгань, & Поліщук, 2023).

Б. Кожен із цих станів або окремі стани можуть бути відпрацьовані у форматі тренінгу з особами, що проходять навчання з надання допомоги постраждалим від НС.

Можливі різні *підходи* до підготовки і проведення тренінгу:

1) біхевіористичний підхід, коли вміння і навички закріплюються завдяки позитивному підкріпленню успішних дій і нейтралізації проявів поведінки, які є небажаними або деструктивними;

2) тренінг як поєднання когнітивного і поведінкового компонентів у набутті певних компетентностей. За такого підходу учасники опановують нові знання з подальшим їх практичним застосуванням на навчальних прикладах;

3) тренінг як цілеспрямована тренерська модерація процесу творчого пошуку учасниками відповідей на проблемні запитання з досліджуваної тематики;

4) тренінг як процес набуття суб'єктності під час вирішення завдань в

умовах невизначеності і непередбачуваності.

Вибір парадигми тренінгу буде залежати від самого тренера і бачення ним природи тренінгового процесу. Саме тому ми не наводимо власне програми тренінгу, а пропонуємо лише елементи, які, на наше переконання, обов'язково мають бути включені у відповідну розробку. І ще одне. Розробляючи програму тренінгу, доцільно зважати на загальновідому концепцію, згідно з якою процес опанування навичок має певну етапність: 1) неусвідомлене незнання і невміння; 2) усвідомлене незнання і невміння; 3) свідоме оволодіння знаннями і вміннями, які є сукупністю навичок; 4) опанування комплексного застосування сукупності мікронавичок як неперервної послідовності; 5) регулярне практикування та автоматизація навичок; 6) неусвідомлюване знання і стереотипізоване практикування навичок. Динаміка тренінгового процесу і посттренінгового супроводу має відповідати цій логіці.

Одним з інструментів просування та формування усвідомленого розуміння сутності психологічної допомоги постраждалим та підготовки команд може стати така форма роботи, як групові рефлексії.

### ***Організація рефлексії індивідуального і групового досвіду.***

Організуючи групові дискусії та супроводжуючи роботу групи, тренер може використовувати різноманітні когнітивно-комунікативні інструменти і своїми діями рефлексивно направляє кожного конкретного учасника і групу загалом до формування спільного, цілісного бачення.

Рефлексивні запитання можуть бути, зокрема, такі:

- Яким чином Ви враховуєте ризики?
- Як можна узгодити вашу ідею/пропозицію з пропозиціями інших учасників, які було озвучено раніше?
- Як Ваша пропозиція може допомогти вирішити ті проблеми, про які ви тільки що говорили?

Окрім власне таких рефлексивних запитань, що дають змогу учасникам групи звернутися до досвіду спільної роботи в групі і до вже напрацьованих групою результатів, тренер може організовувати спеціальні процедури – рефлексії. В основу таких процедур покладено умову: щоб зрозуміти, що ти робиш, потрібно перервати свою діяльність і подивитися на неї «зверху». За схему такого обговорення можна взяти рух рефлексивним квадратом (рис. 1.1).

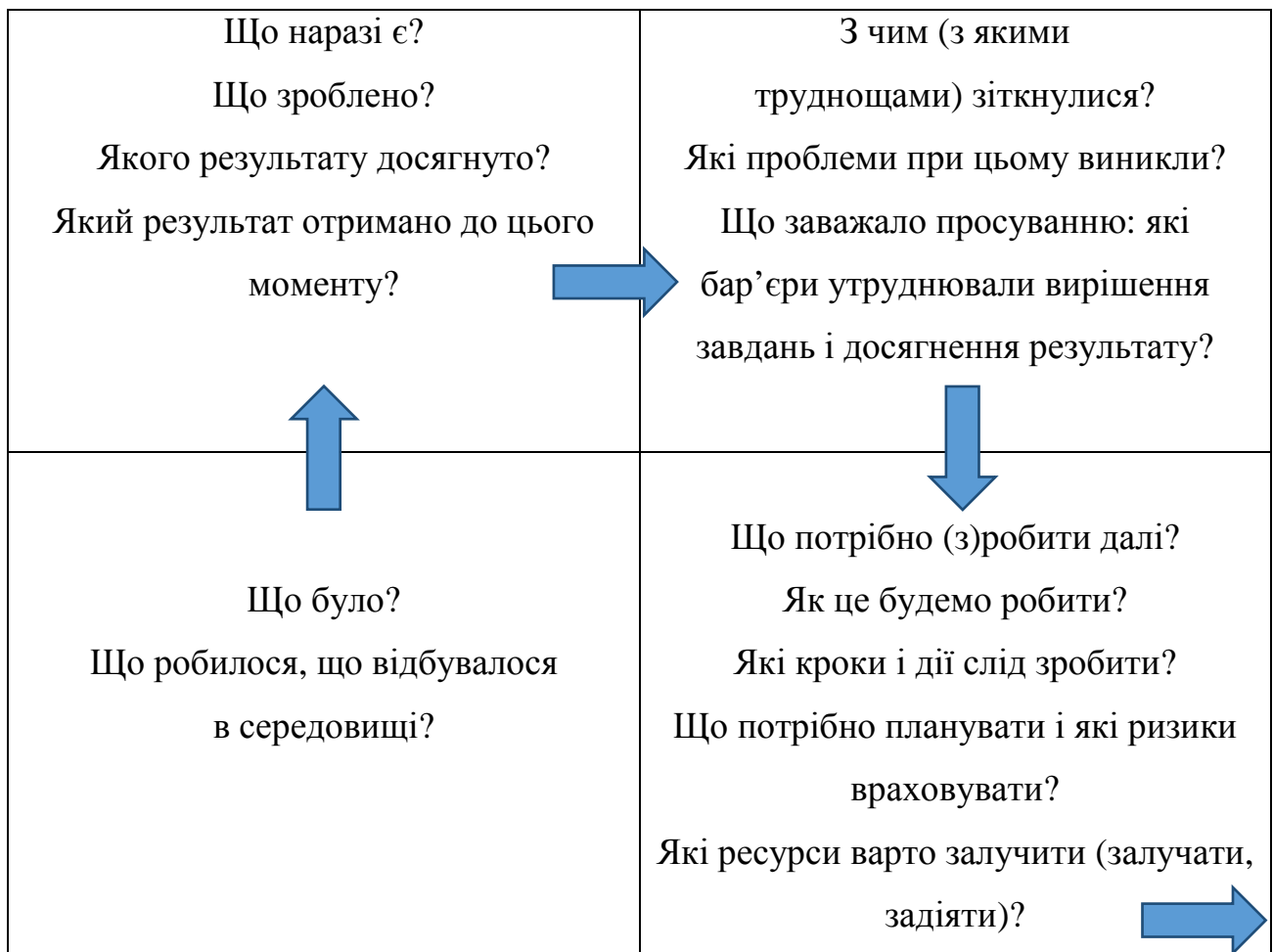


Рис. 1.1. Приклад рефлексивного квадрата

*Рефлексія* – це думка, спрямована на думку (на саму себе); це роздуми про те, як окремий суб'єкт чи група (як колективний суб'єкт) досягли свого



результату і який внесок зробив кожен у цей результат. Коли група працює, рефлексія допомагає суб'єктам осмислити досвід спільної роботи та пізнати себе й іншого в діалозі. Організація та проведення рефлексії в групі завжди передбачають, що: а) або рефлексуються власні дії, б) або рефлексія проводиться з груповим настановленням на узагальнене оцінювання результатів роботи всієї групи.

Застосування рефлексії допомагає мінімізувати можливі ризики завдяки побудові цілісної картини ситуації і себе-в-ситуації. Рефлексія – це не просто знання чи розуміння суб'єктом самого себе, а й з'ясування того, як інші знають і розуміють того, хто «рефлексує», його особистісні особливості, емоційні реакції і когнітивні (пов'язані з пізнанням) уявлення. Рефлексія під цим кутом зору – це те, що дає змогу по-справжньому формувати єдність і колективного суб'єкта. Завдяки рефлексії можна побачити і врахувати обмеження, можливості та ресурси кожного члена команди і відповідним чином обирати стратегії досягнення результату або ж бажаного перспективного майбутнього.

Така процедура рефлексії може бути використана не тільки в умовах тренінгу, а й у реальному житті. Наприклад, нею можуть скористатися особи, які допомагають під час ліквідації наслідків НС, щоб зорієнтуватися в ситуації та визначити найбільш актуальні завдання. Декілька хвилин часу – і можна подивитися на себе в ситуації і на саму ситуацію під іншим кутом зору. Або ж на рівні штабів чи окремих центрів ухвалення рішення може постати завдання поглянути на ситуацію під іншим кутом зору, щоб зрозуміти, чи потрібно коригувати діяльність, і якщо так – у якому ключі має бути це коригування.

### **Блок 3. Організація процесів взаємодії та інформування про НС**

Організація взаємодії – складний процес. Особливо в умовах НС. Коли різні суб'єкти мають різні цілі. Когось цікавить інформація про потерпілих і

масштаби лиха, оскільки могли постраждати їхні рідні і близькі, їхні домівки. А хтось у погоні за «сенсацією» публікує матеріали, що завдають шкоди. Саме тому маємо обговорити впровадження принципів та правил взаємодії осіб, які надають допомогу постраждалим, з різними суб'єктами (ЗМІ; населенням, що не постраждало, і т. ін.). Одним з інструментів, які можуть допомогти у вирішенні цих питань, може стати запропонований вище рефлексивний квадрат.

Крім того, щоб оцінити готовність до комунікації в НС осіб, які надають допомогу постраждалим, пропонуємо їм відповісти на такі запитання:

1. З якими найбільшими труднощами Вам доводиться стикатися на етапі донесення до мешканців громади (населення області, регіону) інформації щодо ризиків, пов'язаних із можливими НС?
2. Як планується та організовується комунікація на рівні громади (місцевості, області, регіону, держави) у разі НС? Можливо, такий досвід був у минулому. Який це досвід? Що потрібно взяти до уваги і скоригувати?
3. Наскільки, на Вашу думку, мешканці довіряють місцевій владі (за шкалою від 1 до 10, де 1 – «зовсім не довіряє», а 10 – «повністю довіряє»)? Чому?
4. Які джерела інформації викликають довіру в основних груп населення?
5. Які заходи для підвищення ефективності комунікації Ви можете запропонувати?
6. Які спільні дії у сфері комунікації і з ким саме потрібні в надзвичайній ситуації?
7. Як Ви готуєте спікерів і переговорників для взаємодії зі ЗМІ і населенням?
8. Хто є лідерами неформального впливу в громаді? Які технічні комунікаційні засоби і платформи вони використовують? Чи створено з ними «партнерську мережу» для інформування населення в разі НС?

9. Наскільки актуальні списки контактних даних партнерів (інших установ, організацій, фахівців з комунікації, працівників психологічних і соціальних служб та організацій громади (області) тощо), до яких можна звернутися в разі НС?
10. Чи чітко визначено та розподілено обов'язки і функції щодо комунікації в разі НС?
11. З якою періодичністю оновлюються списки контактів партнерів і відповідальних осіб про інформування в разі НС?

#### **Блок 4. Фіксація, зберігання та передавання інформації про постраждалих**

Загальноприйнятою є умова, відповідно до якої екстрена психологічна допомога надається тільки тоді, коли реакції людини можна описати як «нормальні реакції на ненормальну ситуацію». Інакше кажучи, екстрена психологічна допомога не може надаватися тим людям, чиї реакції виходять за межі психічної норми. Якщо реакції людини виходять за межі норми, потрібна допомога лікаря-психіатра. У деяких випадках це передбачає застосування методів психологічної діагностики.

Очевидно, що в ситуації, коли ще діють чинники, які провокують надзвичайні, екстремальні чи катастрофічні умови життєдіяльності, не завжди можна скористатися психологічними тестами чи проєктивними методиками. Тут на перший план виходять «королівські» методи психології – спостереження, візуальна діагностика і бесіда. Природно, що через брак досвіду або під дією тих таки чинників надзвичайності застосування цих методів може мати певні діагностичні похибки. Проте саме вони дають змогу зібрати потрібну інформацію і вчасно залучити до надання допомоги постраждалому фахівців суміжних професій.

Ми вже детально розглядали питання протоколювання обстеження постраждалих, тому тут не будемо спеціально зупинятися на цьому, а лише адресуємо читача до відповідної роботи (Довгань, & Поліщук, 2023).

Якщо ж надзвичайна ситуація досить тривала в часі, психолог може використовувати стандартизовані психологічні інструменти для обстеження, фіксації та психологічного супроводу постраждалих. А також відповідні інструменти для оцінювання стану осіб, які надають допомогу.

Зупинімося на двох із них.

Для дослідження психофізіологічного стану як постраждалих, так і осіб, залучених до подолання наслідків НС, ми пропонуємо використовувати модифікацію *Методики шкалової самооцінки психофізіологічного стану* (О. Кокун). Експрес-характер методики, її універсальність та інформативність дають змогу завдяки наочності швидко й досить точно оцінювати різні складники психофізіологічного стану. А зважаючи на ту обставину, що методика призначена насамперед для багаторазової фіксації та порівняння індивідуальних для кожного досліджуваного показників, а не для порівняння показників, отриманих різними особами, це дає змогу спостерігати динаміку психофізіологічного стану.

Діагностична процедура полягає в тому, що досліджуваному пропонують оцінити різні характеристики свого стану на цей час, позначивши вертикальною рисою відповідне місце на неградуєваній шкалі (яка являє собою пряму лінію довжиною 100 мм), де лівий її край означає мінімальний, а правий – максимально можливий вияв певної характеристики. (Власне методику і спосіб роботи з нею представлено в Додатку Б).

Для дослідження стану осіб, які пережили НС і, ймовірно, мають певну психічну чи психологічну травму, можна скористатися *Короткою шкалою тривожності, депресії і ПТСР*. Цю методику використовують як безпосередньо

в місцях тимчасового притулку для постраждалих осіб, так і в процесі подальшої психологічної допомоги. Крім того, методика стане в пригоді і самим особам, які надають допомогу, щоб провести самодіагностику.

Загалом, можна констатувати, що останнім часом арсенал інструментарію для психологів, які працюють з постраждалими від НС, значно розширився. Це, зокрема, Шкала самооцінки тривоги (О. С. Чабан, О. О. Хаустова); Чотиривимірний опитувальник симптомів (4DSQ); Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS); Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A); Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР). (Зазначені методики також наведено в Додатку Б). У розділі 4, у рамках запропонованої психологічної технології розвитку готовності, також представлено методики діагностики та психологічного супроводу постраждалих.

Насамкінець зауважимо, що методики, представлені в розділі 1, – це доповнення до інструментарію психолога-практика, який у разі потреби може їх також використовувати і як окремий інструментарій, і як сукупність засобів для додаткової діагностики.

### Список використаних джерел

Алиев, Х. М. (2011). *Укращення стресса*. Москва: Эксмо.

Довгань, Н. О., & Поліщук С. А. (2023). *Надання першої психологічної допомоги у надзвичайних ситуаціях*, Методичні рекомендації. Київ.

Дьяченко, М. И, Кандыбович, Л. А. (1986). *Психологическая готовность*. Москва: Наука.

Колосов, М. Б. (2009) *Готовность к деятельности в психологии*. URL: <http://www.psychology-online.net/articles/doc-1408.html>.

Левин, К. (2000). *Теория поля в социальных науках*. Санкт-Петербург: Речь.

*Оздоровча система – метод «Ключ» Х. Алієва.* URL: <https://naurok.com.ua/ozdorovcha-sistema---metod-klyuch-h-alieva-140942.html>.

*Перша психологічна допомога: посібник для працівників на місцях* (2017). Київ: Унів. вид-во «Пульсари». URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9786176150787-ukr.pdf?sequence=72>.

*Про затвердження Положення про психологічну службу у системі освіти України,* Наказ Міністерства освіти і науки України № 509 від 22.05.2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0885-18#n19>.

*Руководство по планированию оказания помощи при ЧС и действий в чрезвычайных обстоятельствах* (2007). URL: <https://www.refworld.org.ru/pdfid/54c2146d4.pdf>.

Рягузова, Е. В. (2008). Психологическая ситуация как предмет теоретической рефлексии. В *Проблемы социальной психологии личности*. Саратов: Саратовский государственный университет, с. 89–97. URL: [http://psyjournals.ru/sgu\\_socialpsy/issue/index.shtml](http://psyjournals.ru/sgu_socialpsy/issue/index.shtml).

Собакаръ, А. О., Казначеев, Д. Г., Поливанюк, В. Д., & Бойко, О. І. (2018). *Цивільний захист у схемах*, Навчальний посібник. Дніпро: Дніпропетр. держ. ун-т внутр. справ.

Шютц, А. (2003). *Смысловая структура повседневного мира: очерки по феноменологической социологии*. Москва: Ин-т Фонда «Общественное мнение».

Хаустова, О. О. (2019). Психосоматичні маски тривоги. *Український медичний часопис*, 4 (1). URL: <https://www.umj.com.ua/article/160744/psihosomatichni-maski-trivogi>.

## РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ ДО НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ І СТРАТЕГІЇ ПОВЕДІНКИ ПОСТТРАЖДАЛИХ

### 2.1. Поведінкові стратегії постраждалих у надзвичайних ситуаціях

Складаючи план дій у надзвичайних ситуаціях, часто роблять припущення про те, як поведеться натовп у загрозовому становищі. Ці припущення важливі, вони можуть сприяти раціоналізації певних стратегій аварійної готовності та реагування, адже деякі з них можуть бути більш ефективними за інші. У періоди відносної соціальної стабільності соціальна поведінка часто визначається набором факторів: особистісними цінностями, матеріальними обмеженнями, законами, соціальними нормами тощо. Зміни одного із цих факторів часто поглинаються та компенсуються стабільністю інших факторів. Проте інтуїтивне розуміння передбачуваності соціальної поведінки не можна екстраполювати на поведінку в надзвичайній ситуації. Коли населення стикається з великими потрясіннями у своєму повсякденному житті або, як нині, із небезпечними ситуаціями, спричиненими війною, новими і нетрадиційними загрозами та ризиками, шок може торкнутися водночас декількох або більшості детермінант соціальної поведінки.

У дослідницькій літературі звіти про поведінку натовпу в надзвичайних ситуаціях і в разі стихійного лиха загалом поділяють на дві категорії: ті, які припускають психологічну вразливість, і ті, що наголошують на психосоціальній стійкості. Якщо перша вбачає в натовпі джерело психологічної слабкості та неадекватної реакції і виключає можливість того, що натовп може

зробити позитивний внесок у подолання небезпеки, то друга, навпаки, робить акцент на потенціалі членства в натовпі для досягнення позитивних результатів.

Тривалий час поширеною була думка, що люди, які вижили після НС, будуть утікати в паніці, виявляться недієздатними через страх або будуть занадто дезорієнтованими, щоб знати що робити. Через таке неправильне сприйняття вважають, що жертви потребують управління. Однак досить часто жертви катастроф самі спрямовують себе та інших у безпечне місце; вони активно допомагають постраждалим, оцінюють збитки та ініціюють пошукові і відновлювальні роботи та беруть на себе відповідальність за інших ще до того, як прибудуть працівники аварійно-рятувальних служб.

*Еволюція поведінкових теорій.* На теоретичному етапі нашого дослідження ми звернулися до аналізу теорій поведінки натовпу. Основною метою такого аналізу було виокремити ті основоположні принципи, що сприяли подальшому розвитку теорій поведінки потерпілих у надзвичайних ситуаціях, теорій і концепцій готовності до таких ситуацій. Першим очевидним висновком нашого аналізу є те, що теорії поведінки натовпу останнім часом значно змінилися. Ідеї, запропоновані Гюставом Ле Боном, або теорія деіндивідуалізації, наприклад, тепер під час розгляду поведінки натовпу зазвичай ігноруються на користь більш пізніх концепцій. Однак недостатньо просто відхилити старі ідеї на користь нових – потрібно розглянути, як сучасні уявлення про поведінку натовпу розвинулися з класичних моделей.

До класичних теорій можна віднести теорію групової свідомості Ле Бона і теорію психоаналізу З. Фрейда. Основні ідеї теорії поведінки натовпу полягають у тому, що в натовпі люди втрачають почуття власної гідності і відповідальності. Вони більше не ідентифікують себе як особистості, що відповідають за свої дії, а стають анонімними учасниками групи. Водночас завдяки своїй численності і груповому менталітету ці люди набувають відчуття



сили й непереможності. Після того як людина ідентифікується як член натовпу, вона піддається зараженню, що призводить до швидкого і неконтрольованого поширення ідей та настроїв серед групи, швидких і непередбачуваних змін у поведінці; водночас вивільняються нецивілізовані мотиви і натовп поводить ся згідно з первісними, дикими інстинктами. Ле Бона критикують за те, що він розглядає поведінку натовпу у відриві від контексту, у якому поведінка виникає і проявляється. Ідеї Ле Бона також слугують легітимації репресій. Він, зокрема, вважає, що оскільки з натовпом не можна домовитися, то єдиний спосіб ефективно його контролювати і запобігти насильству – це придушити натовп, перш ніж він дістане шанс остаточно сформуватися. Аналіз трилогії Ле Бона про натовп дає підстави зробити висновок, що його теорія є не психологічною, а ідеологічною. Тут варто зазначити, що основною *цінністю* цієї теорії, на яку в подальшому взуватимуться дослідники, є важливість сили в поведінці натовпу, що визнається вагомим чинником колективних дій.

Згідно з теорією З. Фрейда, натовп сприяє «відмиканню», вивільненню підсвідомого. Моральні норми в суспільстві і цивілізована поведінка зазвичай підтримуються й контролюються частиною супер-его. Однак супер-его, як частина натовпу, перевершує його лідера. Унаслідок цього глибоко заховані примітивні інстинкти індивідів регресуватимуть до первісної поведінки. Отже, оскільки поведінка перебуває поза контролем свідомості, особа звільняється від особистої відповідальності, а асоціальна поведінка стає неминучою. Теорію психоаналізу критикують за подання поведінки натовпу як ненормальної і патологічної.

Класичним теоріям ми, однак, завдячуємо появою нових теорій натовпу. До них можна віднести: теорію норм, парадигму мінімальної групи, теорію соціальної ідентичності, теорію самокатегоризації, модель соціальної ідентичності поведінки натовпу, модель соціальної ідентичності ефектів деіндивідуалізації тощо. Розгляньмо деякі з них.

Із традиції групової свідомості Ле Бона безпосередньо походить *теорія деіндивідуалізації* – теорія, що мала суттєве значення для подальших досліджень натовпу. Поняття деіндивідуалізації для пояснення нетипової і часто асоціальної поведінки в складі групи ввели в соціальну психологію Леон Фестінгер з колегами (Festinger, Pepitone & Newcombe, 1952). Деіндивідуалізація описує процес, унаслідок якого нормальні поведінкові обмеження індивідів – на основі почуття провини, сорому, прихильності та страху – слабшають у складі групи. Їхня здатність до самоусвідомлення і самоспостереження притлумлюється, і вони втрачають почуття соціалізованої індивідуальної ідентичності. Отже, індивіди стають більш сприйнятливими до зовнішніх сигналів, мотивів та емоцій групи. А втім, критики теорії зауважують, що члени натовпу не завжди бувають по-справжньому анонімними, а також звертають увагу на негативний і вкрай непродуктивний спосіб тлумачення колективної поведінки. Незважаючи на згадані недоліки, теорія деіндивідуалізації і її основоположний принцип впливу анонімності на поведінку учасників натовпу зберігаються і в більш пізніх теоріях, як-от модель соціальної ідентичності, ефекти деіндивідуалізації (Reicher et al., 1995).

Пізніше з'являються теорії, які, на відміну від більш ранніх, намагаються переконати, що дії натовпу можна вважати «нормальними», незважаючи на те, що його поведінка не керується традиційними, встановленими груповими нормами. До таких концепцій можна віднести *теорію виникнення (народження) норм* Ральфа Турнера (Turner, 1964). Це була одна з перших спроб пояснити соціальну узгодженість, очевидну в колективній поведінці. Ще одна відома теорія – *теорія мінімальної групи*, яка стверджує, що члени групи віддають перевагу членам власної групи перед чужою (Diehl, 1990). Така міжгрупова дискримінація є наслідком соціальної категоризації. Теорію критикують за фаворитизм, який демонструють члени групи. Зокрема, критики вважають, що фаворитизм є результатом раціональної економічної вигоди, а не результатом

міжгрупової дискримінації на основі соціальної категоризації (Dobbs, & Crano, 2001).

Подальший розвиток розуміння поведінки натовпу пов'язаний з *теорією соціальної ідентичності* (Turner, 1975; Tajfel, 1978; Tajfel, & Turner, 1986). Теорія передбачає, що ми як індивіди постійно беремо участь у процесах класифікації, ідентифікації та порівняння. Її можна розглядати насамперед як мотиваційну теорію, яка стверджує, що самооцінка є рушійною силою індивідуальної поведінки в міжгрупових ситуаціях. Цю теорію критикують за те, що колективне «Я» – тобто соціальну ідентичність, і індивідуальне «Я» – тобто особисту ідентичність, вона трактує як когнітивно різні. Однак пізніші дослідження довели тісний зв'язок між ними (Reid, & Deaux, 1996). Найціннішим у теорії є те, що вона робить зрозумілою відмінність між особистою ідентичністю людини і спільною соціальною ідентичністю, а також обґрунтовує уявлення про те, що люди можуть одночасно належати до різних соціальних груп, кожна з яких має свою власну соціальну ідентичність. Теорія визнає, що колективну поведінку слід розглядати під кутом зору колективу, а не індивідуальної тотожності. Відповідно, вона наголошує на важливості врахування соціальної ідентичності під час вивчення групової дії.

Теорія соціальної ідентичності дістала свій подальший розвиток у *теорії самокатегоризації*. Відповідно до неї соціальна ідентичність здатна регулювати групову поведінку, тому що вона заснована на процесі самокатегоризації. Отже, самокатегоризація, в основі якої лежить спільна соціальна ідентичність, забезпечує соціально-психологічну основу групової поведінки (Turner, & Oakes, 1986). Критики теорії дорікають її авторам за те, що теорія не розглядає самокатегоризацію під кутом зору мотивації самоповаги або самовдосконалення (Hogg, & Williams, 2000). Беззаперечна цінність цієї теорії полягає в тому, що вона пропонує пояснення такого колективного явища, як групова згуртованість.

А основні її принципи було покладено в основу моделі соціальної ідентичності поведінки натовпу (Reicher, 1996; Drury, & Reicher, 1999).

Підбиваючи підсумки, можемо виснувати, що традиція у вивченні психології натовпу полягає в тому, що *немає загальної поведінки натовпу – радше йдеться про те, якою мірою поведінка в натовпі, в умовах надзвичайної ситуації координується, взаємно підтримується і, отже, є адаптивною (порівняно з неузгодженою, взаємно антагоністичною і неадаптивною).*

Попри недоліки та суперечності, притаманні розглянутим теоріям, усі вони містять низку ідей, які сприяли розвитку теорій поведінки в надзвичайних ситуаціях. А значна частина положень цих теорій дала поштовх для розвитку концепцій готовності індивідуальних і колективних суб'єктів до надзвичайних ситуацій. Насправді готовність до надзвичайних ситуацій – це поведінка, що захищає здоров'я, тож поведінкові підходи посіли центральне місце як засіб такого захисту. Мета наведеного огляду полягала в пошуку та узагальненні даних шляхом оцінювання застосування поведінкових теорій до розуміння забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій. Подальший теоретичний аналіз стосуватиметься теорій і концепцій психологічної готовності до надзвичайних ситуацій.

***Теорії готовності до НС*** об'єднує спроба інтерпретувати низку елементів готовності в різних комбінаціях задля врахування відмінностей у рівнях готовності до надзвичайних ситуацій. Ідеться про сприйняття ризику, компетентність, афекти (тривожність) та стосунки (належність до спільноти, колективна ефективність, розширення прав і можливостей тощо). Як зазначає D. Paton (2003), жодна з наявних теорій не охоплює всі ці елементи, однак усі теорії можна ефективно застосовувати для з'ясування відмінностей щодо рівнів готовності до НС.

Розгляньмо ці теорії (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

## Теорії готовності до надзвичайних ситуацій

Теорії	Складники конструкції	Автори
Модель переконань про здоров'я	Сприйнятливність до загрози, тяжкість загрози, передбачувана загроза, особисті витрати і вигоди, імовірність ужиття заходів	Dooley et al. (1992), Ejeta, Ardalan, Paton, & Yaseri (2016)
Теорія мотивації захисту	Сприйняття ризику, ефективність реагування, прийняття/персоналізація ризику, самоефективність, подолання, оцінка, мотивація захисту	Grothmann, & Reuswig (2006), Martin, Bender, & Raish (2007), McLennan et al. (2014), Bockarjova et al. (2009)
Транстеоретична модель	Попереднє споглядання, споглядання, дія, технічне обслуговування, підтримання готовності	Bockarjova et al. (2009)
Теорія запланованої поведінки	Відносини; суб'єктивні норми, що сприймаються; поведінковий контроль	McIvor, & Paton (2007), McLennan et al. (2014)
Теорія критичного усвідомлення	Частота обговорення небезпек у соціумі, налаштування, сприйняття ризику, тривожність, доступність ресурсів, самоефективність, спрямованість на проблему, подолання, довіра	Paton et al. (2005); Paton, Kelly, Bürgelt, & Doherty (2006)
Теорія соціального маркетингу	Маркетингові стратегії, фаталізм, небезпека, знання, обмеженість ресурсів, самоефективність, довіра, вдячність	Faulkner, & Ball (2007), Guion et al. (2007), McKenzie-Mohr (2000)
Модель ужиття захисних заходів	Характеристики джерела повідомлення, зміст повідомлення, доступ до інформації, увага, розуміння, сприйняття загрози, сприйняття захисної дії, ситуативне обмеження і фасилітатори	Houts et al. (1984), Terpstra, & Lindell (2013)
Теорія соціального капіталу	Об'єднання соціального капіталу, довіра, соціальні норми, характеристики соціальної мережі, справедливність	Aldrich, & Meyer (2015), Reiningger et al. (2013), Sadeka et al. (2015)
Теорія лінії групового зламу	Процесуальна та розподільча справедливість, спільнота, домовленості	Lau, & Murnighan, (1998), Paton, & Buergelt (2012)
Теорія залучення спільноти	Сприйняття ризику, очікуваний результат, тривожність, при'язаність до місця, почуття спільноті, участь спільноти, колективна ефективність, повноваження, довіра	Adhikari, Paton, Johnston, Prasanna, & McColl (2018), Kerstholt et al. (2017), Paton (2013)
Теорія соціальної ідентичності	Соціальна ідентичність, довіра, «соціальні ліки», соціальна підтримка, посилення	Drury (2012), Farida (2014)

Дослідження з використанням *моделі переконань щодо здоров'я* виявили, як сприйнятливність до загрози, інтерпретація серйозності загрози та інтерпретація особистих витрат і вигод від дій впливали на готовність до землетрусу (Dooley et al., 1992). Застосування *теорії захисної мотивації* до вивчення готовності показало, як прийняття людьми та персоналізація власного ризику взаємодіють з їхніми переконаннями щодо ефективності дій із забезпечення готовності та їхньою здатністю реалізувати їх. Наприклад, самоефективність та оцінка подолання свідчать про готовність до НС (Grothmann, & Reusswig, 2006 ; Martin et al., 2007 ; McLennan et al., 2014).

Дослідження на основі *транстеоретичної моделі* (або стадій змін) продемонструвало, як змінюється відносна значущість предикторів у міру того, як люди поступово розвивають свою готовність (Vočkarjova et al., 2009).

*Теорія запланованої поведінки* описує, як взаємодія між ставленням людей до готовності, їхніми суб'єктивними нормами готовності та переконаннями щодо їхнього рівня поведінкового контролю над уживанням заходів щодо готовності пов'язана з такою готовністю (McIvor, & Paton, 2007 ; McLennan et al., 2014).

*Теорія критичної обізнаності* визначає, як соціальна значущість небезпек (тобто частота, з якою люди обговорюють проблеми небезпек з іншими), сприйняття ризику і тривожність, пов'язана з небезпекою, взаємодіють, щоб мотивувати готовність (Paton et al., 2005). Взаємозв'язок між цими мотивувальними факторами і готовністю опосередкований доступністю ресурсів (навичками, самоефективністю та вмінням справлятися з проблемами), а також регулюється довірою. Дослідження готовності до землетрусів і лісових пожеж підтверджує цю теорію (Paton et al., 2005; 2006).

Соціальний маркетинг на основі спільноти об'єднує методи комерційного маркетингу зі знаннями і практиками, що ґрунтуються на психологічних теоріях

зміни поведінки, для розроблення та реалізації стратегій інформування про ризику (McKenzie-Mohr, 2000), а також для зіставлення методів поступового втручання з потребами різних груп і підгруп спільноти (Andreason, 2007; Evans, 2006; Faulkner, & Ball, 2007; Guion et al., 2007).

Процес персоналізації інформації є наріжним каменем іншої теорії – *моделі ухвалення рішень про захисні дії* (модель ужиття захисних заходів) (Lindell, & Perry, 2012). Теорія описує готовність як результат взаємодії між судженнями людей про загрозу, створювану небезпекою, і визначенням доступних дій, здатних захистити їх від наслідків небезпеки; пошуком та оцінюванням додаткової інформації (оцінювання потреб в інформації, визначення джерел та оцінювання того, коли потрібна інформація) (Houts et al., 1984; Lindell, & Perry, 2012; Terpstra, & Lindell, 2013). Переконавання мотивації захисту, які впливають із цього, визначають реалізацію захисних дій людей і, отже, їхню готовність (Lindell, & Perry, 2012; Terpstra, & Lindell, 2013).

*Дослідження соціального капіталу* сприяли розумінню того, як такі чинники, як довіра, соціальні норми (особливо щодо взаємності) і характеристики соціальних мереж, сприяють досягненню результатів готовності до НС (Aldrich, & Meyer, 2015; Nakagawa, & Shaw, 2004). По суті, соціальний капітал означає близькість, спорідненість членів суспільства (наприклад, зв'язки між членами сім'ї, зв'язки між друзями, членами різних соціальних груп тощо). Нарощування соціального капіталу сприяє підвищенню ефективності попереджувальних дій щодо небезпек та готовності до останніх (Hawkins, & Maurer, 2010; Sadeka, Mohamad, Reza, Manap, & Sarkar, 2015). D. Paton (2019) вважає, що виділені авторами концепції такі змінні, як-от соціальна згуртованість, прив'язаність до місця проживання, місцева ідентичність і почуття спільності, є «сильними кандидатами» на включення в майбутні моделі готовності, так само як і соціальна відповідальність.

*Теорія ліній групових зламів* описує, як у сім'ях і між сусідськими спільнотами, члени яких раніше підтримували дружні або нейтральні стосунки, може виникати соціальна фрагментація, коли зовнішній стрес перетворює зазвичай незначні розбіжності в настановленнях у причини конфлікту (Lau, & Murnighan, 1998). Люди розвивають розуміння ризиків для себе і того, як ними можна керувати, залучаючи (шляхом участі спільноти) інших. Участь спільноти стає істотною змінною теорії готовності, тому що обговорення та події, які відбуваються і циркулюють у соціальних мережах, де люди регулярно взаємодіють з однодумцями, інформують про те, як вони конструюють своє розуміння невизначеності майбутніх небезпечних подій. Цей процес створення змісту визначає відтак подальші дії або бездіяльність людей. Якщо є мотивація до дії, досвід співпраці з іншими у розв'язанні місцевих проблем (колективна ефективність), то це впливає на розроблення та реалізацію планів. Однак якщо в знаннях людей залишаються прогалини, вони прямо чи опосередковано звертаються до різних джерел інформації (Paton et al., 2005).

Традиційні моделі інформування про ризики припускають, що повноваження і досвід, якими наділені різні установи з управління ризиками, означають, що люди мають беззастережно приймати і використовувати інформацію із цих джерел. Це не завжди так. Міра, якою люди довіряють джерелу інформації, сприяє забезпеченню готовності у способи, що не залежать від наданої інформації як такої (Basolo et al., 2009 ; Johnson, & Nakayachi, 2017 ; Kirschenbaum, Rapaport, & Canetti, 2017; Paton, 2008).

*Теорія соціальної ідентичності* (Tajfel, 1978), яку дедалі частіше застосовують для розуміння реагування людей на проблеми зі здоров'ям (Chang, Jetten, Cruwys, & Haslam, 2017; Haslam, 2014; Jetten, Haslam, & Alexander, 2012; Jetten et al., 2017), і досвід аварійного відновлення (Drury, 2012; Farida, 2014 ; Kellezi & Reicher, 2012) пояснюють, як модель соціальної



ідентичності «колективної стійкості» враховує відмінності в позитивних результатах відновлення після надзвичайних ситуацій, особливо щодо того, як спільна соціальна ідентичність розширює можливості колективних дій в умовах відновлення. Висновок Duguy про те, що довіра опосередковує взаємозв'язок між спільною соціальною ідентичністю і розширенням прав та можливостей в умовах відновлення, уможлиблює інтеграцію цієї теорії з іншими (наприклад, з концепцією соціального капіталу), які розглядають довіру як ключову змінну в процесі готовності. Доведено, що колективні дії сприяють відновленню та відтворенню соціальної ідентичності. Kellezi і Reicher показали, наприклад, як взаємопов'язаність соціальної ідентифікації і соціальної підтримки сприяла підтримці людей після втрати ними будинку та евакуації внаслідок стихійного лиха. На думку дослідників, така взаємопов'язаність соціальної ідентичності і соціальної підтримки може бути «соціальними ліками» для тих, хто переживає екстремальні події (Kellezi, & Reicher, 2012).

На основі узагальнення результатів аналізу теорій та концепцій, а також емпіричних досліджень готовності до надзвичайних ситуацій можемо зробити такі **висновки**:

- готовність буквально має два значення. Перше – це згода зробити щонебудь як добровільне і свідоме рішення, спрямоване на діяльність; друге – як опис стану, який забезпечить реалізацію рішення;
- провідним компонентом готовності є психологічна готовність, під якою розуміють складний конструкт, тобто сплав функціональних та особистісних компонентів, що забезпечують мотиваційно-психологічну готовність;
- незважаючи на відмінності в підходах до визначення психологічної готовності, більшість авторів схиляються до думки, що це складна

синтетична конструкція, яка складається з комплексу різних взаємопов'язаних елементів.

## 2.2. Прогностичні чинники і ресурси готовності до надзвичайної ситуації

Психологічна готовність до надзвичайних ситуацій має потенціал для зменшення негативного впливу НС. Готовність не з'являється повністю сформованою. Процес формування готовності передбачає проходження людьми через декілька етапів на шляху до того, щоб стати всебічно (більш) підготовленими. Отже, готовність слід концептуалізувати як процес розвитку і керувати ним відповідно до цього. Така концептуалізація є важливою для зосередження уваги на адаптації інтервенційних стратегій втручання з метою приведення їх у відповідність до цієї траєкторії розвитку. Щоб інтервенційні стратегії були ефективними, потрібно насамперед визначити прогностичні чинники (предиктори) готовності до надзвичайних ситуацій і доступні ресурси. До основних предикторів готовності до НС ми відносимо: *сприйняття ризику і ставлення до ризику, сприйняття контролю*.

**Сприйняття ризику і ставлення до ризику.** Упродовж десятиліть переважна більшість наукової літератури, присвяченої сприйняттю ризику, рекомендувала розглядати когнітивний, емоційний та соціальний аспекти, які прямо чи опосередковано характеризують сприйняття ризику людьми та впливають на це сприйняття (Slovic, 1987; Slovic et al., 2000; Brug et al., 2004; Klinke, & Renn, 2006; Linden van der et al., 2015; Flesia et al., 2020).

Так, Slovic і Peters вважають, що в сучасному світі ризик може розгортатися за двома траєкторіями. Ідеться про:

1) раціональний/когнітивний ризик, який стосується аналітичного, систематичного, дорадчого та логічного аналізу ризику й подальшого ухвалення рішень;

2) афективний ризик, який означає емоційну та евристичну реакцію людини на небезпеку або загрозу (Slovic, & Peters, 2006).

Чимало дослідників переконані у важливості емоцій у сприйнятті ризику та ризикованій поведінці. Так, вплив емоцій на сприйняття ризику відображено в моделі афекту як інформації (Schwarz, & Clore, 1983; 2003), гіпотезі ризику як почуття (Loewenstein et al., 2001) та евристиці афекту (Slovic, 2007). Незважаючи на певні відмінності, усі ці моделі акцентують значення афекту й емоційних реакцій, що відіграють провідну роль в оцінюванні ризику й ухваленні рішень. З аналізу наукової літератури випливає, що найчастіше автори описують побоювання і занепокоєння людей, оцінюють їхні страхи або ступінь ризикованості окремих осіб, визначають імовірність подій.

Ризики надзвичайної ситуації є не тільки фізичними явищами. Вони відображають взаємовідносини з навколишнім середовищем і є культурно, соціально і психологічно сконструйованими (Eiser et al., 2012). Психологічним виміром інтерпретації ризику є сприйняття ризику, яке, відповідно, впливає на готовність до НС. Дослідники вважають, що саме сприйняття ризику істотно впливає на індивідуальну і групову поведінку (Hagen et al., 2016).

У соціальних науках усталилися наразі два визначення ризику:

1) ризик – це ситуація або подія, у яких щось, що має людську цінність, (включно із самими людьми), перебуває під загрозою і де результат неясний;

2) ризик – це невизначений наслідок події або діяльності щодо чогось, що цінують люди.

Ці визначення виражають одну й ту саму основну ідею: *ризик – це подія або наслідок події*. Першою умовою ризику є те, що ці події та наслідки пов'язані з невизначеністю. Друга умова полягає в тому, що «на карту поставлено» щось, що має людську цінність. Ці визначення відображають онтологічний реалізм, що визначає, які стани світу має бути концептуалізовано

як ризик. Як об'єктивний стан світу, ризик існує незалежно від нашого сприйняття, нашого знання, а також від того, що «поставлено на карту» і наскільки ймовірно, що ризик буде реалізовано. Але саме наше сприйняття, наші знання (досвід), імовірність ризикових ситуацій та можливі втрати впливають на нашу поведінку в надзвичайних ситуаціях.

Сприйняття ризику – це інтерпретація світу, що ґрунтується на досвіді та/або переконаннях. Воно визначає рішення щодо прийнятності ризиків і є чинником, що впливає на готовність до НС, а отже, і на поведінку до, під час і після надзвичайної ситуації. Однак ні сприйняття, ні ставлення до ризику не слід сприймати як еквівалент фактичної поведінки. Оцінка величини ризиків і міри готовності людей до прийняття ризиків *залежить від типу небезпеки, від особистого досвіду, переконань і поглядів, а також від різноманітних суспільних впливів*. Сприйняття ризику – незалежно від того, чи є він насправді – є достатнім для того, щоб завдати реальних і довгострокових збитків. Усвідомлення того, як конкретні фактори впливають на сприйняття ризику, є важливим для розуміння того, як люди реагуватимуть на загрози надзвичайних ситуацій. Сприйняття ризиків дає уявлення про те, як воно впливає на різні види поведінки; дає змогу картографувати такі соціальні процеси, як посилення та послаблення ризиків; надає інформацію для розроблення ефективних комунікативних та освітніх програм.

Поняття ризику є не лише соціально сконструйованим, а й психологічним явищем. Це підтверджується тим, що ризик (ризикованість) ґрунтується на сприйнятті, а не на фактах, і це сприйняття визначається якісними, а не кількісними характеристиками небезпеки, яку ми розглядаємо. Очевидно, що жоден атрибут не визначає ризик конкретної небезпеки і жодні конкретні атрибути не є однаково впливовими за різних небезпек. Відомий дослідник психології ризику P. Slovic з колегами стверджують, що навіть коли факти й

імовірності конкретної небезпеки добре визначені й добре відомі, потрібне людське судження, щоб визначити, яка інформація є найважливішою для визначення ризику цієї небезпеки (Slovic et al., 2000). Чи вважати ризик прийнятним, також залежить від пріоритетів та цінностей, які, за визначенням, є психологічними. Отож суб'єктивна і перцептивна природа ризику робить його важливою галуззю вивчення психологічних наук.

Дослідження в галузі психології ризику показали, що на сприйняття ризику і безпеку особистості впливають її індивідуальні особливості та соціальне середовище, з яким вона взаємодіє. Люди схильні бачити більший ризик (ризик з обтяжливими обставинами), коли більшій кількості людей може бути заподіяна шкода за короткий проміжок часу. І, навпаки, людям властиво занижувати ризик, коли він узагалі невідомий або відтермінується в часі і коли на ризик наражається менше людей.

Поняття ризику пов'язане з імовірністю заподіяння шкоди або небезпекою. Невизначений аспект ризику пояснюється розбіжностями в міркуваннях людей щодо величини і серйозності цього ризику. Інтерпретації та інші суб'єктивні судження про ризики можна тлумачити як *сприйняття ризику* (Slovic, 2000). Сприйняття ризику – багатовимірна конструкція, на яку впливає багато факторів, як-от: джерела ризику, новизна і знання про небезпеку, ставлення тощо. Кожен інтерпретує ризик по-різному, тому сприйняття ризику – це суб'єктивна оцінка ймовірності певного типу екстремальної ситуації і того, наскільки ми вразливі до її наслідків. Сприйняття ризику є важливою детермінантою рішень щодо прийняття певного рівня ризиків або відмови від них. Поширеним припущенням, коли йдеться про дослідження сприйняття ризику, є те, що знання і впевненість людей щодо ризику визначають, як вони його сприйматимуть. Це припущення ґрунтується на моделі раціонального вибору під час ухвалення рішень, яка зображає людей як таких, що оцінюють

можливість результатів після того, як вони підраховали потенційні витрати і вигоди. Цей спосіб оцінювання ризиків здебільшого приписують експертам, які покладаються на наукову інформацію та об'єктивну оцінку.

Що ж до неспеціалістів, то зазвичай припускають, що вони оцінюють ризики, використовуючи евристики та інші неформальні розумові процеси. Вважають, що коли людина краще обізнана про певні ризики, вона схильна вважати, що ці ризики трапляються частіше, ніж насправді. Ця тенденція відома як *евристика доступності* (Kahneman, 1982).

Інші способи неправильного сприймання частоти і величини ризиків можна пояснити індивідуальними особливостями. Найпомітнішим з-поміж них є «оптимістична упередженість», або «нереалістичний оптимізм». Оптимістична упередженість – це тенденція вважати, що ризики становлять менш серйозну загрозу для себе, ніж для інших людей (Weinstein, 1980).

На початкових етапах вивчення сприйняття ризику дослідники зосереджували свою увагу на когнітивних судженнях людей про величину та ймовірність ризиків. Зрештою, вони визнали ту важливу роль, яку в оцінюванні ризиків відіграють емоції. Тобто сприйняття ризику має два основні виміри: *когнітивний*, пов'язаний з тим, наскільки добре люди знають і розуміють ризики, та *емоційний*, пов'язаний з тим, як вони до них ставляться.

P. Slovic і його колеги привернули увагу до *евристики афекту*, яка в контексті сприйняття ризику стосується схильності людей покладатися на свої поточні емоції, коли вони виносять судження про ризики (Slovic et al., 2000). Дослідження показали, що оцінки сприйманого ризику – оцінки ймовірності того, що станеться щось погане, особливо ускладнені емоціями і що різні типи афекту можуть по-різному впливати на такі судження. Наприклад, страх може зміщувати оцінки від раціонального аналізу до переоцінювання ризиків, а також примушувати людей сприймати негативні події як непередбачувані (Lerner et

al., 2015). Якщо, сприймаючи ризик, ми відчуваємо сильний страх, то, імовірно, оцінимо його як більш загрозливий і більш поширений. Емоції можуть притлумлювати процеси раціонального ухвалення рішень настільки, що саме емоційний чинник справлятиме визначальний вплив на оцінювання ризику. Гіпотеза ризику як почуття передбачає, що емоційні реакції на ризики часто не залежать від їхньої когнітивної оцінки і що емоції є найсильнішими детермінантами поведінки людей (Loewenstein et al., 2001).

Центральною в дослідженнях сприйняття ризику є ідея, що інтуїтивне сприйняття ризику формується під впливом суб'єктивного досвіду, особливо емоцій та почуттів. Такі емоції, як жах і страх, впливають на сприйняття ризику. Мається на увазі, що тимчасові фактори, які викликають емоції, призводять до тимчасових змін у сприйнятті ризику (Loewenstein et al., 2001; Slovic et al., 2004). Так, Т. Prior і його колеги вважають, що врахування впливу емоцій на сприйняття ризику покращує прогнозування суджень про ризик набагато більше, ніж використання лише результатів та ймовірностей (Prior et al., 1993).

Сприйняття ризику є частиною досвіду, а також наслідком сенсорної та емоційної інтерпретації того, що відбувається. Крім того, досвід зумовлює рівень сприйнятливості громади або окремої особи до ризику. А. Knuth з колегами виявили, що попередній і безпосередній досвід зіткнення з небезпекою впливає на сприйняття ризику і що цей досвід також може впливати на сприйняття ризику для деяких інших небезпек (Knuth et al., 2014).

Когнітивні психологи стверджують, що на сприйняття ризику впливають, зокрема, такі фактори, як особистий досвід ризику, соціальна комунікація та культурні традиції. Суб'єктивна ймовірність, як сприйнятий ризик, зазвичай відповідає за поведінку людей і формує управління ризиками (Wauters et al., 2014). Ризик-орієнтоване управління розглядають як процес персоналізації ризику, пов'язаного з визначенням ризику як поєднання небезпеки, вразливості

та впливу. Однак ці визначення не враховують компонент сприйняття, тобто включення ризику як ментальної конструкції. Ментальна модель – це внутрішня модель індивіда, персоналізоване, інтуїтивне та контекстуальне розуміння індивідом як щось працює, набуте з часом завдяки соціальній взаємодії і досвіду (Kearney, 1997). Коли подія повторюється, індивід використовує цю модель як лінзу, за допомогою якої він сприймає або оцінює нову інформацію (Jungermann et al., 1988). Це пов'язано із психологічним аспектом ризику і, відповідно, сприйняттям ризику. Як ми вже зазначали, сприйняття ризику виходить за межі індивідуального, тобто воно є соціальним і культурним конструктом. Часто-густо, коли люди звикали до певних екстремальних подій, вони могли інтерналізувати їх і вже не розглядати ці події як ризики.

Ризикованість базується на сприйнятті, а не на фактах, і це сприйняття ґрунтується на якісних, а не на кількісних характеристиках небезпеки. Р. Slovic стверджує, що ризики визначаються якісними атрибутами, такими як добровільність або ймовірність. Але навіть коли факти і ймовірність конкретної небезпеки чітко окреслені і добре відомі, потрібне ще й людське судження для визначення того, яка інформація є найбільш важливою для визначення ризику тієї чи іншої небезпеки. Чи не найкращою ілюстрацією суб'єктивної природи ризику є розбіжності між експертною і неспеціалізованою оцінками небезпеки. Тобто *поняття «ризик» означає різні речі для різних людей*. Оцінюючи ризик небезпеки, експерти здебільшого покладаються на оцінки та ймовірності смертності, їхні відповіді високо корелюють з технічними оцінками щорічної кількості смертельних випадків (імовірність фактичної шкоди на основі оцінок смертності). Тоді як неспеціалісти сприймають ризик на основі низки якісних (суб'єктивних) характеристик (Slovic et al., 1979). Аналіз емпіричних досліджень дав змогу виділити низку таких *якісних характеристик небезпеки*: добровільність піддавання ризику; страх, пов'язаний з небезпекою; ступінь, до



якого ризик можна контролювати; потенціал катастрофи; рівень невизначеності, пов'язаний з небезпекою. У таблиці 2.2 представлено якісні виміри ризику, тобто ті, які беруть до уваги сприйняття ризику і ставлення до нього.

Таблиця 2.2

**Якісні виміри ризику (враховують сприйняття ризику і ставлення до нього)**

Статус небезпеки	Ступінь впливу небезпеки
Нагальність	Ступінь, до якого наслідки сприймаються як нагальні
Збитки	Ступінь обізнаності про можливі наслідки НС (майно, здоров'я тощо)
Контрольованість	Ступінь, до якого жертва може контролювати тяжкість наслідків, спричинених впливом НС
Новизна	Ступінь, до якого небезпека є новою для особи, суспільства
Катастрофічний потенціал НС	Можливі масштаби руйнувань і жертв
Емоційні реакції	Ступінь, до якого наслідки впливу можуть викликати сильні емоційні реакції (жах, паніку тощо)
Тяжкість	Ступінь, до якого наслідки впливу НС є важкими.
Відтерміновані наслідки	Ступінь, до якого наслідки впливу є відтермінованими
Часові виміри	Ступінь, до якого ризик зростає з плином часу
Передбачуваність	Ступінь, до якого небезпеці можна ще запобігти
Можливості впливу	Ступінь, до якого ризик, пов'язаний з небезпекою, може бути зменшеним.

Сучасні психологічні теорії припускають, що є два принципово різних способи, у які люди сприймають та опрацьовують інформацію про світ, коли складають судження або приймають рішення. *Одна система* опрацювання еволюційно старіша, швидка, здебільшого автоматична, а отже, не дуже піддається свідомому усвідомленню і контролю. Вона працює за принципом подібності та асоціацій, із залученням емоцій і часто виконує функцію системи «раннього попередження». Система опрацювання на основі асоціацій/подібності вимагає реальних знань. Ця система трансформує невизначені і загрозливі

аспекти навколишнього середовища в афективні реакції (наприклад, страх, жах, тривогу) і таким чином представляє ризик як почуття.

*Друга система* сприймання та опрацювання інформації діє за алгоритмами і правилами, зокрема визначеними нормативними моделями судження та прийняття рішень. Вона більш повільна, трудомістка і вимагає обізнаності та свідомого контролю.

Розгляньмо основні етапи сприймання інформації (табл. 2.3); за результатами цього процесу й будуть прийматися рішення.

Таблиця 2.3

### Етапи індивідуального сприймання інформації

Етапи	Характеристики
Фільтри уваги	Добір та подальше опрацювання сигналів від навколишнього середовища, інших осіб та засобів масової інформації
Декодування сигналів	Розшифрування значення сигналів (дослідження фактичного змісту, джерел інформації, явних або неявних висновків, оцінних висловів, явних і прихованих намірів джерел та передавачів інформації, підказки для визначення достовірності інформації та джерела інформації)
Формулювання висновків	Підготовка висновків про нібито виявлені наміри джерела і передавача; застосування інтуїтивної евристики (міркування на основі здорового глузду) для узагальнення отриманої інформації; використання символічних підказок для оцінювання серйозності інформації
Порівняння розшифрованих повідомлень з іншими повідомленнями	Аналіз змісту повідомлення у світлі пов'язаних із ним повідомлень з інших джерел або попереднього досвіду
Оцінювання повідомлень	Оцінювання важливості, переконливості; потенціалу особистої участі на основі сприйняття точності повідомлення; потенційного впливу на особисте життя; сприйнята узгодженість з наявними переконаннями (щоб уникнути когнітивного дисонансу) та особисті ціннісні настановлення
Формування конкретних переконань	Формування або зміна переконань щодо предмета повідомлення або підтвердження раніше сформованих переконань
Раціоналізація віри	Сортування і переосмислення переконань, щоб мінімізувати когнітивний дисонанс
Формування схильності до здійснення відповідних дій	Формування намірів щодо майбутніх дій, які відповідають системі переконань

Ці дві системи часто працюють паралельно і найчастіше приводять до ідентичних суджень та рішень. Дослідження показують, що процеси, керовані асоціаціями та афектами, впливають на сприйняття ризику навіть більше, ніж процеси, засновані на алгоритмах і правилах. А в тих випадках, коли результати сприйняття двох систем обробки не збігаються, зазвичай домінує афективна, заснована на асоціаціях система (Loewenstein, Weber, Hsee, & Welch , 2001). Взаємозв'язок і взаємодія між цими двома способами сприймання та опрацювання інформації є важливими в контексті отримання людьми інформації про масштаби та ймовірність можливих подій, що впливає на готовність до НС. Цінність афективного опрацювання потенційно небезпечної ситуації – це сигнал про те, що потрібно вжити заходів для зменшення діагностованого ризику. З'являється все більше доказів того, що цей процес, який є наслідком «ризик як почуття», може також отримати певну «допомогу» від «ризик як налізу».

У контексті безпеки постає питання про адекватне інформування про ризику, про основні компоненти такого інформування (табл. 2.4).

Очевидно, що людина ухвалює рішення щодо захисної поведінки в кілька етапів. Перший етап ухвалення рішень передбачає ідентифікацію небезпек, що пов'язано з необхідністю оцінити властивості потенційної загрози. На другому етапі, етапі оцінювання ризику, оцінюється власна вразливість перед загрозою. Це безпосередньо представляє когнітивний аспект сприймання ризику (систематичне оцінювання очікувань і цінностей). Можна припустити, що аспект ризику як відчуття, принаймні неявно, є частиною процесів щодо ухвалення рішення, а також процесів ідентифікації та оцінювання ризику.

Таблиця 2.4

### Основні компоненти процесу інформування про ризики

Назва компонента	Зміст компонента
Небезпека	Небезпека – ситуація, подія, на яку наражаються або можуть наражатися люди (загроза здоров'ю і безпеці)
Оцінювання ризику	Поінформованість про небезпеку і визнання особистого впливу; сприймання й оцінювання ризику (передбачувана ймовірність, тривалість, серйозність, близькість, безпосередність впливів)
Рішення щодо запобіжних дій	Вибір між поведінкою, що знижує ризик, пошуком нової інформації і бездіяльністю (на основі збереження отриманої інформації).
Поведінка, яка знижує ризик	Уникнення впливу або підготовка до впливів
Зміст повідомлень про ризик	Характеристики повідомлення: аргументованість, релевантність, точність, ясність тощо; «канали» інформування
Контекст повідомлень про ризик	Джерело: тип установи, експертний статус, достовірність; особливості поширення інформації
Докладання зусиль для підтвердження інформації	Спроби перевірити ще раз і підтвердити зміст інформації з інших джерел, відповідно до індивідуальних потреб в інформації
Оцінювання очікуваної корисності запропонованих дій	Передбачувана ефективність пропонованого заходу щодо зниження ризику (на основі передбачуваної складності, здійсненності, витрат і наявності альтернативних засобів захисту)
Соціальне середовище	Соціальний вплив або тиск (сім'я, друзі, колеги)
Умови впливу небезпеки	Фактичний вплив (інтенсивність/частота); причини впливу; особистий досвід небезпек; вразливість (особи та/або матеріальних ресурсів).
Переконання, пов'язані з ризиком	Ментальна модель небезпеки; особиста значущість проблеми ризику; віра в керованість ситуації; схильність до оптимізму; сприймані переваги джерела ризику; схильність до ризику / неприйняття ризику
Загальні та індивідуальні характеристики	Стать, вік, освіта, здоров'я тощо; пізнавальні здібності; інтереси; ресурси

*Ухвалення рішення щодо захисної поведінки можна уявити як процес, що охоплює п'ять етапів:*

- 1) ідентифікація ризику: чи є реальна загроза, на яку мені потрібно звернути увагу? (Якщо так, то значить людина вірить у загрозу);



- 2) оцінювання ризику: чи потрібно мені вдаватися до захисних заходів? (Якщо так, то людина вирішує, що їй потрібно вжити захисних заходів);
- 3) пошук захисної дії: що можна зробити для того, щоб захистити себе? (Людина починає шукати можливі стратегії захисних дій);
- 4) оцінювання захисних дій: який метод захисту є найкращим? (Людина обирає одну зі стратегій захисних дій);
- 5) здійснення захисних заходів: чи потрібно вживати захисних заходів зараз? (Якщо так, то людина дотримується плану, розробленого на попередньому етапі).

Сприймання ризику можна розглядати як пороговий механізм для ухвалення, наприклад, рішення про евакуацію (Siebeneck, & Cova, 2012). Отже, можна припустити, що є своєрідний поріг прийняттого ризику для людини, перш ніж вона зважиться, наприклад, на евакуацію. Ухвалення рішення про евакуацію «запускається» тоді, коли передбачуваний ризик стає неприйнятним. Щоб усвідомити, як люди реагуватимуть на загрози, важливо розуміти, які конкретні фактори впливають на сприйняття ризику.

Ми виділили три групи таких факторів:

- фонові фактори: соціальні цінності, культурний контекст і просторовий контекст;
- міжособистісні фактори: знання, інформаційні потоки, обізнаність та довіра;
- індивідуальні фактори: психометричні фактори, афекти, емоції та досвід.

Розуміння впливу конкретних факторів дає уявлення про те, як сприйняття ризику впливає на поведінку людей, а також дає змогу картографувати важливі соціальні процеси, зокрема посилення і послаблення ризиків. Таке розуміння дає інформацію для створення ефективних комунікативних та освітніх програм, а також є надзвичайно пізнавальним для визначення того, які ситуативні фактори впливають на сприйняття ризику.

Аналізуючи вплив факторів досвіду і довіри на сприйняття ризику та ймовірність того, що люди будуть виявляти готовність до ризику, ми зіткнулися в огляді літератури з *парадоксом сприйняття ризику*. Парадокс полягає в тому, що «високе» сприйняття ризику зумовлює особисту готовність і, на наступному етапі, поведінку, спрямовану на зменшення ризику (або, навпаки, особи з низьким рівнем сприйняття ризику будуть менш схильні реагувати на попередження та вживати заходів щодо посилення готовності, ніж особи з вищим рівнем сприйняття ризику). Однак це не завжди так. Насправді може бути і навпаки, наприклад якщо особи з високим рівнем сприйняття ризику все ж таки особисто вирішать не готуватися навіть перед лицем небезпеки.

G. Wachinger з колегами (Wachinger, G. et al., 2013), які спиралися на результати згаданого огляду літератури, запропонували своє пояснення цього парадоксу, взявши за основу досвід і мотивацію, довіру і відповідальність, а також особисті можливості (ресурси) людини. Перша причина, на думку дослідників, пов'язана з очікуваннями людей, які проживають або залишаються на небезпечних територіях, незважаючи на ризик. Інакше кажучи, люди розуміють ризик, пов'язаний з цією територією, але вирішують змиритися з ним, прийняти його, тому що передбачувані переваги проживання в цій місцевості, як їм видається, переважають потенційні негативні наслідки. Друга причина парадоксу пов'язана з довірою до влади. Власне, люди розуміють ризик, але вважають, що заходи управління убезпечать їх у разі небезпеки (перекладають відповідальність за дії на когось іншого), тому не діють. Третя причина, що зумовлює цей парадокс, породжена плутаниною або незнанням щодо відповідних дій, а також нестачею особистих ресурсів (неспроможністю / браком ресурсів, щоб допомогти собі). Тобто люди розуміють ризик, але мають мало ресурсів, щоб протистояти обставинам, що склалися.

Ці причини мають наслідки з погляду майбутнього управління ризиками та комунікації, а також готовності людей інвестувати в забезпечення готовності до ризиків або в заходи щодо їх зменшення.

Загалом, підбиваючи підсумки, можемо зробити два **висновки**:

1) сприйняття ризику – це психологічний процес, який описує: суб'єктивну (свідому і несвідому) оцінку (на відміну від об'єктивної оцінки ризику); суб'єктивну (свідому і несвідому) ймовірність зазнати впливу небажаної події в конкретній ситуації; оцінку події в конкретній ситуації; оцінку власної вразливості та здатності до подолання власної вразливості; оцінку ресурсів для подолання наслідків надзвичайної ситуації;

2) розробляючи програми втручання, основну увагу треба приділяти зусиллям, що мають спрямовуватися на зміну сприйняття ризику та ставлення до ризику в бік захисної ризикованої поведінки.

**Сприйняття контролю.** Сприйняття контролю – це характеристика особистості, яка сприяє її психологічній адаптації до загрозливих подій. Його можна визначити як особисту переконаність індивіда, що саме він керує ситуацією (від свого імені) і спроможний контролювати загрози або несприятливі події. Тобто сприйняття індивідом контролю можна розглядати у двох вимірах: *як його переконаність щодо керованості ситуації і як його впевненість у здатності її контролювати*. Віра в особистий контроль народжується завдяки поєднанню особистісної і міжособистісної діяльності та зусиль щодо здатності проникнення в суть справи, а також уявленню про те якою мірою зовнішні загрози та особисті емоційні реакції перебувають під власним контролем (McCull et al., 2000). Переконаність у здатності контролювати стосується відповідного контролю як міра, якою індивід

наражається на небезпеку. Тобто керованість – це ставлення до основних загроз як до стимулів для досягнення психосоціального добробуту.

Спираючись на відомі теорії, спробуймо відтак виділити основні атрибути сприйняття контролю (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

**Визначення і виміри (атрибути) в теоріях, пов’язаних  
зі сприйняттям контролю**

Визначення сприйняття контролю	Джерело	Компонент і атрибут		Теорія
		Віра в керованість	Віра в здатність контролювати	
Віра в те, що люди здатні справлятися із складними ситуаціями	Moser et al., 2007	Загальний контроль	Ситуаційний контроль	Теорія подолання
Сприйнятий вплив на результати або події в навколишньому середовищі	Chipperfield et al., 2003	Первинний контроль	Вторинний контроль	Теорія тривалості життя і контроль
Особиста відповідальність і сприйняття чужого контролю	Kuzmann et al., 2002	Особиста відповідальність	Сприйняття чужого контролю	Теорія тривалості життя і контроль
Сприйняття того, що важливі аспекти життя керовані або ними можна управляти	Wallhagen, & Lacson, 1999	Від свого імені (самостійне управління)	Управління вірою в ресурс	Людина/Середовище
Упевненість людини у своїй здатності домагатися бажаних результатів й уникати небажаних	Bullers, 2000	Загальна переконаність	Конкретна переконаність (переконаність щодо конкретної ситуації)	Теорія соціального пізнання



Визначення сприйняття контролю	Джерело	Компонент і атрибут		Теорія
		Віра в керованість	Віра в здатність контролювати	
Особиста переконаність в емоційній реакції на зовнішні загрози	Rapae et al., 1996	Емоційна реакція	Зовнішній локус контролю	Теорія соціального навчання
Усвідомлення здатності контролювати емоції та уникати стресу	Brown et al., 2004	Емоційний контроль, контроль стресу	Контроль загроз	Теорія соціального навчання
Усвідомлення чинників, які можуть сприяти або перешкоджати поведінці	Ajzen, 2002	Підтримання зовнішніх чинників	Сприйнятий поведінковий контроль	Теорія запланованої поведінки

Розглянуті нами атрибути сприйняття контролю можуть стати основою для створення розвивальних інструментів готовності до надзвичайних ситуацій.

Сприйняття ризику відіграє незаперечну роль в оцінюванні індивідом свого сприйнятого поведінкового контролю (тобто чи є у нього ресурси для того, щоб змінити шанси небажаної події). Про втрату поведінкового контролю можна говорити тоді, коли людина *не має необхідних ресурсів*, щоб впоратися із ситуацією, яку вона сприймає як небезпечну.

**Ресурси готовності до НС.** Війна, серйозні інциденти і катастрофи травмують людей, які прямо чи опосередковано стають дотичними до цих небезпечних подій. Навіть якщо їм пощастило уникнути фізичних ушкоджень, більшість постраждалих людей зазнають катастрофічних втрат і стикаються з низкою проблем. На жаль, у війні, яку Росія веде проти України, цивільні громадяни прямо чи опосередковано також беруть участь. Трагічними наслідками стають поранення, переміщення, втрата майна, загибель близьких,

тобто цивільні громадяни часом страждають навіть більше, ніж комбатанти. Очевидно, що в частини потерпілих можуть з'явитися певні психосоціальні проблеми або навіть розвинутися психічні розлади.

Жодним чином не нехтуючи цими серйозними і руйнівними наслідками, ми стверджуємо, що має сенс говорити про особисті і колективні джерела психосоціальної стійкості та відновлення окремої особистості, сім'ї і громади. До таких джерел ми відносимо *психологічну готовність*.

Як психологічно підготуватися до надзвичайної ситуації? Як ефективно здійснювати управління НС і мінімізувати негативні наслідки НС?

На управління надзвичайними ситуаціями впливає передусім готовність людських ресурсів. Є три види людських ресурсів: матеріальні, соціальні та особисті. На нашу думку, можна визначити кілька *факторів, які роблять людські ресурси неоптимальними: відчуття нездатності реагувати на різні обставини НС, усвідомлення вразливості в поєднанні з браком упевненості в здатності впоратися із ситуацією належним чином. У сфері готовності до НС акцентуємо ресурси, які є «шкалою», що «вимірює» поточний кризовий статус людини і може спрогнозувати її дії щодо превентивної поведінки до і під час НС. Такими ресурсами є *самоефективність* (особистий ресурс) і *соціальна підтримка* (виникає завдяки соціальному середовищу).*

Відомі дослідники С. J. Holahan і R. H. Moos емпірично довели, що особисті і соціальні ресурси мають працювати в тандемі, щоб допомогти людям впоратися із загрозами. Вони наводять разючий набір доказів, які підтверджують цю ідею. Отримані дослідниками результати переконливо свідчать про те, що внесок ресурсів є причинно-наслідковим, а також підтверджують припущення, що ресурси мають тенденцію породжувати інші ресурси. Крім того, ці результати недвозначно засвідчують, що брак ресурсів

має тенденцію підривати стабільність ресурсів і позитивні психологічні результати (Holahan, & Moos, 1991; Holahan et al., 1999).

**Самоефективність.** Самоефективність – центральне поняття соціально-когнітивної теорії, яке стосується віри людини в себе або впевненості в собі під час виконання конкретного завдання для досягнення певного стандарту. Самоефективність є ресурсом готовності до НС і предиктором індивідуальної поведінки в кризовій та надзвичайній ситуаціях.

А. Bandura визначає самоефективність як переконаність людей у своїх можливостях. Самоефективність є ключовим поняттям його теорії соціального пізнання, де людську поведінку дослідник розглядає як результат взаємодії особистісних чинників, поведінки і середовища (Bandura, 1977; 1986). Досі теоретично вважали, що думки і дії впливають на ставлення людини та її поведінку. Крім того, самоефективність, як один із когнітивних чинників, відображає впевненість людини в тому, що вона може успішно виконати поставлене завдання. А. Bandura стверджує, що переконаність у самоефективності – це не просто «пасивні провісники» рівня своїх здібностей, а ці «провісники» також допомагають керувати необхідною для поведінки мотивацією і стимулювати її. Дослідник переконливо показав, що люди, які мають високий рівень упевненості у своїх силах, будуть підходити до важких завдань як до викликів, а не як до перешкод, і наближатися до загрозливих ситуацій із гарантією того, що вони можуть здійснювати контроль над ситуацією (Bandura, 1997).

Взаємозв'язок між самоефективністю, мотивацією і продуктивністю, задокументований у науковій літературі, підтримує теоретичне уявлення про те, що вищий рівень підготовленості може забезпечувати вищий рівень самоефективності (Bandura, 1994; Gist, & Mitchell, 1992). Згідно із соціально-когнітивною теорією, заснованою на емпіричних дослідженнях, людська

поведінка цілком передбачувана і перебуває під взаємним впливом як чинників навколишнього середовища, так і когнітивних чинників. Коли людині «бракує» самоефективності в кризових ситуаціях, вона не може ефективно керувати ситуацією, навіть якщо знає, як поводитися, і володіє потрібними навичками. Це пов'язано з тим, що брак самоефективності породжує розбіжності між знаннями і дією, зокрема сприйманою здатністю реалізувати певну поведінку. Можна зробити висновок, що якщо підвищити рівень самоефективності (зробити так, щоб люди з більшою ймовірністю реагували в рекомендований спосіб), то це не тільки зведе до мінімуму невідповідність між знанням і дією, а й зменшить можливі збитки. Як припускає Bandura, самоефективність впливає на кожен етап зміни поведінки, включно з пошуком інформації (Bandura, 1990).

Дослідження різних програм забезпечення готовності показують, що між готовністю людини до НС і її самоефективністю є певний взаємозв'язок (Ной, & Spero, 2005; Paton, 2003). Самоефективність впливає на мотивацію та поведінку і взаємодіє з ними. Зокрема, вона впливає на вибір поведінки, на зусилля, наполегливість у досягненні цілей і визначає, як діяти в разі виникнення перешкод та викликів. Самоефективність – це ресурс, який підвищує індивідуальну впевненість, забезпечуючи необхідні навички та стратегії, щоб впоратися з тривожністю та забезпечити доступ до інших потрібних ресурсів, які допоможуть пом'якшити кризову ситуацію (Luszczynska et al., 2005).

Самоефективність впливає на те, як люди думають, відчувають і діють. Варто зазначити, що сприймана самоефективність діє як посередник поведінки, а не як пряма детермінанта бажаної поведінки (Bandura et al., 2003). Самоефективність виникає завдяки набуттю когнітивних, соціальних і безлічі інших навичок на основі досвіду. Але важливо, особливо в контексті впливів на психологічну готовність до надзвичайних ситуацій, що вона може бути розвинена завдяки замісному досвіду. Якщо люди з найрізноманітнішими

характеристиками можуть успішно впоратися із завданням, то спостерігачі мають логічне підґрунтя для підвищення власного почуття самоефективності під час виконання того самого завдання (Bandura, 1989). І варто зважати на те, зазначає Bandura, що якщо завдання сприймається як складніше, ніж поточний рівень компетентності, то люди відчувають вищий рівень стресу і занепокоєння, докладають менше зусиль (Bandura, 1982).

Самоефективність складається з очікувань ефективності, очікувань результату і самого результату.

Ми вважаємо, що основними проявами самоефективності людини щодо готовності до НС є:

- 1) упевненість у тому, що вона здатна визначати ризики НС, наслідки НС;
- 2) упевненість у здатності ідентифікувати небезпеки;
- 3) упевненість у здатності розробляти, формулювати та реалізовувати плани допомоги собі та іншим під час НС.

Отже, можемо припустити, що стратегія втручання має ґрунтуватися на трьох діях: *надати факти, охарактеризувати ризики, заохотити (розвивати) самоефективність як соціальну норму та соціальну підтримку*, які є потужними ресурсами досягнення позитивних результатів.

Надзвичайна ситуація – це завжди криза. Термін «криза» в перекладі з китайської мови означає як небезпеку, так і можливість. Але також його можна визначити за допомогою грецького слова «kinetin», що означає «вирішувати». Люди з високою самоефективністю щосили намагаються контролювати ситуацію і щосили намагаються впоратися зі зростаючими проблемами, тобто *вирішити* проблеми. Ми розглядаємо кризову самоефективність саме в контексті вирішення проблем.

Кризова самоефективність більше пов'язана з виживанням, ніж з ухваленням рішень через соціальний тиск. Отже, її можна концептуалізувати й

оцінити як судження на особистому рівні. Відомо, що особисте судження впливає на поведінку людей і мотивує їх. Тому постає завдання спробувати визначити, наскільки добре люди розуміють, що вони можуть підготуватися до кризи, виконавши рекомендовані профілактичні заходи. Отримані результати можна використовувати для мінімізації шкоди від кризи, виявляючи людей, які потребують допомоги. А точніше, виявляючи тих, кому потрібна інформація та інструкції, яких потрібно дотримуватися, щоб підвищити готовність до НС. Інструмент для такого вивчення має враховувати структуру (основні конструкти) кризової самоефективності.

На основі аналізу наукових досліджень ми виокремили чотири конструкти кризової самоефективності: *ефективність дії, профілактична ефективність дії, ефективність досягнення та ефективність управління невизначеністю*. Кожен конструкт корелює з унікальним аспектом кризової самоефективності. Зокрема, ефективність дії відображає переконаність людини в її здатності вживати захисних дій у кризовій ситуації, тоді як превентивна ефективність – це переконаність людини щодо її рівня готовності до кризи. Ефективність досягнення можна визначити як переконаність людини в досягненні своєї мети в умовах кризи. Ефективність управління невизначеністю – це впевненість людини у своїй здатності справлятися з невизначеністю під час кризи. Питання оцінювання кризової самоефективності має значення під час формування програми втручання для підвищення психологічної готовності до НС. Ми пропонуємо анкету, яка дає змогу визначити поточний кризовий статус людей (табл. 2.6).



Таблиця 2.6

### Анкета «Кризова самоефективність»

Будь ласка, зазначте, якою мірою кожне з наведених тверджень є правильним для Вас.

№	Твердження	Ні	Скоріше Ні, ніж так	Скоріше Так, ніж ні	Так
1.	Я впевнений, що у мене є можливість вжити необхідних заходів, щоб захистити себе під час НС				
2.	Я знаю, що можу зробити щось, щоб захистити себе під час НС				
3.	У мене достатньо знань, щоб убезпечити себе під час НС				
4.	Я можу допомогти іншим під час НС				
5.	Я можу передбачити ймовірні події під час НС				
6.	Я можу ефективно використовувати ресурси під час НС				
7.	Якщо у мене буде достатньо часу, я зможу вирішити більшість проблем під час НС				
8.	Коли я стикаюся з новою ситуацією, я впевнений(-а), що зможу справлятися з проблемами, які можуть виникнути під час НС				
9.	Під час НС я можу дотримуватися своїх цілей				
10.	Я впевнений(-а), що зможу ефективно справлятися з несподіваними ситуаціями під час НС				

Запропонована анкета відповідає вже згаданим чотирьом конструктам кризової самоефективності.

Перший конструкт – *ефективність дії* (елементи конструкції відображають переконаність людини в її здатності виконувати захисну функцію) охоплює три пункти: 1) «Я впевнений, що здатний ужити необхідних заходів, щоб захистити себе під час кризи». 2) «Я знаю, що здатний робити щось, щоб захистити себе в разі кризи». 3) «Якщо у мене буде достатньо часу і

сил, я вірю, що зможу вирішити більшість проблем під час кризи». У кризових ситуаціях, якщо люди впадають у паніку, вони часто поведуться ірраціонально. Така ірраціональна поведінка може призводити до збільшення збитків, а високий рівень ефективності дій може допомогти запобігти додатковим втратам. Навіть якщо людина впевнена у своїй здатності справитися з кризою, вона може бути не в змозі щось зробити, тому що «думати» і «робити» – це різні речі, особливо в кризових ситуаціях (Frisby et al., 2014). Отже, конструкт, який визначає, чи може людина вірити, що вона здатна прийняти захисну поведінку, є важливим аспектом вимірювання власної кризової самоефективності.

Другий конструкт – *профілактична ефективність*: 1) «Що я роблю зі знаннями, які в мене є про кризу, щоб захистити себе». 2) «Я можу ефективно використовувати ресурси під час кризи». 3) «Я можу допомогти іншим вирішити, як діяти під час кризи». Ця конструкція визначається як переконаність людини щодо її рівня готовності до кризи. Інакше кажучи, це самооцінка своєї готовності до кризи. Цей конструкт тісно пов'язаний з наявністю інформації. Брак інформації та ресурсів призводить до невизначеності під час кризи, і люди з більш високим рівнем невпевненості, найімовірніше, опиняться в більш небезпечних умовах (Moynihan, 2008).

Третій конструкт – *ефективність досягнення*. Він також складається з трьох елементів: 1) «Під час кризи я можу дотримуватися своїх цілей». 2) «Під час кризи я можу досягти своїх цілей». 3) «Під час кризи я можу досягти більшості цілей, які поставив перед собою». Конструкт можна визначити як переконаність людини в її здатності досягати своїх цілей під час кризи. Тобто, якщо людина має високу ефективність досягнень, вона вірить, що може досягти цілей, які поставила під час кризи, незважаючи на невизначеність і труднощі.

Четвертий конструкт – *ефективність управління невизначеністю*: 1) «Я впевнений, що можу ефективно справлятися з несподіваними кризовими



ситуаціями». 2) «Завдяки своїй винахідливості я знаю, як справлятися з непередбачуваними ситуаціями під час кризи». 3) «Під час кризи я зазвичай можу впоратися з несподіваними ситуаціями». Ефективність управління невизначеністю можна розглядати як упевненість людини у своїй здатності справлятися з невизначеністю в умовах кризи. Кризова подія породжує багато невизначеностей. Якщо людина здатна ефективно справлятися з невизначеностями під час кризи, то збільшуються її шанси на те, що вона зможе успішно вжити відповідних запобіжних заходів у кризових ситуаціях.

*Запропоновану анкету можна використовувати, щоб виявити осіб, які найбільше потребують втручання для підвищення самоефективності, а також під час розроблення гнучких моделей втручання і комунікативних та освітніх стратегій формування готовності індивідуальних і колективних суб'єктів до НС.*

**Соціальна підтримка.** Соціальна підтримка як ключовий ресурс, що черпається із соціального середовища, являє собою складну метаконструкцію, тобто є конгломерацією ресурсів. На відміну від особистісних ресурсів, соціальну підтримку слід розглядати як процес. Відомо, що люди із сильними мережами соціальної підтримки більш захищені від стресових зіткнень завдяки інформації та допомозі, яку вони отримують, що знижує їхній досвід стресових обставин. Суб'єктивна оцінка людьми соціальної підтримки, яку вони отримують для задоволення своїх основних потреб, підвищує їхню здатність адаптуватися до навколишнього середовища і до стресових ситуацій. S. Cohen з колегами визначають соціальну підтримку як соціальні ресурси, які люди вважають доступними або які фактично надаються їм непрофесіоналами в контексті як формальних груп підтримки, так і неформальної допомоги в стосунках (Cohen et al., 2007).

Важливим аспектом соціальної підтримки, який може стосуватися до наших досліджень, є визначення її кількісної і якісної адекватності з погляду отримувача. Використовуючи передбачувану доступність емоційної, матеріальної, інформаційної та інших видів підтримки, можна планувати заходи щодо формування готовності до НС. Окремо хочемо наголосити ще на одному виді соціальної підтримки, а саме на забезпеченні турботи (міжособистісні стосунки). Цей тип підтримки ґрунтується на тому, що стосунки відкривають можливості надавати, а не тільки отримувати підтримку, і передбачає, що можуть бути явні переваги від того, щоб бути корисним для інших. *Проміжний висновок, який ми хочемо зробити на цьому етапі, полягає в тому, що важливим заходом є інвентаризація наявної соціальної підтримки.*

Підтримувальна поведінка, обсяг підтримки, її якість та стійкість життєво важливі для планування суспільних програм і розуміння їхніх наслідків. Соціальну підтримку часто використовують у широкому сенсі, зазвичай маючи на увазі будь-який процес, за допомогою якого соціальні стосунки можуть поліпшувати здоров'я і психологічне благополуччя. Проте наразі немає консенсусу щодо концептуалізації та визначення соціальної підтримки. Дослідники і теоретики розходяться в думках щодо розмірності соціальної підтримки. Ще однією проблемою є те, що для оцінювання підтримки в конкретних ситуаціях дослідники використовують неоднорідні інструменти соціальної підтримки. Те, що наразі немає консенсусу, ускладнює розроблення програм втручання, їх оцінювання та оцінювання результатів соціальної підтримки. (У таблиці 2.7 ми стисло представили різноманітність поглядів на соціальну підтримку).

Попри численні спроби розробити концепцію соціальної підтримки, що призвело до великої кількості визначень, у різних наукових джерелах закріпилися три основні виміри соціальної підтримки: 1) *соціальна включеність*,

що стосується мережевих відносин, які розвивають індивіди і які забезпечують потік підтримки; 2) *підтримувальна поведінка*, що означає фактичні підтримувальні дії, які виконують окремі особи; 3) *сприйнята соціальна підтримка*, що полягає в суб'єктивному сприйнятті або оцінці наданої чи доступної підтримки.

Таблиця 2.7

### Поняття і визначення, пов'язані із соціальною підтримкою

Поняття, пов'язані з підтримкою	Визначення
Соціальна підтримка	Соціальні ресурси, які люди сприймають як доступні або які насправді надаються їм непрофесіоналами в контексті як формальних груп підтримки, так і неформальних стосунків допомоги
Соціальна мережа	Одиниця соціальної структури, що складається із соціальних зв'язків індивіда і зв'язків між ними.
Соціальна інтеграція	Ступінь участі особи в приватних і публічних соціальних взаємодіях
Функціональна підтримка	Різноманітні види ресурсів, які проходять через соціальні зв'язки мережі
Структурна підтримка	Кількість і структура прямих і непрямих соціальних зв'язків, які оточують людину
Типи підтримки	Емоційна, інструментальна, інформаційна, компаньйонська підтримка та підтримка поваги
Сприйняття підтримки	Переконаність індивіда щодо наявності різноманітних видів підтримки з боку мережевих партнерів
Отримана підтримка	Звіти про види отриманої підтримки
Адекватність підтримки	Оцінка кількості та/або якості отриманої підтримки
Спрямованість підтримки	Чи є підтримка односпрямованою або двоспрямованою (взаємною)

Соціальну підтримку зазвичай визначають як індивідуальну мережу психологічних і матеріальних ресурсів, що сприяють підвищенню спроможності людини справлятися з негараздами, і розглядають як емоційну, інформаційну та інструментальну підтримку. Згідно з теорією ресурсів соціальної підтримки, соціальна підтримка як зовнішній і захисний ресурс тісно пов'язана з якістю і функцією міжособистісних відносин. Якщо міжособистісні стосунки здорові і

значущі, вони можуть привносити позитивні зміни в життя, поліпшувати психологічне благополуччя і, зрештою, сприяти позитивним поведінковим реакціям. Зрозуміло, що, коли люди відчувають вищий рівень соціальної підтримки, вони легше пристосовуються до наслідків травматичних подій і більш схильні до позитивних змін, а отже, до більш конструктивної поведінки. Емпіричні дослідження підтвердили позитивний зв'язок між соціальною підтримкою і конструктивною поведінкою людей.

Соціальна підтримка може захистити людей від несприятливих наслідків дії стресорів, спонукаючи постраждалих інтерпретувати стресові ситуації менш негативно. Згідно з теорією про стрес і копінг, обґрунтованою R. Lazarus, & S. Folkman та їхніми колегами, те, як люди інтерпретують ситуації (тобто оцінки), є дуже важливим моментом, коли йдеться про визначення стресового впливу події (Lazarus, & Folkman, 1984). Є два види оцінок: первинна і вторинна. Первинні оцінки корелюють із судженнями про те, чи є подія загрозовою. Ці судження є відповіддю, власне, на запитання «У мене проблеми?» за такими параметрами, як-от шкода-втрата, загроза або виклик. Вторинна оцінка передбачає оцінку особистих і соціальних ресурсів, доступних для того, щоб впоратися з наслідками надзвичайної події. Така оцінка впливає із запитання «А що я можу з цим вдіяти?». Дослідники припускають, що негативні оцінки призводять до більш сильного емоційного дистресу. E. Wethington і R. Kessler висунули гіпотезу, згідно з якою віра в те, що підтримка доступна, знижує наслідки стресу, сприяючи зменшенню негативних оцінок. Як і в разі отриманої підтримки, сприйняття доступності підтримки має бути найбільш ефективним для зміни оцінок, якщо вона відповідає конкретним потребам, викликаним стресовою подією (Wethington, & Kessler, 1986).

На основі проведеного аналізу наукових джерел ми виокремили шість основних функцій соціальної підтримки: *інструментальну, емоційну,*

*інформаційну, керівництво, зворотний зв'язок і позитивну соціальну взаємодію.* Нам відомо про дослідження, які вивчали зв'язок між сприйманою підтримкою і подоланням труднощів (Fondacaro, & Moos, 1987), проте сприймана й отримувана підтримки – це різні конструкції, що лише посередньо стосуються одна до одної. Підтвердження цього факту ми отримали завдяки емпіричному дослідженню.

Під час проведеного напівструктурованого інтерв'ю нас, серед іншого, цікавили питання, наприклад, чи сприяє отримана підтримка ініціюванню та підтримці зусиль з подолання труднощів? Які види отриманої підтримки найбільш ефективні щодо позитивного впливу на зусилля з подолання труднощів? Респондентами були потерпілі від наслідків воєнних дій. Частина респондентів (51 особа) – це ті, кого було евакуйовано. Інша частина – ті, хто залишився в місті, яке піддавалося ворожим атакам (39 осіб). З'ясовано, що найвищий ранг у переважній більшості респондентів із числа евакуйованих посідають інструментальна підтримка, яка передбачає комплекс заходів щодо надання матеріальної допомоги або послуг, і позитивна соціальна взаємодія, особливо постановка цілей та їх досягнення. Натомість у респондентів, які перебували в місцях свого постійного проживання, найвищий рейтинг мали інформаційна та емоційна підтримка і керівництво (конкретні вимоги щодо дій у небезпечних ситуаціях). Прикметно, що майже 40 % респондентів першої групи вважали надану державою і волонтерами підтримку недостатньою, особливо з погляду постановки цілей та їх досягнення. Натомість у другій групі майже 80 % респондентів вважали надану підтримку адекватною їхнім потребам. Водночас вони зазначали, що потребують навичок самоконтролю<sup>2</sup>.

Зазвичай соціальна підтримка виникає на основі особистих стосунків. Справді, саме ставлення надає підтримувального значення поведінці і, навпаки,

---

<sup>2</sup> Усі респонденти жіночої статі, а отже, результати мають певні обмеження.

підтримувальна поведінка може надавати сенсу відносинам взаємодії. Чим більша кількість і різноманітність приватних та суспільних соціальних зв'язків, тим більша соціальна інтегрованість людини, тим більший у неї ресурс. Але постає питання: «Чи становлять певні види підтримки особливий інтерес через вимоги стресора?», а ще: «Якими мають бути обсяг і якість підтримки?». Адже саме обсяг підтримки, її якість є життєво важливими для планування суспільних програм і розуміння їхніх наслідків. Очевидно, що, плануючи програми втручання з надання соціальної підтримки, потрібно ретельно обирати заходи соціальної підтримки, які відповідають потребам, з огляду на те, що вони не є взаємозамінними. А їхній обсяг має не замінити, а спонукати до соціальної взаємодії.

*Соціальна підтримка потенційно може активувати готовність до НС, надаючи знання та допомогу для практичних потреб; допомогти в ухваленні рішень для розв'язання проблем; заохочувати до позитивних емоцій та стосунків, пов'язаних, наприклад, із самооцінкою, самоефективністю, оптимізмом; допомогти в постановці цілей та їх досягненні.*

### **2.3. Психологічні фактори готовності до надзвичайної ситуації**

Готовність до надзвичайних ситуацій, хоч і є невіддільним складником практики управління НС, сьогодні все ще далека від ідеальної. Нинішні методи забезпечення готовності до НС не можуть запобігти розвитку негативних наслідків. Особливо це помітно в контексті війни. Очевидно, що наразі потрібен більш цілісний підхід до забезпечення готовності до НС. Досі психологічна готовність не була неодмінним компонентом політики або практики забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій. Однак готовність до надзвичайних ситуацій як на індивідуальному, так і на груповому рівнях може стати ефективним методом зниження ризиків НС і пом'якшення їхніх

несприятливих наслідків. А осмислення психологічних факторів, пов'язаних з готовністю, має стати центральним елементом зусиль, спрямованих на зменшення негативних наслідків надзвичайних ситуацій. Наразі більшість поведінкових втручань здійснювали вже після надзвичайних ситуацій, здебільшого зосереджуючи увагу лише на несприятливому стані психічного здоров'я (стресі, посттравматичному стресовому розладі тощо).

Психологічна готовність може допомогти людям мислити ясно і раціонально, сприяти конструктивній поведінці, що, відповідно, може помітно знизити ризик серйозних травм і навіть втрати життя. Вона може відігравати вирішальну роль у забезпеченні готовності до надзвичайних ситуацій, у подоланні стресу внаслідок розгортання таких ситуацій та запобіганні гострому посттравматичному стресу. Якщо йдеться про готовність до НС, то мається на увазі, що люди будуть вдаватися до певних захисних дій.

*Люди ініціюватимуть захисні дії, якщо:*

- вони розуміють можливість отримання фізичних ушкоджень та знищення майна;
- ініціювання захисної поведінки є досяжною метою;
- вони виявляють самоефективність, знання, навички та мають доступ до захисних ресурсів.



Можна виділити *кілька етапів готовності до надзвичайної ситуації*. *Перший етап – критичне усвідомлення*. Останнє полягає в тому, щоб зрозуміти і визнати, що надзвичайна ситуація становить загрозу для особистої безпеки і майна. *Другий – очікуваний результат*. На цьому етапі відбувається сприйняття самоефективності: ідеться про здатність відшукати відповідні ресурси для забезпечення готовності до стихійних лих шляхом оцінювання індивідуальних навичок, знань, фізичних спроможностей і фінансів. *Третій етап – фактичний стан готовності до надзвичайної ситуації*. Ця індивідуальна ключова людська

характеристика досягнень посилює здатність залучати відповідні ресурси для забезпечення готовності до стихійних лих завдяки оцінюванню навичок, знань, фізичних можливостей і фінансів (Paton, 2003; Sattler et al., 2000). Інакше кажучи, для того щоб люди могли вжити захисних заходів, вони мають:

- відчувати загрозу наслідків певної поведінки;
- почуватися спроможними вжити необхідних заходів, щоб уникнути цієї загрози;
- вірити, що дія буде ефективною з погляду пом'якшення наслідків загрози.

Міра, якою люди відчують загрозу через небезпеку, визначатиме їхню мотивацію до дії. Дії не буде, якщо люди не будуть упевнені у своїй здатності вжити захисних заходів і не вважатимуть, що ці дії справді будуть ефективними з погляду зниження ризику. Дослідники описують різні результати поведінки залежно від сприйманої загрози і передбачуваної ефективності дій та заходів (табл. 2.8).

Вважаємо, що основною метою втручань (певних дій та повідомлень для забезпечення готовності до НС) є створення балансу між передбачуваною загрозою і передбачуваною ефективністю дій. Тому найголовнішим моментом у розробленні заходів, що підвищують як ефективність реагування, так і самоефективність, є те, щоб люди розуміли, що потрібно робити, аби зменшити загрозу. Тобто втручання мають:

- надавати чітку, точну, правдоподібну, гуманну інформацію про поведінку, спрямовану на зниження ризику, та її ефективність – без ескалації страху і паніки – для підвищення ефективності;
- пропонувати інструменти, навички та послуги, які заохочують людей до поведінки, спрямованої на зниження ризику, тим самим підвищуючи ефективність готовності;



- підтримувати певний рівень сприйняття ризику, коли загрози надзвичайної ситуації починають стихати і люди більше не відчувають небезпеки, навіть якщо вона все ще не зникла.

Таблиця 2.8

### Матриця загроз та ефективності дій

<i>Рівень загроз</i>	<i>Висока ефективність</i> Віра в ефективність рішень і впевненість у їх застосуванні	<i>Низька ефективність</i> Сумніви в ефективності рішень і здатності практикувати певні дії
<b><i>Висока загроза</i></b> Віра в те, що загроза реальна і що людина перебуває в групі ризику	<i>Контроль небезпеки.</i> Люди вживають захисних заходів, щоб уникнути загрози або зменшити її.  <b><i>Стратегія:</i></b> заклики до дій	<i>Контроль страху.</i> Люди надто бояться діяти і просто намагаються послабити свій страх (заперечують наявність загрози), щоб почуватися психологічно краще. <b><i>Стратегія:</i></b> інформування про рішення
<b><i>Низький рівень загрози</i></b> Віра в те, що загроза тривіальна і що ніхто не наражається на ризик	<i>Нижчий рівень контролю над небезпекою</i> Люди знають, що робити, але не мотивовані діяти.  <b><i>Стратегія:</i></b> інформування про ризику	<i>Немає відповіді</i>  Люди не відчувають небезпеки і не знають, що з цим робити.  <b><i>Стратегія:</i></b> інформування про ризику та рішення

У контексті надзвичайної загрозової події або попередження про надзвичайну ситуацію *психологічна готовність* – це стан підвищеного усвідомлення, очікування та готовності до: 1) невпевненості та емоційного збудження в очікуванні виникнення загрози; 2) власного психологічного реагування на ситуацію, що розгортається; 3) керування вимогами ситуації.

Можна виокремити три аспекти, які сприяють досягненню стану психологічної готовності:

- усвідомлення й очікування власної імовірної психологічної реакції на невизначеність і стрес ситуації попередження про надзвичайну ситуацію,

включно зі здатністю розпізнавати певні думки і почуття, пов'язані зі стресом. Це також передбачає індивідуальне сприйняття, оцінювання та розуміння інформації про ризик і загрози подію;

- здатність керувати своїми психологічними реакціями на НС, що розгортається, і своїм соціальним оточенням; упевненість у такій здатності і відповідна компетентність;
- сприйнятті знання, упевненість і компетентність у керуванні своїми фізичними станами.

Розуміння імовірної власної і чужої психологічної реакції на надзвичайну ситуацію допомагає людям почуватися більш упевнено, контролювати ситуацію і бути краще підготовленими до неї як психологічно, так і з погляду ефективного планування своїх дій.

З'ясувати рівень готовності до надзвичайної ситуації можна за допомогою сформованої нами анкети «Готовність до надзвичайної ситуації» (табл. 2.9), яка бере до уваги наведені вище аспекти, що сприяють посиленню психологічної готовності до НС.

Таблиця 2.9

### Рівень готовності до надзвичайної ситуації

(Зазначте, будь ласка, якою мірою кожне з наведених тверджень є правильним щодо Вас)

№	Твердження	Ні	Скоріше Ні, ніж так	Скоріше Так, ніж ні	Так
1.	Я можу оцінити ймовірність небезпек для себе в надзвичайній ситуації.				
2.	Я регулярно відстежую інформацію про надзвичайну ситуацію.				
3.	Я впевнений(-на), що знаю, що робити і як діяти в надзвичайній ситуації.				
4.	Я знаю, як знайти безпечне місце в разі надзвичайної ситуації.				

№	Твердження	Ні	Скоріше Ні, ніж так	Скоріше Так, ніж ні	Так
5	Я знаю, як належним чином підготувати свою родину до надзвичайної ситуації.				
6.	Я знаю, де я можу швидко знайти екстрену допомогу, контактну інформацію в разі надзвичайної ситуації.				
7.	Я ознайомлений(-на) з матеріалами щодо підготовки до можливої надзвичайної ситуації.				
8.	Я знаю, які заходи щодо підготовки треба здійснити в разі надзвичайної ситуації.				
9.	Я довіряю інформації, яку надають органи державної влади.				
10.	Я довіряю інформації, яку надають ЗМІ.				
11.	Я довіряю інформації, яку отримую від рідних, колег, сусідів, знайомих, соціальних мереж.				
12.	Я знайомий(-а) із системою оповіщення та повідомленнями, що використовуються в разі надзвичайної ситуації.				
13.	Якщо треба, я готовий(-а) звернутися по допомогу.				
14.	Я відчуваю достатню впевненість у власній здатності справлятися зі стресовими ситуаціями.				
15.	Я можу впоратися зі своїми тривогами і страхом у надзвичайній ситуації.				
16.	Я досить добре вмю керувати своїми почуттями				
17.	Якщо треба, я можу знайти вихід із складних ситуацій.				
18.	Я можу зберігати витримку і спокій у більшості складних ситуацій.				
19.	Я знаю, які стратегії можна				

№	Твердження	Ні	Скоріше Ні, ніж так	Скоріше Так, ніж ні	Так
	використати, щоб заспокоїти себе в разі надзвичайної ситуації.				
20.	Я знаю, як керувати власною реакцією на надзвичайну ситуацію.				
21.	Я можу визначити, що ті, хто мене оточує, перебувають у скрутному становищі.				
22.	Якщо інші потрапляють у біду, я знаю, як їх заспокоїти.				
23.	Я знаю, які стратегії можна використати, щоб заспокоїти інших в екстремальній ситуації.				
24.	Я можу добре визначати свої почуття в складних ситуаціях.				
25.	У складних ситуаціях я відчуваю тривогу або стрес.				
26.	Зазвичай я готуюся подумки до ситуацій, які можуть бути складними або стресовими.				

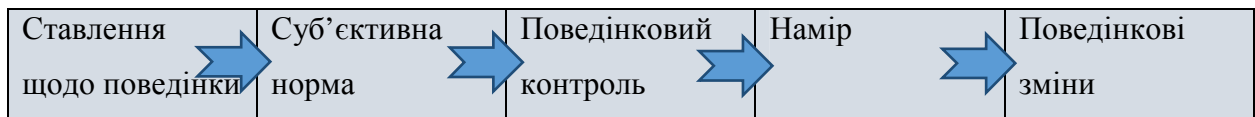
Розвиток готовності на індивідуальному рівні передбачає зміну поведінки людини для зниження ризиків і засвоєння навичок подолання небезпек. Отже, щоб впливати на зміну поведінки, потрібно створювати програми втручання, які зможуть ефективно вирішувати конкретну проблему поведінки. Щоб такі програми були ефективними, розробники мають зважати на три типи переконань, які зазвичай визначають поведінку людини: поведінкові, нормативні і контрольні (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

## Типи переконань людини

Поведінкові переконання	Нормативні переконання	Контроль переконань
Поведінкові переконання зумовлюють сприятливе або несприятливе ставлення до поведінки та передбачають міркування про позитивні і негативні наслідки:  - Якщо я прийму це рішення, які будуть результати? - Які переваги або негативні наслідки я можу відчувати?	Нормативні переконання пов'язані із сприйняттям соціального тиску або суб'єктивної норми:  - Чого очікують від мене інші? - Які очікування інших щодо моєї поведінки? - Чи буду я отримувати підтримку?	Переконання щодо контролю забезпечують поведінковий контроль, впливаючи на поведінку:  - Чи є в мене необхідні знання, щоб прийняти це рішення? - Чи впевнений я у своїй спроможності так поводитися? - Якщо я вирішу діяти, то чи є в мене для цього легкодоступні інструменти (ресурси)?

Завдяки поєднанню ставлення до поведінки, до суб'єктивної норми і сприйнятого поведінкового контролю відбувається формування наміру. Розуміння цих переконань і породжуваних ними намірів може дати підказку, як можна вплинути на зміну поведінки.



Отже, формуючи програми втручання, варто не забувати про те, що люди більш схильні дотримуватися відповідної поведінки, якщо вони, по-перше, позитивно ставляться до такої поведінки; по-друге, якщо вона відповідає їхній суб'єктивній нормі і, по-третє, якщо вони вважають, що здатні правильно реалізувати цю поведінку. Крім того, наміри людини будуть більш твердими, якщо вони базуватимуться на всіх трьох вищезазначених складниках, ніж коли лише на одному з них. Наміри мають значення, оскільки чим сильніші наміри людини щодо відповідної поведінки, тим більша ймовірність того, що людина й

справді буде дотримуватися такої поведінки. Однак багато зовнішніх факторів та обмежень можуть перешкоджати людині реалізовувати певну поведінку, навіть якщо вона має намір це зробити. Щоб усунути бар'єри на шляху до позитивної поведінки, виконавцям програми потрібно з'ясувати, які переконання контролюють суб'єктивну норму, наміри реалізовувати певну поведінку і фактичну поведінку, яка традиційно реалізується.

Розуміння бар'єрів на шляху до позитивної поведінки та розгляд додаткових навичок, які можуть знадобитися людині, щоб досягти успіху у виконанні потрібних дій, є надзвичайно важливими для розроблення програми зміни поведінки. З'ясувати й оцінювати знання, ставлення та поведінку потрібно до початку програмної діяльності, оскільки результати можуть допомогти виконавцям зосередитися на питаннях, які є найбільшими перешкодами на шляху до зміни поведінки. Виконавці програми мають вирішити, на які сфери буде спрямоване втручання: на усунення бар'єрів на шляху до індивідуальної зміни поведінки чи на формування сприятливих для змін соціальних настановлень. Найефективніші втручання спрямовані зазвичай на кілька рівнів бар'єрів.



Можемо відтак зробити висновок, що розуміння психологічних факторів, пов'язаних з готовністю, є центральним елементом зусиль, спрямованих на зменшення негативних наслідків надзвичайних ситуацій. Краще розуміння власної і чужої психологічної реакції в надзвичайній ситуації допомагає людям почуватися більш упевнено, контролювати ситуацію і бути краще підготовленими як психологічно, так і з погляду ефективності планування в разі надзвичайних ситуацій.

Психологічна готовність допомагає людям мислити ясно і раціонально, сприяє конструктивній поведінці, що, відповідно, може знизити ризик

серйозних травм і навіть втрати життя. Так само психологічна готовність може відігравати вирішальну роль у забезпеченні готовності до надзвичайних ситуацій, у подоланні стресу через наслідки ситуації, що розгортається, і в послабленні гостроти посттравматичного стресу. Самого по собі убезпечення людей недостатньо – вони також мають почуватися безпечно. Цей момент важливо брати до уваги, коли йдеться про реалізацію програм готовності до надзвичайних ситуацій, зокрема про розроблення належних стратегій комунікації та навчання для посилення готовності до надзвичайної ситуації.

Важливим фактором психологічної готовності до НС є культура ризику. Її характеризують три взаємопов'язані дискримінаційні виміри: 1) те, як люди сприймають та інтерпретують ризики і НС; 2) рівень довіри людей до відповідальних органів влади щодо їхньої спроможності керувати ризиками надзвичайних ситуацій; 3) рівень довіри до різних джерел інформації.

Є кілька базових стратегій інтервенційних заходів (поведінкових втручань) для підвищення психологічної готовності до НС: стратегія втручання у формі нівелювання шкоди; стратегія, що полягає в нарощуванні ресурсів або поліпшенні доступу до ресурсів, які підтримують позитивну адаптацію; стратегія втручання, що полягає в мобілізації або відновленні адаптивних систем, які захищають або стимулюють позитивну адаптацію в контексті несприятливих обставин. Урахування психологічної готовності в чинній політиці і практиці забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій – це потенціал, щоб допомогти людям впоратися із психологічним стресом, пережитим під час або після НС, і вплинути на формування довгострокової стійкості.

### Список використаних джерел

- Aldrich, D. P., & Meyer, M. A. (2015). Social Capital and Community Resilience. *American Behavioral Scientist*, 59(2), 254–269. <https://doi.org/10.1177/0002764214550299>
- Ajzen, I. (2002), Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665–683. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1993) Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychology*, 28(2), 117–48. [https://doi.org/10.1207/s15326985ep2802\\_3](https://doi.org/10.1207/s15326985ep2802_3)
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 71–81). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>.
- Bandura, A. (Ed.) (2002). *Social foundations of thought and action*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446221129>
- Bandura, A., Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Gerbino, M. & Pastorelli, C. (2003). Role of affective selfregulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development*, 74 (3), 769–782.
- Brug, J., Aro, A. R., Oenema, A., De Zwart, O., Richardus, J. H., & Bishop, G. D. (2004). SARS risk perception, knowledge, precautions, and information sources, the Netherlands. *Emerging infectious diseases*, 10 (8), 1486.



Chang, M. X.-L., Jetten, J., Cruwys, T., & Haslam, C. (2017). Cultural Identity and the Expression of Depression: A Social Identity Perspective. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 27, 16–34. doi: [10.1002/casp.2291](https://doi.org/10.1002/casp.2291).

Cho, H., & Kuang, K. (2014). The societal risk reduction motivation model. In H. Cho, T. Reimer, & K. McComas. *The SAGE handbook of risk communication* (pp. 117–133). Thousand Oaks, CA: Sage.

Cohen, S., & Lemay, E. P. (2007). Why would social networks be linked to affect and health practices? *Health Psychology*, 26(4), 410–417. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.4.410>

Diehl, M. (1990). The Minimal Group Paradigm: Theoretical Explanations and Empirical Findings, *European Review of Social Psychology*, 1:1, 263–292. DOI: [10.1080/14792779108401864](https://doi.org/10.1080/14792779108401864)

Dobbs, M., & Crano, W.D. (2001). Outgroup accountability in the minimal group paradigm: Implications for aversive discrimination and social identity theory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(3), 355–364. <https://doi.org/10.1177/0146167201273009>

Drury, J. (2012). Collective resilience in mass emergencies and disasters: A social identity model. In J. Jetten, C. Haslam, & S. A. Haslam (Eds.), *The social cure: Identity, health and well-being* (pp. 195–215). Psychology Press.

Drury, J., & Reicher, S. (1999). The Intergroup Dynamics of Collective Empowerment: Substantiating the Social Identity Model of Crowd Behavior. *Group Processes & Intergroup Relations*, 2(4), 381–402. <https://doi.org/10.1177/1368430299024005>

Eiser, J. R., Bostrom, A., Burton, I., Johnston, D. M., McClure, J., Paton, D., Pligt van der, J. & White, M. P. (2012). Risk interpretation and action: A conceptual framework for responses to natural hazards. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 1, 5–16.

Evans, J. S. B. T. (2006). The heuristic-analytic theory of reasoning: Extension and evaluation. *Psychonomic Bulletin & Review*, 13, 378–395. <https://doi.org/10.3758/BF03193858>

Festinger, L., Pepitone, A., & Newcomb, T. (1952). Some Consequences of De-Individuation in a Group. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 382–389. <https://doi.org/10.1037/h0057906>

Fondacaro, M. R., & Moos, R. H. (1987). Social support and coping: A longitudinal analysis. *American Journal of Community Psychology*, 15(5), 653–673. <https://doi.org/10.1007/BF00929917>

Gist, M. E., & Mitchell, T. R. (1992). Self-efficacy: A theoretical analysis of its determinants and malleability. *The Academy of Management Review*, 17(2), 183–211. <https://doi.org/10.2307/258770>

Grothmann, T., & Reusswig, F. (2006). People at Risk of Flooding: Why Some Residents Take Precautionary Action While Others Do Not. *Nat Hazards*, 38, 101–120. <https://doi.org/10.1007/s11069-005-8604-6>

Guion, D. T., Scammon, D. L., & Borders, A. L. (2007). Weathering the Storm: A Social Marketing Perspective on Disaster Preparedness and Response with Lessons from Hurricane Katrina. *Journal of Public Policy & Marketing*, 26(1), 20–32. <https://doi.org/10.1509/jppm.26.1.20>

Hagen, B., Middel, A., & Pijawka, D. (2016). European Climate Change Perceptions: Public support for mitigation and adaptation policies. *Environmental Policy and Governance*, 26, 170–183. <https://doi.org/10.1002/eet.1701>

Hamm, J. M., Chipperfield, J. G., Perry, R. P., Heckhausen, J., & Mackenzie, C. S. (2014). Conflicted Goal Engagement: Undermining Physical Activity and Health in Late Life. *The Journals of Gerontology: Series B*, 69, 533–542. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu048>

Haslam, S. A. (2014). Making good theory practical: Five lessons for an Applied Social Identity Approach to challenges of organizational, health, and clinical psychology. *British Journal of Social Psychology*, 53, 1–20. <https://doi.org/10.1111/bjso.12061>

Haslam, S. A., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K., & Penna, S. (2005). Taking the strain: Social identity, social support, and the experience of stress. *British Journal of Social Psychology*, 44, 355–370. <https://doi.org/10.1348/014466605X37468>

Hawkins, R. L., & Maurer, K. (2010). Bonding, bridging and linking: How social capital operated in New Orleans following Hurricane Katrina. *British Journal of Social Work*, 40(6), 1777–1793. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp087>

Hogg, M. A., & Williams, K. D. (2000). From I to we: Social identity and the collective self. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 4(1), 81–97. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.4.1.81>

Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L., & Schutte, K. K. (2005). Stress Generation, Avoidance Coping, and Depressive Symptoms: A 10-Year Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 658–666. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.658>

Jetten, J., Haslam, S. A., Cruwys, T., Greenaway, K. H., Haslam, C., & Steffens, N. K. (2017). Advancing the social identity approach to health and well-being: Progressing the social cure research agenda. *European Journal of Social Psychology*, 47, 789–802. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2333>

Johnston, D., Paton, D., Crawford, G. L., Ronan, K., Houghton, B., & Buergelt, P. T. (2005). Measuring tsunami preparedness in coastal Washington, United States. In E. N. Bernard (Ed.), *Developing tsunami-resilient communities: The national tsunami program* (pp. 173–184). Dordrecht, Netherlands: Springer.

Kahneman, D., & Tversky, A. (1982). The psychology of preferences. *Scientific American*, 246(1), 160–173.

<https://doi.org/10.1038/scientificamerican0182-160>

Kaufman, D. M., & Mann, K. V. (2014). Teaching and learning in medical education: how theory can inform practice. In: Swanwick T, editor. *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice*. 2nd ed. Oxford: Wiley Blackwell, pp. 7–30.

Kearney, R. (1997). The Crisis of Narrative in Contemporary Culture. *Metaphilosophy*, 28, 183–195. <https://doi.org/10.1111/1467-9973.00049>

Kellezi, B., & Reicher, S. (2012). Social cure or social curse? The psychological impact of extreme events during the Kosovo conflict. In J. Jetten, C. Haslam, & S. A. Haslam (Eds.), *The social cure: Identity, health and well-being* (pp. 217–233). Psychology Press.

Kirschenbaum, A. A., Rapaport, C., & Canetti, D. (2017). The impact of information sources on earthquake preparedness. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 21, 99–109.

Kunzmann U., Kappes C., & Wrosch C. (2014). Emotional aging: a discrete emotions perspective. *Frontiers in Psychology*, 5, 380. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00380>

Lau, D. C., & Murnighan, J. K. (1998). Demographic Diversity and Faultlines: The Compositional Dynamics of Organizational Groups. *The Academy of Management Review*, 23(2), 325–340. <https://doi.org/10.2307/259377>

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lerner, J. S., Li, Y., Valdesolo, P., & Kassam, K. S. (2015). Emotion and decision making. *Annual Review of Psychology*, 66, 799–823. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115043>

Lindell, M. K., & Perry, R. W. (2000). Household adjustment to earthquake hazard. *Environment and Behavior*, 32(4), 590–630. <https://doi.org/10.1177/00139160021972621>

Lindell, M. K., & Perry, R. W. (2012). The Protective Action Decision Model: Theoretical Modifications and Additional Evidence, *Risk Analysis*, 32 (4), 616–632.

Linden van der, S., Leiserowitz, A., Rosenthal, S., & Maibach, E. (2017). Inoculating the Public against Misinformation about Climate Change. *Global Challenges*, 1 (2): 1600008. <https://doi.org/10.1002/gch2.201600008>

Loewenstein, G. F., Weber, E. U., Hsee, C. K., & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127(2), 267–286. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.267>

Luca, F., Monaro, M., Mazza, C., Fietta, V., Colicino, E., Segatto, B. & Roma, P. (2020). Predicting Perceived Stress Related to the Covid-19 Outbreak through Stable Psychological Traits and Machine Learning Models. *Journal of Clinical Medicine*, 9 (10), 3350. <https://doi.org/10.3390/jcm9103350>

Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40, 80–89. <https://doi.org/10.1080/00207590444000041>

Martin, G. R.; Twigg, L. E., & Zampichelli, L. (2007). Seasonal changes in the diet of the European rabbit (*Oryctolagus cuniculus*) from three different Mediterranean habitats in south-western Australia. *Wildlife Research*, 34 (1), 25–42.

McIvor, D., & Paton, D. (2007). Preparing for natural hazards: normative and attitudinal influences. *Disaster Prevention and Management*, Vol. 16, No. 1, pp. 79–88. <https://doi.org/10.1108/09653560710729839>

McKenzie-Mohr, D. (2000). Fostering sustainable behavior through community-based social marketing. *American Psychologist*, 55(5), 531–537. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.531>

McLennan, S. (2014). Medical voluntourism in Honduras: ‘Helping’ the poor? *Progress in Development Studies*, 14(2), 163–179. <https://doi.org/10.1177/1464993413517789>

Moser, J. S., Hajcak, G., Simons, R. F., & Foa, E. B. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: the role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect. *Journal of anxiety disorders*, 21(8), 1039–1049. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.10.009>

Nakagawa, Y., & Shaw, R. (2004). Social Capital: A Missing Link to Disaster Recovery. *International Journal of Mass Emergencies & Disasters*, 22(1), 5–34. <https://doi.org/10.1177/028072700402200101>

Nakayachi, K., Johnson, B. B., & Koketsu, K. (2018). Effects of Acknowledging Uncertainty about Earthquake Risk Estimates on San Francisco Bay Area Residents’ Beliefs, Attitudes, and Intentions. *Risk Analysis*, 38, 666–679. <https://doi.org/10.1111/risa.12883>

Paek, H.-J., & Hove, T. (2017). Risk Perceptions and Risk Characteristics. *Oxford Research Encyclopedia of Communication*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228613.013.283>

Paton, D. (2003). Disaster preparedness: A social-cognitive perspective. *Disaster Prevention and Management*, 12, 210–216.

Paton, D., Kelly, G., Bürgelt, P. T., & Doherty, M. (2006). Preparing for bushfires: Understanding intentions. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 15, 566–575. <https://doi.org/10.1108/09653560610685893>

Paton, D., Smith, L., Daly, M., & Johnston, D. (2008). Risk perception and volcanic hazard mitigation: Individual and social perspectives. *Journal of*

*Volcanology and Geothermal Research*, 172(3-4), 179–188.  
[10.1016/j.jvolgeores.2007.12.026](https://doi.org/10.1016/j.jvolgeores.2007.12.026)

Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27, 279–293. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80018-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80018-9)

Reicher, S. D. (1996). «The Battle of Westminster»: Developing the social identity model of crowd behaviour in order to explain the initiation and development of collective conflict. *European Journal of Social Psychology*, 26(1), 115–134. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0992\(199601\)26:1<115::AID-EJSP740>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0992(199601)26:1<115::AID-EJSP740>3.0.CO;2-Z)

Reicher, S. D., Spears, R. & Postmes, T. (1995). A Social Identity Model of Deindividuation Phenomena, *European Review of Social Psychology*, 6:1, 161–198. <https://doi.org/10.1080/14792779443000049>

Reid, A., & Deaux, K. (1996). Relationship between social and personal identities: Segregation or integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(6), 1084–1091. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.6.1084>

Renn, O. & Klinke, A. (2004). Systemic risks: a new challenge for risk management. *EMBO reports*, 5, S41–S46. <https://doi.org/10.1038/sj.embor.7400227>

Renn, O. (2004). Perception of Risks. The Geneva Papers on Risk and Insurance. *Issues and Practice*, 29(1), 102–114. <http://www.jstor.org/stable/41952748>

Sadeka, S., Mohamad, M. S., Reza, M. I. H., Manap, J., & Sarkar, M. S. K. (2015). Social capital and disaster preparedness: conceptual framework and linkage. *Journal of social science research*, 3, 38–48.

Sattler, D. N., Kaiser, C. F., & Hittner, J. B. (2000). *Disaster preparedness: Relationships among prior experience, personal characteristics, and distress*. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 1396–1420.



Schwarz, N., & Clore, G. L. (2003). Mood as Information: 20 Years Later. *Psychological Inquiry*, 14(3-4), 296–303. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1403&4\\_20](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1403&4_20)

Siebeneck, L. K., & Cova, T. J. (2012). Spatial and Temporal Variation in Evacuee Risk Perception Throughout the Evacuation and Return-Entry Process. *Risk Analysis*, 32(9), 1468–1480.

Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E. & MacGregor, D. G. (2002). The affect heuristic. In T. Gilovich, D. Griffin, & D. Kahneman (Eds.), *Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgment* (pp. 397–420). New York, NY: Cambridge University Press.

Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E. & MacGregor, D. G. (2007). The affect heuristic. *European journal of operational research*, 177(3), 1333–1352. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2005.04.006>

Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1979). Rating the risks. *Environment*, 21(3), 14–20, 36–39.

Slovic, P., Peters, E., Finucane, M. L. & MacGregor, D. G. (2005). Affect, risk, and decision making. *Health psychology*, 24 (4S), S35–S40. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.4.S35>

Spittal, M. J., Walkey, F. H., McClure, J., (2006). The Earthquake Readiness Scale: The Development of a Valid and Reliable Unifactorial Measure. *Nat Hazards*, 39, 15–29. <https://doi.org/10.1007/s11069-005-2369-9>

Tajfel, H. (1978). Social Categorization, Social Identity and Social Comparison. In H. Tajfel (Ed.), *Differentiation between Social Groups: Studies in the Social Psychology of Intergroup Relations* (pp. 61–76). London: Academic Press.

Tajfel, H. & Turner, J. C. (1986). The Social Identity Theory of Intergroup Behavior. In Worchel, S., & Austin, W. G. (Eds.), *Psychology of Intergroup Relation*. Hall Publishers, Chicago, pp. 7–24.



Terpstra, T., & Lindell, M. K. (2013). Citizens' Perceptions of Flood Hazard Adjustments: An Application of the Protective Action Decision Model. *Environment and Behavior*, 45(8), 993–1018. <https://doi.org/10.1177/0013916512452427>

Turner, J. C. (1975). Social comparison and social identity: Some prospects for intergroup behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 5, 1–34. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420050102>

Turner, J. C., & Oakes, P. J. (1986). The significance of the social identity concept for social psychology with reference to individualism, interactionism and social influence. *British Journal of Social Psychology*, 25(3), 237–252. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1986.tb00732.x>

Turner, R. H. (1964). New Theoretical Frameworks. *The Sociological Quarterly*, 5:2, 122–132. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1964.tb01611.x>

Wachinger, G., Renn, O., Begg, C., & Kuhlicke, C. (2013). The risk perception paradox--implications for governance and communication of natural hazards. *Risk analysis : an official publication of the Society for Risk Analysis*, 33(6), 1049–1065. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2012.01942.x>

Wallhagen, M. I., & Lacson, M. (1999). Perceived control and psychosocial/physiological functioning in African American elders with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 25 (4), 568–575. <https://doi.org/10.1177/014572179902500409>

Wauters, E., Mey de, Y., Winsen van, F., Passel van, S., Vancauteran, M., & Lauwers, L. (2015). Farm household risk balancing: implications for policy from an EU perspective. *Agricultural Finance Review*, Vol. 75, No. 4, pp. 450–468. <https://doi.org/10.1108/AFR-04-2015-0017>

Weichselgartner, J., & Pigeon, P. (2015). The Role of Knowledge in Disaster Risk Reduction. *International Journal of Disaster Risk Sciences*, 6, 107–116. [10.1007/s13753-015-0052-7](https://doi.org/10.1007/s13753-015-0052-7)

Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5), 806–820. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.5.806>

Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78–89.

Woolfolk Hoy, A., & Burke Spero, R. (2005). Changes in Teacher Efficacy during the Early Years of Teaching: A Comparison of Four Measures. *Teaching and Teacher Education*, 21, 343–356. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tate.2005.01.007>

## Розділ 3. ТЕХНОЛОГІЯ РОЗВИТКУ ГОТОВНОСТІ ГРОМАДЯН І СУСПІЛЬНИХ ГРУП ДО КОНСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

### 3.1. Питання психосоціального благополуччя громадян і суспільних груп у надзвичайних ситуаціях (матеріали для комплексної програми вивчення стану постраждалих у стресових ситуаціях)

У надзвичайних ситуаціях резистентна частина населення здатна до подолання тяжких випробувань – як психічних, так і фізичних, і події, що травмують, навпаки, можуть стати стимулом для переоцінки життєвих цінностей і розгортання оновленого плану побудови життя. Водночас люди, чутливі до зовнішнього впливу, наражаються на підвищений ризик погіршення психічного та фізичного здоров'я і потребують комплексної психологічної допомоги, що й актуалізувало розроблення програми вивчення стану постраждалих у стресових ситуаціях і технології готовності до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях.

Для вивчення стану постраждалих та організації психологічної допомоги пропонується *комплексна програма* із двох блоків, метою якої є аналіз стресового досвіду і психосоціального стану громадян (Додаток Д). Завдання програми – розкрити актуальні питання психосоціального благополуччя громадян і суспільних груп у надзвичайних ситуаціях (підпункти програми 3А; 3Б; 3В у Додатку Д).

У *першому блоці* у формі бесіди заповнюються особисті дані (пункт 1); розкриваються особливості стресової ситуації та поточних обставин

(травматичний досвід) (пункт 2); аналізується вплив стресорів на психосоціальне благополуччя (пункт 3).

У *другому блоці* проводиться діагностика диспозиційних показників (тип поведінки, стан) і, якщо потрібно, аналізуються негативні зміни в стані психічного здоров'я людини (як інструментарій використовують матеріали МКХ-11 (ICD-11), версія: 02/2022). У деяких методиках питання діагностичного блоку щодо типології поведінки можна заповнювати перед проведенням бесіди.

Розгляньмо детально пункти комплексної програми.

Отже, *перший блок, п. 1. «Особисті дані»* – початок роботи – передбачає стандартизовані запитання. Збираються реквізитні дані людини: хронологічна ідентифікація (дата, час інтерв'ю, форма обстеження), характеристики (ПІБ, дата народження, стать, освіта, спеціальність, місце проживання, телефон), уточнюються дані щодо попереднього звернення до психолога, ефективності психологічного втручання в минулому, мотив / причина звернення на цей час.

*П. 2. «Опис стресової ситуації і поточних обставин (травматичний досвід)»* містить стандартизовані запитання щодо рішення про звернення до фахівця; досвіду психофізичної травми (загроза життю, присутність при смерті іншої людини, матеріальні збитки, погрози на адресу родини тощо); змістового наповнення ситуації, що приводить до дистресу; уточнюється час перебування в цій ситуації; опрацьовуються стресори, які дестабілізували психофізичний стан; обговорюються фактори, що допомагали (уповільнювали) вихід із стресу; конкретизуються проблеми, які ускладнюють життя і заважають постраждалим у подоланні наслідків стресу.

У *п. 3. «Аналіз впливу стресорів на психосоціальне благополуччя»* використовується частково стандартизована тактика проведення бесіди. На основі отриманих даних (результати бесіди згідно із запропонованим планом,

спостереження за станом людини тощо), формулюються висновки щодо психологічного стану. Для цього:

- систематизуються стресори, що викликають стан психічного напруження (*п. 3.а*);
- – визначається актуальна форма стресу (*п. 3.б*);
- – визначається стадія стресу, фаза адаптивної активності до стресорів, актуальний субсиндром стресу, який демонструє людина (*п. 3.в; 3.г*).

За допомогою *другого блоку* програми вирішуються завдання проведення аналізу *диспозиційних показників поведінки в стані стресу* (рекомендовано використовувати методики «Явні маркери типу поведінки А» (М. Friedman), «Приховані маркери типу поведінки А» (М. Friedman), «Опитувальник DS14» (J. Denollet)<sup>3</sup> (Додаток В). Отримані дані дають змогу пояснити особливості поведінки людини в разі потрапляння її в стресову ситуацію і можливі психофізичні наслідки стресу; їх можна використовувати для конструювання психологічного втручання і добору корекційних засобів.

У разі виникнення загрози погіршення психічного стану рекомендовано проведення первинної діагностики негативних змін у стані здоров'я людини, узгодження подальшого плану роботи психологів та оформлення рішення щодо організації комплексної допомоги в подоланні стресу разом із фахівцями відповідного профілю. Для проведення первинного обстеження психічного стану як діагностичний матеріал пропонуються бланки, що відображають симптоми розладів 06 блоку ICD-11 (Розлади психіки, поведінки або нервової системи – Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders) (Додаток Г).

Окремо варто зупинитися на тривалості проведення програми. Так, вибудовування бачення проблеми клієнта, вивчення випадку може реалізовуватися в декілька зустрічей. Час прийому коригується відповідно до

<sup>3</sup> Інформацію про адаптацію Опитувальника DS14 на українськомовній вибірці представлено тільки в англійській літературі.

стану людини. Орієнтовно *перша зустріч* триває близько півтори години. Цей час розподіляється за визначеними вище пунктами першого блоку:

- п. 1. «Особисті дані» –5-10 хв.;
- п. 2. «Опис стресової ситуації і поточних обставин (травматичний досвід)» –25-55 хв.;
- п. 3. «Аналіз впливу стресорів на психосоціальне благополуччя» – 10-25 хв.;
- завершення бесіди — 5-10 хв.

На *другій зустрічі* (близько півтори години) реалізуються завдання другого блоку комплексної програми: аналіз диспозиційних показників поведінки в стані стресу і, якщо потрібно, заповнення (психологом) бланка індикаторів симптомів психічних розладів залежно від стану людини.

Результується *програма вивчення стану постраждалого в стресових ситуаціях* формулюванням психологічного висновку та рекомендацій.

Оскільки збирання інформації за *пунктом 3* першого блоку та якісне виконання завдань другого блоку потребують попереднього введення в проблемне поле, далі більш детально розкриємо питання благополуччя та добробуту громадян і суспільних груп у надзвичайних ситуаціях: трактування феномену стресу (підрозділ 3.1.1), психічні реакції постраждалих на стресори (підрозділ 3.1.2), надзвичайні ситуації та індикатори психічне благополуччя чи психічних негараздів (підрозділ 3.1.3).

### 3.1.1. Стрес і його вплив на психосоціальне благополуччя громадян

У сучасній психологічній науці вивчення стану людини, соціальних взаємовпливів, перебігу психічних процесів та емоційних реакцій у стресових ситуаціях реалізується переважно у двох напрямках – інтеракційному і транзакційному (Randall, Griffiths, & Cox, 2005; Cox, 1993).

Дослідники *інтераційного* напрямку вивчають особливості «суб'єкт-суб'єктної» і «суб'єкт-об'єктної» взаємодії, які можуть результуватися стресом. Вони припускають, що стрес виникає, з одного боку, тоді, коли порушується відповідність між об'єктивною реальністю і суб'єктивним сприйманням (між можливостями людини і вимогами середовища); а з другого – коли руйнується баланс між ресурсами середовища і потребами людей. Інтераційні моделі і теорії інтерпретують стрес як стимул, життєву подію чи групові обставини, які впливають на стійкість організму до випробувань. Важливо, що як позитивні, так і негативні впливи можуть призводити до виникнення стресу (French, Rogers, & Cobb, 1974; Holmes, 1978; Speileberg, 1980; Logothetis, 1981; French, Caplan, & Harrison, 1982).

У моделях і теоріях *транзакційного* напрямку предметом дослідження є психічні процеси, механізми, реакції, що відображають вплив стресу на людину, і стратегії його подолання (Lazarus, 1995). Дослідники наголошують на тому, що окремі особистості / соціальні групи в складних ситуаціях по-різному трактують вплив стресорів, подій, по-різному адаптуються до умов. Інтерпретуючи події, науковці беруть за основу, по-перше, фактори середовища що впливають на перебіг когнітивних процесів, по-друге, безпосередню когнітивну оцінку вимог середовища і варіативність його відповідей на стресори. Стрес вони зазвичай пов'язують із загрозою психосоціальному благополуччю та неможливістю збереження конгруентності контекстуальним вимогам. Труднощі, у їхньому розумінні, це стресори, які (1) пригнічують, викликають тривогу і знижують здатність до спротиву обставинам; (2) опосередковують перебіг і результати взаємодій із навколишнім середовищем; (3) стимулюють вибір способів виживання і засобів вирішення життєвих проблем; (4) підтверджують власну силу чи безпорадність. Когнітивне оцінювання стресової ситуації дослідники розглядають як процес аналізу

ресурсів і налагодження соціальних зав'язків (Lazarus, 1966; Lazarus, 1983; Cox, & Ferguson, 1991; Cox, 1993).

У сучасній психологічній практиці *стрес* традиційно описують як стан психічного напруження, що є захисною неспецифічною фізіологічною реакцією на вплив стресорів<sup>456</sup>. Зазначимо, що розуміння стресу як *системного процесу* має витoki в галузях фізіології і психобіології, тоді як трактування *стресу як психологічного процесу* більшою мірою характерне для когнітивної психології (Selye, 1976; Lazarus, & Folkman, 1984; Lazarus, 1991; 1993).

Вивчення функціонування організму людини в стресових умовах традиційно пов'язують з іменем Ганса Сельє (Hans Selye), який започаткував сучасний етап досліджень реагування організму людини на дію стресорів (Selye, 1936; 1976). Так, первинно наслідком дії різноманітних шкідливих агентів, хвороботворних факторів Сельє вважав активізацію механізмів адаптації організму людини до контекстуальних змін – «загальний адаптаційний синдром». Завдяки подальшим дослідженням він дійшов висновку, що стрес – неспецифічна нейрогуморальна відповідь організму на дію стресових факторів різної природи (фізичних, хімічних, біологічних, соціальних) – є «стресовою реакцією», а результати впливу стресу залежать від часу дії стресорів, їх можна вважати передвісником погіршення фізіологічного і психологічного здоров'я (Selye, 1950). На думку дослідника, у короткотривалих стресових ситуаціях люди використовують набуті й опрацьовані програми дій, уміння, навички та

---

<sup>4</sup>Стрес (англ. stress – напруження) – стан напруженості – сукупність захисних фізіологічних реакцій, що настають в організмі тварин і людини як відповідь на вплив різних несприятливих факторів (стресорів) – холоду, голодування, психічних і фізичних травм, опромінення, крововтрати, інфекції тощо (Шапар, 2007).

<sup>5</sup>Стрес – стан максимального психічного напруження, що виникає у людини в процесі діяльності або поведінки під впливом несприятливих, значних за силою і довготривалістю зовнішніх і внутрішніх неспецифічних дій, умов середовища (Психологічний словник, 2007).

<sup>6</sup>У 1972 р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) схвалила таке визначення: стрес – це неспецифічна (тобто одна і та сама на різні подразники) реакція організму на будь-яку висунуту до нього вимогу. Стрес – це відповідь на загрозу, реальну чи уявну (Наугольник, 2015).



вибудовують патерни конструктивної поведінки. У довготривалих стресових ситуаціях людям доводиться вирішувати завдання перебудови форм життєдіяльності, переналаштування як зовнішніх соціальних зав'язків, так і функціональних систем організму.

Сельє дійшов висновку, що в разі довготривалого стресу і в екстремальних умовах розгортання стресової реакції проходить три *послідовні фази-стадії «адаптаційної активності»*:

- фазу тривоги і мобілізації можливостей організму (проходить у два етапи);
- фазу резистентності (опору);
- фазу виснаження.

У *фазі тривоги* (короткотривалий стрес) реакція на стресор («завмирання», «боротьби» або «втечі») опосередковується особливостями організму і набутим раніше досвідом. Перший етап фази тривоги – це початковий «шок»: під впливом стрес-агента знижується резистентність (опірність) організму і дестабілізуються соматичні й вегетативні функції, унаслідок чого виникає ризик розгортання гострого стресового розладу (далі – ГСР). На другому етапі – етапі «протишоку» – відбувається мобілізація механізмів саморегуляції, психологічних і фізичних адаптаційних резервів. Завдяки вибудовуванню «нової форми функціонування», яка відповідає зовнішнім викликам, людина повертається до активних дій.

У *фазі резистентності* свідоме сприймання стресорів і збалансоване використання ресурсів організму сприяють подальшому відновленню балансу функцій організму, стабілізації емоційного стану й адаптації до ситуації. Якщо психофізіологічний спротив ситуації розтягується в часі, стресове навантаження завдає значної шкоди організму – у людини загострюються процеси запалення, прискорюється старіння клітин, проявляється депресія тощо.

Якщо стрес має довготривалий перебіг, настає *фаза виснаження*. Навантаження на системи регуляції та подовжена дія захисних біологічних реакцій на стресори (підвищення тиску, м'язове напруження, зміни в харчовій поведінці тощо) призводять до тяжких ушкоджень – психофізичних, морфологічних і фізіологічних змін. Спостерігаються прояви тих чи інших ознак посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР). Ідеться саме про ознаки, які ще не є підставою для встановлення діагнозу (Влас, 2016; Психофизиология состояний человека, 2005; Селье, 2016; Selye, 1946; 1956; Jackson, 2014).

Презентація Гансом Селье фаз тріади «загального адаптаційного синдрому» вплинула на подальше вивчення стресу, водночас для валідності досліджень психологічних станів і процесів (тривоги, конфліктів, емоцій тощо) біологічне, фізіологічне розуміння стресу доповнювалося напрацюваннями і в психологічній площині (Arnold, 1960; Lazarus, 1966). Так, когнітивні психологи трактували стресову подію як таку, що трансформує психологічну картину світу й змінює стан організму, а тому стан стресу – взаємозв'язок людини і середовища – є результатом когнітивного оцінювання індивідом ситуації й обраного копінгу її подолання. Тобто, з погляду психології, відмінності в реагуванні постраждалих на стресор пояснювалися варіативністю їхніх очікувань щодо впливів і результатів події та особливостями їхніх індивідуальних інтерпретацій ситуації (Thoits, 1983; Lazarus, & Folkman, 1984; 1986).

Повертаючись до практичної площини, звернімо увагу на те, що в сучасному полі психологічної роботи, щоб вибудувати достовірну картину конкретного випадку, фази «тріади» Селье використовують для уточнення міри стресового навантаження як тотожні субсиндромам стресу. У разі короткотривалого впливу стресорів або перебування людини на межі

психологічних і фізичних можливостей зміна субсиндромів стресу відбувається в наведеній нижче послідовності (яка є тотожною фазам «тріади»). Якщо вплив стресорів триває досить довго, субсиндроми можуть повторюватися або поєднуватися один з одним в порядку почергового домінування. За такої умови показником збільшення психічного і фізичного напруження та необхідності мобілізації ресурсів на більш високих рівнях вважають саме маніфестацію один за одним певних субсиндромів. Це такі:

- емоційно-поведінковий субсиндром (початковий);
- вегетативний субсиндром (превентивно-захисна вегетативна активність);
- когнітивний субсиндром (зміни в розумовій активності під час стресу);
- соціально-психологічний субсиндром (зміни в спілкуванні під час стресу) (Китаева-Смык, 2013).

Визначаючи фази адаптаційної активності та конкретизуючи субсиндроми стресу у чутливих до зовнішнього впливу осіб, доцільно попередньо класифікувати *стресори*, що викликають стан психічного напруження<sup>7</sup>.

По-перше, за *впливами*:

- часовий (гострий, одноразовий, епізодичний, короткотривалий, довготривалий, хронічний);
- адресний (вплив на особистість, групу, спільноту, соціум тощо);
- змістовий (фізичний, психоемоційний, інформаційний, соціальний, управлінський, територіальний, природний, техногенний, контекстуальний тощо).

По-друге, за *ознаками*:

- керований / некерований;
- проявлений / не проявлений;

---

<sup>7</sup>Пропонується авторська класифікація.

- поширений / непоширений;
- латентний / демонстративний.

Важливо конкретизувати *форму стресу*, яка є результатом усвідомлення людиною ситуації та емоційного відгуку на першопричину психічного напруження: *еустресс* (від давньогрец. εὖ – добре та англ. stress – напруження, тиск, гніт) чи *дистресс* (від грец. dys – префікс, що означає «розлад», і англ. stress – напруження, тиск, гніт).

Форма стресу свідчить:

- позитивно чи негативно людина сприймає стресори;
- які смисли вона вкладає в пояснення ситуації, що дестабілізує її життя;
- як людина оцінює власні ресурси і можливості, потрібні для вирішення завдань життєзабезпечення;
- про наявність (не) травматичного досвіду в минулому, який підсилює / послаблює дію стресорів (Крейвінене, & Вайткене, 2020; Friedman, 1996).

Так, примус, тиск, напруження людина переживає у формі *еустресу*, якщо стресори вона сприймає як стимули розвитку. Такий стрес супроводжується позитивними емоціями й вважається корисним психофізичним навантаженням. Якщо події / ситуації людина сприймає як надзвичайні, такі, що загрожують її життю і психосоціальному благополуччю, вимагають від неї докладання надзусиль та максимального використання психічних і фізичних ресурсів, то вона переживає стан *дистресу* – реакцію з негативними емоціями і руйнівним впливом на здоров'я (Selye, 1983).

З огляду на те, що люди по-різному сприймають стрес, у науковому світі сформувалося загальне переконання, що особи в стані дистресу більш вразливі, тобто демонструють низький рівень спротиву тиску обставин, і, навпаки: люди,

які не сприймають умови середовища як загрозливі, зазвичай формують конструктивну реакцію на виклики.

Для диференціації резистентних і чутливих до стресу осіб Кері Л. Купер (Cary L. Cooper) і Рой Л. Пейн (Roy L. Payne) як орієнтовний перелік психологічних показників стресостійкості сформулювали категорії індивідуальних відмінностей:

- генетичні (фізичні дані, вік, гендер тощо);
- набуті протягом життя (соціальний клас, освіта, соціальна підтримка, доходи тощо);
- диспозиційні (копінг-стиль, типи поведінки тощо) (Брайт, & Джонс, 2003; Cooper, & Payne, 1991; Friedman, 1996).

На *генетичні і набуті протягом життя* відмінності фахівці часто спираються у своїй психологічній практиці, але їхні складники коригують (відповідно до застосовуваних теоретичних моделей, стратегій психологічної допомоги, мети роботи і поставлених завдань). Що ж до *диспозиційних показників*, то звернімо увагу на те, що в сучасних дослідженнях особливостей реагування на стрес і впливу стресу на здоров'я порівнюють зазвичай типи поведінки А, В, С, Д, використаний копінг-стиль. Наголосимо, у психологічній практиці, щоб передбачити психофізіологічні наслідки складних, надзвичайних ситуацій на організм, переважно, до уваги береться тип поведінки А (Сох, 1978; 1980; Cooper, & Smith, 1986; Cooper, & Baglioni, 2013).

З огляду на відносність *генетичних і набутих протягом життя* характеристик зупинімося більш детально на показниках *диспозиційного аспекту*, а саме А, В, Д типах поведінки людини. Спробуймо розібратися щодо ризиків розвитку хвороб у стресовому стані: серцево-судинної системи, артеріальної гіпертензії, депресії, онкології, ПТСР тощо.

Отже, наприкінці ХХ століття проведені Майєром Фрідманом (Meyer Friedman) дослідження психологічних реакцій у стресових ситуаціях, відмінностей у дисфункціях і нейрохімічних механізмах результувалися описом типів поведінки людини: *психічно здоровий В* і *психопатологічний А*. Було сформульовано психопатологічні характеристики, які можна використовувати у прогнозуванні стійкості до фізичного і психічного навантаження, а саме диференціації людини здорової і людини, схильної до психофізичної патології. М. Фрідман обґрунтував ідею про те, що для збереження здоров'я психологічну профілактику і реабілітацію потрібно здійснювати залежно від психофізичного стану організму і природної для людини типології поведінки (Friedman, 1996).

Згідно з Фрідманом, *психологічно і фізично здоровому типу В* (ТВВ – type В behavior) притаманні відчуття безпеки, самоповага, адекватна самооцінка, відсутність гормональних дисфункцій. Тип В, на відміну від типу А, може дарувати і приймати любов та прихильність людей (опитані свідчили, що мали в дитинстві підтримку, прийняття і повагу батьків); є толерантним до помилок і бездіяльності інших, поважає думки і погляди оточення, спокійно сприймає повчальну критику на свою адресу – як конструктивну, так і деструктивну; може делегувати роботу підлеглим, надавати допомогу у виконанні та організації діяльності. Довіряє іншим, не егоїстичний і не егоцентричний. У зрілому віці зберігає пошукову активність і почуття гумору. Використовує досвід минулого в конструюванні планів на майбутнє, не демонструє нетерпіння, не поспішає, не відчуває ворожості до оточення.

Опис *психопатологічного типу А* (ТАБ – type А behavior) складається із двох компонентів: *характерних дисфункцій* (неврологічних, гормональних, метаболічних) і *психологічних особливостей*.

У компоненті *дисфункцій* розглядають неврологічні, гормональні та метаболічні особливості стану людини: інтенсивні викиди адреналіну,

норадреналіну; гіперактивність симпатичної нервової системи й зниження активності парасимпатичної нервової системи; надлишкові викиди адренкортикотропного гормону (АКТГ), активна секреція кортизолу, надмірна секреція тестостерону, зниження рівня гормону росту<sup>8</sup>; порушення метаболізму холестерину і тригліцеридів (гіперхолестеринемія). Характерною рисою типу А вважають постійне психологічне напруження, страх виникнення непередбачених обставин і готовність вирішувати невідкладні завдання (Friedman, George, Byers, & Rosenman, 1960; Friedman, Byers, & Rosenman, 1972; Williams et al., 1982).

Особливості *психологічного компонента* типу А – це *явні і приховані* психопатологічні маркери. До *прихованих* маркерів типу А, що є першоосною явних маркерів, відносять невпевненість / низьку самооцінку (Insecurity / inadequate self-esteem), чутливість до критики і несприйнятливність до похвали.

*Явні маркери* типу А – це, по-перше, *вільна ворожість* (free-floating hostility – FFH) до будь-яких інцидентів, що вказує на високу тривожність і схильність до депресії. Вільна ворожість проявляється в проблемній вербалізації позитивних вражень та емоцій, утрудненому делегуванні повноважень, безперервній конкуренції з оточенням, критиці інших, втраті самовладання (наприклад, під час водіння транспорту), у демонстративному виправленні помилок інших, зневірі в добросерді та безкорисливості тощо.

По-друге, це *поспіх/нетерпіння* (time urgency – TU) – показник безперервної «боротьби з часом», якого завжди бракує, суб'єктивного відчуття

---

<sup>8</sup>Кортизол – стероїдний гормон, що синтезується в пучковій зоні кори надниркових залоз із холестерину під контролем АКТГ. Кортизол забезпечує весь спектр біологічних ефектів: захищає організм від стресу, регулює рівень артеріального тиску, бере участь в обміні білків, жирів та вуглеводів, у регуляції імунної відповіді, режиму сну і неспання, впливає на рівень цукру в крові, перебіг запальних процесів, настроїв та пам'ять тощо. Постійний надлишок кортизолу підвищує ризик розвитку серйозних захворювань, серед яких: цукровий діабет, гіпертонія, артеріальна гіпертензія, остеопороз, безпліддя та ін.

терміновості будь-чого. Маркер проявляється в системному встановленні й дотриманні дат виконання певних дій, свідчить про ризик передчасного початку ішемічної хвороби серця.

Для реалізації первинної профілактики стресу і подальшої психокорекційної роботи М. Фрідман розробив діагностичний пакет із двох блоків ідентифікації осіб з поведінкою типу А (Додаток В):

– блок перший – *«Явні маркери типу поведінки А – поспіх / нетерпіння, вільна ворожість»* – це основний діагностичний інструмент. Блок містить питання для гнучкого опитування (відповідно до ситуації та особливостей клієнта), а також перелік фізичних і психомоторних ознак, які констатуються за результатами спостереження;

– блок другий – *«Приховані маркери типу поведінки А – невпевненість / неадекватна самооцінка»* – це додатковий діагностичний інструмент для виявлення симптомів і психологічних ознак прихованого маркера (психомоторні ознаки не вивчаються).

До речі, Фрідман вважав, що використовувати весь діагностичний пакет для ідентифікації осіб з поведінкою типу А зовсім не обов'язково, адже констатувати тип поведінки можна за психомоторними ознаками – вони майже завжди вказують на належність до типу. Виявлення лише одного показника вже є підставою припустити належність до типу А:

- 1) нетерпіння або ворожість людини до обставин, інших людей;
- 2) пролепсис (перебивання під час діалогу співрозмовника, передбачення / проговорювання фраз замість нього);
- 3) підвищена пітливість чола і верхньої губи;
- 4) скрегіт зубами;
- 5) хронічна напруженість обличчя (напруженість щелепно-жувальних м'язів, скорочення лобового м'яза, звуження повік);



- б) деформація язика (коли напружується комплекс щелепно-жувальних м'язів, рефлекторно передня частина язика тисне на верхні різці, унаслідок чого на язиці з'являються відбитки зубів);
- 7) тикоподібне западання верхніх повік (часте моргання);
- 8) періорбітальна пігментація (синці під очима).

Водночас детальний аналіз явних маркерів має діагностичну цінність. Він дає змогу диференціювати людей, які на будь-який стресор відреагують сильніше, ніж інші, і мають схильність до серцево-судинних захворювань.

Ідеї М. Фрідмана щодо явних і прихованих психопатологічних маркерів дістали свій подальший розвиток у науковому просторі. Так, Йоган Деноллет (Johan Denollet) дослідним шляхом артикулював психічну конструкцію, вразливу до хронічного дистресу, – *тип поведінки Д*, й обґрунтував її використання як індикатора ризиків:

- психологічних (тривожність і дратівливість, низька самооцінка, негативне мислення, стан життєвого виснаження, ПТСР тощо);
- фізіологічних (депресія, серцево-судинна патологія, гіпертензія, схильність до онкологічних захворювань тощо).

Спочатку дослідження типу Д проводили серед осіб, які мали захворювання серцево-судинної системи чи хронічну серцеву недостатність. Аналіз механізмів, які лежать в основі типу D (фізіологічна гіперреактивність, імунна активація, неадекватна відповідь організму на кардіологічне лікування), дав підстави науковцям зробити висновок, що цей тип свідчить про більш широкий спектр хронічних станів, які негативно впливають на здоров'я і психосоціальне благополуччя людини. На основі системного вивчення основних психофізичних маркерів тип Д було концептуалізовано як категоріальну конструкцію, яка є результатом комбінування ефектів *негативної*

*афективності і соціальної інгібіції* (Denollet, 2005; Denollet, Pedersen, Vrints, & Conraads, 2013).

*Негативна афективність* (далі – NA) відображає стійкі індивідуальні відмінності, які знаходять свій прояв як у сприятливих, так і в стресових умовах: незадоволеність, стан хронічного дистресу, схильність до дисфорії, негативних емоцій, тривожності, страхів, дратівливості. Вважають, що на відміну від тих людей, у кого рівень NA низький, високий рівень NA, зокрема в напружених ситуаціях, призводитиме до розгортання суттєвого дистресу, прояву високих показників нейротизму і N-фактору негативної емоційності відповідно до п'ятифакторної моделі L. R. Goldberg (Goldberg, 1981; 1990; 1999; Eysenck, 1991; Watson, Clark, & Harkness, 1994; Воронкова, 2017).

*Соціальна інгібіція* (далі – SI; від лат. socialis – соціальний і inhibere – стримувати) – соціально-психологічний феномен, який виявляється в тому, що внаслідок впливів соціальних факторів чи в присутності інших людей знижується продуктивність діяльності, її швидкість та якість. *SI* проявляється у відчутті соціального дискомфорту, соціальній дезадаптованості, пасивності, покірності, пригніченому стані. Тип Д констатують переважно в осіб з дистимічним характером (мають знижений настрій, зазвичай сумні, замкнуті, небагатослівні, песимістичні, пригнічені в соціальних взаємодіях), які чутливо сприймають навколишнє середовище, мають викривлене уявлення про себе, схильні до саморуйнівної поведінки; осіб, що перенесли сильний стрес, проходять кардіологічне лікування чи мають ризики розгортання серцево-судинних, онкологічних, ендокринних захворювань, психологічних розладів тощо. У разі хвороби серйозно ставляться до поставлених діагнозів (перебільшують руйнівний вплив, ускладнюють перебіг недуги, схильні до підвищеної соматизації), водночас поведінка щодо власного здоров'я часто залишається деструктивною. Унаслідок хронічного психофізичного

розбалансування погано витримують навантаження стресорами, схильні до психічних розладів, складно відновлюються (Conraads, et al., 2006; Denollet, & Pedersen, 2008; Habra et al., 2003; Horwood, Anglim, & Tooley, 2016; Jellesma, 2008; Martin et al., 2011; Pedersen et al., 2012; Pelle et al., 2010; Rosmond, & Bjorntorp, 2000; Williams et al., 2008; Wongpakaran, & Wongpakaran, 2014).

Для диференціації осіб із схильністю до хронічного дистресу J. Denollet 1998 року розробив першу версію короткого опитувальника *DS 14* оцінювання негативної ефективності, соціальної загальмованості і типу Д. Другу версію методики визначення типу Д презентовано 2005 року (Denollet, 1998; 2005). Початково методику розробляли для скринінгу пацієнтів із серцевими захворюваннями, оскільки їхня чутливість до емоційного дистресу і впливів стресорів негативно впливає на результати лікування та перебіг серцевих захворювань (Denollet, Vaes, & Brutsaert, 2000). У подальшому попереджувальну діагностику використовували для виявлення потенційних психологічних факторів ризику хронічного дистресу. На основі регресивного аналізу доведено, що диференціація осіб типу Д у прогнозуванні ПТСР покращує результати психотерапевтичного втручання і її можна використовувати в превентивній роботі. Валідність і надійність розробленої шкали відпрацьовувалися бельгійською, німецькою, італійською, данською, українською та іншими мовами. Дані про кроскультурну корисність особистісного конструкта типу Д, в Україні зокрема, показали його міжкультурну доцільність (Denollet, 2005; Grande et al., 2004; Gremigni, & Sommaruga, 2005; Pedersen, & Denollet, 2004; Pedersen et al., 2009; Wilco, Emons, Meijer, & Denollet, 2007).

Йоган Денолле (J. Denollet) сконструював психологічні змінні *NA* і *SI*, щоб за прихованими психопатологічними маркерами визначати позицію людини в житті. Він пропонував досліджуваним розглянути сім показників *NA* і

сім показників *SI* та оцінити власний профіль за 5-бальною шкалою: 0 – неправильно, 1 – радше неправильно, 2 – нейтрально, 3 – радше правильно і 4 – правильно). Сума балів на рівні 10 або вище (діапазон 0–28) за підшкалами *NA* і *SI* свідчила про те, що особа належить до типу Д. Бралось до уваги, що зміни в *NA* і *SI* та відповідно прояв типу Д зберігаються як серед пацієнтів, що проходять лікування, так і серед здорового населення (Emons, Meijer, & Denollet, 2007; Emons, & Denollet, 2007). У подальшій психотерапевтичній роботі рекомендувалося опрацьовувати виявлені потенційно небезпечні психологічні фактори хронічного дистресу і світосприймання.

Розгляньмо ще один аспект поведінки людини в стані стресу. Так, наприкінці ХХ століття на основі вивчення зв'язку між емоціями (проявленими і прихованими), поведінкою (демонстративною і стриманою) та станом психофізичного здоров'я L. Temoshok & H. Dreher зробили висновок, що *стрес* сам собою не є критичним чинником і не руйнує здоров'я. Але реакція на стрес є показником сили або слабкості механізмів виживання. За такої умови *пасивна реакція на стресори* свідчить про схильність людини до розвитку депресії і може супроводжуватися пригніченням імунної системи (підвищує ризик виникнення онкозахворювань).

Аналіз поведінки осіб, які брали участь у дослідженні (на англомовній вибірці) дав змогу виокремити групу – «*Тип С*». Представники цієї групи відрізнялися від інших тим, що, по-перше, у них здоров'я і психосоціальне благополуччя опосередковуються не пережитим стресом, а саме їхніми психофізичними особливостями. По-друге, у стресових ситуаціях автоматичний копінг-стиль викликає дисфункцію імунного захисту й знижує природний опір негативним впливам. По-третє, кваліфіковану психотерапевтичну допомогу щодо зміни поведінкових патернів можна

прирівнювати до шансу на збереження життя, одужання та відновлення здоров'я. Визначено стійкі ознаки *поведінки типу С*, що виявився полярним щодо *типу поведінки А* (патологічно нетерплячі, зосереджені на своїх власних потребах). Це *перфекціонізм, переважно негативні емоції, свідомо соціальна інгібіція* (стримування емоцій під час соціальної взаємодії).

Крім того, конкретизовано психологічні особливості *типу С*:

- постійне приховування переживань;
- переважають такі емоції, як сум, гнів, сором, відчай, страх чи смуток, тривога, печаль тощо;
- делікатність;
- стриманість;
- толерантність;
- миролюбність;
- керованість;
- послідовність і надійність;
- готовність до співпраці;
- самовідданість;
- спрямованість на піклування про інших а не про себе;
- нехтування задоволенням власних потреб;
- самозвинувачення;
- гіперболізоване почуття провини;
- небажання брати на себе відповідальність;
- нездатність захищати свої законні права;
- брак «бойового духу»;
- заперечення незадовільного стану здоров'я в разі захворювань.

Подальші дослідження показали, що особи *типу С* у роботі намагаються досягти досконалих результатів, якісного виконання завдань,

стабільності, організованості і контрольованості. Детально обмірковують проблеми, з якими стикаються, розглядають усі аспекти, перш ніж приймати рішення; уникають стресових, складних ситуацій, боротьби і конфліктів, експресивної і демонстративної поведінки; дуже обережні і нерішучі (Denollet, 2008; Mili, & Rakhee, 2018; Pederseh, & Denollet, 2004; Temoshok, & Dreher, 1993b; Williams et al., 2011).

Що ж до диференційної діагностики *типу С*, то зазначимо, що в англomовному світі розроблено і вже використовують методики, які дають змогу констатувати тип С. Але їх застосування в роботі з українськомовними клієнтами на цей час не є можливим, адже попередньо потрібно провести низку процедур: отримання дозволу правовласника, переклад тексту на українську мову та адаптацію опитувальників, перевірку надійності і валідності отриманого варіанта, розроблення норм застосування методик. Адаптація і стандартизація зарубіжного інструментарію планується в найближчій перспективі.

Питання поліпшення і продовження життя людей з тяжкими захворюваннями завдяки щепленню реакції «бойового духу» і формуванню у них психічних настановлень виживання вивчали Hans J. Eysenck & Ronald Grossarth-Maticek. На основі результатів проведеного ними дослідження – як фактори психологічних особливостей людини і стрес впливають на погіршення психічного стану (вибірku склали 16000 чоловіків і 3000 жінок) – констатовано, що для психічного і фізичного здоров'я більш значущими є фактори психосоціальні (тип особистості і стрес), ніж фактори фізичні (куріння, артеріальна гіпертензія, функціонування шлунково-кишкового тракту тощо). Визначено, що саме загальна синергетична дія психосоціальних і фізичних факторів збільшує ризик руйнування здоров'я.

На основі отриманих даних науковці склали опис типів осіб, вибірково схильних до різних захворювань.

*Тип 1* – схильні до онкозахворювань (в інших дослідників це *тип С*). Особам із вираженим *типом 1* притаманно сприймати *значуще* для них (наприклад, людину чи діяльність) як неодмінну умову власного психосоціального благополуччя. Вони мають залежність від цього обраного *значущого*, не можуть від нього дистанціюватися. Неможливість наближення до *значущого* об'єкта або його втрата стають сильним стресом. Вважають, що люди *типу 1* проявляють надмірну готовність до співпраці, є поблажливими, стриманими, надмірно терплячими, поступливими; уникають конфліктів, шукають гармонії, стримують вираження емоцій, мають ускладнення в міжособистісних стосунках; стрес викликає у них відчуття безнадійності, безпорадності, депресії (це спричинює надмірні викиди кортизолу, імунодефіцит).

*Тип 2* – схильні до ішемічної хвороби серця (*тип А*). Їм притаманно гніватися, виявляти ворожість, агресію, надмірне збудження. Вони демонструють емоційне ставлення до значущого об'єкта, у якому вбачають причину свого стану. У разі складних відносин із людьми важко розривають зв'язки, що їх травмують, не можуть дистанціюватися і залишаються в складній ситуації, але демонструють гнів (відкритий чи прихований) та агресію.

*Тип 3 і тип 4* вважають відносно здоровими, з невеликою кількістю медичних діагнозів. Водночас особи із *типом 3* характеризуються амбівалентністю, психопатичною поведінкою й потребують подальшого спостереження. Цей тип демонструє тенденцію до переходу від типової реакції *типу 1* до типової реакції *типу 2* і назад. *Типу 3* властиво розглядати високоцінний (значущий) об'єкт то як найважливішу умову психосоціального

благополуччя, то як головну причину свого нещастя; відчувати чергування почуттів безнадійності-безпорадності і гніву-агресії. Н. J. Eysenck & R. Grossarth-Maticek наголошують, що через чергування досить різних типів реакцій *тип 3* є відносно «захищеним» як від онкологічних, так і від серцево-судинних захворювань.

*Тип 4* вважають психічно і фізично здоровим, соціально автономним (в інших джерелах це *тип В*). Люди цього типу ситуативно у взаємодіях використовують стратегії зближення або уникнення; для них вибудована автономія є умовою психосоціального благополуччя – як власного, так і інших.

*Тип 5* – раціонально-антиемоційний, схильний до ендогенної депресії, онкозахворювань, а також ревматоїдного артриту (це *тип Д* в інших джерелах).

*Тип 6* є егоцентричним, антисоціальним, що проявляється в адиктивній поведінці: прагненні відійти від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою приймання деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах чи активностях (видах діяльності).

Завершуючи ознайомлення з теоретичними аспектами вивчення *типу С*, представимо запропоновані L. Temoshok для осіб із *типом С* твердження (Temoshok, & Dreher, 1993), які використовують як «домашнє завдання» під час психотерапевтичної роботи і рекомендують для щоденного читання:

- Моему розуму й тілу потрібно відпочивати і розслаблятися.
- Щоб бути здоровим, я маю насамперед звертати увагу на свої потреби.
- Я знаю, що все життя допомагаю іншим, і тепер мені треба трохи побалувати себе.
- Я маю дбати про себе, щоб бути здоровим.



– Якщо я й далі буду сміливим і сильним для інших людей – я продовжу руйнувати себе. Я більше не буду грати цю роль.

– Я вірю, що можу бути здоровим, хоча мені й важко позбутися негативних думок. Я дозволяю собі бути сумним, сварливим і переляканим.

– Я дозволяю собі показувати іншим людям власні переживання, негативні емоції, проговорювати вголос думки, і мені від цього стає легше. Мені важко було все приховувати.

– Я хочу бути «хорошою людиною, клієнтом, пацієнтом, але більше не буду дотримуватися образу «ідеального».

– Я витрачу стільки годин, скільки мені потрібно, щоб знову мати міцне здоров'я. Це подарунок, який я роблю собі, і він дає мені відчуття того, що я добре ставлюся до себе й одужую.

### 3.1.2. Психічні реакції постраждалих на надзвичайні ситуації

Згідно з результатами наукових досліджень психічні реакції, які є складно передбачуваними, опосередковують конструктивність (або деструктивність) дій та вибір стратегії поведінки в складних умовах (Росс, & Нисбетт, 1999; Сох, & Ferguson, 1991; Folkman, & Lazarus, 1988; 1991; Lazarus, & Folkman, 1984). Так, одні люди в ситуації випробування діють активно і не завжди конструктивно; інші, навпаки, уповільнюються, мобілізують сили, свідомо розробляють плани подальшого життя. Це пояснюється тим, що етіологія застосовуваних у стресових ситуаціях стратегій поведінки лежить у площині пристосувальних механізмів вегетативної нервової системи (далі – ВНС) – активної реакції боротьби або реакції пасивного завмирання, затаювання чи втечі. Одна з гілок ВНС – симпатична нервова система (далі – СНС), яка відповідає за мобілізацію внутрішніх ресурсів, «активізує» стратегію «бийся або втікай». Друга гілка – парасимпатична нервова система (далі – ПНС) – пригнічує симпатичні реакції

та утримує організм у стані спокою, «заморожує» емоційні реакції, унеможлиблює активні рухи – умовно «паралізує» і водночас відповідає за відновлення організму після стресу. У ситуації, коли умови життєдіяльності змінюються повільно, вибір стратегії відбувається свідомо – людина оцінює ризики, перспективи, можливості використання опрацьованих раніше програм поведінки. У разі стрімкого розгортання надзвичайної ситуації, коли часу на зважене обмірковування дій, що будуть конструктивними, може бракувати, людина діє згідно з вродженою схильністю, тобто реалізує активну або пасивну стратегію. За такої умови, щоб забезпечення пристосування до ситуації та оптимальну регуляцію роботи організму, гілки ВНС діють з протилежним ефектом: підвищена активність СНС приводить до гальмування ПНС, а домінування ПНС, навпаки, зумовлює гальмування СНС:

– *активна стратегія* (стан гіперзбудження) – це тимчасове домінування СНС, що характеризується почуттям занепокоєння, проявами паніки, активними рухами;

– *пасивна стратегія* (стан гіпозбудження) – діє гальмівний вплив ПНС; проявляється як відчуття «заморожування» емоцій, безсилля, втоми, статичності тощо (Kérdö, 1966).<sup>9</sup>

Важливо розуміти, що жодну з описаних стратегій не можна вважати «кращою», «ефективнішою» чи «легшою для проживання/реалізації». Так, *активна стратегія* є результатом входження людини в стан збудження і

<sup>9</sup>Для визначення типу автономної (вегетативної) нервової системи (нормотонічного, симпатонічного, парасимпатонічного) використовують індекс Кердо, який обчислюється за такою формулою:

$Index = 100 * (1 - DAT / Pulse)$ , де:

DAT – діастолічний артеріальний тиск (мм рт. ст.);

Pulse – частота пульсу (уд./хв.).

Якщо значення цього індексу більше від нуля, то говорять про переважання симпатичних впливів у діяльності вегетативної нервової системи, якщо менше від нуля – про переважання парасимпатичних впливів, якщо дорівнює нулю – це говорить про функціональну рівновагу.

Індекс Кердо буде більшим від нуля, якщо пульс більший за діастолічний тиск, дорівнює нулю в разі їх рівності і менший за нуль у разі перевищення DAT над пульсом.

рухової гіперактивності, яка перевищує норму, активації СНС та значного викиду адреналіну. Може бути ознакою неврівноваженості нервової системи, наслідком погіршення функціонування ЦНС, підвищеного ризику виникнення захворювання серцево-судинної системи. У людей, яким властива переважно *активна стратегія*, загальна безпорадність (втрата контролю над власним життям) стає передумовою психофізичних змін в організмі. Наприклад, маніфестації ознак депресивної поведінки – не властивих їм реакцій завмирання, затаювання, розладів харчової поведінки, алкогольної, медикаментозної залежності, погіршення стану серцево-судинної системи тощо.

*Пасивна стратегія* завмирання/затаювання також потребує багато енергії ЦНС: гальмування як активний локальний процес проявляється в затримці, пригніченні чи припиненні збудження, яке виникло у відповідь на подразнення. Наслідком тривалого емоційного напруження є порушення синтезу гормонів і роботи ендокринної системи. Наприклад, у стресових ситуаціях зростає концентрація глюкокортикоїдного стероїдного гормону кортизолу, що виробляється наднирниками (його ще називають «гормоном стресу»). Кортизол посилює дію адреналіну і норадреналіну (інших гормонів стресу), завдяки чому організм ліпше дає собі раду в складних умовах. Водночас гіперпродукування кортизолу призводить до безсоння, накопичення жирових відкладень, руйнування м'язів тощо.

Що ж до часу дії стресової ситуації, то зауважимо, що викид кортизолу на дію запланованого чи нетривалого стресора може бути й корисним (наприклад, обливання холодною водою зранку надає бадьорості та енергії на весь день). Якщо через зовнішні причини (наприклад, суспільні проблеми) чи внутрішні (голодування, надмірні спортивні тренування) стресове навантаження триває протягом годин / днів / тижнів, симпатична нервова система пригнічує

парасимпатичну, а це збільшує ризики погіршення стану здоров'я (Жуков, 2018; Крушельницька, 2003; Омері, 2014).

Зазначимо, що *пасивна стратегія* (перебування в стані гіпозбудження) стає оптимальною в стресових ситуаціях, яких не можна уникнути, до яких не можна пристосуватися, яким неможливо запобігти і які не мають чіткої межі завершення, а головним її завданням є збереження життя і здоров'я. Тобто, щоб запобігти надмірному виділенню наднирковими залозами гормонів стресу (адреналіну, кортизолу), змінам у поведінці й погіршенню здоров'я, людина має бути налаштована на виконання актуальних «тут і зараз» завдань, сприймати ситуацію без спротиву, задовольнятися наявними можливостями, виконувати потрібні дії / рухи системно і розмірено.

Коли йдеться про вибудовування системи запобігання руйнуванню психосоціального благополуччя чи надання психологічної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях, треба зважати на те, що *розгортання реактування людського організму на стресові, надзвичайні ситуації проходить шість послідовних стадій*:

- 1) стадія вітальних реакцій;
- 2) стадія гострого психоемоційного шоку з проявами надмобілізації;
- 3) стадія психофізіологічної демобілізації;
- 4) стадії вирішення;
- 5) стадія відновлення;
- 6) стадія відставлених реакцій (Решетников...).<sup>10</sup>

*Стадія вітальних реакцій* триває від кількох секунд до 5-15 хвилин (тривалість і вираженість реакцій залежать від міри раптовості впливу

---

<sup>10</sup>Послідовні стадії розгортання психічних і поведінкових реакцій потерпілих у надзвичайних ситуаціях описала група науковців: Ю. О. Баранов, В. О. Корзунін, А. П. Мухін, Е. Б. Науменко, М. М. Решетников, С. В. Чермянін, які досліджували психологічні аспекти військових та антитерористичних операцій, надзвичайних ситуацій в Афганістані (1986), землетрусів у Вірменії (1988) тощо (Решетников...).

екстремального фактору – стрімке розгортання ситуації прискорює вітальну реакцію). Форма поведінки є переважно інстинктивною, підпорядкованою імперативу збереження власного життя, з характерним звуженням свідомості, редукцією моральних норм та обмежень, порушеннями сприйняття тимчасових інтервалів та сили зовнішніх і внутрішніх подразників. У подальшому переходить у короткочасний (проте з дуже широкою варіативністю проявів) стан заціпеніння.

*Стадія гострого психоемоційного шоку з проявами надмобілізації* розвивається слідом за короткочасним станом заціпеніння, триває від 3 до 5 годин. Характеризується загальним психічним напруженням, мобілізацією психофізіологічних резервів, збільшенням фізичних сил та працездатності, загостренням сприйняття і збільшенням швидкості розумових процесів, проявами безрозсудної сміливості і водночас зниженням здатності до обміркованої діяльності. Домінує імператив порятунку близьких, виконання службових обов'язків, дотримання моральних норм. В емоційній сфері можливі панічні реакції, відчуття відчаю. Незалежно від ситуації завершується стадія появою відчуття виснаження (як раптово, так і пролонговано), активна дієвість замінюється станом, близьким до ступору або непритомності.

*Стадія психофізіологічної демобілізації* починається з усвідомлення масштабів ситуації і може тривати до трьох діб. Знижується моральна нормативність поведінки, умотивованість до будь-якої діяльності. Різко погіршується самопочуття та психоемоційний стан, спостерігаються депресивні прояви, порушення функцій уваги і пам'яті, періодично виникають панічні реакції. Можливі розлади в роботі шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної та нервової систем, гормональної сфери.

*Стадія вирішення* розвивається відповідно до специфіки впливу стрес-факторів, міри ураження / травмування, психологічного стану і триває від 3-х до

12-ти діб. У цей час з'являються ознаки суб'єктивного відчуття поліпшення стану – стабілізуються настрої і самопочуття. Водночас зменшуються психофізіологічні резерви, наростають явища перевтоми, суттєво зменшуються показники фізичної і розумової працездатності. Емоційний фон залишається зниженим, контакти з оточенням обмежуються, виразність лицьової мускулатури може бути ослаблена чи не виявлятися взагалі (гіпомімія), мовлення інтонаційно невиразне, рухи уповільнені, апетит і сон порушені, зберігаються психосоматичні реакції, що проявлялися на попередній стадії.

*Стадія відновлення* починається наприкінці другого тижня після потрапляння в надзвичайну ситуацію. Міжособистісне спілкування стає більш активним, емоційний стан поступово наближається до норми (відновлюється забарвлення мови, міміки), нормалізуються сновидіння.

Через місяць після надзвичайної ситуації, якщо психофізичний стан людини не поліпшується, якщо у неї спостерігаються стійкі порушення сну, страхи, астено-невротичні реакції, нав'язливі ідеї, стани марення і галюцинацій, розлади травлення, серцево-судинної, ендокринної систем, то це свідчить про прояви віддалених наслідків надзвичайної ситуації і входження потерпілого в *стадію відставлених реакцій*.

Підсумовуючи вищезазначене, хотіли б звернути увагу читача на те, що:

- поведінка в стресових ситуаціях залежить від психофізичних особливостей людини і впливів навколишнього середовища;
- завдяки досвіду людина може змінювати стратегію поведінки в стресових ситуаціях і знижувати руйнівний вплив стресорів.
- психоемоційна реакція, адекватна викликам, є нетривалим відгуком на ситуацію; у людини зберігається працездатність, критична оцінка того, що відбувається; із стабілізацією положення стан нормалізується;

- психоемоційна реакція людини в патологічному стані є результатом сукупності патологічних змін в організмі і свідчить про негарзди в стані здоров'я та стійке відхилення від адекватної і біологічно доцільної відповіді організму на дію стресорів;
- адаптивність людини до надзвичайних ситуацій залежить від пластичності поведінки в обставинах, у які вона потрапила;
- *пасивна стратегія* є оптимальною для збереження здоров'я у ситуаціях, які *не можуть бути контрольовані* людиною, швидко розгортаються, для яких немає опрацьованих моделей поведінки;
- *активна стратегія* менш руйнівна для здоров'я в ситуаціях, що *можуть бути змінені зусиллями людини*, коли є можливість вибору адекватної моделі поведінки.

### 3.1.3. Психічне благополуччя постраждалих у надзвичайних ситуаціях: інструменти аналізу

У міжнародній сфері охорони здоров'я для своєчасного виявлення психопатології і надання допомоги постійно розширюються платформи перетину психологічної і психіатричної сфер. Однією з таких платформ є універсальні інструменти аналізу психічного благополуччя, які використовують у діагностичній роботі з постраждалими в складних, надзвичайних ситуаціях.

По-перше, це Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ) – International Classification of Diseases (далі – ICD). ICD є статистичним інструментом Всесвітньої організації охорони здоров'я, якість якого забезпечується єдністю сучасних методичних підходів і зіставленням даних щодо захворювань і смертності (ICD-11, 2022). По-друге, Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition (далі – DSM), який є

практичним, функціональним і гнучким керівництвом з організації інформації щодо діагностики й лікування психічних розладів, використовується як інструмент комплексного аналізу випадку у сфері психічного здоров'я (DSM-5, 2013). Зазначені міжнародні еталонні документи згідно з усталеною традицією оновлення знань систематично переглядають відповідно до наукових розробок і перемовин щодо гармонізації результатів діагностування осіб з ризиком погіршення психологічного благополуччя. Так, в оновленому варіанті ICD-11 у запропонованій лінійній структурі об'єднано класифікацію «органічних» і «неорганічних» аспектів станів, змінено умовні позначення кодів розладів, додано електронний дизайн тощо. Щоб досягти максимальної відповідності в зіставленні ICD і DSM, термінологію і класифікацію оновлених кодів вибудовували згідно з міжнародними стандартами діагностики і логікою розгортання станів. Розширення кодування слугувало уточненню інформації, що відображає зміни в стані людини (після надання екстреної чи планової медичної, соціальної і психологічної допомоги, оцінювання потреб тощо). Онтогенетичний принцип діагностики в новій редакції набув опису психопатологічних проявів розладів для різних вікових груп. На цей час підсумком роботи міжнародних експертів у сфері охорони здоров'я з гармонізації наявного інструментарію стало впровадження з 1 січня 2022 року в країнах – членах ВООЗ одинадцятої версії ICD, яка відповідає нозологічній системі DSM-5<sup>11</sup>.

Звернімо увагу на те, що в ICD-11 і DSM-5 психічні розлади об'єднують у групи відповідно до їхніх провідних симптомів. Показниками їхньої дотичності є причини розвитку розладів, а критеріями відповідності – конкретні категорії, у яких трапляються певні індикатори розладів. У діагностуванні індикаторами психічного здоров'я вважають емоційну і поведінкову адаптивність, здатність

---

<sup>11</sup> Нагадаємо, що Україна є членом ВООЗ з 1948 року.



до утримання рівноваги між контекстуальними вимогами середовища і можливостями організму, (не) бажання жити і деструктивна або ж конструктивна поведінка в складних умовах. Тобто стан психічного здоров'я є виміром психічного благополуччя, здатності до протистояння стресовому навантаженню, ефективного функціонування в різних сферах життєдіяльності. У разі погіршення стану внаслідок негативного впливу стресових ситуацій виникає потреба в допомозі фахівців, які можуть розрізнити причини і симптоми руйнування психічного здоров'я, конкретизувати симптоми, що є результатом травматичних подій, реакцією, яка минає, маніфестом психічного розладу тощо. Адже психічний розлад – це вже синдром, що характеризується клінічно значущим порушенням когнітивних функцій, регуляції емоцій або поведінки індивіда. Психічний розлад відображає дисфункцію психологічних, біологічних процесів або процесів розвитку, що лежать в основі психічного функціонування (DSM-5, 2013, р. 19-20).

Перевірені індикатори стану психічного благополуччя, представлені в міжнародних системах класифікації захворювань і систематизованій номенклатурі в галузях медицини і психології, використовують у комплексному обстеженні здоров'я та індивідуальних особливостей реагування на стресори. Так, у DSM-5 формулювання конкретного випадку реалізується за результатами зібраного анамнезу й стислого викладу соціальних, психологічних і біологічних руйнівних / ресурсних факторів. Безпосередньо діагностику стану організму людини у сфері психічного здоров'я проводять відповідно до прояву патологічних процесів, притаманних більшості психічних розладів.

В ICD-11 як *індикатори стану психічних розладів* використовують симптоми, які складаються в синдроми. Розлади характеризуються клінічно значущими порушеннями когнітивної діяльності, емоційної регуляції або поведінки, відображають дисфункцію психологічних, біологічних процесів або

процесів розвитку, що лежать в основі психічного і поведінкового функціонування. Зазвичай розлади відрізняються за змістом і тривалістю симптомів, які виникають у відповідь на стресові події разом з пов'язаними функціональними порушеннями. Вважають, що стан людини залежить як від впливу конкретного фактору – «стресового досвіду» буденного життя (розлучення, соціально-економічних проблем, втрати близької людини), так і від переживання стресора надзвичайно загрозливого або жахливого характеру (потенційно травматичних подій, надзвичайних ситуацій тощо).

Якщо людина переживає складну, надзвичайну ситуацію, щоб запобігти погіршенню її психосоціального благополуччя, вивчають індикатори блоку 06 *Психічні, поведінкові або нервові розлади* – Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders ICD-11. А саме *розлади, зумовлені дистресом*: розлади настрою; розлади, пов'язані з тривогою або страхом; розлади, що мають зв'язок зі стресом; розлади годування або харчової поведінки; розлади тілесного дистресу або тілесного досвіду. Для діагностування осіб, які пережили стресову чи надзвичайну ситуацію, беруть до уваги індикатори *розладів настрою*: депресивні розлади; порушення контролю за імпульсами; розлади поведінки або дисоціальні розлади; фактичні розлади; нейрокогнітивні розлади (ICD-11, 2022).

У разі потреби більш детально аналізують індикатори *розладів, що пов'язуються з тривогою або страхом*: генералізований тривожний розлад; панічний розлад; агорафобія; специфічна фобія; соціальний тривожний розлад; тривожний розлад розлуки; вибірковий мутизм; інші уточнені розлади, що мають зв'язок із тривогою або страхом (ICD-11, Anxiety... 2022). Індикаторами групи вважають серйозні порушення, викликані страхом і тривогою в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних або інших важливих сферах функціонування. Основою для констатації цієї групи розладів є, по-

перше, фокус побоювань – стимули / ситуації, які викликають страх або тривогу, та вплив факторів, що дестабілізують психічний стан. Страх – це реакція на уявну неминучу загрозу в сьогоденні, тоді як тривога – показник спрямованості людини на майбутню, очікувану загрозу. По-друге, клінічні прояви психічних розладів – специфічні асоціації, які фахівці використовують для уточнення фокусу побоювань. Окремо звернемо увагу на те, що в контексті розладів, пов'язаних із тривогою і страхом, *панічні атаки* є лише епізодами сильного страху, що супроводжується швидким розгортанням характерних симптомів. Серед цих симптомів прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння, відчуття задишки, задухи, біль у грудях, нудота або біль у животі, відчуття запаморочення, озноб або припливи, поколювання або втрата чутливості в кінцівках (тобто парестезії), деперсоналізація або дереалізація, страх втратити контроль або збожеволіти і страх неминучої смерті. Водночас *панічні атаки* як симптом, згідно з ICD-11, відносять до групи Психічних або поведінкових симптомів, ознак або клінічних даних, підгрупи MB23 Симптомів або ознак, пов'язаних із зовнішнім виглядом і поведінкою (ICD-11, Symptoms or signs... 2022).

У разі переживання стресу, складної, надзвичайної ситуації, травматичної події детально аналізують індикатори підгрупи *розладів, пов'язаних зі стресом*, – Disorders specifically associated with stress, які свідчать про посттравматичний стресовий розлад, комплексний посттравматичний стресовий розлад, розлад тривалого горя, розлад адаптації, реактивний розлад прихильності, розлад соціальної активності тощо (ICD-11, Disorders specifically..., 2022). Фактори, що опосередковують виникнення симптомів цієї групи, можуть перебувати в межах життєвого досвіду і травматичних ситуацій, подій. Оскільки у відповідь на пережиті події стан психологічних негараздів переживають не всі особи – у деякого стан здоров'я швидко відновлюється, то як виняток до цієї групи

віднесено *гостру стресову реакцію* (QE84), для якої характерні минущі емоційні, соматичні, когнітивні або поведінкові симптоми (ICD-11, *Problems associated...*, 2022).

У роботі з постраждалими в стресових і надзвичайних ситуаціях обов'язково враховують синдроми та симптоми *розладів, пов'язаних із травмою чи стресом*, – Trauma and Stressor-Related Disorders згідно з DSM-5: реактивний розлад уподобання, розлад розгальмованої соціальної активності, посттравматичний стресовий розлад, гострий стресовий розлад, розлади адаптації (DSM-5, 2013, р. 265–291). Проводять ідентифікацію загроз для здоров'я, вивчають історії розгортання захворювання, біологічні, екологічні фактори ризику та клінічний перебіг.

Зазначимо, що безпосередньо в DSM-5 *посттравматичний стресовий розлад констатують за симптомами А, В, С, D, Е, F, G, H:*

**А.** Загроза фактичної смерті або можливої смерті, серйозних травм або сексуального насильства;

**В.** Наявність однієї (або кількох) асоціацій / інтрузивних симптомів, пов'язаних з травматичними подіями;

**С.** Стійке уникнення стимулів, пов'язаних з травматичною подією;

**Д.** Зміни у когніціях та настрої, які почалися чи посилилися після травматичної події;

**Е.** Помітні зміни у збудливості та реактивності, які почалися чи посилилися після травматичної події;

**Ф.** Тривалість порушень (критерії В, С, D і Е) констатують понад один місяць;

**Г.** Порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або порушення соціальної, професійної чи інших важливих сфер життя.

**Н.** Порушення, які не можна пояснити фізіологічним впливом речовин (наприклад, лікарськими засобами, алкоголем) або іншим захворюванням.

Зважають на те, що посттравматичний стресовий розлад, по-перше, може виникнути в будь-якому віці; по-друге, він може мати «відкладений у часі» прояв (понад один рік), але не менше ніж три місяці після стресового травмування; по-третє, у маніфесті – реакції на травму – він може відповідати критеріям гострого стресового розладу, хоч усі симптоми не оформлюються одночасно і з часом можуть змінюватися; по-четверте, одужання стає можливим за три місяці, але в ускладнених випадках стан здоров'я нормалізується не раніше, ніж через рік, або навіть пізніше.

Згідно з DSM-5 *гострий стресовий розлад* можна діагностувати у постраждалих після переживання ними травматичної події за такими критеріями:

**А.** Травматичний досвід: серйозна травма, сексуальне насильство, загроза смерті тощо;

**В.** Після травматичної події початок прояву або посилення симптомів (усіх чи деяких) із будь-якої з п'яти категорій (-й): вторгнення, негативний настрій, дисоціації, уникнення, збудження;

**С.** Тривалість порушення: симптоми зазвичай виникають відразу після травми й зберігаються від трьох днів до місяця;

**Д.** Порушення спричинює клінічно значущий дистрес; сферами прояву порушення є соціальна, професійна чи інші важливі сфери життєдіяльності;

**Е.** Порушення не можна пояснити: (1) фізіологічною реакцією на дію ліків, алкоголю та ін.; (2) симптомами захворювань (наприклад, легка черепно-мозкова травма); (3) короткочасною піііііісіхічною реакцією.

Симптоматично гострий стресовий розлад проявляється в надмірній тривожності, розладах сну, здатності до виконання завдань, розбалансуванні

енергії тощо. На відміну від гострого стресового розладу, посттравматичний стресовий розлад діагностують за симптомами, які відповідають критеріям (А, В, С, D, Е), але зберігаються понад місяць після травматичних подій. Із часом діагноз «гострий стресовий розлад» може бути змінено на діагноз «посттравматичний стресовий розлад».

Підсумовуючи все вищесказане, зазначимо, що загальноприйняті у світовій практиці комплекси діагностичних критеріїв психічних порушень не охоплюють увесь спектр змін у когнітивній, емоційній, поведінковій сферах людини. Адже очікувані чи культурно схвалювані реакції на поширений стресор чи втрату, наявність певних симптомів, по-перше, є лише частиною емоційних реакцій на складну ситуацію, по-друге, не обов'язково говорять про порушення нормального функціонування організму – вихід за межі норми фізичних ознак та симптомів; по-третє, можуть, навпаки, свідчити про потребу в лікуванні, хоча картина симптомів певних психічних розладів і не буде повною. Саме тому слід (1) детально описувати випадок – це сприяє узгодженню подальшого плану роботи психологів із постраждалими, стан яких не можна вважати маніфестом психічного розладу; (2) приймати рішення щодо конструювання способів допомоги на основі результатів детального аналізу патологічних процесів, які можуть розгортатися внаслідок стресової, надзвичайної ситуації.

Щоб зробити більш зручним використання класифікаційних систем і щоб можна було формувати звітність та проводити порівняльний аналіз результатів, отриманих із різних джерел, розроблено *бланки індикаторів* психологічних і психічних проблем для діагностичної роботи психологів, соціальних працівників, психіатричних медичних сестер та інших фахівців, які беруть участь у наданні первинної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях (Додаток Г). У матеріалах бланків відображається змістове

наповнення підгрупи розладів, пов'язаних зі стресом, – Disorders specifically associated with stress 06 блоку ICD-11, що узгоджуються з критеріями розладів, пов'язаних з травмою чи стресом у DSM-5.

Отже, представлені матеріали свідчать про те, що будь-який стрес має терміни і контекст розгортання, психологічний, фізіологічний і поведінковий прояви. Дія стресорів реалізується в психічних реакціях, які, відповідно, опосередковують конструктивність дій, вибір стратегії поведінки (активної чи пасивної) та стан організму (гіперзбудження, гіпозбудження). У стресовому стані у людини порушується регуляція функціональних систем організму й виникають психонейроендокринні зсуви, розвиваються стійкі психопатологічні стани та психосоматичні захворювання. Адаптація до стресу залежить від психофізичних ресурсів організму (функціонування його систем) і контекстуальних умов.

## 3.2. Готовність громадян і суспільних груп до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях (психологічна технологія)

### 3.2.1. Підґрунтя інокуляційного впливу в психологічній роботі із стресом

З аналізу наукової літератури випливає, що в разі усвідомлення людиною першопричини стресу (чому, де, коли виникає; що / хто є причиною тощо) зростають її шанси пристосуватися до надзвичайних умов і зберегти своє здоров'я (змінюються реакції людини, її поведінка, ставлення до стресорів). Тобто *стан психологічного стресу*, який є результатом взаємодії людини і навколишнього середовища, свідчить про (не) усвідомлення й сприймання наявних стресорів як (не) загрозливих і ресурсів як (не) достатніх для психофізичного благополуччя.

У стресових умовах стан психічного благополуччя людини залежить від суб'єктивного сприймання нею НС, оцінювання загроз / наслідків цієї ситуації, стратегії дії, усвідомлення стресорів. Разом з тим умовне «щеплення стресу» – досвід переживання (у помірній формі) короточасних і нетривалих складних життєвих ситуацій – й утворення «імунітету» до руйнівних впливів

- 1) удосконалює «майстерність» подолання психофізичного навантаження;
- 2) запобігає виникненню тяжких психофізичних реакцій;
- 3) активізує механізми відновлення й захисту від стресорів,
- 4) підвищує довіру до опрацьованого копінг-репертуару виходу з дистресу (Calabrese, & Baldwin, 2002; Lazarus, 1986; Lazarus, & Folkman, 1986; Meichenbaum, 2008).

У світовій практиці *стрес-інокуляційну терапію* (або терапію щеплення від стресу) – Stress Inoculation Therapy (далі – SIT) – використовують для розвитку готовності до переживання складних подій та збільшення життєстійкості (MentalHelp.net)<sup>12</sup>. У процесі інокуляції змінюється трактування людиною пережитої ситуації і смисл пережитого; вона вибудовує нові «власні історії», завдяки яким осмислює травматичний досвід, змінює позицію «жертви» на роль «того хто, живе і є успішним» та демонструє конструктивну поведінку в разі потрапляння в стресове середовище. Коли йдеться про практичне використання загальної схеми SIT, то її зміст зазвичай адаптують до потреб клієнта чи цільової групи, контекстуальних обставин та актуальних завдань. Так, наприклад, під час соціально-психологічної роботи SIT використовують як засіб зміни ставлення людини до стрес-факторів; у когнітивній терапії SIT розглядають як додатковий інструмент допомоги, який дає змогу конкретизувати попереджувальні знаки або тригери стресу, формувати *навички самоконтролю*, коригувати стресові стани. Зауважимо, що використання методів SIT не має часових обмежень. Так, для підготовки до

---

<sup>12</sup> *Інокуляція* (лат. inoculatio) – щеплення.



травматичної процедури, хірургічного втручання SIT займає близько 20 хвилин; у разі лікування ПТСР зустрічі з постраждалими відбуваються один раз на тиждень протягом багатьох місяців (якщо треба, їх поновлюють через певний час) (Brewin, & Holmes, 2003; Ehlers, & Clark, 2000; Grunet, & Weis, 2003; Harvey, 2000; Lazarus, & Folkman, 1984; McAdams, & Reynolds & Lewis, 2001; Meichenbaum, 2001; Smucker, & Meichenbaum, 2007b).<sup>1314</sup>

Відтак з огляду на науково підтверджену ефективність практик подолання стресу шляхом щеплення і результати емпіричних досліджень, проведених співробітниками лабораторії психології політико-правових відносин ІСПП НАПН України, визначено за доцільне здійснювати розгортання психологічної технології готовності до надзвичайних ситуацій в інюкуляційному форматі.

### 3.2.2. Зміст та основні етапи психологічної технології розвитку готовності громадян і суспільних груп до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях

*Психологічну технологію подолання стресу ми розглядаємо як сукупність прийомів і способів запобігання дестабілізації життя і руйнації*

---

<sup>13</sup>У межах транзакційного напрямку SIT використовують для вибудовування когнітивно-афективної оцінки стресової ситуації і способів виходу з неї. Тут стрес трактують як взаємодію, за якої опоненти висувають одне одному вимоги, але не враховують можливості і наявні ресурси сторін.

<sup>14</sup>Конструктивісти розглядають SIT як інструмент трансформації ставлення до пережитих життєвих історій і вибудовування засобів подолання травматичних ситуацій. Терапія полягає 1) в усвідомленні того, що у власних життєвих історіях презентується неадаптивна поведінка під час стресу, яка погіршує психофізичний стан; 2) у набутті навичок подолання стресорів і виживання; 3) у вибудовуванні нових життєвих історій.

психосоціального благополуччя населення, що передбачає набуття клієнтами необхідних для самозбереження в складних умовах знань та навичок<sup>15</sup>

*Психологічна технологія розвитку готовності громадян до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях* (далі – психологічна технологія готовності) є теоретично і практично обґрунтованою системою дій, які забезпечують поетапну зміну способів реагування на стресори завдяки збагаченню знань та операціоналізації навичок подолання стресу. Пропонована технологія конструюється в процесі її реалізації психологом відповідно до поставленої *мети* – формування психологічної готовності. Основні засоби досягнення *мети* – це дії психолога і клієнта / групи, що забезпечують потрібний ефект: аналіз соціального і природного контексту життя, артикуляція бажаного результату, конкретизація ходу роботи. Звернімо увагу на те, що зміст психологічного впливу, перелік використовуваних під час роботи прийомів, комплекс різнопланових процедур формують відповідно до актуальних запитів.

Що ж до оцінювання дієвості технології, то зазначимо, що про її *результативність* свідчить відповідність отриманого ефекту очікуванням клієнта (для цього можна використовувати кількісну шкалу, яка пропонується заздалегідь). Про ефективність дії технології можна говорити, якщо добір процедур є конгруентним умовам життя, стану, реакціям, які констатують у клієнта. Для оцінювання ефективності технології можна використовувати такі опорні показники успішності: (1) досягнення мети, (2) вирішення поставлених завдань, (3) добір психологічних процедур, які є конгруентними наявним проблемам (чи тим, виникненню яких потрібно запобігти), (4) позитивне оцінювання клієнтом результатів і його бажання продовжувати взаємодію.

Як основу використано технологію SIT (D. Meichenbaum), адаптовану відповідно до *завдань* інюкуляційної форми психологічного втручання:

---

<sup>15</sup>*Технологія* – від грец. τεχνολογία, що походить від грец. τεχνολογος; грец. τεχνη – мистецтво, майстерність, техніка, вміння; грец. Λογος – «голос», «слово», «смысл», «поняття».

*зниження ризиків розгортання психічних і фізичних розладів у громадян унаслідок стресу та розвиток готовності до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях.* Ми брали до уваги те, що розширення SIT діагностичними і постстресовими процедурами психологічного впливу не вирішує загальну проблему збереження здоров'я, але набуті клієнтами навички опанування життєвих ускладнень можуть стати їм у пригоді в переосмисленні власних історій і змісту пережитих стресорів.

Наголосимо, що запропоновану психологічну інтервенцію можна реалізовувати в індивідуальній і груповій роботі як з профілактичною метою запобігання дистресу в надзвичайних ситуаціях, так і в контексті надання психологічної допомоги особам, що перебувають у стресовому стані. За такої умови в *індивідуальній роботі* психологічну тактику допомоги вибудовують відповідно до стану клієнта й результативності втручань, а в *групі* – з огляду на отримані діагностичні результати (беруть до уваги виявлені диспозиційні показники та актуальні контекстуальні проблеми). Що ж до часу і змісту психологічної роботи, то зустрічі планують згідно із завданнями етапів технології (наприклад, по півтори години двічі на тиждень). У разі виявлення у членів групи проблем, які потребують більш детального опрацювання, робота триває в індивідуальній формі.

Побудована в інокуляційному форматі технологія має *три етапи* реалізації: превентивного впливу, інокуляційного впливу, впливу постфактум (табл. 3.1).

*Етап превентивного впливу*<sup>16</sup> являє собою комплексний діагностичний процес, спрямований на вивчення психофізичних і поведінкових показників, тривожності й індивідуальної реактивності людини на стресори.

---

<sup>16</sup>*Превентивний* – від лат. Praeventivus, у перекладі означає «запобіжний».

Таблиця 3.1

**Етапи технології розвитку психологічної готовності громадян до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях**

<b>Етапи</b>	<b>Назва етапу технології</b>		
Перший етап	Превентивний вплив		
	Первинна превенція	Вторинна превенція	Третинна превенція
Другий етап	Інкуляційний вплив		
	<i>Фаза концептуалізації і психоосвіти</i>	<i>Фаза набуття і відпрацювання навичок</i>	<i>Фаза застосування навичок, профілактика рецидивів і подальше лікування</i>
Третій етап	Постфактум-вплив		

***Превентивні дії першого етапу технології поділяють на три типи:***

– *первинна превенція* – виявлення диспозиційних показників (копінг-стиль, тип поведінки тощо), які свідчать про те, що людина реагує на стресор сильніше, ніж інші; у складних умовах стикається з ризиком значного погіршення стану здоров'я і психосоціального благополуччя. Для діагностування стану людини, критичних для неї меж напруження й виснаження, особливостей її стресо- і життестійкості рекомендується використовувати такий діагностичний інструментарій: Опитувальник М. Friedman «Тип поведінки А» (Додаток В), Опитувальник J. Denollet «DS14»<sup>17</sup>. Крім того, можна використовувати опитувальник J. H. Eysenck «Тип С» (Denollet, 2005; Eysenck, 1991; Friedman, & Ghandour, 1993; Friedman, 1996), однак в українськомовному середовищі ми не знайшли відомостей про його адаптацію та апробацію;

– *вторинна превенція* – виявлення негативних змін у стані людини, щоб запобігти їхньому подальшому розвитку. Рекомендовано використовувати

<sup>17</sup> Як уже зазначалося, відомості про адаптацію Опитувальника DS14 на українськомовній вибірці представлено тільки в англomовній літературі, зокрема в дослідженні Pedersen, Yagensky, Smith et al., 2009. Самого тексту опитувальника у вільному доступі наразі немає. З огляду на цю обставину ми не будемо наводити текст опитувальника.

індикатори станів фізичного і психічного здоров'я, представлені в МКХ-11 (ICD-11): Mood disorders, 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders – Розлади настрою, 06 Розлади психіки, поведінки або нервового розвитку) (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, Version: 02/2022) (Додаток Г);

– *третинна превенція* – передбачає: 1) побудову (психологом) стрес-профілю людини, який буде використовуватися на етапі інокуляційного впливу під час роботи з формування і збереження психофізичних ресурсів; 2) надання суб'єктові пропозиції щодо ведення ситуативного щоденника, у якому він фіксуватиме: тривожні, стресові ситуації та їх оцінювання (від тривожної, що викликає дискомфорт, до надзвичайної, що становить загрозу для психосоціального благополуччя людини); стресор/страх/побоювання, що дестабілізує психофізичний стан організму; наявні в ситуації очікування / загрози / ризику; відчуття, якими супроводжується вплив стресора; часову тривалість реагування на стресор; вплив стресора на стосунки з оточенням; використані способи / засоби опанування стресора і те, що відбулося насправді. Опрацьовується інформація, що відображає стресовий досвід, те, що відбулося насправді, а не те, що очікувалося на етапі передбачення чи входження в ситуацію (приклади сторінок щоденника див. у Додатку Е.2).

*На етапі інокуляційного впливу* чутливі до стресу особи отримують «щеплення від стресу» – навчаються психологічних прийомів долаття стресорів. Інокуляційний вплив здійснюється на основі моделі терапії щеплення (SIT) Дональда Мейхенбаума (Donald Meichenbaum) шляхом поступового проходження психокорекційних фаз: 1) концептуалізація і психоосвіта (Conceptualization and Psychoeducation); 2) набуття і відпрацювання навичок (Skills Acquisition and Rehearsal); 3) застосування, профілактика рецидивів і подальше лікування (Application, Relapse Prevention and Follow-through)

(Додатки Е.3, Е.4, Е.5). Зазначимо, що для досягнення мети технології запропоновану Мейхенбаумом структуру й послідовність інокуляційного впливу було збережено, водночас інструментальну змістовність психологічної роботи розширено (Meichenbaum, 2001; 2005; 2007a; 2007b; Meichenbaum, & Deffenbacher, 1988).

***Фаза I «Концептуалізація і психоосвіта»*** (Додаток Е.3).

*Мета:* концептуалізувати актуальні психофізичні проблеми суб'єкта і визначити способи їх вирішення.

*Завдання:*

1. Налагодити зв'язок між психологом і суб'єктом надання допомоги (у разі потреби налагоджують контакти з близьким оточенням суб'єкта).
2. Конкретизувати міру вираженості психологічних проблем суб'єкта.
3. Артикулювати альтернативні бачення змісту стресових ситуацій і наявні ресурси для їх опанування.

Отже, на фазі I налагоджують зв'язок між психологом і суб'єктом допомоги – конкретно людиною або групою осіб, з якими проводять психологічну роботу. Бесіду ведуть в індуктивній манері, згідно з якою суб'єкт є експертом, тобто він оцінює ситуацію, трактує причини свого реагування на стресори, описує свій психофізичний стан<sup>18</sup>. У дискусивній формі уточнюють травматичні події, реакції організму, пояснюють природу стресу, розглядають альтернативні бачення змісту стресових ситуацій і наявні ресурси для їх опанування.

У результаті (ре) концептуалізації проблеми на фазі I:

– суб'єкт конкретизує власні реакції на стресори – це допомагає контролювати фізичне та емоційне напруження, сприяє підсиленню його

---

<sup>18</sup>Індуктивну манеру використовують для конкретизації розуміння клієнтом власної проблеми: власні «історії», судження суб'єкт підкріплює висновками, які з часом можуть змінюватися за змістом або, за наявності додаткових фактів, спростовуватися.

самоконтролю й запобігає протидії альтернативним стратегіям, що обговорюються;

– суб'єкт конкретизує параметри, що опосередковують реакції на стресори (думки, поведінку тощо), дієві способи подолання тривожності – дані стають основою для формування стратегії опанування на наступних етапах.

– суб'єкта залучають до планування власного майбутнього – це знижує його спротив *інокуляційному* впливу і підвищує імовірність досягнення *ефективного результату*;

– суб'єкт разом із психологом опрацює проблемні питання (тривожності, мимовільного реагування на стресори тощо), намагається проаналізувати власні реакції, змінити сприймання стрес-факторів з таких, що є руйнівними, на такі, які можна контролювати й нівелювати.

### ***Фаза II «Набуття і відпрацювання навичок»*** (Додаток Е.4).

*Мета:* набуття суб'єктом упевненості, що він самостійно може знайти засоби і використовувати навички подолання стресорів та зменшення тривожності. Зауважимо, що на фазі II кількість підходів до формування засобів та опрацювання навичок відповідає кількості порушених суб'єктом проблемних питань, успішності їх опрацювання й отримання зворотного зв'язку.

#### *Завдання:*

1. Розширити репертуар паліативних та інструментальних навичок подолання стресорів і зменшення тривожності.

2. Опрацювати набуті навички подолання стресорів та зменшення тривожності.

На *фазі II інокуляційного впливу* роботу спрямовують на розширення репертуару прийомів самоконтролю, зменшення емоційного напруження та підтримання рівноваги. Увагу фокусують на регуляції почуттів і дій,

менталізації, когнітивному рефреймінгу<sup>19;20</sup>(АРА, Mentalization; АРА, Cognitive restructuring). Для цього вивчають презентовані реакції, стратегії, які використовує суб'єкт для подолання труднощів. Відповідно до емоцій, що домінують, і діагностованих розладів (ПТСР, ГСР тощо) розробляють стратегію втручання, яка використовує засоби активізації самоконтролю, опрацьовують проблемні психологічні питання, негативні асоціації, неадекватні реакції.

Зазначимо, що набуття навичок опанування стресу в індивідуальному і груповому форматах відбувається відповідно до мети психологічного втручання, яка формулюється за запитом суб'єкта. Час виконання завдань фази II визначають відповідно до результатів опрацювання тривожних аспектів і нормалізації стану суб'єкта.

Репертуар *інокуляційного* втручання охоплює такі методи:

– інструментальні, які фокусуються саме на вирішенні проблеми (за допомогою цих методів збирають інформацію, конкретизують шляхи вирішення проблем, засоби ефективної комунікації, взаємодії із середовищем щодо зниження / уникнення впливу стрес-факторів тощо);

– паліативні, за допомогою яких можна поліпшити якість життя (використовують техніки регулювання емоцій, когнітивну реструктуризацію, прикладну релаксацію, гумор, демонстрацію афекту тощо)<sup>21</sup>.

У складних випадках втручання, згідно з Д. Мейхенбаумом, використовують прикладні навички опанування стресу: релаксацію, когнітивну реструктуризацію, проблемно-орієнтоване самонавчання та ефективне самозаохочення тощо.

<sup>19</sup>Менталізація – розуміння психічних станів, намірів та афектів – власних і чужих (Mentalization. APA Dictionary of Psychology).

<sup>20</sup>Когнітивний рефреймінг – терапевтична техніка допомоги щодо виявлення наявних когнітивних викривлень, спростування та заміни їх на розумні, адаптовані до контекстуальних умов (Cognitive restructuring. APA Dictionary of Psychology).

<sup>21</sup>Паліатив (паліатив, пальятив від фр. *Palliatif* та лат. *Pallium* «паллий, покривало, грецький плащ, плаття») — невичерпне, тимчасове рішення, що закриває, як «плащ» проблему.



*Навички релаксації* (вправи для зняття напруження, приємні асоціації, дихальні вправи, когнітивну релаксацію тощо) використовують для зниження тривожного збудження й коригування емоційного стану; їх засвоюють та опрацьовують у стабільному емоційному стані, і лише в разі легкого їх виконання використовують у складних, стресових ситуаціях.

*Когнітивну реструктуризацію* на фазі II застосовують для ідентифікації стресора, переоцінювання його значущості й зміни його впливу (з деструктивного на конструктивний). Серед процедур когнітивної реструктуризації такі: оцінювання наявних настановлень, оцінювання передбачень, вивчення альтернативних трактувань ситуацій тощо.

Наголосимо, що суб'єкт проводить когнітивну реструктуризацію на основі власного досвіду, у притаманному йому стилі поведінки й мислення. На власний розсуд оцінює міру ефективності запропонованих / обраних стратегій додання життєвих ускладнень, (дес-) конструктивність дій.

На завершальних зустрічах фази II<sup>22</sup> – після опрацювання навичок подолання стресорів та зменшення тривожності – психолог фіксує ключові вислови в щоденниках самоконтролю, у діалогах. За такої умови констатація суб'єктом здатності регулювати психофізичний стан і поведінку свідчить про зміни в сприйманні ним стресорів, загальних настановлень, самоствавлення тощо, тобто про формування власного стилю самоатрибуції в подоланні дистресу.

Щоб підбити підсумки *фази набуття і відпрацювання навичок*, суб'єкту пропонують відповісти на питання щодо набутого рефлексивного досвіду, дієвих способів і засобів коригування впливу стрес-факторів, нормалізації психічного стану тощо.

---

<sup>22</sup> Після опрацювання навичок подолання стресорів та зменшення тривоги

**Фаза III «Застосування навичок, профілактика рецидивів**  
(Додаток Е.5).

*Мета:* пропрацювання й закріплення навичок опанування тривоги, стресу в різних умовах.

*Завдання:*

1. Пропрацювати із суб'єктом (під час зустрічі із психологом) навички опанування тривоги, стресу.

2. Оцінити виконання суб'єктом домашніх завдань щодо самостійного опанування тривожності, стресу.

На фазі завершення інокуляційного втручання в межах зустрічей здійснюють контроль за мірою успішності використання навичок у різних ситуаціях (разом із психологом і у вигляді домашнього завдання). Для цього використовують поведінкові, когнітивні техніки тощо, що дає змогу опрацювати конструктивну поведінку в стресових ситуаціях. Обов'язково зважають на те, що пропоновані вправи можуть викликати негативні асоціації, помірне тривожне збудження. Тому із суб'єктом заздалегідь обговорюють імовірність зміни його психофізичного стану, попереджають про те, що реакції є необхідними для опрацювання дієвих атрибутів подолання стресу<sup>23</sup>.

Незалежно від комбінації дібраних методів і технік втручання метою фази III є перевірка навичок, якими оволодів суб'єкт, і набуття ним упевненості, що в реальному житті він зможе застосовувати ці напрацювання.

У процесі інокуляційного втручання, згідно з Д. Мейхенбаумом, щоб запобігти «тривожним рецидивам і сповзанню в дистрес», важливо звертати увагу на інтерпретацію суб'єктом власних невдач. Так, якщо він описує складні ситуації як руйнівні, катастрофічні випробування, а себе – як «безнадійного

<sup>23</sup> Важливо, щоб під час інокуляційного втручання суб'єкт усвідомлював, що сконструйовані патерни сприймання життєвих ускладнень, демонстрована ним послідовність дій – це його напрацювання; зміни в реагуванні на стресори – це результат самонавчання та ефективного самозаохочення до конструктивного розгортання будь-якої ситуації.

невдачу, у якого нічого не виходить», варто продовжити психологічне втручання: на прикладі ситуацій, які загрожують емоційним зривом, підготувати суб'єкта до когнітивного переосмислення стресорів і власних невдач. За запитом суб'єкта психологічні зустрічі й далі можуть тривати ще протягом деякого часу. Це доцільно тоді, коли суб'єкт, як він вважає, ще недостатньо операціоналізував навички оволодіння і не вірить у самоєфективність.

*Етап постфактум-впливу* реалізується в разі перебування суб'єкта в негативному психічному стані внаслідок складної/надзвичайної ситуації (психологічна дезадаптація, деморалізація, психологічний шок, посттравматичний стресовий розлад, афективні реакції, гостра психічна або фізична втома тощо). Нагадаємо, що травматичний стрес як особливе переживання є результатом взаємовпливу людини і складних обставин; за такої умови реакція на стресори, які перевищують увесь попередній досвід, може мати широкий спектр прояву й різноманітні психологічні наслідки. Саме тому супровід, допомога і лікування осіб у негативному психічному стані є рухливим конструктом, який вибудовується безпосередньо в процесі психологічної роботи щодо оцінювання і переоцінювання клієнтом стрес-факторів, «себе» і «середовища», взаємодії зі світом і, головне, підготовки до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях.

Конструювання психологічного втручання на етапі постфактум-впливу має базуватися на таких *основних принципах*:

1. *Принцип послідовності дій щодо отримання діагностичних даних і добору інструментів корекційного впливу* – свідчить про комплексність психологічної роботи щодо врегулювання негативного стану внаслідок складної, надзвичайної ситуації.

2. *Принцип синтезу корекційного, профілактичного і стабілізаційного впливу* – передбачає, що завдання психологічного втручання беруть до уваги не лише виявлені за допомогою діагностики проблемні моменти, а й можливі перспективи розгортання подій / життєвих ситуацій, тобто формування у клієнта комплексу навичок для їх опанування.

3. *Принцип двобічного впливу* – акцентує увагу на вирішенні завдань симптоматичної корекційної роботи і водночас на нейтралізації першопричин, що породжують проблеми.

4. *Принцип врахування психофізіологічних (вікових, здоров'я тощо) та соціальних особливостей* – наголошує на важливості узгодження індивідуальних особливостей і соціального становища клієнта, що сприяє відповідному добору інструментів корекційної програми та максимальному використанню можливостей психологічної допомоги.

5. *Принцип комплексного підходу* – спрямований на використання різноманіття психологічних методів, вправ, технік тощо, потрібних для досягнення бажаного корекційного ефекту.

6. *Принцип врахування емоційного сприймання клієнтами психокорекційного інструментарію* – свідчить про важливість обережного добору і послідовності використання корекційного репертуару, утримання позитивного фону в процесі психологічного впливу.

7. *Принцип зручного темпоритму роботи* – звертає увагу на важливість вибудовування динаміки роботи в зручному для клієнта режимі (який він сам пропонує).

Корекційні впливи реалізують за індивідуальними програмами допомоги, що відповідають стану клієнта, його психосоціальним характеристикам. Програми мають вільну форму, яку коригують відповідно до змін у стані клієнта, ставлячи за мету оптимізацію його взаємодії зі світом. Загалом *метою*

етапу постфактум-впливу є запобігання фіксації дистресу й переходу постстресового стану в хронічну форму, дезактуалізація стресової ситуації, ослаблення травми і нормалізація психічного стану.

Щоб допомогти постраждалим опанувати травматичні емоційні спогади і реакції на подію / ситуацію, вирішують такі *завдання*:

1. *Зниження відчуття тривоги:*

– проаналізувати зміст та інтерпретації пережитого, а отже, ідентифікувати порушення внаслідок травмування<sup>24</sup>. Оскільки стан потерпілого після травмування складно однозначно класифікувати, рекомендовано користуватися ілюстраціями до матеріалів ICD і DSM (Додаток Г) і діагностичним комплексом (Додаток Е.6);

– проаналізувати й опрацювати реакцію на ситуацію / подію щодо її (не) адекватності і (не) відповідності умовам.

2. *Відновлення контролю над тим, що відбувається / ситуацією:*

– опрацювати травматичний досвід щодо прийняття пережитого і власного реагування (як такого, що є доречним і необхідним для виживання);

– сприяти наповненню ситуації / події новими смислами.

3. *Створення екологічної моделі буття*, завдяки якій у (пост) травматичних умовах відновлюється здатність до конструювання майбутнього.

Що ж до вибору дієвої тактики втручання, то єдиного алгоритму дій з надання допомоги бути не може, оскільки є різні психологічні підходи до коригування стану ПТСР та ситуативної варіативності.

Для психотерапії пацієнтів із ПТСР використовують такі методи (Сыропятов, & Дзеружинская, 2014):

---

<sup>24</sup> Оскільки стан, який переживає потерпілий після травмування, складно однозначно класифікувати, рекомендовано скористатися представленими в Додатках ілюстраціями матеріалів ICD і DSM та діагностичним комплексом.

1. Раціональна психотерапія – клієнту роз'яснюють причини і механізми ПТСР.

2. Методи психічної саморегуляції зі зняттям симптомів напруження і тривожності – аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів.

3. Когнітивна психотерапія – спрямована на переосмислення дезадаптивних думок і зміни негативних настановлень.

4. Особистісно орієнтована терапія – дає змогу змінити ставлення потерпілого до психотравматичної ситуації і взяти на себе відповідальність якщо не за неї, то за своє ставлення до неї.

5. Позитивна терапія, гештальт-підхід – обстоюють думку, що є не тільки проблеми і хвороби, а й способи та можливості їх подолання, властиві кожній людині.

6. Логотерапія – полягає в пошуку сенсу того, що трапилось.

Що ж до групової форми терапії, то зазначимо, що вона є часто застосовуваним форматом терапії для клієнтів, які пережили травматичний досвід. Її доцільно застосовувати в поєднанні з різними видами індивідуальної терапії.

На завершення опису психологічного втручання додамо, що для спрощення *процедури систематизації результатів та ефектів* технології розвитку готовності, гнучкої за своїм змістом, у Додатку Е.1 пропонується структура методичного впорядкування основних організаційних і практичних елементів / атрибутів: назва психологічної інтервенції; психологічна проблема; мета; завдання, які планується вирішити; індивідуальна / групова форма роботи (з конкретизацією характеристики цільової групи); перелік проблемних питань, на вирішення яких буде спрямовуватися технологія; орієнтовний перелік дій, психологічних процедур, які планується застосовувати (згідно з етапами

впливу), і терміни роботи; фахівці, з якими потрібно співпрацювати для вирішення завдань технології або до яких слід звернутися клієнту / членам групи; опис бажаних й отриманих результатів роботи, критерії і показники ефективності реалізації технології психологічної готовності (з погляду психолога і з погляду клієнта / групи); орієнтовний план реалізації технології.

Запропонована процедура може стати в пригоді практикам у систематизації дій психологічного втручання й оформленні отриманих результатів.

### Список використаних джерел

Бек, А., Раш, А., Шо, Б., & Эмери, Г. (1979). *Когнитивная терапия депрессии*. URL: <https://bookap.info/genpsy/kogterdep/>

Брайт, Д., & Джонс, Ф. (2003). *Стресс. Теории, исследования, мифы*. Санкт-Петербург: Прайм-еврознак. (Проект «Психология-Best»).

Влас, Е. А. (2016). *Анатомия стресса. Ганс Селье и его последователи*. Киев: Медкнига.

Воронкова, Я. Ю., Радюк, О. М., & Басинская, И. В. (2017). «*Большая пятёрка*», или *пятифакторная модель личности*. URL: [https://www.researchgate.net/publication/318284516\\_Bolsaa\\_paterka\\_ili\\_patifa\\_ktornaa\\_model\\_licnosti](https://www.researchgate.net/publication/318284516_Bolsaa_paterka_ili_patifa_ktornaa_model_licnosti)

Всесвітня організація охорони здоров'я (2022). *Психическое здоровье в чрезвычайных ситуациях*. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/mental-health-in-emergencies>

Гремлинг, С., & Ауэрбах, С. (2002). *Практикум по управлению стрессом*. Санкт-Петербург: Питер.

Гринберг, Д. С. (2002). *Управление стрессом*. Санкт-Петербург: Питер.

Жуков, Д. (2018). *Стресс, который всегда с тобой*. Москва: Наука.

Ильин, Е. П. (Ред.). (2005). *Психофизиология состояний человека*. Санкт-Петербург: Питер.

Китаева-Смык, Л. А. (2013). *Психология стресса*. Москва.

Крейвинене, Б., & Вайткене, Р. (2020). *Сенсомоторная методика для взрослых лиц группы риска*. Клайпеда.

Крушельницька, Я. В. (2003). Нервові процеси та їх динаміка. Збудження і гальмування. У *Фізіологія і психологія праці* (с. 35–43). Київ: КНЕУ.

Наугольник, Л. Б. (2015). *Психологія стресу*. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ.

Омері, І. Д. (2014). Гальмування: види і значення. В *Анатомія і фізіологія дитини*. Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка.

Побірченко, Н. А. (Ред.), Синявський, В. В., & Сергєєнкова, О. П. (Уклад.). (2007). *Психологічний словник*. Київ: Науковий світ.

Решетников, М. М. *Особенности состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях с витальной угрозой: стихийные бедствия, техногенные катастрофы, теракты*. Anthropology: web-кафедра философской антропологии. URL: <http://anthropology.ru/ru/text/reshetnikov-mm/osobennosti-sostoyaniya-povedeniya-i-deyatelnosti-lyudey-v-ekstremalnyh>

Росс, Л., & Нисбетт, Р. (1999). *Человек и ситуация. Перспективы социальной психологии*. Пер. с англ. В. В. Румынского, под ред. Е. Н. Емельянова, В. С. Магуна. Москва: Аспект Пресс.

Сельє, Г. (2016). *Журнал неврології ім. Б. М. Маньковського*, Т. 4, № 1.

Сыропятов, О. Г., & Дзеружинская, Н. А. (2014). Техники психотерапии при ПТСР. *Наука, Образование, Медицина*. Украинская военно-медицинская академия.

URL: [https://bookap.info/book/dzeruzhinskaya\\_tehniki\\_psihoterapii\\_pri\\_ptsr/load/rtf.shtm](https://bookap.info/book/dzeruzhinskaya_tehniki_psihoterapii_pri_ptsr/load/rtf.shtm)



Фьорст, М. Б., Спітцер, Р. Л., Гіббон, М. В., & Дженет, Б. В. (2007). *Структуроване клінічне інтерв'ю для діагностування розладів осіб за посібником DSM-IV-TR*. Видання для пацієнтів (із психотичним скринінгом) (СКІД-І/П (із психотичним відбором)). URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/SCID.pdf>СП

Шапар, В. Б. (2007). *Сучасний тлумачний психологічний словник*. Харків: Прапор. URL: [https://library.udpu.edu.ua/library\\_files/427530.pdf](https://library.udpu.edu.ua/library_files/427530.pdf)

Arnold, M. B. (1960). *Emotion and Personality (2 Vols.)*. New York: Columbia University Press.

Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Review*, 23, 339–376.

Calabrese, E. J., & Baldwin, L. A. (2002). Hormesis: A dose-response revolution. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 43, 175–197.

Cary, L., Cooper, C. I., & Baglioni, A. J. (2013). *A Structural Model Approach toward the Development of a Theory of the Link between Stress and Mental Health Chapter 3 in From Stress to Wellbeing*. Vol. 1, 47–65. Palgrave Macmillan.

Cary, L., Cooper, C. I., & Payne, Roy L. (1991). *Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process (Wiley Series on Studies in Occupational Stress)*. 1st Edition. Chichester; New York: Wiley.

*Cognitive restructuring*. APA Dictionary of Psychology. URL: <https://dictionary.apa.org/cognitive-restructuring>

Conraads, V. M., Denollet, J., Clerck, De L. S., Stevens, W. J., Bridts, C., & Vrints, C. J. (2006). Type D personality is associated with increased levels of tumor necrosis factor (TNF)-alpha and TNF-alpha receptors in chronic heart failure. *International Journal of Cardiology*, 113(1), 34–38. doi: 10.1016/j.ijcard.2005.10.01

Cooper, C., & Smith, M. (1986). *Job Stress and Blue Collar Work*. New York: Wiley.

Cox, T. (1978). *Stress*. London: Macmillan.

Cox, T. (1980). Repetitive work. In C. I. Cooper & R. Payne (Eds.), *Current Concerns in Occupational Stress*. New York: Wiley.

Cox, T. (1993). *Stress research and stress management: Putting theory to work*. Sudbury, UK: HSE Books Publication.  
URL: [https://www.hse.gov.uk/research/crr\\_pdf/1993/crr93061.pdf](https://www.hse.gov.uk/research/crr_pdf/1993/crr93061.pdf)

Cox, T., & Ferguson, E. (1991). Individual differences, stress and coping. In C. L. Cooper & R. Payne (Eds.), *Personality and Stress*. Wiley, & Sons, Chichester.

Denollet, J., Vaes, J., & Brutsaert, D. L. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of Type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102, 630–635.

Denollet, J. (1998). Personality and coronary heart disease: the Type-D Scale (DS16). *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 209–215.

Denollet, J. (2005). DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89–97.

Denollet, J. (2008). Depression, anxiety, and trait negative affect as predictors of cardiac events: Ten years after. *Psychosomatic Medicine*, 70(8), 949–951.

Denollet, J., & Pedersen, S. (2008). Prognostic value of Type D personality compared with depressive symptoms. *Archives of Internal Medicine*, 168(4), 431–432. doi: 10.1001/archinternmed.2007.120

Denollet, J., Pedersen, S. S., Vrints, C. J., & Conraads, V. M. (2013). Predictive value of social inhibition and negative affectivity for cardiovascular events and mortality in patients with coronary artery disease: the type D personality construct. *Psychosomatic Medicine*, 75(9), 873–888.  
<https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000001>

*Depressive disorders*. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1563440232>

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR).* American Psychiatric Association.

URL: <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf>

*Disruptive behaviour or dissocial disorders.*

URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f310393530>

DSM-5. – 5th ed. *Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.* (2013). American Psychiatric Association, 19–20. Arlington, VA. URL: <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf>

Edwards, J. R., Baglioni, A. J., & Cooper, C. L. (1990). Stress, Type-A, coping, and psychological and physical symptoms: A multi-sample test of alternative models. *Human Relations*, 43(10), 919–956. URL: <https://public.kenan-flagler.unc.edu/faculty/edwardsj/Edwardsetal1990c.pdf>

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). *A cognitive model of posttraumatic stress disorder.*

Emons, W. H. M., & Denollet, J. (2007). Latent class cluster analysis of the Type D personality construct in hypertensive patients and healthy controls. *Journal of Personality and Social Psychology*. [Submitted for publication].

Emons, W. H. M., Meijer, R. R., & Denollet, J. (2007). Negative affectivity and social inhibition in cardiovascular disease: Evaluating Type-D personality and its assessment using item response theory. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(1), 27–39.

Eysenck S. B. G., & Eysenck H. J. and Barrett P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, Vol. 6, № 1, pp. 21–29.

Eysenck, H. J. (1991). *Smoking, personality, and stress: psychosocial factors in the prevention of cancer and coronary heart disease*. New York: Springer-Verlag.

Eysenck, H. J., & Grossarth-Maticek, R. (1991). Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: II. Effects of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 29(1), 17–31.  
URL: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(09\)80003-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(09)80003-X)

Eysenck, H. J. (1991). *Smoking, personality, and stress: psychosocial factors in the prevention of cancer and coronary heart disease*. New York: Springer Verlag.  
URL: [https://hanseysenck.com/wp-content/uploads/2019/12/1991\\_eysenck\\_-\\_smoking\\_personality\\_and\\_stress\\_psychosocial\\_factors\\_in\\_the.pdf](https://hanseysenck.com/wp-content/uploads/2019/12/1991_eysenck_-_smoking_personality_and_stress_psychosocial_factors_in_the.pdf)

*Factitious disorders*. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f430567349>

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of coping Questionnaire*. CA Consulting Psychologist Press, Palo Alto.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1991). *Coping and emotion*. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (pp. 207–227). Columbia University Press.

French, J. R. P., Caplan, R. D., & Harrison van, R. (1982). *The Mechanisms of Job Stress and Strain*. Wiley & Sons, New York.

French, J. R. P., Rogers, W., & Cobb, S. (1974). A model of person-environment fit. In G. W. Coehlo, D. A. Hamburg & J. E. Adams (Eds.), *Coping and Adaptation* (pp. 95–107). Basic Books, New York.

Friedman, M. (1996). *Type A Behaviour: Its Diagnosis and Treatment. Prevention in practice library*. Thomas P. Gullotta (Ed.). New York: Plenum Press (Kluwer Academic Press).

Friedman, M., & Ghandour, G. (1993). The medical diagnosis of type A behavior. *American Heart Journal*, 126, 607–618.

Friedman, M., Byers, S. O., & Rosenman, R. H. (1972). Plasma ACTH and cortisol concentration of coronary-prone subjects. *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, 140, 681–684.

Friedman, M., George, S., Byers, S. O., & Rosenman, R. H. (1960). Excretion of catecholamines, 17 ketosteroids, 17 hydroxy-corticoids and 5 hydroxy-indole in men exhibiting a particular behavior pattern (A) associated with high incidence of clinical coronary heart disease. *Journal of Clinical Investigation*, 39, 758–764.

Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: the search for universals in personality lexicons. *Review of Personality and Social Psychology*, 2, 141–165.

Goldberg, L. R. (1990). An alternative «description of personality»: The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 59, № 6, pp. 1216–1229.

Goldberg, L. R. (1999). A Broad-Bandwidth, Public-Domain, Personality Inventory Measuring the Lower-Level Facets of Several Five-Factor Models. *Personality Psychology in Europe*, 7, 7–28. The Netherlands: Tilburg University Press.

Grande, G., Jordan, J., Kummel, M., Struwe, C., Schubmann, R., & Schulze, F. (2004). Evaluation of the German Type D Scale (DS14) and prevalence of the type D personality pattern in cardiological and psychosomatic patients and healthy subjects. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 54, 413–22.

Gremigni, P., & Sommaruga, M. (2005). Personalità di Tipo D, un costrutto rilevante in cardiologia. *Studio preliminare di validazione del questionario italiano*, 11, 17–18. Psicoter Cogn Comport.

Grossarth-Maticek, R., & Eysenck, H. J. (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 66(2), 355–373. URL: [https://hanseysenck.com/wp-content/uploads/2019/12/1990\\_grossarth-maticek\\_eysenck -  
\\_personality\\_stress\\_and\\_disease\\_description\\_and\\_validation\\_of.pdf](https://hanseysenck.com/wp-content/uploads/2019/12/1990_grossarth-maticek_eysenck_-_personality_stress_and_disease_description_and_validation_of.pdf)

Habra, M., Linden, W., Anderson, J., & Weinberg, J. (2003). Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 235–245. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00553-6

Harvey, J. H. (2000). *Embracing the memory*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Holmes, T. S. (1978). Life situations and disease. *J Acad Psychosom Med*, 19, 747.

Horwood, S., Anglim, J., & Tooley, G. (2016). Statistically Modelling the Relationships between Type D Personality and Social Support, Health Behaviors and Symptom Severity in Chronic Illness Groups. *Psychology & Health*, 31, 1047–1063. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2016.1167209>

Hosaka, T., Fukunishi, I., Aoki, T., Rahe, R. H., Solomon, G. F. (1999). Development of a Type C Inventory: Cross-cultural applications Tokai. *Journal of Experimental Clinical Medicine*, 24(2) 73–76.

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f334423054>

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Anxiety or fear-related disorders.*  
 URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1336943699>

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Disorders of bodily distress or bodily experience.*  
 URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fentity%2f794195577>

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Disorders specifically associated with stress.*  
 URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fentity%2f991786158>

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Disorders specifically associated with stress. 6B40 Post traumatic stress disorder.* URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808>

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Disorders specifically associated with stress 6B41 Complex post traumatic stress disorder.*  
 URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Disorders specifically associated with stress 6B42 Prolonged grief disorder.*  
 URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Disorders specifically associated with stress. 6B43 Adjustment disorder.* URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/264310751>

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Disorders specifically associated with stress. 6B44 Reactive attachment disorder. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1867081699>*

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Impulse control disorders. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/826065555>*

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Mood disorders. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fentity%2f76398729>*

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Mood disorders. Depressive disorders. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fentity%2f1563440232>*

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Factitious disorders. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fentity%2f430567349>*

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Feeding or eating disorders. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fentity%2f1412387537>*

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Neurocognitive disorders. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fentity%2f213458094>*



*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Problems associated with harmful or traumatic events. Acute stress reaction. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f505909942>*

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). Mental or behavioural symptoms, signs or clinical findings MB23 Symptoms or signs involving appearance or behaviour. Panic attack (MB23.H). URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1707067746>*

*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Disorders specifically associated with stress. 6B45 Disinhibited social engagement disorder. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/467941148>*

*Impulse control disorders. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f826065555>*

Jackson, M., Cantor, D., & Ramsden, E. (Eds.). (2014). *Evaluating the Role of Hans Selye in the Modern History of Stress, Stress, Shock, and Adaptation in the Twentieth Century*. Open Access Monographs and Book Chapters. Wellcome Trust, University of Rochester Press.

James, W. *The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature*. Lectures 6 and 7: The Sick Soul. URL: <https://www.religion-online.org/book-chapter/lectures-6-and-7-the-sick-soul/>

Jellesma, F. C. (2008). Health in young people: social inhibition and negative affect and their relationship with self-reported somatic complaints. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29(2), 94–100.

Kérdő, I. (1996). Ein aus Daten der Blutzirkulation kalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage. *Acta neurovegetativa*, Bd. 29, № 2, 250–268.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. (1983). *Coping and adaptation in health and illness*. New York: Free Press.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, May/June, 55(3)*, 234–247.

Lazarus, R. S. (1995). *Stress and coping* (3rd ed). New York: Columbia University Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Cognitive Theories of Stress and the Issue of Circularity. In M. H. Appley, & R. Trumbull (Eds.). *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological, and Social Perspectives* (pp. 63–80). New York: Plenum. URL: [https://doi.org/10.1007/978-1-4684-5122-1\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-4684-5122-1_4)

Logothetis, I. (1981). *Introduction in Psychiatry*. 2nd Edition. Thessaloniki.

Martin, L., Doster, J., Critelli, J., Purdum, M., Powers, C., Lambert, P., & Miranda, V. (2011). The distressed personality, coping and cardiovascular risk. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 27(1)*, 64–72.

McAdams, D. P., Reynolds, J., Lewis, M., Patten, A. V., & Bowman, P. J. (2001). When bad things turn good and good things turn bad: Sequences of redemption and contamination in life narratives and their relation to psychological adaptation in midlife adults and in students. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*, 474–285.

Meichenbaum, D. (1988). Stress Inoculation Training. *The counseling psychologist*.

URL: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/0011000088161005>

Meichenbaum, D. (2001). *Treatment of Individuals with Anger – Control Problems and Aggressive Behaviors: A Clinical Handbook*. Institute Press.

Meichenbaum, D. (2005). Stress inoculation training: A preventative and treatment approach. *Principles and Practice of Stress Management* (3rd Edition). Guilford Press. URL: [https://melissainstitute.org/wp-content/uploads/2015/10/Stress\\_Inoculation\\_052806.pdf](https://melissainstitute.org/wp-content/uploads/2015/10/Stress_Inoculation_052806.pdf)

Meichenbaum, D. (2007a). *Core tasks of psychotherapy: what «expert» psychotherapists do*. New York: Clarence Center.

URL: <https://ubmm.med.buffalo.edu/uploads/MMU3/10-02-2015%20meichenbaum%20core%20tasks%20of%20psychotherapy%2015.pdf>

Meichenbaum, D. (2007b). Stress inoculation training: A preventative and treatment approach. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Eds.), *Principles and practice of stress management*. The Guilford Press.

Meichenbaum, D. (2008). Stress inoculation training: A preventative and treatment approach. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk & W. S. Sime (Eds.), *Principles and Practice of Stress Management* (3rd Edition). The Guilford Press.

Meichenbaum, D. H., & Dieffenbacher, J. L. (1988). Stress Inoculation Training. *The counseling psychologist*.

URL: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/0011000088161005>

Mentalization. *APA Dictionary of Psychology*. URL: <https://dictionary.apa.org/mentalization>

Mili, M., & Rakhee A. S. (2018). Construction of type c behavior pattern scale. *International Research Journal of Human Resources and Social Sciences*. Vol. 5, Is. 03, March, P. 42–53.

Mols, F., Denollet, J., Kaptein, A. A., Reemst, P. H. M., & Thong, M. S. Y. (2012). The association between Type D personality and illness perceptions in colorectal cancer survivors: A study from the population based PROFILES registry. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 232–239.

*Neurocognitive disorders.* URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f213458094>

Pedersen S. S., & Denollet, J. (2004). Validity of the Type D personality construct in Danish post -MI patients and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(3), 265–272.

Pedersen, S. S., Yagensky, A., Smith, O. R. F., & Yagenska, O., Shpak, V. & Denollet, J. (2009). Preliminary Evidence for the Cross-Cultural Utility of the Type D Personality Construct in the Ukraine. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 108–115. <https://doi.org/10.1007/s12529-008-9022-4>

Pedersen, S., & Schiffer, A. A. (2011). The distressed (Type D) personality. A risk marker for poor health outcomes in ICD patients. *Herzschrittmachertherapie und Elektrophysiologie*, 22(3), 181–188. doi: 10.1007/s00399-011-0139-9

Pelle, A., Schiffer, A., Smith, O., Widdershoven, J., & Denollet, J. (2010). Inadequate consultation behavior modulates the relationship between Type D personality and impaired health status in chronic heart failure. *International Journal of Cardiology*, 142, 65–71. doi: 10.1016/j.ijcard.2008.12.086

Rahe, R.H., & Solomon, G. F (1997). An Immunosuppressive Questionnaire designed to measure typical behaviors and emotions of persons with cancer. *Presented at the American Institute of Stress annual Meetings*. Montreux, Switzerland.

Randall, R., Griffiths, A. & Cox, T. (2005). Evaluating organizational stress-management interventions using adapted study designs Evaluating organizational stress-management interventions using adapted study designs. *European Journal of*

*Work and Organizational Psychology*, March.

URL: [https://www.researchgate.net/publication/242509504\\_Evaluating\\_organizational\\_stress-management\\_interventions\\_using\\_adapted\\_study\\_designs](https://www.researchgate.net/publication/242509504_Evaluating_organizational_stress-management_interventions_using_adapted_study_designs)

Rosmond, R., & Bjorntorp, P. (2000). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity as a predictor of cardiovascular disease, type 2 diabetes and stroke. *Journal of Internal Medicine*, 247(2), 188–197. doi: 10.1046/j.1365-2796.2000.00603.x

Schachter, S. & Singer, J. (1962). Cognitive, Social, and Physiological Determinants of Emotional State. *Psychological Review*, 69 (5), 379–399.

Selye H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature* 138(3479, July 4), 32.

Selye H. (1950). *The physiology and pathology of exposure to stress. A treatise based on the concepts of the general-adaptation-syndrome and the diseases of adaptation*. Montreal: ACTA, Inc., Medical Publishers (Doctoral dissertation)

Selye, H. (1946). The General Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptation. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 17/4 (July), 231–247; 17/6 (Nov.), 358–398. URL: [https://doi.org/10.1016/0021-8707\(46\)90148-7](https://doi.org/10.1016/0021-8707(46)90148-7).

Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York, McGraw-Hill Book Company, Inc.

Selye H. (1976). *The Stress of Life* (rev. edn.). New York: McGraw-Hill.

Selye, H. (1983). The concept of stress: Past, present and future. In C. L. Cooper (Ed.), *Stress research: Issues for the eighties* (pp. 1–20). New York: John Wiley.

Setting Goals and Developing Specific, Measurable, Achievable, Relevant, and Time-bound Objectives. *Samhsa. Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. 1-877-SAMHSA-7.

URL: <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/nc-smart-goals-fact-sheet.pdf>

Smucker, M. P., Grunet, B. K., & Weis, J. M. (2003). Posttraumatic stress disorder: A new algorithm treatment model. In R. L. Leahy (Ed.), *Overcoming roadblocks in cognitive therapy practice* (pp. 175–194). New York: Guilford Publications.

Speileberg, C. (1980). Anxiety and stress. *Psychogios Editions*. Athens.

*Stress Inoculation Therapy (SIT)*. (2022).

URL: <https://www.mentalhelp.net/stress/inoculation-therapy/>

Temoshok L., & Dreher H. (1993b). *The Type C Connection: The Mind-body Link to Cancer and Your Health*. Plume.

Temoshok, L., & Dreher, H. (1993a). The Type C Connection: The Behavioral Links to Cancer and your Health. *Noetic Sciences Review*, 25, 21–26.

*The Structured Clinical Interview for DSM-5®*. (2016).

URL: <https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5>

Thoits, P. A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. In H. B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research* (pp. 33–103). New York: Academic Press.

Watson, D., Clark, L. A., & Harkness, A. R. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 18–31.

William, J. *The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature. Lectures 6 and 7: The Sick Soul*. URL: <https://www.religion-online.org/book-chapter/lectures-6-and-7-the-sick-soul/>

Williams, L., Curren, C., & Bruce, G. (2011). *Are alexithymia and Type D personality distinct or overlapping constructs?* A confirmatory factor analysis of the Toronto alexithymia and Type D scales. *Personality and Individual Differences*, 51(5), 683–688.

Williams, L., O'Connor, R. C., Howard, S., Hughes, B. M., Johnston, D. W., Hay, J. L. ... O'Carroll, R. E. (2008). Type-D personality mechanisms of effect: The role of health-related behavior and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*(1), 63–69. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.06.008>

Williams, R. B., Lane, J. D., Kuhn, C. M., Meosh, W., White, A. D., & Schamberg, S. N. (1982). Type A behavior and elevated physiological and neuroendocrine responses to cognitive tasks. *Science*, *218*, 483–486.

Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2014). Personality traits influencing somatization symptoms and social inhibition in the elderly. *Clinical interventions in aging*, *9*, 157.

## РОЗДІЛ 4. НАДЗВИЧАЙНА СИТУАЦІЯ: ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА УЧАСНИКАМ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ

### 4.1. Стрес і фізіологічні закономірності реагування на НС

Ще в XIII столітті відомий дослідник, філософ, лікар Авіценна провів унікальний експеримент. Згідно з його задумом у стайні розмістили дві клітки поряд (для барана і вовка), а третю (для другого барана) – на відстані. Барана, який був поряд із вовком, посилено годували і поїли джерельною водою. Другого – майже не доглядали. Авіценна хотів з'ясувати, що саме згубніше впливатиме на організм свійських тварин – голод чи присутність поряд хижака. Результати вразили: баран, якого розташували поряд із вовком, загинув, тоді як другий лише втратив вагу, але залишився живий.

Простий і водночас блискучий експеримент довів, що фізіологічний дискомфорт травмує, але не позбавляє життя, тоді як психологічні переживання можуть призвести до смерті.

Через кілька століть (у 1979 р.) людству буде презентовано першу наукову концепцію наслідків психологічних переживань. Її автором став маловідомий на той час австрійсько-канадський психолог Г. Сельє. Незважаючи на поширену в науковому світі думку про *специфічний характер* реагування організму на несприятливі впливи середовища, він розпочинає пошук *загальних закономірностей* біологічних реакцій живих організмів на вплив несприятливих умов. Згодом це дало підстави говорити про *єдиний неспецифічний компонент біохімічних змін* в організмі людей і тварин у відповідь на вплив травматичних ситуацій. Цю неспецифічну реакцію назвуть *загальним адаптаційним*



*синдромом*, а згодом – *стресом*, маючи на увазі комплексну психофізіологічну реакцію, що виникає внаслідок суб'єктивного оцінювання живим організмом певних факторів як загрозливих (В. Бодров, М. Борневассер, Б. Доренвенд, Л. Китаєв-Смик, Т. Кокс, Р. Лазарус, В. Марищук, А. Махнач, Ю. Мойкін, Г. Нікіфоров, А. Прохоров, М. Сандомирський, О. Саннікова, І. Сергєєва, І. Черняновська та ін.).

Численні дослідження в цьому напрямі підтверджують значний вплив загрозливих факторів на виникнення певних соматичних і психосоматичних захворювань, ослаблення імунної системи, появу серцево-судинних захворювань, хвороб системи травлення, шкіри, дихання і, врешті-решт, передчасну смерть організму (А. Бобров, М. Гаранян, Г. Гельб, П. Зігель, Р. Калимо, А. Калуєв, Т. Кончугова, К. Кулл, Р. Лаботкін, Є. Лазебна, Л. Леві, С. Маннук, Т. Мейман, С. Першин, В. Райлі, Х. Рассек, Г. Сельє, А. Степто, І. Судаков, І. Сурніна, Н. Тарабріна, Р. Тигранян, А. Холмогорова, Є. Юматов та ін.).

Саме тому, коли йдеться про практичне вивчення особливостей реагування людини на надзвичайні ситуації, доречно звернути увагу на фізіологічні закономірності специфічного характеру реакцій організму.

Професійний досвід показує, що для успішного переживання людиною будь-яких загрозливих для життя і здоров'я подій потрібна хоча б часткова обізнаність щодо фізіологічних реакцій організму на них. Тоді як для розуміння індивідуальних особливостей реагування на несприятливі фактори вираженого травмувального характеру потрібні протоколи фіксації поведінкових проявів, що дасть змогу визначати міру «вразливості» людини до виникнення психопатологій і фізичних захворювань, а отже, правильно визначати особливості доречної первинної психологічної допомоги.

**Мозок.** Ключову роль у реагуванні на будь-якого роду загрози для людини ситуації відіграє гіпоталамус, який виконує низку важливих функцій.

По-перше, він є вищим центром вегетативної нервової системи. По-друге, відповідає за координацію нервової і гуморальної систем організму. По-третє, керує секрецією гормонів передньої долі гіпофізу (зокрема, адренкортикотропного гормону, який стимулює наднирники). І, нарешті, регулює *емоційні реакції* людини, інтенсивність її харчування, сну та енергетичного обміну (саме тому лімбічну систему, до якої належать таламус і гіпоталамус, називають «вмістилищем емоцій»).

Кора головного мозку контролює такі абстрактні функції, як «роздуми» і «мовлення», регулює діяльність нижчих структур мозку (наприклад, проміжний мозок «передає» страх, а кора «активізує» функцію обдумування, щоб «розпізнати» стимул і «з'ясувати», наскільки він «небезпечний»).

Оскільки між корою і підкіркою є нервові зв'язки, передавання інформації відбувається у двох напрямках: «від свідомості до організму» і навпаки (такий зв'язок забезпечує ретикулярна формація). Це пояснює те, як суто фізичний за природою загрозливий фактор впливає на мислення як вищу психічну функцію, а «усвідомлена загроза» спричиняє такі нейрофізіологічні реакції, як «жар», «озноб», «головний біль», «тремор» тощо.

Спочатку тут реагують аналізатори, які надсилають імпульси через ретикулярну формацію від лімбічної системи і таламусу й так само у зворотному напрямі. Якщо, як зазначалося вище, у лімбічній системі «зароджуються» емоції, таламус визначає, що «робити» з цими сигналами, то гіпоталамус «активує» діяльність двох основних шляхів реактивності організму – ендокринну систему і автономну нервову систему.

Під час активації ендокринної системи в передній частині гіпоталамуса виробляється кортикотропний рилізінг-гормон (КРГ), який, впливаючи на гіпофіз, стимулює «викиди» адренкортикотропного гормону (АКТГ) (саме він активує кору наднирників, а ті, відповідно, починають виробляти кортикоїдні

гормони). Водночас для активації автономної нервової системи сигнал надсилається із задньої частини гіпоталамуса до мозкової речовини наднирників (за відкриття саме цієї особливості реагування організму Г. Сельє отримав Нобелівську премію). Під дією гормонів наднирників (глюкокортикоїдів) підсилюються всі процеси обміну, у крові з'являється більше глюкози, спадають запальні процеси, організм стає менш чутливим до болю, зростають резерви його *адаптації до нових умов*.

Вважають, що до найбільш «стресових» гормонів належать ендорфіни (вони впливають подібно до морфію, здатного знімати нестерпний біль), церебро-гастро-інтестинальні гормони (у разі стресу їхній вміст у крові знижується, що може спричинити серйозні порушення в роботі шлунка і товстої кишки й призвести до психосоматичних захворювань) та «інфекційні гормони» (тривале перебування в загрозованих для життя і здоров'я ситуаціях призводить до зростання частоти інфекційних захворювань, людина втрачає *здатність «переборювати» віруси!*).

**Ендокринна система.** Одна з найважливіших систем організму, яка безпосередньо пов'язана з його реагуванням на загрозовані ситуації. До неї належать усі залози, що продукують гормони, які через кровоток регулюють функціонування решти тканин організму: задня частина гіпоталамуса виробляє кортикотропний релізінг-гормон (КРГ), гіпофіз – адренкортикотропний гормон (АКТГ), кора наднирників – глюкокортикоїди та мінералокортикоїди. Найважливішим серед глюкокортикоїдів є кортизол, а серед мінералокортикоїдів – альдостерон.

Основною функцією кортизолу є підвищення рівні цукру в крові (завдяки цьому виробляється енергія для активних дій «втечі» або «боротьби»). Кортизол у печінці перетворює амінокислоти в глікоген. Якщо в печінці запаси глікогену виснажуються, вона починає виробляти глюкозу з амінокислот (біосинтез

глюкози з неуглеводних субстратів). Водночас кортизол мобілізує жирні кислоти із жирової тканини, розщеплює протеїн і призводить до зростання артеріального тиску. Під впливом кортизолу зменшується кількість лейкоцитів (виробляються вилючковою залозою і лімфовузлами), основною функцією яких є «знищення чужорідних субстанцій». Зростання рівня кортизолу в слині (упродовж півгодини після початку перебування людини в загрозливій для неї ситуації) погіршує діяльність імунної системи, тим самим збільшуючи «шанси» захворіти.

Основною функцією альдостерону є підвищення артеріального тиску настільки, наскільки б це дало змогу поживним речовинам і кисню швидко й легко дістатися до внутрішніх органів та кінцівок. Це стає можливим завдяки тому, що знижується вироблення сечі та затримується утворення натрію (ці два механізми забезпечують зростання об'єму рідини в організмі і поступове зростання артеріального тиску: альдостерон здатний підняти систолічний тиск на 15-20 мм рт. ст.)).

Крім кори наднирників, у реагуванні організму на загрози бере участь їхня мозкова речовина (внутрішня частина), яка активується завдяки прямому нервовому зв'язку із задньою частиною гіпоталамуса. Мозкова речовина починає продукувати катехоламіни – епінерфін (найчастіше його називають адреналіном) і норепінерфін (норадреналін). Ознаками активації цих гормонів є прискорене серцебиття та основного ритму метаболізму (фактично всі органічні процеси прискорюють свій перебіг), зростання сили викиду крові із серця та потреби в кисні, розширення коронарних судин і бронхіальних труб, через які повітря надходить у легені і виходить із них, звуження кровоносних судин у м'язах, шкірі рук та ніг.

Активація щитовидної залози сприяє виробленню тиріотропного гормону (ТТГ). Завдяки цьому гіпофіз починає продукувати тироксин. Унаслідок цього

зростає базальний ритм метаболізму, збільшується вміст вільних жирових кислот, прискорюються процес біосинтезу глюкози з неуглеводних субстратів і серцебиття, зростає рухливість процесів системи травлення (що часто призводить до діареї), прискорюється і поглиблюється дихання, зростає артеріальний тиск, збільшується тривожність, зникає відчуття втоми.

**Автономна нервова система.** Нервова регуляція метаболізму в організмі є наслідком динамічного балансу двох підсистем вегетативної нервової системи: симпатичної (допомагає організму вижити в кризовий момент, дає необхідні ресурси для «боротьби» або «втечі») і парасимпатичної.

У разі активації симпатичного відділу серце б'ється частіше, прискорюється дихання, м'язи напружуються, шкіра блідне, з'являється холодний піт, у кров викидається адреналін («королячий гормон») або норадреналін («гормон лева»). Інтенсивно використовуються запаси енергії, які поступово вичерпуються, а отже, виникає потреба в оновленні.

Виснаження запасів поживних речовин та енергії в організмі спричинює збудження парасимпатичного відділу (відновлює і зберігає ресурси), активація якого відбувається під час сну, їжі та відпочинку. Тому в разі тривалого перебування в загрозливих для життя і здоров'я ситуаціях (особливо коли в людини обмежені запаси адаптаційної енергії чи вона належить до слабкого типу вищої нервової діяльності) активізується парасимпатичний відділ, що супроводжується слабкістю, зниженням артеріального тиску, тонусу м'язів і шлунково-кишковими розладами.

**Серцево-судинна система.** Реагуючи на загрозу, гіпоталамус надсилає імпульси до гіпофіза, який починає виробляти окситоцин і вазопресин. Останні викликають скорочення гладких м'язів, унаслідок чого скорочуються стінки судин. Вазопресин сприяє збільшенню надходження рідини до нирок, у результаті чого зростає об'єм крові. Унаслідок збільшення концентрації натрію

(викликаної альдостероном), скорочення кровоносних судин і збільшення об'єму води в організмі зростає артеріальний тиск. Збільшується число серцевих скорочень. Зростає вміст холестерину, сироватки крові та інших жирних кислот. Підвищується імовірність закупорки серцевих артерій та атрофії частини серця через нестачу крові.

**Система травлення.** Зменшується секреція слини в роті («у горлі пересохло»), часто спостерігаються неконтрольовані скорочення стравоходу, можливі труднощі з ковтанням. Водночас у шлунку зростає вміст соляної кислоти, стінки судин травного тракту скорочуються, зменшується кількість слизу (захищає стінки шлунку) – як наслідок, можуть з'явитися виразки.

Змінюється ритм скорочень товстої і тонкої кишок, які відповідають за транспонування поживних речовин. Може виникнути діарея (якщо перистальтика буде занадто швидкою) або запор (якщо вона буде занадто повільною). Запори супроводжують стани депресії і пригніченість, а діарея – стани паніки. Невипадково порушення в роботі жовчних і підшлункових проток, так само як панкреатит і будь-які проблеми зі шлунком, пов'язують з перебуванням людини в загрозованих для життя і здоров'я ситуаціях.

**М'язи** напружуються. Деякі люди виглядають так, ніби вони щомиті «готові захищатися або нападати». Таке м'язове напруження, яке називають «затисненням», часто стає причиною болю в спині та хронічних мігрень.

Періодичне напруження м'язів не є проблемою – на відміну від впливу тривалих несприятливих факторів, коли людина «затискається». Насамперед це стосується скелетних м'язів. Проте і гладкі м'язи, які контролюють діяльність внутрішніх органів, також напружуються. Наприклад, під дією напруження в організмі зростає вміст окситоцину і вазопресину (виробляються гіпофізом), унаслідок чого через скорочення гладких м'язів стінок кровоносних судин підвищується артеріальний тиск. Як наслідок – гіпертонія. Так само, коли

скорочується гладка мускулатура кишечника, з'являються болі в шлунку і може виникнути діарея.

**Шкіра.** Загроза життю і здоров'ю відбивається на здатності шкіри виробляти електроенергію та регулювати температуру. Посилюється потовиділення. Температура шкіри знижується, оскільки норадреналін викликає скорочення стінок кровоносних судин, розташованих на поверхні шкіри рук, ніг (пальці ніг і рук мерзнуть більше, ніж звичайно, шкіра стає блідою і злегка вологою).

Можливу діагностику фізіологічних реакцій на перебування людини в ситуаціях, загрозливих для її життя і здоров'я (що є аналогом загальновідомих підходів діагностики фізіологічної реакції на стрес), представлено в таблиці 4.1.

Таблиця 4.1

**Діагностика фізіологічних реакцій на перебування людини в ситуаціях, загрозливих для її життя і здоров'я**

*Інструкція.* Підкресліть цифру, яка відображає частоту проявів у Вас того чи іншого симптому. Підрахуйте загальну кількість балів.

Симптоми	Ніколи	Рідко (не частіше, ніж один раз на пів року)	Іноді (частіше, ніж один раз на місяць)	Часто (частіше, ніж один раз на тиждень)	Постійно
Затяжні головні болі	1	2	3	4	5
Мігрені	1	2	3	4	5
Болі в шлунку	1	2	3	4	5
Підвищений тиск	1	2	3	4	5
Холодні кисті рук	1	2	3	4	5
Печія	1	2	3	4	5
Поверхнєве, часте дихання	1	2	3	4	5
Діарея	1	2	3	4	5
Сильне серцебиття	1	2	3	4	5
Пітніють руки	1	2	3	4	5
Нудота	1	2	3	4	5
Метеоризм	1	2	3	4	5
Часте сечовиділення	1	2	3	4	5

Симптоми	Ніколи	Рідко (не частіше, ніж один раз на пів року)	Іноді (частіше, ніж один раз на місяць)	Часто (частіше, ніж один раз на тиждень)	Постійно
Пітні стопи	1	2	3	4	5
Масляниста шкіра	1	2	3	4	5
Втома/виснаження	1	2	3	4	5
Енурез	1	2	3	4	5
Сухість у роті	1	2	3	4	5
Тремор рук	1	2	3	4	5
Болі в спині	1	2	3	4	5
Болі в шиї	1	2	3	4	5
Жувальні рухи щелеп	1	2	3	4	5
Скреготання зубами	1	2	3	4	5
Запори	1	2	3	4	5
Відчуття тяжкості в грудях і в ділянці серця	1	2	3	4	5
Запаморочення	1	2	3	4	5
Блювота	1	2	3	4	5
Порушення менструального циклу	1	2	3	4	5
Плями на шкірі	1	2	3	4	5
Прискорене серцебиття	1	2	3	4	5
Коліки	1	2	3	4	5
Астма	1	2	3	4	5
Розлади травлення	1	2	3	4	5
Знижений тиск	1	2	3	4	5
Гіпервентиляція	1	2	3	4	5
Болі в суглобах	1	2	3	4	5
Сухість шкіряного покриву	1	2	3	4	5
Стоматит/хвороби щелеп	1	2	3	4	5
Алергія	1	2	3	4	5

40–75 балів – шанси захворіти від перебування в загрозованих для життя і здоров'я ситуаціях мінімальні;

76–100 балів – є імовірність захворіти;

101–150 балів – імовірність захворіти висока;

понад 150 балів – імовірно, уже відбулися впливи на здоров'я.



## 4.2. Психологічні уроки проживання НС

Ще раз хочемо зауважити, що особливості реагування організму на перебування людини в загрозованих для її життя і здоров'я ситуаціях мають *неспецифічний характер*.

У такому разі доцільним буде розглянути *специфічні особливості* реагування людини на загрозовані ситуації, її особисту роль у можливих їхніх наслідках.

Почнімо з такого показника, як *особливості сприймання людиною психологічного часу*, що є основою її належності до певного тау-типу (Аристотель, Ф. Енгельс, І. Кант, Ю. Молчанов, В. Рибалко, Б. Цуканов та ін.). Упродовж тривалого часу в практиці психологічної діяльності ми застосовуємо науковий доробок відомого українського дослідника Б. Цуканова. Зупинімося на його напрацюваннях детальніше.

Б. Цуканов розглядає час як фундаментальний складник усієї відображувально-поведінкової взаємодії людини з навколишнім світом, наголошуючи на часовій організації всієї психіки (починаючи з відчуттів і закінчуючи особистістю), а тому фізичний час нерозривно пов'язаний із суб'єктом пізнання. Відповідно, у кожної людини власний індивідуальний час, який виконує роль головного годинникового механізму.

Досвід показує, що з погляду вивчення здатності людини справлятися із загрозованими ситуаціями (конструктивна поведінка, яка супроводжується вираженою стресостійкістю) слід звернути увагу на особливості сприймання нею часу. Адже якщо на рівні свідомості у людини немає розмежування «минулого», «теперішнього» і «майбутнього», то це призводить до постійного стресового переживання, фрустраційної поведінки з такими її проявами, як рухове збудження, апатія, агресія, деструкція, стереотипія («сліпе повторення

фіксованої поведінки»), регресія (поведінкові моделі минулого / «примітивізм» поведінки (Р. Баркер, Т. Дембо, К. Левін).

Керуючись ученням Б. Цуканова про те, що у кожної людини є жорсткий, вроджений механізм біологічного годинника, який вимірює перебіг часу і детермінує власний часовий масштаб особистості та її власний інтелектуальний рівень організації, можемо зробити припущення, що якість ходи біологічного годинника індивіда детермінує особливості конструктивної поведінки в загрозованих для людини ситуаціях. Дослідник переконаний, що справжня здатність керувати часом відкривається кожному лише тоді, коли він набуває вміння пристосовувати свою діяльність так, щоб не потрапляти ані в ситуацію примусового поспіху, ані в ситуацію примусового очікування.

Уміння організувати свій час є важливою умовою для суб'єктивного відчуття контролю над власним життям, яке є стратегічним з погляду стресостійкості людини і для набуття нею досвіду з найменшими втратами переживати як критичні, так і надзвичайні ситуації.



Як приклад наведемо *характеристики типів*, які відображають належність людини до певного типу психологічного часу (за Б. Цукановим):

1. *«Дуже швидкий» тип* (індивідуальна тривалість часу 0,7 с←0,79 с): найчастіше переживають гостру нестачу часу, перебіг якого позначають дієсловами «летить», «біжить»; перевагу віддають майбутньому; байдужі до минулого.

2. *«Швидкий» тип* (індивідуальна тривалість часу 0,8 с←0,89 с): вирізняється переживанням нестачі часу і відчуттям постійного «запізнення». Перебіг часу: «летить», «біжить».

Крайній прояв типу (індивідуальна тривалість 0,8 с←0,85 с) жадає якнайшвидше наблизити бажане майбутнє. Для інших осіб (до 50%), ближчих

до «врівноваженого» типу психологічного часу (0,86 с→0,89 с), майбутнє є цікавим, але не таким привабливим. Не подобається очікувати. Бажають наздоганяти час.

3. «Урівноважений» тип (індивідуальна тривалість часу 0,9 с): перебіг часу гармонійно означають за допомогою дієслів «іде», «рухається» («золота середина»): переконаний у важливості переживання «тут і тепер» як екзистенції власного буття, яке збалансовано інтегрується між минулим і майбутнім.

4. «Помірний» тип (індивідуальна тривалість часу 0,91 с→1 с): зазвичай його представники не переживають дефіциту часу, перебіг якого характеризують дієсловами «стоїть», «не рухається». Збентежено ставляться до майбутнього. Очікування не створює виразного дискомфорту на відміну від необхідності наздоганяти час.

Крайній прояв типу (індивідуальна тривалість часу 0,91 с→0,94 с) показує цінування теперішнього з тяжінням до минулого. Для решти (до 50%), наближених до «рутинного» типу психологічного часу (0,95 с→1,0 с), минуле, навпаки, більш бажане, ніж теперішнє.

5. «Рутинний» тип (індивідуальна тривалість часу 1,01 с→1,1 с): характеризується переживанням надлишку часу. Його представники вважають, що час «крокує». Минуле для них є надійною життєвою основою (повна байдужість до майбутнього), а очікування не створює виразного дискомфорту на відміну від необхідності діяти в ситуації «вимушеного поспіху».

Отже, знаючи належність людини до певного типу психологічного часу, можна з великою вірогідністю передбачати особливості її індивідуальних реакцій на загрозові для неї ситуації.

Крім того, *типи ставлення людини до себе в ситуаціях загрози* можуть бути:

- «примітивно-егоїстичні» – як до «жертви» ситуації (така фіксація лише підсилює переживання та їхні наслідки);
- «об'єктивно-індивідуалістичні» – як до «жертви» з одночасним розумінням власної «цінності» (сприяє самозбереженню особистості);
- «як до одного з більшості» (найбільше сприяє збереженню ефективної діяльності) (В. Медведєв).



Тоді як *способи реагування на ситуації загрози* поділяють на:

- «гальмівний тип» – з властивими йому загальним м'язовим напруженням («мімічна маска»), скутістю пози і рухів, пасивністю, сповільненим перебігом психічних процесів, «емоційною інертністю» у вигляді негативної байдужості та «відключеності»;
- «збудливий тип» – з характерними для нього бурхливими реакціями, метушливістю, багатослів'ям, гіпертрофією рухових проявів, швидкою зміною прийнятих рішень, підвищеною лабільністю.

Нестійкі до несприятливих і загрозових ситуацій люди з-поміж інших вирізняються почуттям неповноцінності, невпевненістю, лякливою, імпульсивністю.

Вивчення репертуару реакцій молодих людей (Індія, Швеція, Угорщина, Ємен) на загрозові ситуації виявило цікаву закономірність: в усіх культурах дівчата намагаються змінити емоційну реакцію, тоді як юнаки шукають способи вирішення проблем (Олах).

Дослідження менеджерів вищої ланки 500 великих компаній США показало, що ті, хто швидше долає загрозові ситуації, психологічно витриваліші, що дає їм змогу краще використовувати попередній досвід у вирішенні нагальних проблем. Перебування в загрозових ситуаціях стимулює їх до діяльності («реакція на виклик»). Вони легко «занурюються» у справи

(«включеність»). Зберігають розумний контроль над собою і, в міру можливостей, над ситуацією («особистий контроль»).

Зменшують патогенний вплив стресорів на людину такі її особистісні якості, як почуття власної значущості, енергійно-наполеглива позиція щодо соціального оточення, здатність брати на себе обов'язки, розвинене почуття відповідальності, упевненість у можливості контролювати події.

Стійкість до загрозливих для життя і здоров'я ситуацій формується на основі життєвої практики за умови активної, а не споглядальної позиції особистості (тому не варто цілеспрямовано уникати складних життєвих ситуацій, вони корисні, і, як не парадоксально, навіть ситуація пандемії, з якою зіткнулося сучасне людство). Це завжди результат цілеспрямованого виховання в собі бажаних якостей, свідомого керування власними станами, поведінкою, здатність передбачити близькі і віддалені перспективи (Т. Концовський).

#### ***Ознаки нестійкості до стресових і надзвичайних ситуацій:***

- 1) схильність до психовегетативних розладів, які виявляються в тривожності, поганому настрої, страхах, порушенні апетиту, сну, діяльності шлунка, тахікардії, аритмії, коливаннях артеріального тиску (якщо перебування в загрозливій ситуації недовготривале, то ці прояви з часом згладжуються, поступово відновлюється психофізична рівновага);
- 2) неврози (з усіма властивими їм невротичними симптомами), основними факторами яких можуть бути життєві невдачі, втрата престижу, невідповідність високих потреб реальному рівню можливостей, сімейні, службові та побутові негаразди тощо;
- 3) психосоматичні захворювання, до яких традиційно відносять гіпертонію, ішемічну хворобу серця, виразки, бронхіальну астму, цукровий діабет тощо.



Отже, загалом усі реакції за несприятливих і загрозливих ситуацій можна об'єднати у дві групи: 1) фізіологічні («тривога – опір – виснаження»); 2) психологічні (захисні механізми: придушення, заперечення, фіксація, регресія, раціоналізація, інтелектуалізація, проєкція, перенесення, сублімація, реагування, формування реакцій).

Стає зрозумілим, чому на одні й ті самі стресові, загрозливі для життя і здоров'я ситуації різні люди реагують по-різному: хтось – тілесними симптомами з характерними скаргами на нервові збудження, судом, головний біль, розлади системи травлення, інші – психологічними проявами («не можу зосередитися», «постійно хвилююся», «гублю речі» тощо).

*Найчастіше спостерігається симбіоз фізіологічних і психологічних симптомів.*

У запобіганні таким несприятливим наслідкам особливу роль відіграє зміна способу життя. Як ніколи в таких скрутних життєвих ситуаціях важливе планування свого часу і вибір оптимального життєвого темпу.

І тут доцільними можуть бути такі **поради**:

- прокидайтесь і лягайте якомога раніше, щоб вистачало часу на всі заплановані справи. «Не крадіть» у себе час на сон. Пам'ятайте давню мудрість, що «сон варто запозичувати у смерті»;
- спробуйте прокидатися не за годинником, а за біоритмами організму. Якщо дзвінок припадає на стадію глибокого сну, погіршуються настрої і самопочуття. Навчіться довіряти своєму організму. Він відчуває час, коли вже відновився і готовий до нових навантажень;
- завжди снідайте. Це не лише збереже здоров'я, а й забезпечить гарне самопочуття і струнку постать. Хоча б раз на день їжте за спільним столом із



своєю родиною. Це унікальна можливість невимушено поспілкуватися, приділити увагу одне одному;

- складаючи список справ на день або тиждень, на перше місце поставте ті, які найважливіші;
- не плануйте справи одна за одною, без перерви, це не лише знижує продуктивність праці, а й погіршує настрій і самопочуття;
- завжди залишайте час на відпочинок – людина, яка не вміє відпочивати, викликає жалість і сум, бо вона не здатна радіти життю;
- не відкладайте на завтра ті справи, на які ви маєте час сьогодні, це породжує нервозність і невдоволення самим собою, відчуття того, що нічого не встигаєш;
- візьміть собі за правило вихідні присвячувати родині, дому і відпочинку, адже робочі дні тому і називаються робочими, що час віддається справам, а не відпочинку і родині, яка є найважливішою для людини.

Змінюючи себе, варто навчитися контролювати «токсичні» думки. Литовський фізіолог, психолог Кароліс Дінейка зауважує, що думка є батьком бажання. Думки, впливаючи на нашу свідомість, посилюють або послаблюють збудження центральної нервової системи. Важливо, щоб від самого ранку наш мозок отримав імпульси у формі думок, здатних упродовж дня впливати на настрій, тонус розумово-творчої активності. К. Дінейка переконаний, що під впливом думок зароджуються зерна задумів, передчуттів, емоцій, які, дозріваючи, обов'язково впливатимуть на свідомість і підсвідомість людини.

Оскільки позитивний або негативний настрій залежать від спрямованості думок, то слід утримуватися від негативного мислення. Тут не можна не згадати слова Антуана де Сент-Екзюпері про те, що люди прагнуть навчитися чого завгодно, тільки не вміння мислити. Вони намагаються міркувати логічно, не турбуючись про те, щоб мислити правильно (часто ці речі плутають!).

Найперше слід усвідомити негативність і катастрофічність свого мислення на зразок: «Це ніколи не скінчиться!», «Це ж треба було мені потрапити в таку ситуацію!», «Чому саме я маю жити в ситуації пандемії?!», «Люди довкола становлять для мене загрозу» тощо. І спробувати сформулювати позитивні думки, які б були діаметрально протилежними «токсичним»: «Це новий досвід мого життя», «Я справлюся», «У мене є всі шанси» тощо.

Не менш важливими тут є вміння розслабитися, глибоке дихання. І обов'язково потрібно вчитися радіти своїм досягненням. Бути задоволеним собою – не просте мистецтво. Його треба вчитися.

К. Дейнека вважає, що радість є тим тлом, яке налаштовує психіку на життєствердний лад, зменшує імовірність захворіти. Надійним джерелом радості є фізична і розумова праця. Що ж до гумору, то психологи і лікарі дедалі частіше наголошують на його цілющих властивостях, вважаючи почуття гумору чудовим способом вирішення життєвих проблем.

Не менш важливо в такі життєві періоди більше уваги приділяти взаємодії з іншими людьми: близькі взаємини дають змогу поділитися неприємними переживаннями (їх не варто тримати в собі); допомога друзів у скрутній ситуації – це не лише емоційна підтримка, а й можливість виявити прихильність і турботу; розуміння і слухні поради підтримують, допомагають вирішувати складні завдання. Римський філософ Епікрет якось зауважив, що люди страждають не від подій, а від того, як вони їх сприймають». І дозволимо собі додати: «і від того, з ким і про що спілкуються в цей час».

Тут доречними можуть стати *кілька психологічних уроків:*

*Урок 1. Не поспішаючи...*

Попри всі труднощі і негаразди самоізоляції, локдаунів, карантинів ми набуваємо унікальний досвід – вчимося робити все вдумливо, не поспішаючи.





Спробуйте:

– Щоранку прокидатися і з насолодою усвідомлювати, що попереду цілий день, який наповниться рівно настільки, наскільки ви забажаєте його наповнити. Усе у ваших руках.

– Випити склянку води і насолодитися її смаком.

– Зробити ранковий комплекс фізичних вправ, прислухаючись до кожного руху свого тіла і насолоджуючись відчуттям свіжості і м'язового задоволення.

– Навчитися, нарешті, правильно (не поспішаючи) дихати: повільно вдихаючи повітря на «рахунок 4» і так само повільно видихаючи його. Відчути, як його живильна енергія наповнює наше тіло і робить його міцнішим.

– Снідати. Не «перехопити» або «проковтнути», а саме «посмакувати».

– Подумати, які справи «необхідно зробити» сьогодні і що «хочу зробити». Нехай їх буде порівну. Не позбавляти себе часу для відпочинку і задоволень.

– Перед сном із задоволенням згадати приємні миті, які змогли собі подарувати, і з вдячністю відпустіть день, який збігає. Не поспішаючи, насолодитися тишею і внутрішнім спокоєм. Починається новий день...

## *Урок 2. Приймати...*

Цікава річ – «життя». Воно не дає нам стояти на одному місці і змушує постійно вдосконалюватися, підкидаючи нові питання, проблеми, яких у нашому досвіді ще не траплялось. Боротися з ними не варто. Набагато продуктивніше їх прийняти і почати вирішувати («не втрачаючи, а набуваючи»).

Спробуйте:

– Приймати надзвичайні і стресові ситуації як ще одну «життєву задачу», яку настав час вирішити (і зробити це з мінімальним ризиком помилок).

– Уважно «вчитатися» в умову цієї «задачі». Розмежувати «нагальні питання» (їх слід вирішити терміново) і ті, які можуть зачекати. У надзвичайній ситуації пандемії весь світ опиняється в ролі «першачків». Хтось дуже боїться шкільної задачі, інший же прагне в ній розібратися. Не так і важко спрогнозувати, хто цю «задачу» розв’яже першим.

– Повірити у власні можливості, це ваш потенціал для вирішення «задач» («я можу», «у мене вийде», «не святі горщики ліплять» тощо).

– Приступати до вирішення «життєвої задачі», починаючи із звичайних речей: дбати про свою зовнішність; контролювати свої думки (вони ж матеріальні); відстежувати свої вчинки (можна казати багато правильних речей, але один вчинок може все перекреслити).

– Бути вибірковими у тому, що читаємо, кого слухаємо, із ким спілкуємося. Це має давати наснагу, а не виснажувати.

– «Заспокоювати» свої думки. Лише так можна об’єктивно-неупереджено оцінити життєві події (самостійно, критично, глибоко).

– Жити далі, а не проживати (пам’ятаєте, як у В. Висоцького: «Там, где я есть – там жизнь проходит. Где нет меня – там жизнь идет?»). Час незворотний.

### *Урок 3. Автономія...*

У давніх кельтів була традиція: новонароджену дитину відносили в ліс і клали під дерево. Згодом саме тут ніхто не мав права її турбувати. Сучасною мовою – «їй надавали автономію».

Для сучасної людини це може виявлятися в таких підходах:

– Займіть себе. Не нудьгуйте. Багато справ ми відкладали «на потім», «коли з’явиться вільний час». Він з’явився. Використовуємо його. Читаємо, малюємо, майструємо, пишемо... Були б бажання, а справи знайдуться.

– Згадайте про свої хобі («зробіть», нарешті, їх для себе).

– Чим би ви не займалися – побільше творчості: «Іноді в класному супі більше творчості, ніж у другосортній поезії» (А. Маслоу).

– Нас не може бути занадто багато, навіть у житті людей, які нас люблять.

– Не намагайтеся знати все про своїх близьких, не допитуйтеся («Чого мовчиш?», «Про що думаєш?», «Мабуть...» тощо). У кожного мають бути свої думки і переживання. Не завжди це має звучати. Поважайте це право.

– Не треба «жити для інших». Живіть «разом з ними». І вам простіше, і їм приємніше (принаймні вони вам нічого не винні).

– Умійте слухати і розуміти тих, хто зараз поруч із вами.

До речі, існує типологія «поганих слухачів».

Можливо, тут ви побачите себе:

«*уявний слухач*» – прикидається, що слухає; дивиться на нас, хитає головою на знак згоди або незгоди, вимовляє звуки і репліки, щось на зразок «так-так», «угу», «гм», начебто демонструючи уважність. Причини такої поведінки можуть бути різноманітними: заглибленість у свої проблеми, брак інтересу, егоїстичність тощо;

«*самозакоханий слухач*» – ніколи не дослуховує партнера; хоче, щоб слухали лише його, і не має ні часу, ні бажання слухати іншого;

«*слухач-творець*» – ніколи не дослуховує до кінця і, щоб заповнити пропущене, незрозуміле, починає вигадувати події відповідно до власної логіки або досвіду. Коли він каже, що «все зрозуміло», то це не означає, що він зрозумів почуте;

«*слухач-бджола*» – слухає те, що вважає цікавим або потрібним для себе. Решту інформації пропускає повз вуха;

«*слухач-жало*» – тільки й чекає, щоб партнер помилився, щоб вказати йому і потім лише про це й говорити.

Отже, найефективнішим способом протидії негативним наслідкам будь-яких загрозливих для життя і здоров'я людини ситуацій слід вважати свідомість людини, яка скеровує її здатність до конструктивної поведінки.

Тут у пригоді можуть стати такі **поради**:

– ніколи в ситуації крайнього напруження не приймайте рішень на емоціях; порахуйте до 10; повільно вдихніть повітря носом і на деякий час затримайте дихання (видих робіть дуже повільно через ніс, зосереджуйтеся на відчуттях, пов'язаних із диханням);

– змочіть скроні, лоб, зап'ястя холодною водою;

– повільно випийте склянку води, зосередьтеся на її смаку і температурі;

– станьте прямо, ноги поставте на ширину плечей, видихніть повітря, нахилийтеся, розслабляючи шию, плечі, голову (руки вільно звисають), глибоко вдихніть (1-2 хв) і повільно випряміться;

– почніть «щось» робити (візьміться до хатніх справ, увімкніть музику, виконуйте фізичні вправи тощо).

Інакше – велика ймовірність фіксації на загрозливій для життя і здоров'я ситуації і, як наслідок, прояви агресії та/або зростання тривожності.



Загалом серед **успішних способів поведінки**, які визначатимуть міру її конструктивності як під час перебування в стресових, так і в надзвичайних ситуаціях, доречно виокремити такі **категорії**:

1) *активна взаємодія із ситуацією, зосередженість на проблемі і специфічні дії в цьому напрямі*, зміст яких залежить від особливостей травмувальної ситуації (неможливість вільно пересуватися в просторі, проблеми зі здоров'ям, втрата близької людини тощо). Якщо ж проблему не визначено, то й вирішувати її неможливо, бо не можна сформулювати ані стратегію

поведінки, ані її тактику. Тому від початку важливо правильно визначити, з якою проблемою маємо справу;

2) *зміна погляду на проблему, ставлення до неї або інша інтерпретація проблеми.* Так, можливі переоцінка ситуації («усе не настільки погано»), пошук її позитивних сторін («набуваю нового досвіду»). Особливо це ефективно тоді, коли людина не може зменшити вплив обставин, але може навчитися думати про нього по-новому, оцінюючи реальну (чи уявну) загрозу власному життю і здоров'ю. Тут доречним буде «діалог із собою», коли людина цілеспрямовано зміщує акценти, змінюючи негативні думки на позитивні (наприклад, «ситуація під контролем», «вжито запобіжних заходів», «зроблено все, що можливо в цій ситуації» тощо). Загрозливу ситуацію можна перетворити на виклик самому собі, а втрати – на здобутки (наприклад, нові умови роботи спонукали до більш усвідомленого ознайомлення з можливостями технічних засобів, пошук нової роботи сприяв зміні «зони комфорту» на «зону розвитку»);

3) *уникання напруження в ситуації, на яку не можна вплинути* («це не проблема», «про це подумаю завтра» тощо). Зокрема, виявлено два стилі ставлення людини до майбутньої операції: «уникання» і «пильність». Схильні до уникання не виявляли інтересу до деталей операції, не обговорювали її. Вони розглядали її як щось на зразок відпустки. «Пильні» – вдавалися до подробиць: читали фахові статті, розпитували знайомих, лікарів, дізнавалися про найменшу загрозу, ускладнення. «Пильність» у такому разі ставала можливістю підготуватися до будь-яких небажаних наслідків. Водночас практика показує, що переваг в «униканні» більше: таким людям потрібна слабша анестезія, у них рідше бувають ускладнення і вони швидше одужують. Якщо ж ми не в змозі змінити ситуацію, найкращим гаслом буде – «Годі хвилюватися!». Пильність же бажана там, де наш вплив реально можливий і

насправді необхідний. Іноді ці дві стратегії доцільно поєднати: можна не вдаватися в подробиці, але приділяти увагу основним моментам (наприклад, пандемія – час зміни способу життя на більш якісне наповнення завдяки власним ресурсам);

4) *гумор* («смішно») є надійним буфером між будь-якими загрозливими для людини ситуаціями і негативними емоціями. Б. Брехт влучно зауважив, що той, хто сміється, не чує жахливих новин. Людина, здатна перетворити «жах» на «абсурд», «комедію», менш схильна до депресії, напруження, гніву. Окрім того, гумор має пізнавальний компонент. Сміючись із проблеми, можна побачити її безглуздість, анекдотичність, тим самим отримати над нею контроль. Гумор і сміх дають людині змогу опосередковано виражати свої почуття. Так само і сум, якщо він не проявився у сльозах, примусить «плакати» інші органи (плакати корисно);

5) *прийняття проблеми і зменшення фізичного ефекту від неї*. Цей підхід психологи завжди розглядали як досить ефективний з погляду переживання складних подій і ситуацій. Він дає змогу не витратити марно зусилля на переживання, а зосередитися на можливих варіантах вирішення проблеми чи подолання несприятливої ситуації;

б) *вживання ліків*. Про такий спосіб зменшення наслідків перебування в загрозливих для життя і здоров'я ситуаціях слід сказати окремо. Безумовно, на початковому етапі це покращує самопочуття людини (а іноді є просто необхідним засобом самозбереження), але, на жаль, не усуває саму несприятливу ситуацію, яка й далі шкодить здоров'ю. Крім того, схильність до зловживання ліками може призвести до психологічної, а часом і до фізіологічної залежності від них;

7) на противагу лікам, більш безпечно зменшити ознаки перенапруження (високий тиск, прискорене дихання тощо) допоможе *релаксація* (розслаблення).

Слід зауважити, що біологічний зворотний зв'язок від розслаблення такий самий (а можливо, й ефективніший), як від протибольових медикаментів, але він не вимагає грошових витрат і не призводить до залежності. Крім того, релаксація сприяє відновленню загального психофізіологічного стану організму. Сучасні методики розслаблення дуже різноманітні (нервово-м'язова релаксація, контроль над диханням, метод біологічного зворотного зв'язку, афірмації, аутогенне тренування тощо). Це дає змогу забезпечити індивідуальний підхід у їх доборі та використанні;

8) ні у кого не виникає сумнівів щодо цілющого впливу *фізичної активності* на здоров'я людини. Водночас порівняно з XIX століттям обсяг фізичних зусиль людства зменшився в 100 (!) разів. Тому повернення сучасної людини до фізичних вправ і фізичної активності (біг, танці, їзда на велосипеді тощо) не лише корисне для підтримки її фізичного здоров'я, а й дає змогу переживати позитивні емоції, відчуття м'язового задоволення, зменшення напруження, тим самим сприяючи подоланню станів тривожності, депресії, меланхолії. Як підтвердження цього – дослідження 1984 року, у якому взяли участь 43 студентки з ознаками депресії. Учасники двох експериментальних груп мали обрати для себе відвідування занять з аеробіки (тричі на тиждень) або релаксації (чотири рази на тиждень). Учасники контрольної групи не були задіяні в жодній активності. Контрольні зрізи рівнів депресії і загального стану здоров'я проводилися через п'ять і десять тижнів після початку експерименту. Представники першої і другої груп не лише поліпшили свою фізичну форму, а й знизили рівень депресії. Вони говорили про поліпшення самопочуття і зростання бадьорості та енергійності попри певні життєві негаразди;

9) ефективно протидіє стресу *свіже повітря*. Невипадково повне дихання вважають «ключем» до полегшення самопочуття і зцілення.

К. Дінейка у своїй книзі «Рух, дихання, психофізичне тренування» розкриває шляхи відновлення природного типу дихання. Він посилається на думку К. Станіславського, що «основа життя людини – ритм, що дається кожному його природою, диханням». Учений зауважує, що у кожного ритм дихання індивідуальний і залежить від стану здоров'я. Зміна циклів дихання супроводжується змінами кровообігу: коли людина вдихає, прискорюється скорочення м'язів серця, зростає пульсова хвиля, зменшується наповнення периферичних судин кров'ю. Саме тому дихальну гімнастику можна успішно використовувати для регуляції нервових процесів і станів.

Процес повноцінного вдиху і видиху можна уявити так: відчути, як під час вдиху послідовно наповнюються нижні частини легенів (живіт трохи випинається), потім – середні і верхні, під час видиху – навпаки, спочатку опускаються груди, а потім втягується живіт. Важливо знати, що природний тип дихання можна відновити протягом 3-7 днів, але для цього слід 3-4 рази щодня (до приймання їжі) хоча б 2-3 хвилини дихати правильно і згадувати про це впродовж дня.

Наприклад, вправа на відновлення правильного дихання. Зручно сісти, спираючись на спинку стільця. Розслабитися, шию тримати вертикально. Видихнути так, щоб майже одночасно опустилися груди і зменшився об'єм живота. Не дихати, поки приємно. Вдихати, ненапружено випинаючи живіт і розширюючи груди.

Ще один прийом роботи з диханням. Якщо доводиться довго сидіти, то слід через кожні 2-3 години провітрювати легені особливим видихом – 2-3 рази під час подовженого видиху треба вимовляти «фу-фу», щоразу сильно втягуючи живіт.

Приблизно тричі на день (якщо немає змоги гуляти на свіжому повітрі) можна подихати біля відчиненого вікна особливим способом: 10-12 разів



дихати гармонійним повним типом дихання, але, виконуючи вдих, ніби позіхати із закритим ротом. Після подовженого видиху не дихати, поки легко і приємно. Можна збільшувати кількість таких вдихів до 20, якщо не відчуваєте запаморочень (якщо таке спостерігається, це означає, що ваш мозок тривалий час не отримував достатню кількість кисню). Повноцінне забезпечення мозку киснем відновиться через 5-12 днів.

Фізіологи зауважують, що під час відпочинку організм потребує більше кисню, ніж під час навантажень. Для вироблення ритму дихання під час дозованих прогулянок корисно на кожні чотири кроки робити вдих, а видихати, рухаючись «підтюпцем» (зменшуючи довжину кроку);

10) не менш цілющі властивості має *вода* (відомо, що клітини мозку на 70-85% складаються з води). Вона забезпечує ефективну роботу мозку. Часто такі психічні стани, як стрес, депресія, роздратування, супроводжуються саме дефіцитом води в організмі. Загальновідома формула підрахунку доцільного споживання води впродовж дня: масу тіла множимо на три і результат ділимо на сто.

Для розслаблення організму доцільно використовувати гідропроцедури. Згідно з дослідженнями К. Дейла і Ч. Томаса (1997), нейтральна за температурою ванна (35-36°C, тобто не тепліша за температуру тіла) діє заспокійливо, знімає емоційне напруження і нормалізує сон. Розтирання гарячою рукавицею спершу викликає збудження, а потім розслаблення м'язів і зняття нервового напруження. Обгортання мокрим простирадлом є одним із найсильніших заспокійливих засобів, особливо ефективним у стані різкого збудження;

11) розглядаючи ефективні шляхи управління собою в ситуаціях загрози для життя і здоров'я, Пітер А. Левін пропонує цікаву інформацію щодо *аутогенного тренування і візуалізації* (як універсальних підходів для

різновікових груп користувачів). Аутогенне тренування – це техніка релаксації, до складу якої входить комплекс вправ, які викликають відчуття тепла в тілі і тяжкості в кінцівках і торсі, а також це візуалізація, яка дає змогу розслабитися. У самому слові «аутогенний» поєднуються два терміни: *autos* (сам) і *genos* (походження) (з латинської). Тобто ці вправи використовують для себе, для самооздоровлення і самозцілення як на психологічному, так і на фізичному рівнях.

Помічено, що така техніка більше підходить для осіб з розвиненим внутрішнім локусом контролю. Це люди, які краще працюють на самоті, відповідальні, соціально активні, послідовні у вчинках, когнітивно активні, «борці» за своє здоров'я. Вони краще усвідомлюють сенс життя, досить швидко адаптуються, упевнені в собі, захищені, емоційно більш стабільні.

*Фізіологічні ефекти* аутогенного тренування: знижуються серцебиття, ритм дихання, м'язове напруження, вміст холестерину в крові. Зростають альфа-хвильова активність мозку і кровотік до кінцівок.

Тренування показало себе ефективним у лікуванні бронхіальної астми, виразок, геморою, туберкульозу, діабету, ревматизму, головного болю та багатьох інших захворювань.

*Психологічні ефекти* аутогенного тренування: допомагає знизити тривожність (спортсмени, породіллі тощо), пригніченість, втому, підвищити опірність у ситуаціях загрози життю і здоров'ю.

Крім того, Й. Шульц і В. Люте називають ще кілька факторів, які сприятимуть ефективності аутогенного тренування: а) висока мотивація і готовність діяти; б) раціональний рівень самоконтролю і саморегуляції; в) підтримання певного положення тіла; г) мінімізація зовнішніх впливів і концентрація свідомості на внутрішніх відчуттях; д) концентрація уваги на тілесних відчуттях.

Можливі *три позиції аутогенного тренування*:

а) лежачи на спині, стопи ніг злегка розведені, носки спрямовані в різні боки; під ту частину тіла, яка відчуває дискомфорт, можна підкласти подушку; руки вздовж тулуба, але не торкаються його; лікті трохи зігнути; долоні «дивляться догори»;

б) сидячи в кріслі з прямою спинкою, що дає змогу підтримувати голову і тримати прямим хребет; сидниці мають бути перпендикулярні спинці крісла, а сидіння достатньо довгим, щоб підтримувало стегна; руки можуть бути на бокових частинах крісла або на колінах;

в) сидячи на табуреті або стільці з низькою спинкою, щоб не було опори для спини; сісти на край сидіння, опертися ріками на стегна, кисті і пальці рук мають бути вільними; голова також вільно звисає, підборіддя біля грудей; ноги – на ширині плечей, кінчики пальців ніг трохи видно через коліна.

Незалежно від обраної позиції важливо відчути розслаблення тіла і мінімальне напруження м'язів.

Шість початкових стадій аутогенного тренування (перед візуалізацією):

а) концентрація на відчутті тяжкості в руках і ногах (починати з ведучої руки і ноги); б) концентрація на відчутті тепла в руках і ногах (починати з ведучої руки і ноги); в) концентрація на відчутті тепла в ділянці серця; г) концентрація на диханні; д) концентрація на відчутті тепла в ділянці живота; е) концентрація на відчутті прохолоди в ділянці лоба.

Стадії послідовно змінюють одна одну. Перед тим як перейти до наступної, треба досконало засвоїти попередню.

До кожної стадії є інструкції, які слід повторювати тричі:

Стадія 1. Тяжкість. Моя права рука стає важкою...Моя ліва рука стає важкою...Мої руки стали важкими...Моя права нога стає важкою...Моя ліва нога стає важкою...Мої ноги стали важкими...Мої руки і ноги стали важкими.

Стадія 2. Тепло. По моїй правій руці розливається тепло... По моїй лівій руці розливається тепло... По моїх руках розливається тепло... По моїй правій нозі розливається тепло... По моїй лівій нозі розливається тепло... По моїх ногах розливається тепло... По моїх рукам і ногах розливається тепло.

Стадія 3. Серце. Моє серце б'ється рівно і спокійно (повторити 4 рази).

Стадія 4. Дихання. Моє дихання спокійне і рівне. Я дихаю абсолютно легко (повторити 4 рази).

Стадія 5. Сонячне сплетіння. У ділянці сонячного сплетіння розливається тепло (повторити 4 рази).

Стадія 6. Лоб. Мій лоб прохолодний (повторити 4 рази).

Регулярність вправ – 1-6 разів на день упродовж 10-40 хв.

*Візуалізація* – друга стадія аутогенного тренування: уявлення приємних, спокійних сюжетів, які допомагатимуть перенести розслаблення тіла на розслаблення свідомості. Дехто уявляє себе відпочивальником біля річки в теплу, погожу днину або біля каміна суворої, холодної зими, хтось – пташками, які літають у небі, або хвилями, які накочують на берег.

Кожен має вибрати для себе той сюжет, який сприятиме найбільшому розслабленню та отриманню від цього задоволення. Допомогти тут можуть відповіді на такі запитання: 1. Яка погода на картинці, яку ви бачите? 2. Кого там зображено? 3. Які переважають кольори? 4. Які чутно звуки? 5. Що там відбувається? 6. Як ви почуваетесь?

Візуалізація таких сюжетів починається з того, що треба підвести очі догори, – так, ніби ви хочете роздивитися свій лоб. Дослідження доводять, що вже сам цей процес сприяє активізації альфа-хвильової активності мозку.

Наступний крок візуалізації – вибір одного кольору на все поле зору. Потім слід уявити, як із цього кольору вимальовуються картини. Після чого спробувати уявити будь-який предмет на темному тлі. Образ цього предмета

має бути чітким, нерухомим і незмінним упродовж тривалого часу (від 40 до 60 хв.).

Наступна стадія – стадія аутогенної медитації, тобто візуалізація абстрактного поняття (наприклад, свободи). На це може піти від 2 до 6 тижнів.

Потім можна перейти до концентрації на почуттях, уявляючи себе в різних ситуаціях (наприклад, уявити себе на хмарі, яку вітер гонить небом).

Далі візуалізація стосуватиметься інших людей: спочатку тих, до кого ставитеся нейтрально (наприклад, продавець із сусіднього магазину), потім – членів сім'ї і друзів. Передбачається, що така практика сприяє переживанню інсайту щодо стосунків із цими людьми.

Зауважимо, що картинка під час візуалізації має бути живою. Щоб зробити її реальною, слід активізувати максимальну кількість відчуттів: відчутти запахи, почути звуки, побачити кольори і навіть відчутти смак, який може бути на малюнку. Можна уявляти хмари, гори, польові квіти, прохолодний ліс, дерев'яний дім, чисте джерело тощо. У всякому разі візуалізація допоможе зняти стрес і розслабитися.



*Тренувальна вправа.* До неї надаються інструкції, які допоможуть об'єднати всі шість стадій аутогенного тренування в одне ціле. Візуалізація також є частиною вправи.

*Ви стоїте на березі моря. Море неспокійне. Вітер грає хвилями, вони лоскочуть ваші ноги, огортаючи їх приємною прохолодою. Ви бачите людей, які плещуться у воді, сміються, радіють ранку, вдихаючи на повні груди солоне морське повітря.*

*Ви все глибше і глибше заходите у воду. Відчуваєте, як вода підбирається до ваших стегон, грудей. Вам приємно. Ви розслаблені. Відштовхуєтеся від піщаного дна і пливете. Спокійно, насолоджуючись миттю свободи, відчуваючи силу води і водночас її лагідність.*

*Солоня вода огортає все ваше тіло. Воно розслаблене. Ваші думки спокійні і повільні. Вони розслабляються. Ви це відчуваєте. Вам приємно від розуміння цього. Ще кілька хвилин перебування в невагомості води – і ви виходите на берег.*

*Вологий і прохолодний пісок змінюється на сухий і гарячий. Крок, ще крок. Ви лягаєте на пісок. Ваше тіло розслаблене, м'язи невагомі, думки легкі, дихання вільне і спокійне.*

*Вас огортає неймовірний спокій. Крапельки солоної води стікають по вашому тілу. Ви проводите язиком по губах і відчуваєте смак моря. Запам'ятайте його.*

*Вам спокійно і затишно. Вітер заплутався у вашому волоссі. Сонячні промінчики грають на вашому обличчі, ласкаво зігріваючи його.*

*Ви заплющуйте очі. Ваші руки відчують приємне тепло. Вони розслабляються. Спочатку – пальці, потім – долоні, зап'ястя, тепло піднімається вище до ліктів, потім – до плечей. Руки невагомі, неймовірно легкі і теплі.*

*Так само тепло охоплює ваші ноги. Спочатку ступні, потім – литки, стегна. Вони розслабляються. Вам приємне відчуття цієї невагомості і легкості. Ви спокійні. Вам добре.*

*Приємне тепло рухається до живота, потім – до грудей, шиї. Плечі опускаються ще нижче. Напруження спадає.*

*Ваше чоло розгладжується, стає гладеньким. Від цього світлішають думки, м'язи обличчя розслабляються. Нижня щелепа трохи відвисає. Це блаженство.*

*Тіло стає важким і водночас невагомим. Дивне відчуття. Вам спокійно. Ви розслаблені.*

*Вдихаєте запах моря. Відчуваєте його могутню силу і мелодійний плескіт. Море забирає від вас усі тривоги і негаразди. Воно ласкаве до вас, а ви любите його. Ви задоволені. Запам'ятайте цей стан. Запам'ятайте запах моря, шум хвиль, ласкавість проміння сонця і теплого пляжного піску.*

*Повільно розплющить очі. Потягніться всім тілом. Відчуйте задоволення від того, що ваші турботи розтанули на сонці, як торішній сніг. Ви наповнилися силою природи. Вам добре. Ваша голова світла. Думки впорядковані.*

*Ви йдете з пляжу. Заберіть із собою ці відчуття невагомості, спокою, легкості та насолоди.*

*Ви прощаєтеся з морем, але знаєте, що за найменшої нагоди зможете туди повернутися.*

Вправу слід виконувати хоча б один раз на день, краще – двічі (після пробудження і перед вечерею. Промовляння фраз має бути спокійним, з необхідними інтервалами, щоб можна було пережити потрібні відчуття.

Якщо треба розслабитися, слід прибрати одну з вищенаведених поз і повторювати такі фрази:

*Я спокійний. Навколо тихо. Я розслаблений. Моя права рука стає важкою (повторити 4-5 разів). Я відчуваю в ній поколювання. Моя права рука важка, по ній розливається приємне тепло. Стає важкою моя ліва рука (повторити 4-5 разів). Я відчуваю в ній поколювання. Моя ліва рука важка, по ній розливається приємне тепло. Мої руки теплі і важкі (повторити 4-5 разів). Моє серце б'ється рівно. Я розслаблений. Моє серце б'ється рівно і спокійно (повторити 4-5 разів). Я дихаю спокійно і розслаблено (повторити 4-5 разів). Моє дихання вільне (повторити 4-5 разів). Моє сонячне сплетіння відчуває тепло (повторити 4-5 разів). По моєму животу розливається тепло (повторити 4-5 разів). Моє чоло прохолодне (повторити 4-5 разів). Я спокійний. Я розслаблений. Я в повній тиші.*

Згадайте ту картинку, яку ви вибрали для себе самотійно, щоб, уявляючи її, розслабитися.

*Уявіть себе на цій картинці. Спробуйте побачити себе яскраво. Відчуйте це. Станьте одним цілим із зображенням. Почуйте звуки. Подивіться на кольори. Картина розслаблює вас. Ви спокійні. Ваша свідомість у спокої і комфорті. Ваше тіло також спокійне, воно розслаблене, важке. Ви думаєте про своє розслаблене, тепле й важке тіло і про картину, які собі намалювали. Скажіть собі, що ви розслаблені, спокійні, задоволені.*

**Приготуйтеся залишити це місце.**

*Почніть зворотний рахунок від 5-ти. На кожен рахунок ви будете прокидатися, поступово наближаючись до моменту, коли розплющите очі. 5. Ви залишаєте ваше місце. Ви прощаєтеся з ним. 4. Ви знову у своїй кімнаті. 3. Готуйтеся розплющити очі. Перед тим як це зробити, подумайте про те, що ви побачите. 2. Розплющте очі. Зосередьте увагу на будь-якому предметі у вашій кімнаті. Зробіть кілька глибоких вдихів. Коли відчуєте, що готові, випряміть свої руки і ноги. Встаньте і потягніться всім тілом. Ви отримали заряд енергії та бадьорості, можете повертатися до своїх звичайних справ.*

### ОЦІННА ШКАЛА РЕЛАКСАЦІЙНОЇ ТЕХНІКИ

Через тиждень занять спробуйте оцінити кожне з нижченаведених тверджень за 5-бальною шкалою: 1 – цілком правильно; 2 – цілком імовірно, правильно; 3 – не знаю; 4 – цілком імовірно, неправильно; 5 – цілком неправильно.

1. Мені було добре.
2. Я без проблем знайшов(-ла) час для тренувань.
3. Аутогенне тренування допомогло мені розслабитися.
4. Я став(-ла) краще, ніж раніше, справлятися зі своїми справами.
5. Мені легко було опанувати ці вправи.
6. Мені легко було відволіктися від повсякденних вправ, щоб потренуватися.
7. Я не відчував(-ла) втоми після занять.
8. Пальці моїх рук і ніг ставали теплими після тренування.
9. Усі симптоми стресу, які турбували мене до аутогенних тренувань (головні болі, м'язове напруження, тривожність тощо), зникли.
10. Щоразу в кінці тренування мій пульс ставав нижчим, ніж на початку заняття.

12) Окремо слід сказати про комплексні способи подолання стресу. Насамперед сюди слід віднести «допомогу іншим». Працюючи з військовополоненими, заручниками, біженцями, жертвами катастроф, пандемій, психологи зауважують, що вирішальний момент в їхньому одужанні пов'язаний зі співчуттям іншим постраждалим, прагненням їм допомогти, забуваючи про власні негаразди («одужання через взаємодопомогу»). Глибоким змістом наповнені слова Апостола Павла:

«Носіть тягар одне одного, і таким чином виконаєте Закон Христа» (До Галатів 6:4).

Інтерес до інших людей, їхніх проблем дає змогу справлятися з власними проблемами. Здатність «дбати про інших» допомагає успішно долати загрозові для життя і здоров'я ситуації. У такий спосіб люди ефективніше розв'язують проблеми, переоцінюють ситуації. Завдяки таким рисам, як терпимість, толерантність, вміння прощати, людина відчуває зв'язок з оточенням, таким чином допомагаючи собі та дістаючи полегшення;

13) *Віра в Бога* також сприяє звільненню від стресу шляхом зміни уявлень людини про саму ситуацію, вимоги до себе, власні можливості. Щира віра в Бога, його любов і всепрощення дає змогу набагато спокійніше сприймати негаразди повсякденного життя і серйозні випробування долі, такі як ситуація пандемії, а сьогодні ще й війна. Цілющий потенціал має молитва, здатна приносити спокій і внутрішню гармонію в життя людини. Наскільки глибокими за змістом є слова давньої східної молитви: «Господи, дай мені сили, щоб справитися з тим, що я можу зробити (активний вплив на проблему), дай мені мужність, щоб змиритися з тим, чого я не можу зробити (інша інтерпретація і прийняття проблеми), і дай мені мудрість, щоб відрізнити одне від другого» (комплексні способи подолання стресу);

14) І, нарешті, комплексним способом подолання стресу слід вважати *наближення власного способу життя до здорового і врівноваженого*. Відомо, що ті події, які відбуваються з людьми, є наслідком того, як вони живуть, що їдять, як поведуться, яких звичок дотримуються. Для того щоб змінити наслідки, слід змінити їхні причини. Наприклад, відмовитися від шкідливих продуктів і напоїв, поганих звичок, розвинути самоконтроль над



думками й діями, формувати впевненість у собі, приділяти увагу самовдосконаленню тощо.

Важливо навчитися раціонально використовувати свій час, щоб він не лише підтримував життя, а й удосконалював його. В. Фостер зауважує, що нам потрібен час для відпочинку, насолодження товариством друзів і красою світу. А повноцінне життя вимагає часу на те, щоб послухати жайворонка, який заливається радісною піснею, або разом з дитиною відчувати радість, збираючи в лісі проліски. Просто потрібен час, щоб збагачувати наше життя симфонією мистецтва, обертонами і гармонією музики. Життя передбачає, щоб ми відводили час для молитви. А коли спускається ніч, воно пропонує нам подивитися на зірки. Через тисячу років проблеми, якими світ переймається сьогодні, не будуть мати жодного значення.

Якщо в житті щось відбувається не за нашими планами, то настав час удосконалюватися.

#### 4.3. Перебування в надзвичайній ситуації: первинна діагностика учасників освітнього процесу

Первинний зріз диференціації учасників освітнього процесу за ознаками руйнівного впливу на них перебування в надзвичайній ситуації.

*Обґрунтування.* Первинною ланкою психологічної допомоги суб'єктам освітнього процесу в умовах їхнього перебування в надзвичайних ситуаціях є вивчення міри їхньої емоційної напруженості. Дослідження авторського колективу в складі В. Марищука, Ю. Блудова, В. Плахтієнка, Л. Серової показали, що емоційна напруженість викликає тимчасове зниження стійкості психічних і психомоторних процесів, що, відповідно, супроводжується різними досить вираженими вегетативними реакціями і зовнішніми проявами емоцій. Стан напруженості оцінюють на основі аналізу трьох компонентів: зовнішніх

проявів емоцій, вегетативних фізіологічних реакцій, стійкості психічних, психомоторних процесів.

Дослідники запропонували перелік зовнішніх (тілесних) проявів напруженості, які були покладено в основу розробленого нами протоколу.

### ***Зовнішні (тілесні) прояви напруженості:***

1. Емоційні реакції на рівні міміки.
2. Різноманітні виразні рухи (пантоміміка).
3. Прояви скутості як показник розвитку мимовільного напруження м'язів.
4. Прояви тремору (тремтіння) рук, ніг, обличчя.
5. Почервоніння шкіри на обличчі (особливо у вигляді плям), блідість (вазомоторні реакції).
6. Виражені мимовільні рухи очей («блукаючі зіниці»), зокрема помітне розширення або звуження зіниць.
7. Піломоторні реакції («гусяча шкіра», «волосся дибки»).
8. Зміни у фонації та артикуляції мовлення.



*Нижче наведено авторський протокол, призначений для отримання первинного зрізу емоційної реакції учасників освітнього процесу на їхнє перебування в надзвичайній ситуації.*

### **ПРОТОКОЛ ОБСТЕЖЕННЯ 1**

Дата обстеження «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_

П. І. \_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_

Рід занять як учасника освітнього процесу \_\_\_\_\_

*Інструкція.* Ознайомтеся, будь ласка, із сформульованими ознаками. Підкресліть ті з них, які у Вас є.

<i>Емоційна Реакція</i>	<i>Зовнішні ознаки реакції</i>					<i>Зауваження</i>
	<i>міміка</i>	<i>поза/рухи</i>	<i>тремор</i>	<i>вазомоторика</i>	<i>дихання</i>	
<i>Спокій</i>	м'язи обличчя розслаблені	поза розкута/ рухи ритмічні	<i>немає</i>	шкіра звичайного кольору	рівне/ритмічне	
<i>Схвильованість</i>	дещо похмурі чоло, зведені	поза дещо напружена / рухи	легкий тремор пальців	легке почервоніння	дихання прискорене, але ритмічне	

Емоційна Реакція	Зовнішні ознаки реакції					Зауваження
	міміка	поза/рухи	тремор	вазомоторика	дихання	
	брови, кутики губ можуть бути підняті вгору, а губи стиснені	координовані, але відчувається деяка напруженість				
Напруженість	високо підняті брови, зціплені зуби, кутики губ трохи опущені, може бути незначна асиметрія обличчя	рухи помітно напружені, плечі ледь підняті вгору, окремі рухи іноді підсилюються рухом усього тіла, нехарактерна незграбність	помітний тремор пальців	помітне почервоніння або блідість	дихання прискорене і неритмічне	
Виражена напруженість	зуби зціплені, «грають» вилиці, рот неприродно відкритий, іноді оскалений, кутики рота опущені, помітна асиметрія обличчя	помітна скутість, значні зусилля в рухах, іноді всього тіла, виражене порушення координації рухів	тремор рук і ніг	почервоніння плямами	різке прискорення дихання із скороченням фази видиху	
Крайня напруженість	оскал обличчя, смоктальні рухи, губи витягнуті асиметрично вперед	надмірна скутість, тіло «не слухається», рухи не координовані	тремор усього тіла	почервоніння плямами	різке прискорення дихання із скороченням фази видиху, симптоми задухи	

*Примітка.* Можлива комбінованість ознак. Аналіз таких випадків є прерогативою психолога.

На основі диференціації емоційних реакцій учасників освітнього процесу на їхнє перебування в умовах НС особи, які надають допомогу, систематизують виявленість емоційного реагування: «схвильованість», «напруженість», «виражена напруженість», «крайня напруженість».

На другому етапі обстеженню підлягають особи, яких за результатами первинного зрізу віднесено до однієї із трьох груп емоційного реагування на перебування в умовах надзвичайної ситуації: «напруженість», «виражена напруженість», «крайня напруженість». У нижченаведеному протоколі об'єднано п'ять методик, дібраних нами під час емпіричного вивчення питання на вибірці з 98 осіб віком від 14 років (підлітковий вік по завершенні двофазної кризи 13 років).

## ПРОТОКОЛ ОБСТЕЖЕННЯ 2

### 1. Методика вивчення рівнів емоційної саморегуляції (С. Поліщук)

*Інструкція.* Ознайомтеся, будь ласка, з нижченаведеними твердженнями. Обраний варіант позначте знаком «+» залежно від того, як Ви почуваетесь зазвичай. Довго не думайте, правильних або неправильних відповідей не буває.

П. І. \_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_

Рід занять \_\_\_\_\_

#### *Бланк методики вивчення рівнів емоційної саморегуляції*

Твердження	Ні	Більше ні, ніж так	Буває по- різному	Більше так, ніж ні	Так
1. Мені комфортно					
2. Почуваюся в безпеці					
3. Відчуваю розслабленість					
4. Забуваю про повсякденні проблеми, коли буваю на природі					
5. Природа мене заспокоює					
6. У мене є улюблені місця відпочинку на природі					
7. Турбуючись про внутрішню рівновагу, я використовую спеціальні вправи (гімнастику, дихання, медитацію, йогу тощо)					
8. Дістаю задоволення від того, що роблю					
9. Для мене важливо розуміти себе					
10. Аналізую причини свого самопочуття					
11. Умію приймати свої поразки					

Твердження	Ні	Більше ні, ніж так	Буває по- різному	Більше так, ніж ні	Так
12. Мені подобається мій спосіб життя					
13. Я керую своїми емоціями					
14. У мене є свої вподобання					
15. Люблю прогулянки					
16. Не переживаю через дрібниці					
17. Люблю активний спосіб життя					
18. Контролюю себе в складних ситуаціях					
19. Прагну самостійно вирішувати свої проблеми					
20. Для мене важливі мої здобутки					
21. Задоволений(-на) тим, що роблю					
22. Задоволений(-на) своєю поведінкою в складних ситуаціях					
23. У мене вистачить сил, щоб змінюватися					
24. Мені подобаються складні завдання					
25. Хочу змінюватися					
26. Іноді мене приваблюють ситуації небезпеки					
27. Розумію ставлення до себе інших					
28. Не хвилююся з приводу того, що про мене кажуть інші					
29. Мені б не хотілося розчарувати своє оточення					
30. Приймаю себе таким(-ою), яким(-ою) є					
31. Розумію переживання інших людей					
32. Умію ставити себе на місце іншого					
33. Не хочу нікому робити боляче					
34. Маю навколо тих людей, яких поважаю					
35. Можу звернутися по допомогу					
<b>Коефіцієнти</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

### Обробка та інтерпретація результатів

Підрахуйте бали в стовпчиках. Помножте отриманий результат на відповідний коефіцієнт (його зазначено внизу кожного стовпчика). Додайте бали всіх стовпчиків. Отриманий результат відображає, який рівень емоційної саморегуляції (один із нижченаведених) має випробувана особа.

*Високий рівень (140–175 балів).* У таких людей добре розвинена інтуїція, що дає змогу безпомилково обирати для себе місця комфорту і безпеки, оптимальну просторову позицію (облаштування двору, вулиці, вибір місця відпочинку тощо). Мають виражену потребу в русі, активних видах діяльності. Із задоволенням долучаються до бігу, оздоровчих практик. Віддають перевагу прогулянкам, де активно взаємодіють з природою (відчуття дотику трави, піску тощо). Розвинене відчуття захищеності, комфорту, спокою. Якісно оцінюють «сигнали» соціального оточення і внутрішнього стану, де останні є більш значущими. Виразні емоційні переживання. Не подобаються ситуації перебування в сенсорному дискомфорті, порушеному режимі. Пережиті емоції конструюють оптимальну тактику сенсорної взаємодії із середовищем, завдяки чому індивідуальні смаки, звички є сформованими («не люблю гамору», «люблю рано вставати», «не можу жити без солодкого» тощо). Об'єктивно оцінюють власні сили. Схильні накопичувати знання про себе, власні успіхи та поразки, що позитивно впливає на рівень домагань загалом. Неочікувані враження не лякають, а цікавлять. Перешкоди спричиняють не страх, а гнів, агресію. Активно перетворюють окремі неприємні враження в приємні. Захоплюються детективною, пригодницькою літературою. На самопочуття впливає емоційна оцінка соціального оточення. Схильні вирішувати складні життєві питання. Розвинена здатність співпереживати і співчувати. Емоційна впевненість в інших людях, їхніх знаннях. У разі потреби можуть звертатися по допомогу.

*Вищий від середнього (105–139 балів).* Люди обирають для себе комфорт і безпеку, оптимальну просторову позицію (облаштування двору, вулиці, вибір місця відпочинку тощо). Мають потребу в русі і захищеності, спокої. Домівка, одяг, пейзаж допомагають зберегти почуття гармонії, спокою. Зосереджені на навколишньому середовищі і власному самопочутті. Схильні до виразних

емоційних переживань. Важко переживають сенсорний дискомфорт, порушення режиму. Стійка пам'ять на пережиті емоції сприяє формуванню афективного досвіду сенсорної взаємодії із середовищем, впливає на індивідуальні смаки, звички («не люблю гамору», «люблю рано вставати», «не можу жити без солодкого» тощо). Подобається рух, дотримання життєвого ритму. Періодично займаються бігом, оздоровчими практиками. Віддають перевагу прогулянкам. Зазвичай намагаються покладатися на власні сили. Схильні до самопізнання, аналізу причин успіхів і поразок, що, як правило, позначається на рівні домагань. Відкриті до нового досвіду. Мають афективну потребу в небезпеці, яка може виявитися вербально («жахи», захоплення детективною, пригодницькою літературою). Самовідчуття найчастіше визначається емоційною оцінкою соціального оточення. Уміють співчувати. Емоційно впевнені в інших людях, їхніх знаннях. Готові долати перешкоди і звертатися по допомогу до соціального оточення. Невдачі стимулюють до життєвих змін.

*Середній (70–104 балів).* Люди занепокоєні пошуком комфорту і безпеки. Зосереджені на оптимальній просторовій позиції (облаштування двору, вулиці, вибір місця відпочинку тощо). Періодично відчують потребу в русі. Водночас виразною є потреба в захищеності, часто за рахунок соціального оточення. Важко зберігають почуття внутрішньої гармонії, спокою. Порушення потреб знижує працездатність, впливає на настрій. «Застрягання» в емоційних переживаннях. Домінує емоційна ригідність. Невиробленість або порушення режиму значно погіршують самопочуття, спричиняють сенсорний дискомфорт, знижують активність. Стійка пам'ять на пережиті емоції сфокусована на негативних подіях, які стають провідними в досвіді сенсорної взаємодії з навколишнім середовищем, що здебільшого позначається на індивідуальних смаках, звичках. Аутостимуляція радості часто пов'язана з їжею, спілкуванням, переглядом передач, комп'ютерними іграми тощо. Спостерігаються нав'язливі

рухи (постукування ногою, хитання тулуба тощо). Задоволення можуть давати прогулянки на свіжому повітрі, хоча загалом рухова активність є обмеженою. Очікування підтримки і допомоги інших переважає над прагненням розраховувати на власні сили. Аналіз причин успіхів і поразок часто позначається на зниженні самооцінки та рівні домагань. Цікавість до нового досвіду обмежена. Перешкоди лякають, змушують відмовлятися від планів. Ситуації можливої небезпеки позбавляють спокою і впевненості. Самооцінка безпосередньо залежить від емоційної оцінки соціального оточення. Слабко розвинена емпатія. Здебільшого емоційно не впевнені в інших людях, їхніх знаннях, унаслідок чого часто почуваються в небезпеці, не готові звертатися по допомогу. Переживають виразні страхи.

*Низький (35–69 балів).* Панічний пошук зони комфорту і безпеки. Невміння створювати для себе оптимальну просторову позицію (облаштування двору, вулиці, вибір місця відпочинку тощо). Рухи хаотичні, часто позбавлені кінцевої мети. Порушення будь-яких потреб викликає стан надмірної напруженості, знервованості, на тлі чого виразною є схильність до стійких афективних переживань, агресії. Найменші зміни у звичному способі життя деморалізують, спричиняють пригніченість. Оцінка життєвих подій має негативний знак. Великого значення набувають уже сформовані звички і можливість їх дотримуватися, навіть якщо вони шкідливі для здоров'я. Радість і задоволення пов'язані переважно з їжею, переглядом передач, комп'ютерними іграми тощо. Спостерігаються нав'язливі рухи (постукування ногою, хитання тулуба тощо). Рухова активність обмежена лише нагальними потребами. Не мають стабільного життєвого ритму. Виразне очікування підтримки і допомоги від інших. Невпевненість у власних силах. Причини успіхів убачаються у збігах обставин, фортуни тощо. Акцент на невдачах значно знижує рівень домагань. Будь-який новий досвід напружує, викликає дискомфорт. Перешкоди лякають,



змушують відмовлятися від попередніх планів. Ситуації можливої небезпеки позбавляють спокою і впевненості. Самооцінка повністю базується на емоційних оцінках соціального оточення. Нерозвинена емпатія. Недовіра до інших людей, їхніх знань, що спричиняє болісне відчуття небезпеки, самотності, неможливості дістати підтримку від інших. Властиві «втеча» від невдач, прояви агресії, страх звернутися по допомогу.

## 2. Оцінка схильності до нервового зриву (взято з:

Кононець, М. О. (Уклад.), 2014)

П. І. Б. \_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_

Рід занять \_\_\_\_\_

*Інструкція.* Ознайомтеся, будь ласка, з нижченаведеними питаннями. Дайте відповідь, вибравши один із запропонованих варіантів, що найбільше відповідає Вашій поведінці. Позначте у відповідному стовпчику обраний варіант відповіді. Довго не думайте, правильних або неправильних відповідей немає.

Твердження	Варіанти відповідей				
1. Вам важко звернутися до кого-небудь із проханням про допомогу?	Так	Дуже часто	Іноді	Дуже рідко	Ніколи
2. Чи думаєте Ви про свої проблеми навіть у вільний час?	Так	Дуже часто	Іноді	Дуже рідко	Ніколи
3. Коли бачите, що в людини щось не виходить, чи відчуваєте Ви бажання зробити це замість неї?	Так	Дуже часто	Іноді	Дуже рідко	Ніколи
4. Чи довго Ви хвилюєтеся через неприємності?	Так	Дуже часто	Іноді	Дуже рідко	Ніколи
5. Скільки часу ввечері Ви приділяєте собі?	Понад три години	Дві-три години	Одну-дві години	Менше ніж одну годину	Жодної хвилини
6. Чи перебиваєте Ви людину, яка Вам що-небудь пояснює із зайвими	Так	Часто	Залежно від обставин	Зрідка	Ні

Твердження	Варіанти відповідей				
подробницями?					
7. Чи говорять про Вас, що Ви завжди поспішаєте?	Так	Часто поспішаю	Іноді поспішаю, як і всі	Поспішаю тільки в надзвичайних випадках	Ніколи не поспішаю
8. Чи важко Вам відмовитися від смачної їжі?	Так	Часто	Залежно від обставин	Зрідка	Ніколи
9. Чи доводиться Вам робити кілька справ одночасно?	Так	Часто	Залежно від обставин	Зрідка	Ніколи
10. Чи буває так, що під час розмови Ваші думки «літають» десь дуже далеко?	Так	Часто	Трапляється	Зрідка	Ніколи
11. Чи не здається Вам інколи, що люди говорять про нудні й непотрібні речі?	Так	Часто	Іноді	Дуже рідко	Ніколи
12. Чи нервуєтеся Ви, коли стоїте в черзі?	Так	Часто	Іноді	Дуже рідко	Ніколи
13. Чи подобається Вам давати поради?	Так	Часто	Іноді	Дуже рідко	Ніколи
14. Чи довго Ви вагаєтеся, перш ніж прийняти рішення?	Завжди	Дуже часто	Часто	Дуже рідко	Ніколи
15. Як Ви говорите?	Квапливо, скоромовкою	Швидко	Спокійно	Повільно	Поважно

### Обробка та інтерпретація результатів

Підрахуйте бали, зазначені після обраних Вами відповідей.

*Від 45 до 63 балів* – нервовий зрив для Вас – реальна загроза. Перевірте тиск і вміст холестерину в крові. Чи не пора змінити спосіб життя?

*Від 22 до 44 балів* – потрібно ставитися до життя розважливіше й уміти внутрішньо розслаблюватися, знімати напруження.

*Від 21 до 9 балів* – Вам вдасться зберігати спокій і врівноваженість. Намагайтеся й надалі уникати хвилювань, не звертати уваги на дрібниці і не сприймати драматично будь-які невдачі.

*Менше ніж 9 балів* – якщо Ви відповідали чесно і відверто, то єдина загрозна небезпека – це надмірний спокій.

### 3. Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності

(Д. Рассел, М. Фергюсон)

П. І. Б.

Стать \_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_

Рід занять \_\_\_\_\_

*Інструкція.* Вам пропонується низка тверджень. Розгляньте послідовно кожне й оцініть з погляду частоти їхнього прояву щодо Вашого життя за допомогою чотирьох варіантів відповідей: «часто», «іноді», «рідко», «ніколи». Обраний варіант позначте знаком «+». Довго не думайте, правильних або неправильних відповідей немає.

Твердження	Часто	Іноді	Рідко	Ніколи
1. Я нещасливий, коли займаюся багатьма справами наодинці				
2. Мені ні з ким поговорити				
3. Для мене нестерпно бути таким самотнім				
4. Мені не вистачає спілкування				
5. Я відчуваю, начебто ніхто насправді не розуміє мене				
6. Я перебуваю в очікуванні, що люди зателефонують або напишуть мені				
7. Немає нікого, до кого я міг би звернутися				
8. Я зараз більше ні з ким не близький				
9. Ті, хто мене оточує, не поділяють моїх інтересів та ідей				
10. Я відчуваю себе покинутим				
11. Я не здатний бути розкутим і спілкуватися з тими, хто мене оточує				
12. Я почуваюся зовсім самотнім				
13. Мої соціальні стосунки і зв'язки поверхові				

Твердження	Часто	Іноді	Рідко	Ніколи
14. Я вмираю від туги за компанією				
15. Насправді ніхто не знає мене				
16. Я відчуваю себе ізольованим від інших				
17. Я нещасливий, адже мною знехтували інші				
18. Мені важко знаходити друзів				
19. Я почуваюся виключеним та ізольованим іншими				
20. Люди навколо мене, але не зі мною				

### **Обробка та інтерпретація результатів**

Підраховується кількість кожного з варіантів відповідей. Сума відповідей «часто» збільшується на три, «іноді» – на два, «рідко» – на один і «ніколи» – на 0. Отримані результати додаються. Максимально можливий показник самотності – 60 балів.

Високий ступінь самотності – від 40 до 60 балів, від 20 до 40 балів – середній рівень самотності, від 0 до 20 балів – низький рівень самотності.

### **4. Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості (В. Бойко)<sup>25</sup>**

П. І. Б. \_\_\_\_\_  
 Стать \_\_\_\_\_  
 Вік \_\_\_\_\_  
 Рід занять \_\_\_\_\_

*Інструкція.* Вам пропонується низка тверджень. Розгляньте послідовно кожне й оцініть з погляду їхнього прояву щодо Вашого життя за допомогою чотирьох варіантів відповідей: 1 – цілком задоволений; 2 – скоріше задоволений; 3 – скоріше не задоволений; 4 – цілком не задоволений.

Обраний варіант позначте знаком «+». Довго не думайте, правильних або неправильних відповідей немає.

<sup>25</sup> Взято з: Фетискин, Козлов, Мануйлов, 2002, с. 18.

<b>Чи задоволені ви:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Своєю освітою				
Умовами, у яких перебуваєте				
Своїм станом у суспільстві				
Матеріальним становищем				
Житлово-побутовими умовами				
Стосунками з чоловіком (дружиною)				
Стосунками з дитиною (дітьми)				
Стосунками з батьками				
Станом суспільства (держави)				
Стосунками з друзями, найближчими знайомими				
Сферою послуг і побутового обслуговування				
Сферою медичного обслуговування				
Проведенням дозвілля				
Можливістю відпочивати				
Можливістю вибору місця проживання				
Своїм способом життя загалом				

### ***Обробка та інтерпретація результатів***

За кожним пунктом визначається показник рівня фрустрованості. Він може варіюватися від 0 до 4 балів.

Висновки про рівень соціальної фрустрованості роблять з урахуванням величини бала за кожним пунктом. Чим більший бал (середній бал), тим вищий рівень соціальної фрустрованості: 3,5–4 бали – дуже високий рівень фрустрованості; 3,0–3,4 – підвищений рівень фрустрованості; 2,5–2,9 – помірний рівень фрустрованості; 2,0–2,4 – незначний рівень фрустрованості; 1,5–1,9 – знижений рівень фрустрованості; 0,5–1,4 – дуже низький рівень фрустрованості; 0–0,5 – фрустрованості немає (майже немає).

## 5. Методика вивчення тривожності (Ч. Спілбергер)

П. І. \_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_

Рід занять \_\_\_\_\_

*Інструкція.* Уважно прочитайте кожне твердження і закресліть праворуч відповідний бал залежно від того, як Ви в цей час почуваетесь. Над завданнями довго не думайте, правильних або неправильних відповідей немає.

Твердження	Ні, це зовсім не так	Мабуть, так	Правильно	Абсолютно правильно
1. Я спокійний(-на)	1	2	3	4
2. Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3. Я напружений(-на)	1	2	3	4
4. Я жалкую	1	2	3	4
5. Я відчуваю розкату	1	2	3	4
6. Я засмучений(-на)	1	2	3	4
7. Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8. Я бадьорий(-ра)	1	2	3	4
9. Я стривожений(-на)	1	2	3	4
10. Я переживаю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11. Я впевнений(-на) в собі	1	2	3	4
12. Я нервую	1	2	3	4
13. Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14. Я знервований(-на)	1	2	3	4
15. Я не відчуваю напружено, некомфортно	1	2	3	4
16. Я задоволений(-на)	1	2	3	4
17. Я занепокоєний(-на)	1	2	3	4
18. Я надто збуджений(-на) і мені страшно	1	2	3	4
19. Мені радісно	1	2	3	4
20. Мені приємно	1	2	3	4

### Обробка та інтерпретація результатів

Ситуативна (або реактивна) тривожність вимірюється комплексом із 20 тверджень, 10 з яких свідчать про напруженість, неспокій, а решта – що їх немає.

Оцінка стану тривожності. Від суми відповідей на твердження № 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 віднімається сума відповідей на твердження № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. До отриманого результату додається число 50.

Рівні ситуативної (реактивної) тривожності: низький – менше ніж 30 балів; середній – 30 – 45 балів; високий – більше ніж 45 балів.

*Інструкція.* Уважно прочитайте кожне речення і закресліть відповідний бал справа залежно від того, як Ви зазвичай почуваетесь. Довго не думайте, правильних або неправильних відповідей немає.

Твердження	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1. Я задоволений(-на)	1	2	3	4
2. Я швидко втомлююсь	1	2	3	4
3. Я можу легко заплакати	1	2	3	4
4. Я хотів(-ла) би бути таким(-ою) щасливим(-ою), як інші	1	2	3	4
5. Трапляється, я програю, бо недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
6. Я бадьорий(-ра)	1	2	3	4
7. Я спокійний(-на), витриманий(-на) і зібраний(-на)	1	2	3	4
8. Очікування труднощів дуже мене турбує	1	2	3	4
9. Я надто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
10. Я цілком щасливий(-ва)	1	2	3	4
11. Я надто близько все беру до серця	1	2	3	4
12. Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13. Я відчуваюся безпечно	1	2	3	4
14. Я прагну уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15. У мене буває хандра	1	2	3	4
16. Я буваю задоволений(-на)	1	2	3	4
17. Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють	1	2	3	4

Твердження	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
мене				
18. Я так сильно розчаровуюся, що потім не можу про це забути	1	2	3	4
19. Я врівноважена людина	1	2	3	4
20. Мене охоплює сильний неспокій, коли думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

### *Обробка та інтерпретація результатів*

Особистісна шкала самооцінки Спілбергера містить 20 тверджень.

Оцінка стану тривожності. Від суми відповідей на твердження № 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20 треба відняти суму відповідей на твердження № 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19. До отриманого результату додати число 35.

Рівні особистісної тривожності: низький – менше ніж 30 балів; середній – 30–45 балів; високий – більше ніж 45 балів.

***Важливо!*** Інтерпретацію даних, отриманих на другому рівні психологічної допомоги, доцільно розглядати як комплексний пізнавальний процес вивчення особливостей емоційного реагування постраждалих на НС. Діагностичні дані щодо особливостей емоційного реагування можуть *транспонуватися на інші форми поведінки*, які не виявляються на цей час. Інтерпретація інформації може бути спрямована на *генералізацію здатності людини до конструктивної поведінки в НС*.

Інтерпретацію отриманої за двома етапами дослідження інформацію доцільно розглядати як комплексний пізнавальний процес вивчення особливостей емоційного реагування особистості на надзвичайні ситуації. Вона (інтерпретація) може відбуватися не тільки на основі дедуктивних та індуктивних умовиводів, у вузькому розумінні процедури верифікації гіпотези, а водночас і як *екстраполювання отриманої інформації на майбутнє*. Уміння інтерпретувати інформацію є показником здатності психолога синтезувати дані,



а не механічним продуктом постійної схеми. Водночас не варто елімінувати особистість психолога. Навпаки, доцільно враховувати ті негативні фактори, які впливають з його особистого досвіду. Той, хто постійно має справу з діагностикою, має перевіряти себе в процесі інтерпретації на предмет суб'єктивізму, який негативно впливає на об'єктивність кінцевих умовиводів.

### Список використаних джерел

Атватер, И., & Даффи, К. (2003). *Психология для жизни. Упорядочение образа мыслей, развитие и поведение человека наших дней*, Учебное пособие. Москва: Юнити-Дана.

Брайт, Д., & Джонс, Ф. (2003). *Стресс. Теории, исследования, мифы*. Санкт-Петербург: Прайм-Еврознак.

Васильева, О., & Филатов, Ф. (2001). *Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки*, Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Москва: Изд. центр «Академия».

Василюк, Ф. (2003). *Методологический анализ в психологии*. Москва: МГППУ, Смысл.

Гремлинг, С., & Ауэрбах, С. (2002). *Практикум по управлению стрессом*. Санкт-Петербург: Питер.

Гринберг, Дж. (2002). *Управление стрессом*. Санкт-Петербург: Питер.

Деребина, Э. (2004). Как избежать стресса? Влияние функциональных состояний и их саморегуляции на эффективность профессиональной деятельности педагога. *Гуманітарні науки*, 2, 163–166.

Дінейка, К. (1984). *Рух, дихання, психофізіологічне тренування*. Київ: Здоров'я.

Квинн, В. (2000). *Прикладная психология*. Санкт-Петербург: Питер.

Кондаш, О. (1981). *Хвилювання: страх перед випробуванням*. Київ: Радянська школа.

Кононець, М. О. (Уклад.) (2014). *Психологія: Методичні рекомендації до виконання самостійної роботи для студентів усіх спеціальностей денної та заочної форми навчання*. Київ: Політехніка.

Либин, А. (2006). *Дифференциальная психология: на пересечении европейских, российских и американских традиций*, Учебное пособие. Москва: Эксмо.

Малкина-Пых, И. (2005). *Экстремальные ситуации*. Москва: Эксмо.

Никифоров, Г. (2002). *Психология здоровья*, Учебное пособие. Санкт-Петербург: Речь.

Панкратов, В. (2001). *Саморегуляция психического здоровья: Практическое руководство*. Москва: Изд-во Института Психотерапии.

Поліщук, С. (2009). *Методичний довідник із психодіагностики*. Суми: ВТД Університетська книга.

Корольчук, М. (Ред.), Крайнюк, В., Косенко, А., & Кочергіна, Т. (2002). *Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я*, Навчальний посібник. Київ: Інкос.

Ромек, В., Конторович, В., & Крукович, Е. (2004). *Психологическая помощь в кризисных ситуациях*. Санкт-Петербург: Речь.

Рибалка, В. (2005). *Особистісно центроване консультування клієнтів із патогенною психодинамічною неконгруентністю*, Методичний посібник. Київ: КМПУ імені Б. Д. Грінченка.

Сандомирский, М. (2001). *Защита от стресса. Физиологически ориентированный подход к решению психологических проблем (Метод РЕТРИ)*. Москва: Изд-во Института Психотерапии.

Смирнов, Б., & Долгополова, Е. (2007). *Психология деятельности в экстремальных ситуациях*. Харьков: Гуманитарный центр.

Соловьева, С. Л. (2003). *Психология экстремальных состояний*. Санкт-Петербург: Элби.

Тимченко, А. (1997). *Психология в экстремальных условиях. Боевая психическая травма и методы её коррекции*. Харьков: ХВУ.

Цуканов, Б. (2007). *Час у психіці людини*. Одеса: Астропринт.

Шрайднер, К. (1993). *Как снять стресс. 30 способов улучшить свое самочувствие за три минуты*. Москва: Прогресс.

Цигульська, Т. (2000). *Загальна та прикладна психологія. Курс лекцій*. Київ: Наукова думка.

Шапарь, В., Тимченко, А., & Швыдченко, В. (2002). *Практическая психология. Инструментарий*. Ростов-на-Дону: Феникс.

Щербатых, Ю. (2006). *Психология стресса и методы коррекции*. Санкт-Петербург: Питер.

Фетискин, Н. П., Козлов, В. В., & Мануйлов, Г. М. (2002). *Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп*. Москва: Изд-во Института Психотерапии.

## РОЗДІЛ 5. КОНСТРУКТИВНА ВЗАЄМОДІЯ УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ

### 5.1. Критерії конструктивності поведінки учасників освітнього процесу в надзвичайній ситуації

У надзвичайній ситуації дії особи можуть мати різну спрямованість і різний ступінь ефективності щодо цілей спільної діяльності і самого учасника освітнього процесу, його особистісного зростання. Конструктивні дії спрямовані на подолання труднощів та пошук шляхів оптимізації зовнішніх і внутрішніх ресурсів задля збереження фізичного, психологічного здоров'я та соціального добробуту всіх суб'єктів освітнього процесу.

Окремі аспекти, релевантні проблематиці конструктивності поведінки особи в надзвичайних умовах, висвітлено в науковому доробку Н. Гусак і В. Чорнобровкіна. Дослідники розкривають основи психосоціальної підтримки в умовах надзвичайних ситуацій, спираючись на підхід резильєнс (Гусак, 2017). Заслуговують на увагу дослідження В. Зливкова, який вивчав соціальне походження емоційних стресів як інтегративної відповіді особистості на когнітивну оцінку стресогенної ситуації (Зливков, 2016). Цікавими з погляду конструктивності поведінки особи є наукові праці В. Климчука, зокрема присвячені вивченню феномену посттравматичного зростання (Климчук, 2020). Також доречним буде згадати і дослідження С. Хобфолла, де висвітлюються питання профілактики та корекції патогенних реакцій особи на травматичні життєві події (Hobfoll, 2006) та ін. Наведені приклади досліджень, що є

дотичними до нашої проблематики, не вичерпують усього розмаїття наукового пошуку як українських, так і західних учених, але дають підстави говорити про наявність передумов для диференціації досліджуваної нами категорії – *конструктивної поведінки в умовах надзвичайної ситуації*.

Перш ніж перейти до аналізу основних наукових підходів до визначення критеріїв конструктивності поведінки учасників освітнього процесу в надзвичайній ситуації, варто пояснити логіку виокремлення цієї проблематики з-поміж усієї сукупності проблем у межах актуального наукового дискурсу. А для цього слід уточнити зміст понять «надзвичайна ситуація», «надзвичайні умови», «конструктивність».

У Кодексі цивільного захисту України *надзвичайну ситуацію*, у широкому значенні, визначено як «порушення нормальних умов життя і діяльності людей на окремій території чи об'єкті, спричинене аварією, катастрофою, стихійним лихом або іншою небезпечною подією, у тому числі епідемією, яке призвело (може призвести) до неможливості проживання населення на території чи об'єкті, ведення там господарської діяльності, загибелі людей та/або значних матеріальних втрат» (Кодекс, 2020, ст. 2). Натомість поняття *надзвичайні умови* зазвичай вважають більш специфічним й інтерпретують як «виняткові, особливі, надзвичайні обставини, що загрожують життю і здоров'ю людей, мають вплив стрес-факторів, сприймаються та оцінюються як небезпечні, складні, безвихідні ситуації, унаслідок чого підвищують тривожність, емоційну напруженість, створюють психотравмувальний вплив на психіку людини» (Порядок психологічного забезпечення, 2017, ст. 2). Як бачимо, зазначені вище поняття не є тотожними за своєю суттю. Але змістове наповнення одного з них органічно доповнює змістову характеристику іншого, що дає нам підстави для аналізу конструктивності поведінки особистості як соціально та психологічно обумовленої категорії.

Попри значний доробок у царині дослідження поведінкових проявів особи в надзвичайних ситуаціях певні труднощі виникають у зв'язку з аналізом поняття *конструктивна поведінка*. Сучасні наукові дослідження з педагогіки, психології, соціології зосереджуються переважно на визначенні конструктивності поведінки через взаємодію суб'єктів під час діяльності та спілкування. Спроба розмежувати ці поняття спонукала нас до з'ясування основних відмінностей цих концептів, а також необхідності аналізу етимології слова «конструктивний». «Конструктивний» походить від латинського *constructivus*, що означає творчий. У цьому розумінні поняття має три значення: як вибудовування основи для подальшої роботи; як налаштування на творче співробітництво; як досягнення домовленостей, результативності (Яценко, 2013). Інше розуміння поняття ґрунтується на вивченні продуктивності, тобто того, що може слугувати основою для вибудовування нового чи зміцнення вже наявного. Н. Яценко під конструктивністю пропонує розуміти діловий, реалістичний підхід до пошуку шляхів і способів вирішення проблеми. На думку дослідника, конструктивною (раціональною, продуктивною) взаємодія стає в тому разі, якщо вона цілеспрямовано побудована на співпраці учасників і являє собою спільну діяльність зацікавлених одна в одній особистостей; відображає їхні прагнення до самовдосконалення, самоактуалізації, продуктивного вирішення суперечностей; передбачає гнучкість настановлень і поглядів, бажання прийняти і зрозуміти неповторність особистості одне одного (Яценко, 2013). Так, А. Анцупов під конструктивною взаємодією розуміє вид соціальної взаємодії, що характеризується, з одного боку, продуктивністю і результативністю спільної діяльності, а з другого – емоційною задоволеністю процесом і результатом суб'єктів взаємодії (Анцупов, & Шипилов, 2007). А от В. Латинов у своїх наукових пошуках зосереджується лише на об'єктивних характеристиках

взаємодії, оминаючи суб'єктивне особистісне значення ситуації для учасників такої взаємодії (Латынов, 1993). Що, на нашу думку, не враховує всіх змістових характеристик цього поняття. Досить часто на поняття конструктивності ми натрапляємо в роботах, присвячених характеристиці конфліктної поведінки людини, де конструктивність взаємодії постає як одна з можливих стратегій виходу з конфлікту (Анцупов, & Шипилов, 2007). Але, як показує практика, конструктивна поведінка актуалізується не тільки в конфліктних, а і в так званих важких життєвих ситуаціях. Досвід конструктивної взаємодії формується в реальних, різноманітних за змістом, формою і складом учасників ситуаціях взаємодії.

Вітчизняний і зарубіжний науковий доробок (Латынов, 1993; Левин, 2000; Орбан-Лембрик, 2004; Чернявська, 2001; Эммонс, 2004; Coombs, 2010; Triplehorn, 2001) містить велику кількість *класифікацій ситуацій життєдіяльності*, у межах яких і формується той реальний досвід конструктивної поведінки, про який ішлося вище:

- за гостротою перебігу – кризові і катастрофічні ситуації;
- за складністю – прості, важкі і екстремальні;
- за напруженістю – нейтральні і конфліктні;
- за масштабом – повсякденні і проблемні;
- за характером прояву – конфлікти, ситуації фізичної небезпеки та ситуації невідомості;
- за походженням – інформаційні, імовірнісні, ситуації когнітивної складності та поведінкові;
- за принципом виникнення – вільно обрані і нав'язані ззовні.

Чимало науковців акцентують на тому, що актуальним предметом сучасних досліджень конструктивної поведінки мають бути її змістові характеристики, а отже, наявні знання про соціальну взаємодію та методологія

її дослідження можуть стати основою для вивчення основ конструктивності поведінки особи. Також потрібно зазначити, що реалізацію цього завдання полегшують суміжні розробки: вивчення ділової взаємодії (в аналізі проблем ухвалення рішень); у межах концепції транзактного аналізу (людина, аналізуючи інформацію і прогнозуючи ймовірності, здобуває знання для ефективної взаємодії з навколишнім світом); у контексті ідей гуманістичної психології (людська природа від початку характеризується як позитивна, конструктивна); дослідження розмаїття поведінки людини у важкій життєвій ситуації (конструктивні способи додання надзвичайних ситуацій базуються на досягненні мети з опертям на власні сили і здатності особи до прогностичних дій) та ін.

Узагальнюючи підходи до визначення класифікаційних ознак, видається можливим виділити два основних типи ситуацій: *просту (повсякденну)* – звичну для особистості, і *надзвичайну (напружену, складну, екстремальну)* – коли вимоги до особи виходять за межі звичного (норми). Потенційно більш насиченими з погляду формування досвіду конструктивної поведінки є важкі ситуації, хоча з погляду вироблення сукупності вмінь і навичок важливого значення набувають прості ситуації повсякденної взаємодії.

У контексті вищезазначеного актуальною є теза Н. Гусак, що важка ситуація породжується переважно об'єктивними обставинами, але її складність значною мірою визначається суб'єктивним складником (Гусак, 2017). Близьким за змістом є і доробок інших українських учених. Так, М. Дьяченко, Л. Кандибович, В. Пономаренко звертають увагу на важливість суб'єктивного сприйняття надзвичайної (в їхньому тезаурусі – напруженої) ситуації: «напружена ситуація – це таке ускладнення умов діяльності, яке набуло для особи особливого значення. Інакше кажучи, складні об'єктивні умови перетворюються на напружену ситуацію тоді, коли люди сприймають,



розуміють, оцінюють їх як важкі, небезпечні тощо» (Дьяченко, 1985, с. 52). Крім того, будь-яка ситуація передбачає залученість у неї колективного чи індивідуального суб'єктів (у нашому дослідженні – учасники освітнього процесу). Це безпосередньо стосується надзвичайної ситуації, у якій об'єднуються зміст об'єктивної діяльності з потребами, мотивами, цілями, відносинами людини. Тож можна говорити про єдність об'єктивного і суб'єктивного. Об'єктивне – це ускладнені умови і процес діяльності; суб'єктивне – стан, настановлення, способи дій в обставинах, які різко чи докорінно змінилися (Чебыкина, 2014). Спільне, що характеризує вплив надзвичайної ситуації на будь-яку сферу життєдіяльності людини, зокрема і на освітню, – це постання досить складних для суб'єкта завдань, що потребують вирішення в нових умовах, і зміна психічного стану особистості.

У разі настання надзвичайної ситуації важко виокремити сферу життєдіяльності людини, якої б не торкнулися зміни. Яскравим прикладом тут може бути освітня галузь. Проблемні ситуації діяльності відрізняються появою нових завдань, які потребують свого вирішення в надзвичайних обставинах. Такі ситуації вимагають мобілізації пізнавальних здібностей учасників освітнього процесу і їхньої емоційної стійкості. Адже критичні (аварійні) ситуації пов'язані з помітно мінливими умовами, у яких розгортається діяльність. З'являється небезпека появи утруднень у процесі виконання завдань унаслідок часткової чи повної перебудови взаємодії (Туриніна, 2017). Як ніколи актуалізується потреба в налагодженні конструктивної взаємодії між усіма суб'єктами освітнього процесу: керівниками закладів, науково-педагогічними/педагогічними працівниками, учнями, студентами, фахівцями соціально-психологічної служби освітніх закладів, батьками або особами, які їх замінюють.

Взаємодія в освітній сфері характеризується переважно параметрами повторюваності й схожості і сприймається більшістю учасників як звична. У таких ситуаціях людина діє багато в чому на рівні автоматизму, а витрати психічних і фізичних сил залишаються на більш-менш однаковому рівні. Інша справа – надзвичайні ситуації. З огляду на їхню складність, вони вимагають мобілізації додаткових психічних і фізичних ресурсів. Тим складніше перебудувати діяльність таким чином, щоб освітній процес залишався неперервним, доступним та ефективним. Адже поведінка людини в надзвичайних ситуаціях відрізняється від повсякденної (Крюкова, 2004). І хоча у фокусі уваги освітніх закладів перебувають насамперед когнітивні аспекти розвитку особистості, у надзвичайних ситуаціях освіта починає відігравати ключову роль у наданні психологічної та соціальної підтримки учасникам освітнього процесу. Адже наслідки надзвичайної ситуації можуть бути посилені через недостатнє розуміння подій, що відбуваються навколо них, або через обмежений контроль над звичними сферами життя (навчання, викладання тощо). Докладені зусилля в галузі освіти можуть зіграти важливу роль, коли йдеться про допомогу батькам та вчителям, щоб вони змогли зрозуміти, що відбувається, і впоратися зі своєю власною реакцією та реакцією дітей на надзвичайну ситуацію.

Тож *освітній процес у надзвичайних умовах* можна визначити як набір пов'язаних проектних дій, які дають змогу продовжувати структуроване навчання в періоди гострої кризи або тривалої нестабільності. Це освіта, яка сприяє психологічному благополуччю та соціальному добробуту, створює умови для навчання та забезпечує загальний розвиток (соціальний, емоційний, когнітивний і фізичний) особистості в умовах конфліктів і катастроф (Nicolai, 2003). Щоб врахувати в умовах надзвичайної ситуації всі аспекти освітньої діяльності, важливим з погляду її ефективності є осмислення таких

ключових питань: *Чому потрібна освіта в умовах надзвичайної ситуації?; Що таке освіта в надзвичайних умовах?; На кого розрахований освітній процес за таких умов?; Хто залучається до освітнього процесу?; Де і як здійснюється надання освітніх послуг?* Створення таких «дорожніх карт» сприятиме налагодженню конструктивної взаємодії між усіма учасниками освітнього процесу як на міжособовому, так і на інституційному та суспільному рівнях.

Отже, як допомагає неперервний, доступний, ефективний освітній процес в умовах надзвичайної ситуації (Kamel, 2006):

- відвідування навчальних закладів (онлайн-уроків) забезпечує стабільність і рутину в повсякденні;
- це простір, де легітимно думати про інші речі, навчатися і навчати, досягати успіху і думати про майбутнє, своєрідне повернення до нормального життя;
- сприяє зниженню рівня стресу учасників освітнього процесу, зокрема батьків, адже дає змогу виконувати щоденні завдання виживання та звільняє час для забезпечення інших потреб сім'ї;
- дає змогу створити сприятливе середовище, де учасники освітнього процесу, зокрема діти, можуть виражати себе і розмірковувати про свій досвід, а за наявності відповідних ресурсів і конструктивно справлятися зі своїми емоціями тощо.

Яскравим прикладом організації освітнього простору є *глобальна навчальна ініціатива «Зцілювальні класи» (Healing Classrooms)*. Її ініційовано та впроваджено за підтримки Міжнародного комітету порятунку (IRC). «Зцілювальні класи» IRC створено на основі тридцятирічного досвіду роботи в надзвичайних ситуаціях і десятиліття досліджень та польових робіт з тестування й організації таких просторів, де дітям і дорослим пропонується безпечно, звичне місце для навчання та надається підтримка, щоб вони змогли

впоратися з наслідками конфлікту.

Програма Healing Classrooms спрямована на підтримку шкіл та освітян у створенні інклюзивних і сприятливих навчальних просторів, де постраждали (діти і дорослі) від наслідків надзвичайної ситуації можуть опанувати необхідні академічні, соціальні та емоційні навички для повноцінного розвитку свого потенціалу (Creating Healing Classrooms, 2006). Таке бачення охоплює фізичні, психологічні, когнітивні та соціальні виміри життя дітей і молоді. Цей підхід базується на дослідженнях, які показують, що соціально-емоційне навчання сприяє формуванню важливих життєвих навичок, поліпшенню поведінки та підвищенню рівня успішності, а також залученню батьків та об'єднанню їхніх зусиль із зусиллями інших учасників освітнього процесу в спробі налагодити конструктивну взаємодію задля психосоціального благополуччя учнів. Healing Classrooms також допомагає поліпшенню психоемоційного самопочуття вчителів і надає їм можливість вчитися у своїх однолітків – професійних тренерів. Заходи Healing Classroom ґрунтуються на цьому широкому підході з акцентом на тому, як навчання, навчальне середовище та фасилітатори навчання, такі як учителі, можуть сприяти добробуту дітей і молоді. *Щоб такий тип взаємодії був конструктивним, учителі мають відчувати повагу у своїх громадах, а також на своєму робочому місці. Вони також мають бачити, що їхні професійні навички визнають, цінують і що вони варті подальшого розвитку через навчання та постійну підтримку.*

Різні елементи, пов'язані з навчальним середовищем, можуть позитивно вплинути на добробут учнів (термін «учень» тут стосується до будь-якої дитини чи дорослої людини), а навчальні простори мають бути безпечним середовищем для дітей і молоді, де вони не лише захищені від негативних наслідків надзвичайної ситуації, а й здобувають навички, знання, отримують право голосу і здатність захистити себе. Формування у постраждалої від конфлікту молоді

навичок і можливостей утримувати себе і свої сім'ї, брати участь у громадських справах і здійснювати плавні життєві переходи зменшує відчуття безнадійності.

***Навчальна ініціатива «Зцілювальні класи» є ефективною за наявності шести компонентів (Додаток Ж):***

- *безпечне навчальне середовище, спрямоване на психологічне благополуччя та активне навчання;*
- *методи навчання та управління класом, які сприяють психологічному благополуччю та соціальному добробуту;*
- *позитивне і підтримувальне спілкування з дітьми і молоддю;*
- *акцент на охопленні всіх учнів – різноманітні стилі викладання та спілкування;*
- *творча, спортивно-оздоровча діяльність;*
- *активна участь дітей, молоді та інших членів громади в ухваленні рішень у надзвичайних умовах.*

Також у структурі програми «Зцілювальні класи» виділяють ***сім ключових елементів***, які сприяють психосоціальному благополуччю учнів:

- *почуття належності;*
- *відчуття контролю;*
- *почуття власної гідності;*
- *взаємодія з однолітками;*
- *особиста прихильність;*
- *інтелектуальна активність;*
- *відчуття безпеки.*

В Україні ця ініціатива запрацювала після повномасштабного вторгнення Росії. На сьогодні вже понад 300 вчителів, шкільних психологів та соціальних працівників охоплено цією програмою. Вона є корисною передусім для самих учасників програми, адже ввічливі, оперативні, сповнені ентузіазму, спокійні,

терплячі та організовані фахівці є позитивним зразком для наслідування. Зокрема, вчителі, які ефективно працюють з різними учнями (дітьми і дорослими), демонструють потрібні їм навички, щоб успішно орієнтуватися в новому середовищі (наприклад, у школі, на роботі, у суспільстві) і створювати більш позитивне майбутнє.

Отже, *конструктивна поведінка учасників освітнього процесу* – це особливий тип активності, що характеризується своїми, притаманними тільки їй, принципами, стратегіями (способами) і тактиками (прийомами); це здатність особи ефективно (у широкому розумінні цього слова) діяти в складних ситуаціях соціальної взаємодії.

Узагальнення результатів досліджень з проблематики психології надзвичайних ситуацій дало змогу визначити *критерії конструктивності поведінки учасників освітнього процесу в надзвичайних обставинах* (Цукур, 2020):

1. *Ефективність* (оптимізація власних ресурсів задля досягнення бажаного результату: розуміння спільної мети діяльності, спільності і єдності завдань, розуміння мотивів поведінки в різних ситуаціях, адекватність оцінок і самооцінок).

2. *Адаптивність* (здатність швидко пристосовуватися до змін у надзвичайних умовах).

3. *Гнучкість* (здатність швидко й адекватно реагувати на зміни, що виявляється в перебудові наявних способів вирішення задач, у зміні способу реагування, що перестає бути ефективним, на оптимальний чи продуктивний).

4. *Активність* (участь у перетворювальних процесах, які відбуваються внаслідок надзвичайних подій).

5. *Ініціативність* (підтримка старих і налагодження нових зв'язків у надзвичайних умовах).

6. *Стійкість* (урівноваженість, опірність, що дає змогу протистояти життєвим труднощам; зберігати здоров'я і працездатність у надзвичайних ситуаціях).

7. *Критичність* (добір інформації задля перевірки власних гіпотез та побудови прогнозу розгортання подій, що підвищує як адаптивність особи в соціумі, так і ефективність її діяльності в професійному та особистісному аспектах).

8. *Рефлексивність* (здатність до самоаналізу для досягнення бажаного результату, потреба в саморозвитку та самоактуалізації).

У контексті вищезазначеного можемо говорити про кілька *груп ризиків неконструктивності* поведінки учасників освітнього процесу в надзвичайних ситуаціях, зокрема про зовнішні і внутрішні.

До *зовнішніх* ризиків доречно віднести:

- *умови самої надзвичайної ситуації (кожна ситуація є унікальною і супроводжується змінами в різних галузях життєдіяльності як окремої особи, так і суспільства загалом);*
- *соціально-політичну та економічну нестабільність/невизначеність (зумовлює поглиблення наявних проблем на тлі розгортання надзвичайної ситуації);*
- *брак необхідних ресурсів (у цьому контексті – в освітньої організації) для подолання надзвичайної ситуації;*
- *недостатні консолідаційні дії з боку різних суб'єктів, покликаних сприяти запобіганню надзвичайним ситуаціям, їх подоланню (у разі настання).*

До *внутрішніх* ризиків слід віднести:

- *суб'єктивне сприйняття надзвичайної (напруженої) ситуації, адже важка ситуація породжується переважно об'єктивними обставинами, але її складність значною мірою визначається суб'єктивним складником,*

*а будь-яке ускладнення умов діяльності набуває для особи особливого значення;*

- *ступінь залученості колективного чи індивідуального суб'єктів (у нашому контексті – учасників освітнього процесу). Це безпосередньо стосується надзвичайної ситуації, у якій об'єднуються зміст об'єктивної діяльності з потребами, мотивами, цілями, відносинами людини;*
- *постання складних для суб'єкта завдань, що потребують вирішення в нових умовах, і зміна психічного стану особистості;*
- *ступінь готовності особи до формування нових якостей (зокрема і до конструктивної поведінки) та/або залучення додаткових ресурсів;*
- *неможливість повноцінної реалізації особою своїх мотивів, прагнень, цінностей, інтересів тощо.*

Також треба зважати на те, що в основі успішної організації навчального процесу лежить конструктивна взаємодія всіх суб'єктів освітнього процесу. *Конструктивну взаємодію суб'єктів освітнього процесу* визначають як вид соціальної взаємодії, що характеризується, з одного боку, продуктивністю і результативністю спільної діяльності, а з другого – емоційною задоволеністю процесом і результатом усіх суб'єктів взаємодії; як здатність людини конструктивно організувати свою поведінку в складних ситуаціях соціальної взаємодії.

Описані критерії було взято за основу під час дослідження психологічної готовності учасників освітнього процесу до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях.



## 5.2. Зміст взаємодії учасників освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації: процедура дослідження та результати

Пропоноване дослідження є спробою комплексного вивчення психологічної готовності учасників освітнього процесу до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях. Наразі ми зосередили свою увагу на презентації дизайну дослідження та його результатів, які стосуються змісту взаємодії в освітньому просторі в надзвичайних умовах. Сподіваємося, що описаний інструментарій та можливість його застосування стануть у пригоді під час подальшого вивчення проблематики, а також у практичній діяльності освітян для прогнозування та планування власної діяльності.

*На першому етапі* – теоретико-аналітичному – визначено та обґрунтовано критерії конструктивності поведінки учасників освітнього процесу (детально представлені в підрозділі 5.1), які на другому (емпіричному) етапі склали основу для подальшого дослідження уявлень учасників освітнього процесу про конструктивну поведінку в надзвичайних ситуаціях. Щоб отримати інформацію про ступінь залученості до освітнього процесу, готовності до дій у нових умовах, про досвід учасників освітнього процесу щодо організації навчання в надзвичайній ситуації (*на прикладі дистанційного/онлайн-навчання в умовах пандемії COVID-19 як надзвичайної соціально-психологічної, медичної та політико-економічної ситуації*), застосовано кількісні методи дослідження. Для реалізації поставленого завдання розроблено анкету «Освіта в умовах COVID-19» (у співавторстві), де психологічними індикаторами стали: актуальна оцінка ситуації із запровадження карантину; ставлення до карантину; поведінка в ситуації карантину; навчання в умовах НС (організація освітнього процесу в ситуації пандемії COVID-19); взаємодія учасників освітнього процесу. Дані збирали за допомогою гугл-форми (обсяг стихійної вибірки становив 6500 осіб з різних регіонів України) у період з березня по травень 2020 року. Оскільки

формування вибірки в онлайн-просторі має свої особливості щодо репрезентативності, отримані результати ми використовували для виділення загальних патернів поведінки учасників освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації.

Отже, параметри сукупної вибірки можуть бути проілюстровані за допомогою аналізу відповідей на запитання «Яка Ваша роль в освітньому процесі?»: 1) науково-педагогічний/педагогічний працівник (27,6%); 2) учень (22,2%); 3) студент/курсант (13,4%); 4) батько/мати (33,5%); 5) прабатьки, керівники закладу (менше ніж 1%) (рис. 5.2; 5.3):

ВАША РОЛЬ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ:  
6 500 ответов



Рис. 5.2. Учасники освітнього процесу

Відповіді на запитання «Якою мірою в умовах карантину Ви залучені до освітнього процесу?»: 1) мінімально (7,7%); 2) дотично (9,9%); 3) посередньо (18,7%); 4) залучений (21,3%); 5) максимально залучений (42,4%).

Відповіді на запитання «Якою мірою в умовах карантину Ви стурбовані зміною умов освітнього процесу?»: 1) мінімально (12,5%); 2) достатньо (13,5%); 3) посередньо (20,7%); 4) стурбований (20,4%); 5) дуже стурбований (32,9%).

Відповіді на запитання «Якою мірою в умовах карантину Ви орієнтуєтесь в нових умовах освітнього процесу?»: 1) мінімально (8,5%); 2) недостатньо

(12,7%); 3) посередньо (21,6%); 4) орієнтуюсь (31,5%); 5) орієнтуюся вільно (25,7%).

Відповіді на запитання «Якою мірою в умовах карантину Ви готові до онлайн-навчання в ситуації COVID-19»: 1) мінімально (12,1%); 2) недостатньо (12,9%); 3) посередньо (20,3%); 4) готовий (24,6%); 5) готовий максимально (30,1%).

1. ЯКОЮ МІРОЮ В УМОВАХ КАРАНТИНУ ВИ: (оцініть за 5-ти бальною шкалою, де 1 – мінімально, 5 - максимально)

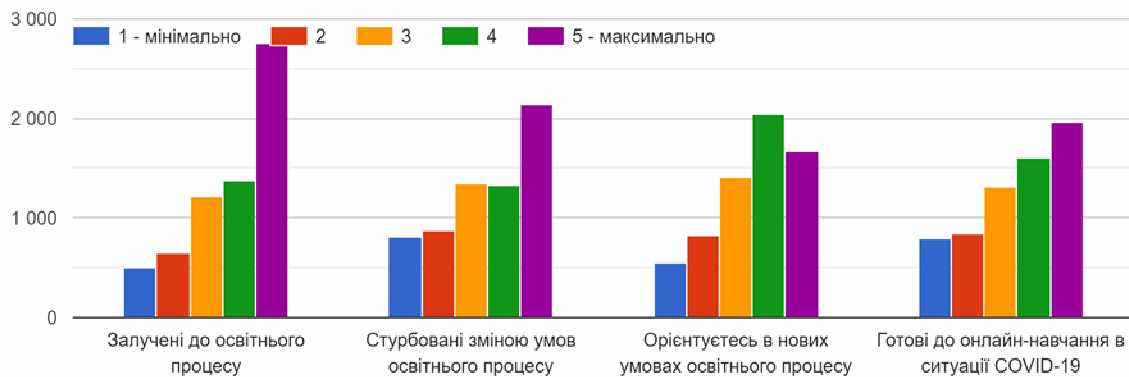


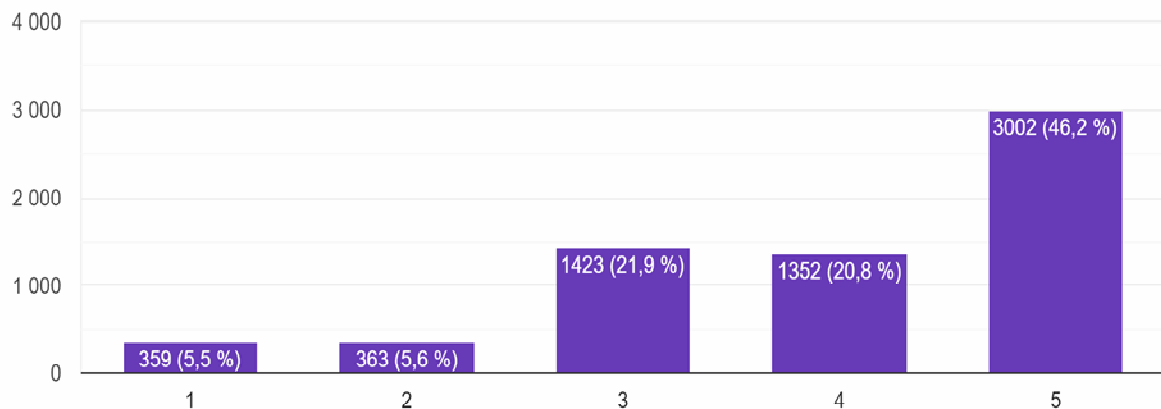
Рис. 5.3. Залученість до навчального процесу і готовність до його здійснення

Більшість опитаних учасників освітнього процесу (див. рис. 5.2) досить вільно орієнтуються в нових умовах, продиктованих карантинними обмеженнями, і готові до організації та здійснення навчання в онлайн-форматі (дистанційного навчання) і до активного долучення до такого навчання. Водночас більшість респондентів відчувають занепокоєння через зміну умов освітнього процесу, що може бути пов'язано з новизною ситуації, її невизначеністю (брак інформації про тривалість та ймовірні наслідки такого формату взаємодії). Крім того, готовність самих учасників освітнього процесу ще не говорить про підготовленість самої освітньої системи до таких змін, що теж може викликати відчуття стурбованості.

Інформативними, з погляду вивчення уявлень учасників освітнього процесу щодо надзвичайної ситуації, є питання, що стосується їхнього ставлення до запровадження карантину в закладах освіти. Респондентам було запропоновано оцінити за декількома параметрами, що для них означає перехід на дистанційне навчання в умовах карантинних обмежень. Майже половина опитаних (46,2%) цю ситуацію визначили як надзвичайну для них, і тільки, 5,5% респондентів поставилися до неї як до звичної (рис. 5.4). Можна припустити, що звичною вона може бути для тих учасників освітнього процесу, які раніше вже мали досвід роботи в дистанційному режимі (карантинні обмеження у зв'язку із сезонним захворюванням на грип, домашнє навчання).

### 3.1 КАРАНТИН У ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ, ЗУМОВЛЕНИЙ COVID-19, ДЛЯ ВАС ЦЕ:

6 499 ответов



*Пам'я*

*тка: звична ситуація 1 2 3 4 5 надзвичайна ситуація*

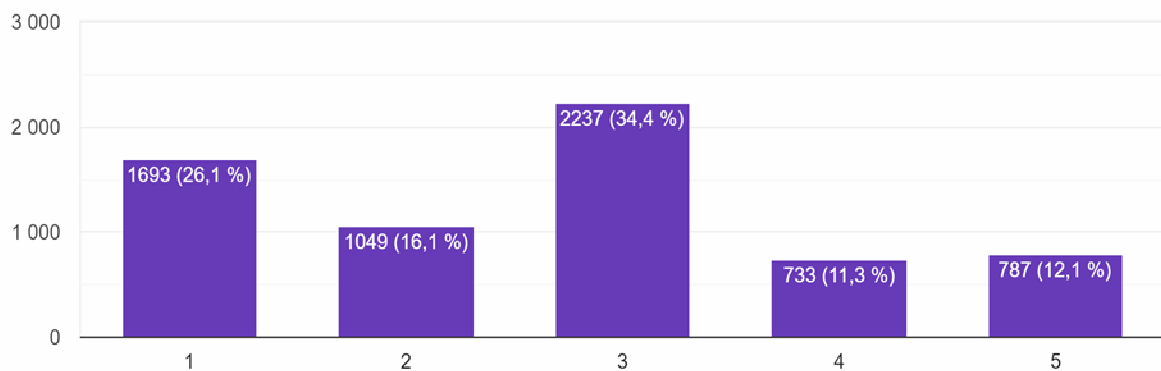
Рис. 5.4. Карантин у закладах освіти, зумовлений COVID-19, для Вас це...?

Також варто зазначити, що карантин у закладах освіти, зумовлений COVID-19, майже третина учасників освітнього процесу (34,4%) охарактеризували як час для змін і тільки 12,1% респондентів висловилися за

необхідність збереження усталених форм взаємодії (класна робота, безпосереднє спілкування з учителями, учнями та батьками) (рис. 5.5). Така значна підтримка необхідних (у нашому випадку – вимушених) змін може свідчити про готовність учасників освітнього процесу до конструктивних перетворень у системі освіти за об'єктивних, іноді, як це відбулося з карантинними обмеженнями, навіть не залежних від них умов.

#### 3.4. КАРАНТИН У ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ, ЗУМОВЛЕНИЙ COVID-19, ДЛЯ ВАС ЦЕ:

6 499 ответов



*Пам'ятка: час змін 1 2 3 4 5 збереження усталених форм взаємодії*

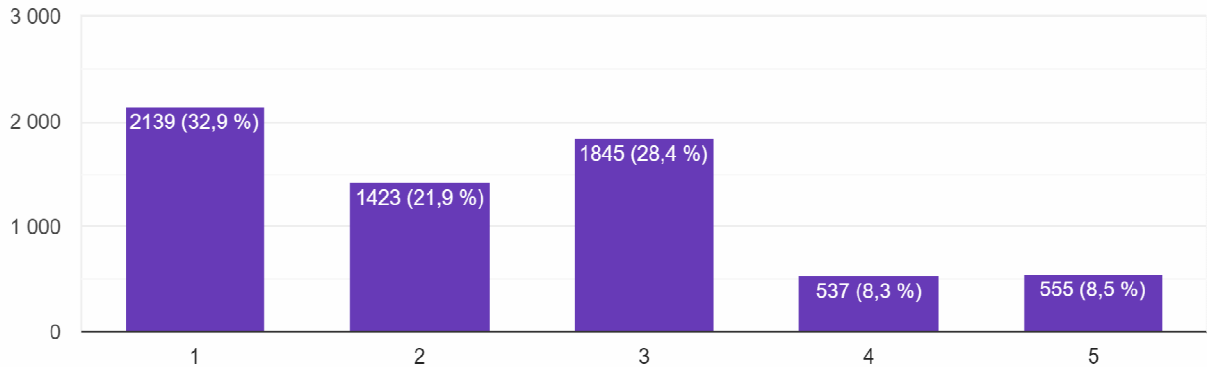
Рис. 5.5. Карантин у закладах освіти, зумовлений COVID-19, для Вас це...?

Запитання «Карантин у закладах освіти, особисто Ви використовуєте для...?» дало змогу учасникам освітнього процесу поміркувати над тим, як особисто вони використовують карантинні обмеження, на що спрямовують свої зусилля. Отримані відповіді свідчать про те, що 32,9% (третина) респондентів прагнуть адаптуватися до нових умов і тих викликів, які виникають у їхньому житті, а 8,5% зазначили, що живуть у звичному режимі (рис. 5.6). Інформативним є те, що, відповідаючи на це запитання, майже 30% учасників освітнього процесу відчували труднощі і не змогли чітко визначитися, що для

них є пріоритетним у новій ситуації і чи взагалі готові вони до прийняття і, відповідно, активних дій у нових умовах.

#### 4.1. КАРАНТИН У ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ, ОСОБИСТО ВИ ВИКОРИСТАЄТЕ ДЛЯ:

6 499 ОТВЕТОВ



*Пам'ятка: адаптація до нових умов 1 2 3 4 5 звичний режим*

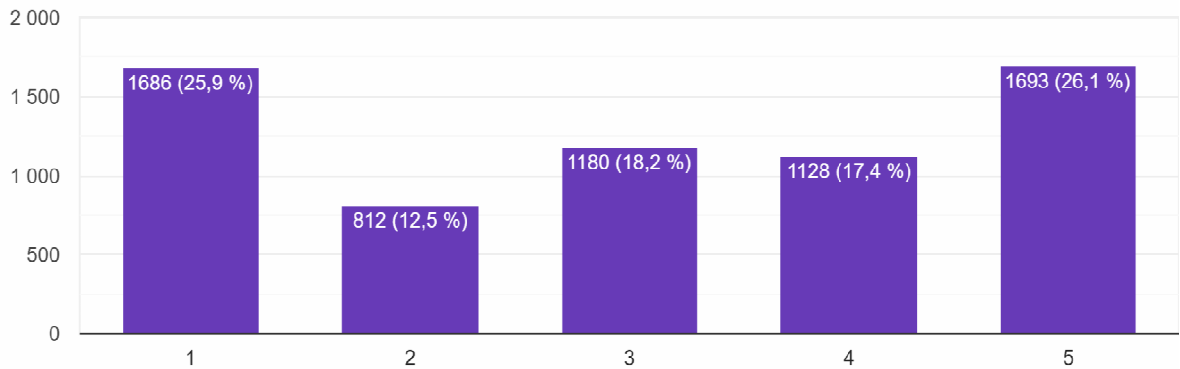
Рис. 5.6. Карантин у закладах освіти, особисто Ви використовуєте для...?

Цікавим з погляду аналізу та інтерпретації є питання про безпосередньо дистанційне навчання, його доступність. Майже однакова кількість респондентів обрали полярні значення: доступне – 25,9%, а для 26,1% учасників освітнього процесу дистанційне навчання потребує докладання додаткових зусиль (рис. 5.7). Це може бути пов'язано як з наявністю чи браком зовнішніх і внутрішніх ресурсів для здійснення діяльності, так і з готовністю особистості загалом конструктивно діяти в надзвичайних умовах.

За допомогою якісних методів дослідження ми спробуємо глибше вивчити ресурсний складник готовності особи до дій у надзвичайній ситуації.

## 5.1. ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ПІД ЧАС КАРАНТИНУ ОСОБИСТО ДЛЯ ВАС:

6 499 ответов



*Пам'ятка: доступне 1 2 3 4 5 потребує додаткових зусиль*

Рис. 5.7. Дистанційне навчання під час карантину особисто для Вас...?

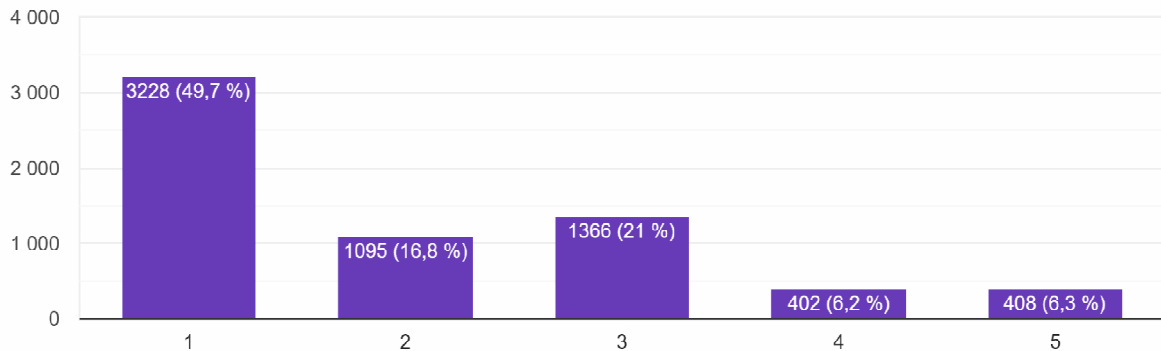
Одна з головних тез нашого дослідження стосується важливості налагодження конструктивної взаємодії між усіма учасниками освітнього процесу як однієї з умов вибудовування ефективного та безпечного освітнього простору, що набуває особливої актуальності в надзвичайних умовах. Це сприятиме опірності особистості й загалом системи освіти негативним впливам надзвичайних ситуацій і допоможе зменшити небажані наслідки.

Відповіді на запитання про взаємодію учасників освітнього процесу свідчать про важливість цього складника як такого, що позитивно впливає на психологічне благополуччя усіх суб'єктів освітнього процесу завдяки врахуванню індивідуальних потреб кожного з них (рис. 5.8). Лише 6,3% опитаних вважають налагодження повноцінної, а не фрагментарної взаємодії між усіма учасниками освітнього процесу в онлайн-просторі зайвим процесом, що відволікає від виконання освітніх завдань. Що цілком підтверджує наведену

вище тезу й актуалізує дослідження цієї проблематики в межах соціальної психології і психології надзвичайних ситуацій.

#### 7.2. ВЗАЄМОДІЯ ВЧИТЕЛІВ (ВИКЛАДАЧІВ) ТА ШКОЛЯРІВ (СТУДЕНТІВ) В ОНЛАЙН-ПРОСТОРІ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ ВАС ОСОБИСТО:

6 499 ответов



*Пам'ятка: важливий складник 1 2 3 4 5 зайвий процес*

Рис. 5.8. Взаємодія вчителів та учнів в онлайн-просторі в умовах дистанційного навчання для Вас особисто...?

Отже, згідно з попередніми результатами дослідження можемо констатувати, що вибудовування учасниками освітнього процесу цілеспрямованої взаємодії в умовах надзвичайної ситуації є вкрай необхідним та ефективним з погляду не лише навчальної діяльності, а й психосоціальної підтримки всіх суб'єктів взаємодії. Саму надзвичайну ситуацію освітяни сприймають як час для змін, що потребує фізичної, соціально-психологічної та професійної адаптації до нових умов. Водночас учасники освітнього процесу наголошують на необхідності посилення рівня доступності (у надзвичайних умовах) до освітніх послуг усіх суб'єктів, створення сприятливих і рівних можливостей для їхнього гармонійного розвитку (особливо це стосується дітей як найбільш вразливої категорії населення).



Порушуючи питання про адекватність дослідницьких процедур, які можуть бути застосовані до вивчення змісту взаємодії учасників освітнього процесу та конструктивності їхніх дій в умовах надзвичайної ситуації, насамперед слід звернути увагу на різнорівневність складників, конституенти яких, безсумнівно, перебувають на різних рівнях соціальної реальності, котра, відповідно, є текстуальною. Отже, специфіка її феноменів не може бути розкрита поза закономірностями мовного конструювання, а тому проблема, що є фокусом дослідження, є соціально сконструйованою (і має текстуальну природу). Ми вже наголошували вище, що актуальним предметом сучасних досліджень конструктивної поведінки мають стати її змістові характеристики, тобто наявні знання про соціальну взаємодію і методологія її дослідження можуть стати основою для вивчення засад конструктивності поведінки особистості.

*Другий етап* (емпіричний) дослідження стосувався обґрунтування доцільності вибору якісних методів для дослідження змісту взаємодії учасників освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації (Strauss, & Corbin, 1998). Зміст взаємодії, її смислове навантаження розкриваються на рівні окремих контактів і дій, які здійснюються в межах конкретного соціального контексту (у нас таким контекстом є дистанційне / онлайн-навчання в умовах пандемії COVID-19).

Обґрунтовано доцільність використання *технології тематичної структуризації* як відповідного інструментарію. Пропонована технологія ґрунтується на використанні корпусно орієнтованого підходу і дає змогу здійснювати моніторинг освітянського дискурсу в умовах надзвичайної ситуації (Кочубейник, 2018). Аналіз виокремлених тематичних груп може бути корисним не лише для прогнозування змін в освітній сфері, а й для вибудовування комунікативного простору освітнього середовища в

надзвичайних умовах. Його можна застосовувати як на інституційному (у межах організації), так і на суспільному (прогнозування суспільних перетворень в освітній галузі) рівні. Адже, крім власного уявлення про надзвичайну ситуацію кожного учасника освітнього процесу, в освітньому середовищі важливими є уявлення освітян як колективного суб'єкта (від цього напряму залежить успішність організації конструктивної взаємодії).

***Технологія тематичної структуризації*** передбачає:

*1. Формування репрезентативного корпусу текстів відповідної проблемної галузі та розроблення інформаційно-пошукового тезауруса предметної сфери.*

Тематичний репертуар визначає набір тем і ступінь їхньої актуальності в соціумі в конкретний момент часу. Аналіз проблематики конструктивності поведінки учасників освітнього процесу в надзвичайній ситуації передбачає виокремлення тем дискурсу – як у динамічному, так і в статичному вимірі. Сутність динамічного дослідження полягає в тому, щоб визначати і фіксувати зміни тематики з плином часу, а статичного – у визначенні теми або сукупності тем, що обговорюються в певний період часу одним або декількома суб'єктами освітнього процесу.

На прикладі освітньої сфери можна говорити, що конструктивна взаємодія є сукупністю дискурсивних практик, що ідентифікують учасників і формують конкретну тематику освітянської комунікації в умовах надзвичайних подій. Інакше кажучи, такий дискурс конституюється, з одного боку, сукупністю тем, що стають предметом обговорення, а з другого – прийнятими мовними способами обговорення цих тем (дискурсивними практиками).

*2. Залучення експертного знання з досліджуваної проблемної сфери* (це уможливорює дотримання основної вимоги репрезентативності вибірки: різноплановість феноменології, оскільки різнопланова спеціалізація експертів

автоматично означає, що вони будуть «озвучувати» ті аспекти досліджуваного феномену, які відповідають їхній сфері інтересів. Водночас ця різноплановість може бути і процедурою тріангуляції даних, що дає змогу визначити справді значущу, наскрізну феноменологію).

На основі експертної оцінки можна сформувати список тем, який буде покладено в основу інформаційно-пошукового тезауруса. Варто уточнити, що тезаурус тлумачать як певним чином організовану сукупність слів-термінів, що описують проблемну сферу. Найбільш продуктивний спосіб складання тезауруса передбачає експлікацію апріорних знань експерта щодо проблемної сфери і модифікацію цих знань у процесі збирання реального текстового матеріалу (Кочубейник, 2018).

До кожної тематичної групи розробляють набір дескрипторів, що описують простір освітянського дискурсу у сфері публічних взаємовідносин. Дескриптори – ряд словоформ мови, який у самому тексті свідчить про обговорення відповідної теми (є репрезентантами концептуальної змінної (теми) в конкретних текстах) (приклад наведено в Додатку К).

Проведені інтерв'ю з експертами – фахівцями психологічної служби (психологом і соціальним педагогом) ЗОШ I-III ступеня №29 Оболонського району м. Києва (суть роботи полягає в пошуку оптимального способу взаємодії дитини, її родини, усіх учасників педагогічного процесу), викладачами кафедри психології Інституту соціальних технологій Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» (навчальні дисципліни – «Психологія соціальної роботи», «Соціальна психологія» тощо), фахівцями Оболонського районного у м. Києві центру соціальних служб – фахівцями із соціальної роботи та психологом (сімейні форуми виховання, допомога сім'ям з дітьми), науковими співробітниками Інституту соціальної та політичної психології НАПН України (упровадження освітніх реформ, вивчення психологічної

готовності до конструктивної поведінки в умовах надзвичайної ситуації) – дали змогу виокремити ті сегменти соціально-освітнього простору, де найбільшою мірою проявляється надзвичайна ситуація, а також визначити *індикатори, що свідчать про актуалізацію тем, які впливають на освітню галузь і дії учасників освітнього процесу в умовах НС:*

- формування безпечного освітнього середовища в умовах надзвичайної ситуації;
- підвищення авторитету вчителя у повсякденному житті людей в умовах надзвичайної ситуації;
- зниження авторитету освітніх організацій, низький рівень освіти;
- спроможність закладу освіти (зокрема і в технічному аспекті) забезпечити надання якісних освітніх послуг в умовах надзвичайної ситуації;
- зменшення освітнього тиску в різних сферах, таких як практики, цінності, переконання;
- перехід навчання в цифровий простір;
- недостатня увага освітніх інститутів до сучасних викликів;
- уніфікація навчальних програм для школярів/студентів;
- потреба у формуванні нових чи додаткових умінь та навичок в учасників освітнього процесу;
- ненапрацьованість єдиних принципів та критеріїв організації дистанційного навчання;
- поглиблення формальності аудиторного навчання та збільшення кількості завдань на самостійне опрацювання;
- зміна підходів до викладання та оцінювання знань;
- втрата сталої системи цінностей, відмова від старих цінностей і формування нових;

- брак консолідаційних дій з боку різних суб'єктів, покликаних сприяти запобіганню надзвичайним ситуаціям і їх подоланню (у разі настання);
- постановня перед суб'єктом складних для нього завдань, що потребують вирішення в нових умовах, та зміна психічного стану особистості;
- ступінь готовності особистості до формування нових якостей (зокрема і до конструктивної поведінки) та/або залучення додаткових ресурсів;
- брак можливостей для повноцінної реалізації особистістю своїх мотивів, прагнень, цінностей, інтересів тощо.

3. *Систематизація отриманих відповідей* (опис ключової феноменології).

Така систематизація дала змогу виокремити *три тематичні групи*, де перша містила відповіді, які стосувалися актуальних проблем освітньої сфери в умовах надзвичайної ситуації, друга – описувала ресурсний складник (зовнішні і внутрішні ресурси), третя – містила перелік тем, що висвітлювали уявлення учасників освітнього процесу щодо конструктивних дій в умовах надзвичайної ситуації. Утворені тематичні групи покладено в основу *моделі тематичної структури освітянського дискурсу в просторі публічної комунікації в умовах НС* (табл. 5.1).

Сформована теоретична вибірка, як один із складників якісного блоку дослідження, стала тим параметром, що забезпечив валідність у виокремленні релевантних даних та відповідність поставленим завданням (Довгань, 2020). Важливо, що гнучкий характер теоретичної вибірки (варіативність протягом процесу дослідження) сприяв охопленню спектру явищ, що є значущими в освітній сфері. Загалом було вивчено 89 текстів, що описують освітній процес в умовах карантину в просторі публічної сфери. Добір та аналіз текстів проводилися доти, поки всі групи тем, що стосувалися змісту взаємодії учасників освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації з огляду на

визначені критерії, не було розглянуто і виокремлення нових змістових характеристик не зупинилося.

Таблиця 5.1

**Модель тематичної структури освітянського дискурсу  
в просторі публічної комунікації в умовах НС**

<i>Тематичні групи</i> <i>Рівні розгортання дискурсу</i>	<i>Актуалізовані проблеми</i>	<i>Ресурси</i>	<i>Уявлення щодо конструктивних дій в умовах НС</i>
Міжособовий	спроможність особистості до опанування НС	внутрішні і зовнішні ресурси УОП	актуальна оцінка НС ставлення до НС поведінка в НС уявлення про наслідки НС
Інституційний (на рівні організації)	організація освітнього процесу в НС, взаємодія учасників освітнього процесу в НС	внутрішні і зовнішні ресурси організації	
Суспільний	спроможність суспільства до опанування НС	внутрішні і зовнішні ресурси громади	
<i>Критерії аналізу ТГ</i>	<p align="center"><b>Модальність</b> <b>Часово-просторова конгруентність</b> <b>Позиція в комунікації</b> <b>Ставлення: до ролей в події; до самої надзвичайної ситуації</b></p>		

З огляду на знання про об'єкт дослідження було відібрано ті матеріали, які є релевантними обраній проблематиці. Оскільки на цьому етапі нас цікавило саме виокремлення актуальних тем освітянського дискурсу, дискурсивний аналіз здійснювався в період з 1 січня по 31 травня 2021 року на основі семи інформаційних джерел.

1. Батьки SOS – сторінка у Facebook, основною метою громадської організації є висвітлення проблем сучасної освіти та пошук шляхів їх вирішення.
2. Освіта.ua – вебсайт, присвячений освіті в Україні і за кордоном.

3. Освітній портал – вебсайт, присвячений актуальним питанням освіти в Україні.
4. «Дзеркало тижня» – українське інтернет-видання, створене у 2001 році (розділ «Освіта»).
5. «Проблеми освіти» – електронне періодичне наукове видання.
6. Форум освіта.ua – дискусійна платформа, створена для обговорення актуальних питань у сфері освіти.
7. Інноваційний освітній форум – платформа, що об'єднує освітян.

Критеріями добору текстів для дискурс-аналізу стали:

1. Тематична відповідність текстів фокусу проблеми. Цей критерій дав змогу виділити основні тематичні презентації досліджуваного явища. Тому доцільним був відбір текстів, які містять одну тему, що проходить через увесь зміст. Це дало змогу зосередитися на аналізі конкретного досліджуваного явища без ризику розпорошення уваги на додаткові (супутні, паралельні) теми.

2. Змістова насиченість текстів. Тексти за цим критерієм добирали, по-перше, на основі їхньої інтертекстуальності. По-друге, звертали увагу на модальність, яка відображає особисте ставлення того чи іншого автора до повідомлення.

3. Заданий контекст (контекстуальність). Цей критерій дав змогу визначити темпоральні (минуле, теперішнє, майбутнє) і просторові (де саме) особливості розгортання освітянського дискурсу, а також проаналізувати, знайшли чи не знайшли відображення в змістовому наповненні тексти актуального соціального контексту.

Оскільки учасники освітнього процесу конструюють свої уявлення про надзвичайну ситуацію в процесі взаємодій відповідно до соціального контексту і їх виявлення відображається в дискурсі, увагу зосереджено саме на змістових характеристиках взаємодії на різних рівнях (табл. 5.2-5.4).

Таблиця 5.2

**Тематична структура освітрянського дискурсу в просторі публічної комунікації в умовах НС (міжособовий рівень)**

<i>Рівні розгортання дискурсу</i> <i>Тематичні групи</i>	<i>Актуалізовані проблеми</i>	<i>Ресурси</i>	<i>Уявлення щодо конструктивних дій в умовах НС</i>
Міжособовий	<p><i>Основні тематичні блоки:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– психологічний стан (підвищена тривожність, невизначеність та занепокоєння);</li> <li>– важливість рутини для повернення до почуття нормальності життя;</li> <li>– комфорт, безпека та культура спілкування в нових умовах навчання</li> <li>– адаптація освітнього процесу до викликів НС;</li> <li>– результативність навчання та його якість;</li> <li>– доступність до освітнього процесу;</li> <li>– забезпечення технічними засобами для навчання.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– готовність до змін;</li> <li>– набуті знання, навички, практичний досвід;</li> <li>– уміння налагоджувати і підтримувати позитивні взаємини з оточенням;</li> <li>– фізичні ресурси (стан здоров'я);</li> <li>– уміння оновлювати власні психологічні ресурси;</li> <li>– цінності, ціннісні орієнтації;</li> <li>– професійні компетентності;</li> <li>– здатність до саморегуляції поведінки;</li> <li>– наявність заздальгідь створеної матеріальної бази.</li> </ul>	<p><i>Актуальна оцінка НС:</i> викликає багато запитань, є тривалою і має серйозні наслідки, вимушена і нав'язана ззовні, час для змін.</p> <p><i>Ставлення до НС:</i> збільшення фізичного, психологічного та педагогічного навантаження, посилення відчуття невизначеності, втрата звичних орієнтирів та пошук/конструювання нових, можливості для саморозвитку.</p> <p><i>Поведінка в НС:</i> ризик виникнення конфліктної взаємодії, розвиток необхідних професійних компетентностей в умовах НС, оволодіння навичками саморегуляції.</p> <p><i>Уявлення про наслідки НС:</i> зміна підходів до навчання/викладання, зміна підходів до оцінювання знань, труднощі повернення до навчання у звичних умовах, зміни форми взаємодії, збільшення залученості батьків до освітнього процесу, інтенсифікація міжсуб'єктної взаємодії.</p>



Таблиця 5.3

**Тематична структура освітянського дискурсу  
в просторі публічної комунікації в умовах НС (інституційний рівень)**

<i>Рівні розгортання дискурсу</i> / <i>Тематичні групи</i>	<i>Актуалізовані проблеми</i>	<i>Ресурси</i>	<i>Уявлення щодо конструктивних дій в умовах НС</i>
Інституційний (на рівні організації)	<p><i>Основні тематичні блоки:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– соціально-психологічні особливості вибудовування освітнього простору в надзвичайній ситуації;</li> <li>– актуальність інформатизації освітнього простору;</li> <li>– доступність та ефективне функціонування навчальних платформ;</li> <li>– забезпечення технічними засобами для навчання;</li> <li>– налагодження втрачених зв'язків між суб'єктами в освітньому просторі та формування нових;</li> <li>– якість навчання;</li> <li>– адаптація освітнього процесу до викликів НС.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– систематичне планування;</li> <li>– наявність матеріально-технічної бази;</li> <li>– інтелектуальний ресурс усіх учасників освітнього процесу;</li> <li>– засоби та форми організаційної підтримки;</li> <li>– згуртованість колективу;</li> <li>– створення необхідних умов для подолання наслідків НС у самій організації.</li> </ul>	<p><i>Актуальна оцінка НС:</i> прогнозованість НС, масштаб НС, тривалість, імовірні наслідки для освітньої галузі.</p> <p><i>Ставлення до НС:</i> упровадження новітніх технологій в освітній процес, посилення контролю, реформування.</p> <p><i>Поведінка в НС:</i> активізація наявних інституційних ресурсів для забезпечення освітнього процесу.</p> <p><i>Уявлення про наслідки НС:</i> зростання вимог до учасників освітнього процесу, розвиток та поширення онлайн-навчання (як основної форми взаємодії), інтенсифікація міжсуб'єктної взаємодії.</p>

Таблиця 5.4

**Тематична структура освітянського дискурсу в просторі публічної комунікації в умовах НС (суспільний рівень)**

<i>Рівні розгортання дискурсу</i>	<i>Тематичні групи</i>	<i>Актуалізовані проблеми</i>	<i>Ресурси</i>	<i>Уявлення щодо конструктивних дій в умовах НС</i>
Суспільний	<p><i>Основні тематичні блоки:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– створення безпечного освітнього простору (відкритість та залучення до громадських обговорень з питань освіти);</li> <li>– вплив соціальної напруженості в країні на психологічний клімат усередині професійних груп та організацій;</li> <li>– спроможність суспільства до опанування наслідків НС у сфері освіти;</li> <li>– утворення глобального інформаційного простору, що забезпечує ефективну інформаційну взаємодію;</li> <li>– упровадження інноваційних технологій у професійну діяльність;</li> <li>– стандартизація освітніх програм та підвищення якості освіти.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– згуртованість суспільства;</li> <li>– державна соціальна підтримка щодо збереження соціального статусу і професійної реалізації;</li> <li>– якісно підготовлені фахівці;</li> <li>– наявність плану та програми спільних дій членів громади в умовах надзвичайної ситуації;</li> <li>– розгалужені функціональні соціальні мережі;</li> <li>– сукупність можливостей, які можуть бути активізовані для розв'язання актуальної проблеми.</li> </ul>	<p><i>Актуальна оцінка НС:</i> прогнозованість НС, масштаб НС, тривалість, імовірні наслідки для освітньої галузі та суспільства в цілому.</p> <p><i>Ставлення до НС:</i> переформатування системи освіти та освітнього простору, що матиме як позитивні наслідки, так і певні ризики.</p> <p><i>Поведінка в НС:</i> активізація всіх доступних можливостей для подолання НС, посилення координації міжсуб'єктної взаємодії.</p> <p><i>Уявлення про наслідки НС:</i> посилення контролю за якістю освіти, розроблення принципів і критеріїв організації дистанційного та інклюзивного навчання.</p>	

Міжособовий рівень розгортання дискурсу описується темами, які стосуються особистого переживання і сприймання учасниками освітнього процесу надзвичайної ситуації, її впливу на процес навчання/викладання. Взаємодія характеризується більш вираженою емоційною забарвленістю. У спробах опанувати ситуацію невизначеності учасники освітнього процесу апелюють до власних особистісних і професійних якостей, до наявних знань та умінь. У процесі взаємодії зосереджуються на: вибудовуванні комфортного, звичного середовища; результативності спільної діяльності; порозумінні з іншими учасниками освітнього процесу.

Інституційний рівень розгортання дискурсу характеризується темами, які стосуються соціально-психологічних особливостей вибудовування освітнього простору навчального чи виховного закладу. Зміст взаємодії має більш формальний характер. В умовах надзвичайної ситуації передбачає активізацію наявних інституційних ресурсів для забезпечення освітнього процесу.

Суспільний рівень розгортання дискурсу об'єднує теми, що охоплюють широке коло питань: створення безпечного освітнього простору; розроблення плану та програми спільних дій членів громади в умовах надзвичайної ситуації, підтримка безперервності (якщо це можливо) освітнього процесу. Зміст взаємодії передбачає активізацію всіх доступних можливостей (ресурсів) для подолання наслідків надзвичайної ситуації, посилення координації між-суб'єктної взаємодії, швидке реагування на глобальні виклики в освітній галузі.

Суто освітянські проблеми або ж проблеми, що особливо хвилюють суб'єктів освітнього процесу, навіть у разі високої частоти появи в дискурсі не дістають належної уваги преси. Така ситуація складається, наприклад, щодо тем «Дистанційне навчання в умовах карантину», «Готовність учасників освітнього процесу до здійснення навчальної діяльності». Водночас теми, які викликають

інтерес інституцій, досить докладно дискутуються, хоча їх згадують у пресі значно рідше, ніж соціальні.

Зазначене вище повністю відповідає виокремленим тематичним групам, де особистісний вимір представлений темами, що описують уявлення учасників освітнього процесу щодо конструктивних дій в умовах надзвичайної ситуації, їх переживання та особистісні ресурси і компетентності, а вимір освітнього середовища визначається через актуальні проблеми освітньої сфери в умовах надзвичайної ситуації та наявність необхідних ресурсів для створення безпечного комунікативного середовища самим освітнім інститутом.

*Третій етап* дослідження, присвячений розробленню алгоритму вибудовування комунікативного простору учасниками освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації, представлено в наступній частині розділу.

### 5.3. Алгоритм вибудовування комунікативного простору учасниками освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації

У процесі вивчення проблематики конструктивності поведінки в надзвичайних умовах розроблено алгоритм *вибудовування комунікативного простору учасниками освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації* (рис. 5.9). Пропонований інструмент дає змогу учасникам освітнього процесу: конструювати комунікативний простір у надзвичайній ситуації шляхом обговорення низки проблемних запитань; тестувати наявність необхідних ресурсів для організації ефективної комунікативної взаємодії; здійснювати соціально-психологічну діагностику комунікативного простору (шляхом визначення актуальних тем і побудови тематичної структури освітянського дискурсу); отримувати необхідні дані для соціально-психологічного проєктування комунікативних процесів у просторі освіти. Для реалізації розробленого нами алгоритму потрібен певний час (адже

вибудовування комунікативного простору, як і будь-який процес, передбачає поетапність його здійснення), тому найбільш ефективним його застосування буде в умовах тривалої надзвичайної ситуації (chronic crisis).

Також цей алгоритм, формуючи атмосферу довіри, сприятливої для обговорення проблемних тем, висловлення та узгодження позицій учасників, дає змогу створити умови для налагодження прозорості комунікації як у професійному середовищі, так і в просторі публічної комунікації.



*Примітка: НС – надзвичайна ситуація*

Рис. 5.9. Алгоритм вибудовування комунікативного простору учасниками освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації

*Ефективна організація комунікативного простору, створюючи відповідні умови, забезпечує:*

- вирішення комплексних проблем в освітній сфері на міжособовому рівні, безпосередньо в організаціях і в суспільстві загалом;
- конструктивну та ефективну міжособову взаємодію, що сприяє емоційному благополуччю всіх учасників освітнього процесу;
- дотримання прав і норм фізичної, психологічної, інформаційної та соціальної безпеки кожного учасника навчально-виховного процесу;
- розуміння суб'єктами взаємодії цілей і процесів групової діяльності;
- поширення необхідної для порозуміння інформації, оцінок, коментарів;
- досягнення взаєморозуміння.

Алгоритм представлено у вигляді «дорожнього маршруту», який складається з чотирьох ключових «вузлів» і двох обов'язкових координат напрямку руху: ресурси (зовнішні, внутрішні); рівні розгортання комунікативної взаємодії (міжособовий, інституційний, суспільний), і дає змогу:

- 1) оцінити актуальність тієї чи іншої проблеми, яка виникає в освітній сфері в умовах надзвичайної ситуації;
- 2) з'ясувати уявлення про конструктивні дії учасників освітнього процесу в надзвичайних умовах;
- 3) оцінити готовність суб'єктів освітнього процесу до конструктивної взаємодії в надзвичайній ситуації;
- 4) сформулювати нові комунікативні зв'язки в освітньому середовищі, які сприятимуть вибудовуванню ефективного комунікативного простору в умовах надзвичайної ситуації.

Зупинімося на характеристиці складників алгоритму більш детально. Отже, вибудовування освітнього комунікативного простору розгортається на трьох рівнях.

*Міжособовий рівень* передбачає врахування ступеня готовності учасників освітнього процесу до конструктивної взаємодії, їхнього суб'єктивного відчуття

безпеки в освітньому закладі, а також володіння відповідними компетентностями, які стосуються техніки безпеки (зокрема і комунікативної). Розгортання комунікативної взаємодії на цьому рівні потребує зосередженості на особистісній мотивації учасників освітнього процесу щодо спільної діяльності, саморегуляції, продуктивності та самоефективності. Застосовуючи цей алгоритм, потрібно обов'язково зважати на ті суб'єктивні мотиви, що спонукають учасників освітнього процесу вступати у взаємодію, а саме: конструктивні (мотиви співпраці, згуртування, прояснення позицій, виявлення справжніх потреб, особиста безпека в комунікативному просторі, відчуття належності); деструктивні суб'єктивні мотиви (бажання контролю, жорстке позиціонування тощо).

*Інституційний рівень* передбачає забезпечення інтересів і потреб освітніх колективів, здійснення стратегічного і загального керівництва, вироблення політики соціального інституту, проведення заходів щодо адаптації учасників до освітнього процесу; провадження антибулінгової політики. На перший план виходять організаційний клімат, культура, ідентичність та образ організації.

*Суспільний рівень* – це рівень соціальних перетворень. Взаємодія характеризується сталими, системними, оновлюваними і різноманітними за змістом зв'язками.

*Ресурси взаємодії учасників освітнього процесу* визначають як сукупність особистісних і середовищних можливостей щодо опірності негативним наслідкам надзвичайної ситуації, завдяки яким можна побудувати стосунки, підтримувати зв'язок і спілкування задля спільного вирішення проблемних питань. Ресурси середовища передаються через мережу соціальних зв'язків і зовнішню підтримку. Вони зберігають психічне здоров'я людини і забезпечують адекватне її функціонування в різних особистих чи професійних ситуаціях, як,

наприклад, діяльність учасників освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації. Ресурси активізуються в разі потреби, і можна говорити, що вони:

- проявляються в здатності до адекватного оцінювання, осмислення, організації та перетворення ситуації чи події;
- дають силу для пошуку засобів подолання (з опорою на життєвий досвід);
- дають відчуття рівноваги і впевненості під час вирішення життєвих завдань;
- супроводжуються відчуттям володіння собою та своєю волею і здатністю спрямовувати своє життя й реалізовувати власні плани (Бевз, & Каніболоцька, 2022).

Також тут можна відшукати, прояснити та використовувати ресурси, що дають змогу ефективніше налагоджувати контакти: розвинений емоційний інтелект, комунікативна компетентність, міжособистісна вмотивованість, соціокультурні норми та правила, виховання, етика, мораль тощо.

Наведемо *приклад вправи*, яка є ефективною з погляду пошуку ресурсів.

***Вправа «Ресурси подолання надзвичайних ситуацій»***

*Метою* вправи є визначення наявних і необхідних ресурсів для конструктивної взаємодії в умовах надзвичайної ситуації та подолання її наслідків. Можна застосовувати як самостійну вправу або в межах алгоритму вибудовування комунікативного простору в надзвичайних умовах як частину чотирирівневого процесу усвідомлення особистістю надзвичайної ситуації.

*Інструкція:* Пригадайте історію, яка, можливо, трапилася в умовах надзвичайної ситуації. Поміркуйте декілька хвилин і запишіть ресурси, які допомогли впоратися із ситуацією, пережити й подолати її. Складіть список ресурсів, узагальнюючи їх за групами і деталізуючи (особистісні ресурси, родинні стосунки, підтримка друзів, громади тощо).

Якщо вправу виконують як частину чотирирівневого процесу, то ресурси випишують щодо проблемної ситуації, яка потребує вирішення. В обох варіантах



знайдені ресурси є тією базою, що дає змогу розгорнути як групове обговорення (наприклад, для пошуку спільних рішень), так і проведення ідивідуальних рефлексій щодо дій та побудови взаємодії в умовах НС.

Варто також звертати особливу увагу на ті *чинники, що перешкоджають налагодженню комунікації* в публічному просторі та важко піддаються коригуванню (*ризик неконструктивності поведінки в надзвичайній ситуації*):

- низький рівень усвідомлення власних інтересів, потреб, бажань чи їх підміна; категорична, непрозора позиція учасників; немає доступної, обґрунтованої, діалогічної форми її пред'явлення тощо;
- хибна оцінка надзвичайної ситуації і механізмів захисту особистості;
- брак адекватних ресурсів для вирішення проблеми, бажання реалізувати завдання за рахунок ресурсів інших сторін, спекуляція, маніпулювання, хибне оцінювання наявних ресурсів тощо;
- неготовність брати на себе відповідальність; ухвалення нереалістичних рішень чи рішень, які не відповідають початковому запиту; формальне рішення чи таке, що не враховує інтереси, ресурси всіх сторін, тощо;
- невиконання чи формальне виконання зобов'язань попри домовленості;
- невідповідність кінцевого результату виконання рішення початковому запиту, новій реальності тощо;
- знецінення досягнутих результатів тощо.

Процедурно реалізацію алгоритму вибудовування комунікативного простору учасниками освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації ми представимо за допомогою методу співучасті (the Technology of Participation). Чому для реалізації поставленого завдання було обрано саме цей інструмент?

Аналіз результатів дослідження готовності до конструктивних дій в умовах надзвичайної ситуації дав змогу виокремити чотири основні теми, пов'язані з такими діями: задоволення психологічних/емоційних потреб

учасників освітнього процесу (розуміння, підтримка, потреба в прийнятті); зниження рівня невизначеності (повернення до рутинних дій, дотримання запланованого); підтримка необхідних змін і їх реалізація (адаптивність, гнучкість, ставлення); комунікація (своєчасність, доступність). Тобто готовність до конструктивних дій формувалася завдяки усвідомленню особою надзвичайної ситуації через її об'єктивацію, рефлексію, інтерпретацію та ухвалення рішення щодо здійснення активності в комунікації. Тож такий чотирирівневий процес опанування надзвичайної ситуації можна застосовувати для покрокового вибудовування комунікативного простору учасниками освітнього процесу в надзвичайних умовах: актуалізації проблеми в умовах надзвичайної ситуації; осмислення конструктивності дій; пошуку смислової єдності між позиціями суб'єктів та формування нових комунікативних зв'язків в умовах надзвичайної ситуації.

Розгляньмо покрокову інструкцію вибудовування комунікативного простору методом співучасті (ORID Focused Conversation Method) (рис. 5.10).

Метод ORID (Focused Conversation Method) (Nelson, 2013) являє собою форму структурованої розмови, мета якої – аналіз фактів і почуттів усіх учасників взаємодії. Він може бути адаптований до будь-якої ситуації (зокрема надзвичайної), проблеми, групи. Прикладом вдалої адаптації може слугувати дослідження комунікативно-технологічного врегулювання соціальних конфліктів, проведене І. Петренко. На її думку, метод ORID дає змогу організувати комунікативний простір у напрямку, що веде членів групи до ухвалення спільного рішення через обговорення поставлених перед ними запитань. Означена структура ефективної комунікації забезпечує повноцінний діалог її учасників, розкриває перспективи співпраці, дає змогу суб'єктам спілкування висувати зрозумілі ідеї і формулювати чіткі висновки (Бевз, & Петренко, 2020).

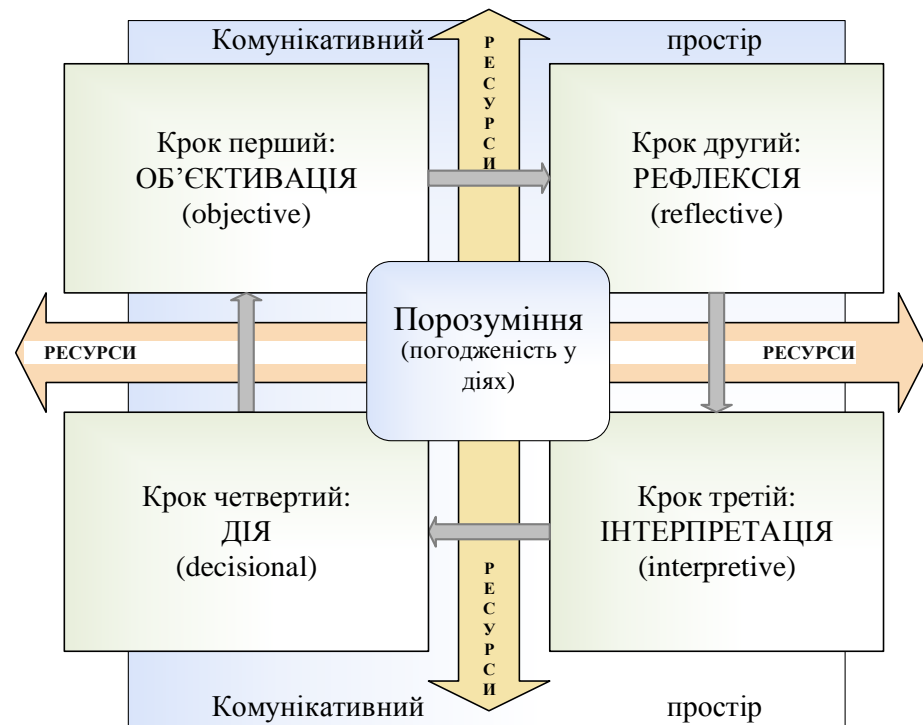


Рис. 5.10. Покрокова інструкція вибудовування комунікативного простору методом співучасті (ORID Focused Conversation Method)

Зауважимо, що використовуючи метод ORID як технологію співучасті для вибудовування комунікативного простору учасниками освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації і соціально-психологічного проектування комунікативних процесів у просторі освіти, слід послуговуватися такими **принципами**:

- діалогічності – спрямований на максимальне узгодження і реалізацію інтересів усіх учасників процесу;
- співробітництва (сприяє утвердженню взаєморозуміння, довіри);
- амортизації (вибудовується на розумінні об'єктивності законів спілкування і спрямований на запобігання конфліктам);

- максимальної залученості до процесу взаємодії (ефективним і раціональним способом виконання поставленого завдання є його спільна реалізація всіма членами групи);
- безоцінності (дає змогу зосередитися на спільній творчості та формуванні власного розуміння ситуації).

***Процедурно алгоритм вибудовування комунікативного простору*** учасниками освітнього процесу в умовах надзвичайної ситуації ***складається з чотирьох основних послідовних етапів і реалізується через комплекс запитань:***

*Етап перший* – об'єктивація (objective): визначення об'єктивних фактів, що стосуються предмета обговорення (якщо це подія чи надзвичайна ситуація, то аналіз починають з обговорення самої ситуації і тільки потім виокремлюють факти).

Приклади запитань, що об'єктивують проблему:

- Що таке для Вас надзвичайна ситуація?
  - Що в умовах надзвичайної ситуації є важливим для Вас?
  - Які коментарі привернули Вашу увагу?
  - Які відчуття і переживання ви запам'ятали?
  - Який Ваш досвід вирішення цієї проблеми в умовах надзвичайної ситуації?
- тощо.

*Етап другий* – рефлексія (reflective): осмислення особистісних реакцій, усвідомлення сутності та специфіки надзвичайної ситуації; фаза вияву почуттів, а не їх аналіз. Рефлексивні запитання дають учасникам змогу висловити свої почуття, навіть якщо вони не мають об'єктивних фактів, що підтверджують їх. Однаково вони є частиною комплексної оцінки теми, що розглядається, і тому їх не можна ігнорувати. Такі питання стосуються емоційних реакцій, настрою.

Оперування рефлексивними запитаннями для розуміння суті, специфіки проблемної ситуації:

- Як Ви ставитеся до надзвичайної ситуації?
- Які почуття у Вас викликає ситуація, що склалася?
- Як відреагували інші на надзвичайну ситуацію?
- Що мене спонукало діяти саме в такий спосіб?
- Які почуття Ви відчували, переживаючи цю ситуацію?

*Етап третій* – інтерпретація (interpretive): виявлення та обговорення смислів, мотивів, цінностей особистості, наслідків її активності в надзвичайній ситуації. Обговорення інформації, отриманої на етапі об'єктивації та рефлексивних запитань, дає змогу розглянути тему в перспективі та вивчити потенційний вплив на особистість, організацію, суспільство.

Інтерпретаційні запитання сприяють активізації процесу взаєморозуміння:

- Який висновок Ви можете зробити завдяки набутому досвіду?
- Що для Вас було найбільш значущим у цій діяльності?
- Яким було Ваше ключове розуміння?
- Як це співвідноситься з Вашим попереднім досвідом?
- Які з цих питань стосуються Вас безпосередньо?

*Четвертий етап* – дія (decisional): рівень ухвалення особою рішення щодо здійснення нею конкретних дій. Спираючись на інформацію, отриману на трьох попередніх етапах, на цьому етапі ухвалюють рішення. Допускається резюмування результатів трьох попередніх етапів – «об'єктивації», «рефлексії» та «інтерпретації».

Четвертий етап передбачає використання запитань, що стимулюють учасників обговорення до ухвалення рішення щодо здійснення спільних дій:

- Що ми збираємося робити?
- Як, якщо це справді сталося, набутий досвід змінив Вас?

- Яке значення цей досвід має для Вашого життя/навчання/викладання?
- Що потрібно для того, щоб допомогти Вам застосувати те, про що Ви дізнались?
- Які наслідки наших дій ми можемо передбачити?

Ми часто оцінюємо досвід швидко і поверхово, а цей метод дає змогу більш детально обміркувати наші уявлення щодо надзвичайної ситуації, допомагає ефективно досягнути суть обговорюваної проблеми. Більше того, формулювання основної теми, предмета обговорення (залучення до процесу обговорення, проблематизація ситуації) дає змогу вибудувати ефективну комунікацію, забезпечує повноцінний діалог усіх учасників, розкриває перспективи співпраці. Важливими результатами організації комунікативного простору в умовах надзвичайної ситуації є розв'язання комплексних проблем у соціальних інститутах і в суспільстві загалом та створення умов для розуміння суб'єктами взаємодії цілей та процесів спільної діяльності і, як результат, досягнення взаєморозуміння.

### Список використаних джерел

- Анцупов, А., & Шипилов, А. (2007). *Конфліктологія*. Санкт-Петербург: Питер.
- Бевз, Г., & Каніболоцька М. (Ред.). (2022). *Психологічні ресурси взаємодії школи, сім'ї, громади*, Практичний посібник. Кропивницький: Імекс-ЛТД.
- Бевз, Г., & Петренко, І. (Ред.). (2020). *Соціальний конфлікт: інноваційні комунікативні технології врегулювання*, Практичний посібник. Кропивницький: Імекс-ЛТД.
- Гусак, Н. (Ред.) (2017). *Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс*, Посібник з проведення тренінгу. Київ: Пульсари.

Довгань, Н. (2020). Забезпечення валідності емпіричного дослідження психології соціокультурної взаємодії поколінь. В *Особистість у життєвих ситуаціях: світові тенденції та національні особливості (PLSWTNP)*, Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (з міжнародною участю) (22 травня 2020 р., м. Київ, Київський нац. ун-т ім. Тараса Шевченка) (с. 43-45). Київ: Ліра-К.

Дьяченко, М. (Ред.). (1985). *Готовность к деятельности в напряженных ситуациях: психологический аспект*. Минск: Университетское.

Зливков, В., Лукомська, С., & Федан, О. (2016). *Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях*. Київ: Педагогічна думка.

Климчук, В. (2020). *Психологія посттравматичного зростання*. Кропивницький: Імекс-ЛТД.

*Кодекс цивільного захисту України*. 5403-VI розд. I ст. 2. (2020). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17#Text>.

Кочубейник, О. (Ред.). (2018). *Соціальний діалог у вимірах когнітивного спілкування*. Кропивницький: Імекс-ЛТД.

Крюкова, Т. (2004). *Психологія совладаючого поведіння*. Кострома: КГУ ім. Н. А. Некрасова – Авантитул.

Латынов, В. (1993). Конфликт: протекание, способы разрешения, поведения конфликтующих сторон. *Иностранная психология*. Т. 1, 2, 87–93.

Левин, К. (2000). *Разрешение социальных конфликтов*. Пер. с англ. И. Ю. Авидон. Санкт-Петербург: Речь.

Орбан-Лембрик, Л. (2004). *Соціальна психологія особистості і спілкування*. Київ: Либідь.

*Про затвердження Порядку психологічного забезпечення в Державній службі України з надзвичайних ситуацій* (2017). Наказ МВС України від

31.08.2017 № 747. Документ z1390-17, розд. 1, ст. 2  
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1390-17#n14>.

Туриніна, О. (2017). *Психологія травмуючих ситуацій*, Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Персонал.

Цукур, О. (2020). Конструктивна поведінка учасників освітнього процесу в надзвичайній ситуації: проблема вибору критеріїв. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, 46 (49), 233–241.

Чебыкина, О. (2014). Немного о конструктивном взаимодействии. *Концепт: научно-методический электронный журнал*, 20, 296–300.  
URL: <http://e-koncept.ru/2014/54319.htm>.

Чернявська, О. (2001). *Механізм впливу соціальних змін на соціальну напруженість в сучасній Україні (на прикладі мегаполісу)*. (Автореф. дис. канд. соц. наук.). Харківський національний ун-т ім. В. Н. Каразіна. Харків.  
URL: <http://avtoreferat.net/content/view/7143/62>.

Эммонс, Р. (2004). *Психология высших устремлений: мотивация и духовность личности*. Пер. с англ. А. В. Лызлова. Москва: Смысл.

Яценко, Н. (2013). *Прикладне імітаційне моделювання як аналітична основа прийняття управлінських рішень*. Харків: Бізнес Інформ.

Coombs, W. T. (2010). *Parameters for crisis communication*. In W. T. Coombs & S. J. Holladay (Eds.), *The handbook of crisis communication* (pp. 17–53). Malden, MA: Blackwell.

*Creating Healing Classrooms: Tools for Teachers and Teacher Educators*, (2006).

URL: [https://inee.org/sites/default/files/resources/IRC\\_Creating\\_Healing\\_Classrooms\\_-\\_Tools\\_0.pdf](https://inee.org/sites/default/files/resources/IRC_Creating_Healing_Classrooms_-_Tools_0.pdf).



Hobfoll, S. E., Tracy, M., & Galea, S. (2006). The impact of resource loss and traumatic growth on probable PTSD and depression following terrorist attacks. *Journal of traumatic stress, 19*(6), 867–878. URL: <https://doi.org/10.1002/jts.20166>.

Kamel, H. (2007). *Early childhood care and education in emergency situations*: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation.

Nelson, Jo (2013). *The Art of Focused Conversation for Schools, Third Edition*: Over 100 Ways to Guide Clear Thinking and Promote Learning. iUniverse LLC Bloomington.

Nicolai, S. (2003). *Education in emergencies: a tool kit for starting and managing education in emergencies*. London: Save the Children. URL: [https://www.eenet.org.uk/resources/docs/education\\_in\\_emergencies\\_scuk.pdf](https://www.eenet.org.uk/resources/docs/education_in_emergencies_scuk.pdf)

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Triplehorn, Carl (2001). *Education: Care and protection of children in emergencies*: A Field Guide, Westport, Save the Children.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Зняття гострого стресу у військовослужбовців та антистресова підготовка особового складу до майбутніх екстремальних ситуацій за методикою «Ключ»

*Примітка: Текст підготовлено для військовослужбовців, проте його можна використовувати і під час вирішення завдань підготовки осіб, що можуть долучатися до подолання наслідків НС. У цьому разі «військовослужбовець» може бути прочитано як «особа, що може долучатися до подолання наслідків НС».*

Джерело: Воробйов, Г. П. (Ред.)(2012). *Організація психологічної підготовки особового складу підрозділів Сухопутних військ*, Навчально-методичний посібник (с.412–424). Львів: Академія сухопутних військ.

#### **Механізм керованих ідеомоторних прийомів:**

- «ключовий» керований ідеомоторний прийом – це рефлекторна реакція організму з моторним компонентом, що виникає у відповідь на її образну модель;
- механізм керованого ідеомоторного руху заснований на явищі генералізації вольового імпульсу в корі головного мозку з іррадіацією на рухомі центри з відключенням конкуруючих сигналів;
- реалізація керованого ідеомоторного руху відбувається на основі одночасної синхронної активності двох півкуль мозку, унаслідок чого відбувається узгодження їхньої діяльності і як наслідок – рефлексивно-автоматичне послаблення стресу.

### **Про положення тіла і перешкоди під час навчання**

На відміну від методу аутогенного тренування, де набуття навичок саморегуляції відбувається в пасивній, комфортній позі в положенні сидячи або лежачи, ідеомоторні прийоми методу «Ключ» найчастіше рекомендують виконувати в положенні сидячи. Завдяки цьому забезпечується зовнішній візуальний контроль для керівника занять і самоконтроль для того, хто навчається, який відразу переконується у високій ефективності прийомів, тому що вони дають змогу досягнути комфортного стану.

За такої умови підготовка військовослужбовців цим методом може відбуватися на фоні шуму та інших перешкод, що сприятиме кращому закріпленню навичок саморегуляції та уможливить їх застосування в реальній обстановці.

### **«Тест на затиснутість» і принцип зниження рівня нервово-психічного напруження у військовослужбовців**

Шляхом апробації трьох базових прийомів або прийомів, створених самим військовослужбовцем, що навчається за принципом ідеорефлексного автоматизму, він знаходить той, який у нього краще виходить.

Базові ідеомоторні прийоми:

1. «Розходження рук».
2. «Сходження рук».
3. «Піднімання руки, рук».

Якщо у військовослужбовця під час тренування не реалізується жодний із рефлексивних ідеомоторних рухів, це свідчить про високий рівень нервово-психічного напруження, стан затиснутості. Для зменшення напруженості і затиснутості потрібно залучити додаткові компоненти: розминку, яка за

допомогою фізичних вправ дає змогу розслабитися, потім знову – «Тест на затиснутість» – повторення ідеомоторних прийомів.

Військовослужбовцю треба пояснити, що, якщо йому вдається виконувати прийоми, це означає, що ступінь затиснутості зменшився, психофізіологічний баланс відновлено.

Отже, військовослужбовець у процесі антистресової підготовки, перевіряючи себе на “затиснутість” і розслабляючись, тобто здійснюючи почергово напруження і розслаблення, тренує свою здатність керувати своїм функціональним станом.

### **Добирання індивідуального «ключа» для саморегуляції**

Добирання керівником заняття (або самим військовослужбовцем) індивідуального «ключового» ідеомоторного прийому здійснюється шляхом вибору різноманітних прийомів за принципом: «Робити те, що виходить найкраще, ігноруючи те, що не виходить», тобто якщо один прийом не вийшов, рекомендується перейти до реалізації наступного.

Рекомендації для військовослужбовця надаються так:

#### **Прийом № 1 – «Розходження рук»**

Руки потрібно вільно тримати перед собою.

Голову рекомендується тримати зручно і давати подумки команду рукам, щоб вони почали розходитися в різні боки начебто автоматично, без м'язових зусиль. Треба дібрати для цього оптимальний образ, що допоможе добитися такого рефлексивного руху.

Можна уявити собі, наприклад, що руки відштовхуються одна від одної, як відштовхується один від одного однополярні магніти, або якийсь інший образ (як кому зручніше). Також можна почати з того, щоб спробувати розводити руки звичайним механічним рухом, а потім – ідеомоторно. Щоб воля

«запрацювала» і руки почали розходитися, треба зняти «перешкоди» між волею і організмом (створити «зв'язок» між свідомістю і організмом), тобто спробувати досягнути стану внутрішньої рівноваги.

Для цього потрібно внутрішньо розслабитися, досягнути стану внутрішнього комфорту. Рекомендується добитися стану внутрішнього розслаблення, у якому стає можливим бажаний ідеомоторний рух. У такий спосіб ми вчимося керувати своїм станом.

Потрібно робити це так, щоб почуватися якнайприємніше. Слід перебирати варіанти (відхилити або схилити голову, зробити глибокий вдих або видих, затримати на мить дихання тощо), головне – знайти це відчуття внутрішнього комфорту, коли воля буде впливати на автоматизм руху. Реалізація бажаного ідеомоторного руху буде свідчити про те, що потрібного стану досягнуто, інакше цей рух не вийде.

Ідеомоторний рух рекомендується здійснювати із заплющеними або розплющеними очима, намагаючись відчутти, як ефективніше його реалізувати.

Це – стан для перевірки на «затиснутість»: якщо руки залишаються нерухомими, потрібно зробити кілька звичайних фізичних вправ, щоб зняти «нервові затиснення», а потім ще раз повторити ідеомоторний прийом.

Якщо руки втомлюються, треба опустити їх і струснути. Після цього повторити прийом.

Якщо якийсь прийом не виходить, краще перейти до наступного.

### **Прийом № 2 – «Сходження рук»**

Потрібно розвести руки в сторони звичайним механічним способом, а потім налаштуватися на їхній зворотний рефлексно-автоматичний рух одна до одної. Якщо прийом виходить, рекомендується повторити його кілька разів. Це розвиває необхідний стан саморегуляції – «зворотного внутрішнього зв'язку».

Після цього незалежно від того, вийшов прийом або ні, рекомендується знову виконати перший прийом – руки в сторони.

Іноді під час виконання цих рухів виникає відчуття, що руки тягне якась сила. Залучення фізичних, «тілесних» відчуттів свідчить про глибину психічної релаксації і розвиток «зв'язку розуму і тіла».

Розходження і сходження рук треба повторити кілька разів, домагаючись свого роду безперервності руху.

У моменти, коли руки начебто застрягають, можна легенько підштовхнути їх або посміхнутися, або вдихнути повітря.

Якщо у людини з'явився бажаний стан внутрішнього розслаблення, але руки втомилися і не хочуть рухатися, тоді слід їх опустити і побути в цьому стані, щоб його запам'ятати.

### **Прийом № 3 – «Левітація руки»**

Руки опущені. Можна дивитися на руку. Тоді це треба робити невідривно, або ж заплющити очі. Важливо не бігати очима в усі боки, інакше людина втрачає гармонійний стан, внутрішній «контакт із самою собою».

Рекомендується налаштуватися на те, щоб рука стала підніматися, начебто спливати.

Цей прийом – «левітації руки» – може вийти або відразу, або безпосередньо після попередніх, або після розминки. Якщо він не виходить, потрібно знову розвести і звести руки, а потім спробувати підняти руку ще раз.

Далі військовослужбовець зможе контролювати стрес уже без допомоги цих прийомів.

Коли рука починає спливати, виникає маса нових і приємних відчуттів. Першого разу це відчуття настільки раптове, що невільно викликає усмішку.

Якщо прийом не виходить, слід спробувати інший рух.

А якщо прийом виходить після інших прийомів, то їх потрібно повторити ще раз.

Коли військовослужбовець робить те, що виходить, у нього починає виходити і те, що раніше йому не вдавалося.

#### **Прийом № 4 – «Автоколивання тіла»**

Під час виконання «ключових» прийомів поряд із розслабленням звичайно виникає автоколивання тіла. Це природно, оскільки в стані розслаблення людина похитується.

Під час автоколивань тіла руки можна опустити і просто похитуватися на хвилях цього «гармонійного біоритму», як погойдується дитина на гойдалках.

Коли військовослужбовець знаходить свій ритм, похитування тіла стає красивим, гармонійним.

Очі можна заплющити або залишити їх розплющеними (як приємніше).

Прийом з автоколиваннями тіла тренує і координацію. Військовослужбовець зі сформованою внутрішньою координацією стійкіший до стресів, менше піддається зовнішнім впливам, характеризується більшою самостійністю мислення, швидше знаходить вихід у найскладніших ситуаціях. Тому вправи, спрямовані на розвиток координації, формують і стійкість до стресу.

Якщо в результаті виконання ідеомоторних прийомів автоколивання не досягнуто, можна ініціювати ці похитування тіла навмисно механічно, уперед-назад або коловими рухами. Руки можна опустити, скласти на грудях або тримати як зручніше. Після декількох повторів ця вправа виходить уже легко. Головне – знайти приємний ритм коливань, тобто такий ритм, з якого якби не хотеться виходити, тому що завдяки йому відбувається зняття нервових затиснень.

За такої умови знімається нервове напруження і виникає почуття глибокого душевного й фізичного спокою, внутрішньої рівноваги, думки починають текти рівно і спокійно, «не зачіпаючи» нас. На цьому тлі легко і спокійно думається навіть про найскладніші речі, природним шляхом вирішуються психологічні проблеми. Ніхто ніколи при цьому не падає. Але якщо військовослужбовець боїться впасти, то може поставити ноги ширше або стати спиною до стіни.

Якщо під час похитування виявляється слабкість координації, то шляхом тренування за допомогою цього ж прийому можна її поліпшити. Так тренується і здатність керувати своїм станом завдяки маленьким вольовим зусиллям.

Дуже швидко зникне і страх впасти. Цей страх під час розслаблення завжди є всередині людини і також приховано керує її життям, а за допомогою такого тренування військовослужбовець раптом помічає, що може глибоко розслабитися і нікуди не падає. Страх впасти зникає.

### **Приєм № 5 – «Рухи головою»**

Стоячи або сидячи, опустити голову, розслабивши шию, або відкинути голову, як приємніше, і, згадавши досвід з ідеомоторними рухами рук, викликати ідеомоторні повороти головою в зручному напрямку.

Якщо це не виходить, потрібно механічно виконувати коливання головою в приємному ритмі за лінією приємних точок повороту. Це такий ритм, коли рухи хочеться робити й далі, а напруженість шиї слабшає. Потрібно ловити момент, коли голову можна якби відпустити, і далі вона «підє» ідеомоторно-автоматично.

Треба обходити больові або напружені точки, а якщо вони активно виявляються, то ці больові ділянки потрібно промасажувати.

Коли військовослужбовець знаходить під час рухів головою приємну точку повороту, слід залишити голову в такому положенні. Приємна точка повороту – це точка розслаблення.



Це знайомо кожному з повсякденного життя: у моменти, наприклад, втоми або глибокої задумливості людина також відкидає голову назад або схиляє її вперед чи вбік, як зручніше, і сидить так нерухомо, розслаблено, дивлячись прямо перед собою, у невидиму точку.

Після того як військовослужбовець виконав ідеомоторні рухи – вийшли вони чи ні, відразу ж потрібно сісти або лягти – саме зараз настає бажаний результат – відчуття полегшення, внутрішньої свободи. Стрес знято. Голова стає ясною. Військовослужбовець відчуває свіжість, бадьорість, повноту сил.

Дібраний індивідуальний «ключовий» прийом – той, який було виконувати найлегше, – військовослужбовець може потім використовувати окремо, не виконуючи всю процедуру саморегуляції. Природно, що глибина розслаблення буде не досить повною, однак і одного прийому буде достатньо, щоб у потрібний момент, у відповідальній ситуації одним незамінним коротким рухом зняти небажані «нервові затиснення», скинути нервове перенапруження, швидко відновити самоконтроль, відчути впевненість у собі.

**Примітка.** Під час виконання «ключових» прийомів, особливо в положенні стоячи, розслаблення супроводжується самодовільним автоколюванням тіла, що є однією із контрольних ознак реакції. Ритмічне приємне похитування – закономірна реакція розслаблення, і не треба її порушувати: потрібно «лягти» на ці автоколювання, як на хвилю. Це хороший прийом для тренування стійкості до захитування і для формування високих координаційних якостей.

### **Вихід із режиму саморегуляції – мобілізація**

Виходити зі стану саморегуляції легко – досить цього побажати. Але якщо військовослужбовцю хочеться побути в цьому стані ще декілька хвилин, слід це зробити на вимогу організму. А виходити з цього стану потрібно, налаштувавшись на те, що голова – ясна, а тіло сповнене свіжих сил і бадьорості.

Можна згадати, наприклад, те, що зазвичай бадьорить: чашку кави, контрастний душ, лижну прогулянку; рекомендується потягнутися, зробити кілька бадьорих рухів. Тоді військовослужбовець буде відчувати себе свіжим і бадьорим, як вранці після сну, навіть якщо за спиною був цілий день напруженої служби.

Такий вихід «з освіженням» треба робити тоді, коли потрібний бадьорий настрій. Однак якщо військовослужбовець робить це перед сном, то під час виходу зі стану саморегуляції йому слід налаштуватися на приємний сон, виходити з процедури з відчуттям розслабленості, із дрімотою, з бажанням сну.

### **Закінчення – «стадія наслідку»**

У перші два-три дні тренувань після виконання ідеомоторних прийомів потрібно сісти і просто посидіти кілька хвилин пасивно, начебто нейтрально (очі заплющити краще не відразу, а тільки якщо вони самі заплющуються).

За такої умови виникає явище характерного відчуття порожнечі в голові. Це реабілітаційний стан (як режим перезавантаження в комп'ютері), коли відбувається психологічне розвантаження і накопичення нових сил.

А зараз потрібно налаштуватися на відчуття свіжості.

### **Додаткові компоненти**

Якщо ідеомоторні прийоми не вдаються, це означає, що потрібно залучити додаткові компоненти. Кількість додаткових компонентів, що залучаються для процедури саморегуляції, регулюється також залежно від вихідної напруженості за допомогою тесту на затиснутість і скорочується після формування навичок саморегуляції.

### **Загальні додаткові компоненти**

**1. Фізичні вправи.** Якщо виконання ідеомоторних прийомів базується на нервово-м'язовому напруженні, потрібно виконати кілька простих фізичних вправ, що знімають це напруження.

**2. Самомасаж.** Легкими рухами рук, не завдаючи собі болю, потрібно промасажувати напружені або больові ділянки ший. Якщо руки втомлюються, їх треба легенько струснути. Продовжувати самомасаж протягом 5 хвилин.

**3. Вправа «Сканування».** Передбачає спеціальну послідовність циклічних, повторюваних механічних рухів, що дають змогу виявити саме той рух, який найбільше підходить Вам для досягнення розслаблення і переходу до керованих ідеомоторних прийомів:

- упродовж 30 с потрібно виконувати будь-які легкі і приємні повороти голови по колу;

- упродовж 30 с треба робити будь-які легкі і приємні рухи плечового поясу;

- протягом 30 с слід виконувати будь-які легкі і приємні колові рухи стегнами, схожі на крутіння обруча;

- протягом 30 с треба виконувати будь-які приємні і легкі рухи на рівні колін;

- упродовж 30 с потрібно повторювати рухи, які є для Вас найприємніші і найлегші. Це і є індивідуальні «ключові» рухи, які дають змогу розслабитися. (Можливо, вони знайомі військовослужбовцю з повсякденного життя – саме ці рухи він мимоволі робить у моменти нервового напруження).

### **Спеціальні додаткові компоненти (поєднання методів)**

1. Психологічна консультація, зокрема коригування «моделей очікування»; виявлення підсвідомих блокувальних настановлень.

2. Медична діагностика з виявлення, наприклад, ознак внутрішньо-черепного тиску, остехондрозу.

3. Психотерапевтичне коригування, що регулює, зокрема, почуття тривожності, елементів депресії.

4. Мануальне коригування.

5. Масаж точок «Фен-чі» (рис. 1) в потиличній ділянці (знімає спазми судин мозку і поліпшує венозний відтік; методику проводять приблизно за 10 хв. до навчально-реабілітаційного тренування).

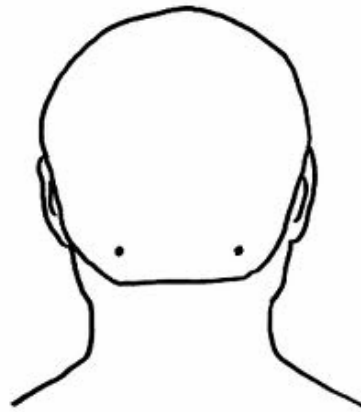


Рис. 1. Точки «Фен-чі»

6. Релаксуючий масаж або масаж шиї в найнапруженіших ділянках (методику проводять за 10 хв. до процедури навчально-реабілітаційного тренування).

7. Акупунктурна рефлексотерапія – точки «Хе-гу», «Цзу-сань-лі», «Ней-гуань» (рис. 1-4). Для зменшення стану гострого стресу – експозиція до 30 хв.

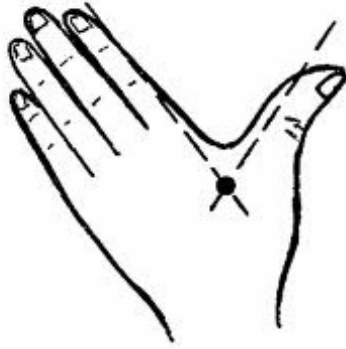


Рис. 2. Точка “Хе-гу”



Рис. 3. Точка “Цзу-сань-лі”

Щоб досягти режиму саморегуляції, після проведення зазначених процедур і методичних прийомів приступають до вироблення керованих ідеомоторних прийомів.



Рис. 4. Точка “Ней-гуань”

### **Завдання для самостійного закріплення навичок**

Самостійне навчально-реабілітаційне тренування з ідеомоторними прийомами рекомендують проводити протягом 5 днів по 30 хв. у зручний час. Після 5-денних занять можна вже вдаватися або до повного тренування, або до окремих компонентів (ідеомоторних прийомів або тільки пам'яті про їхній ефект), коли в цьому виникає потреба.

Кількість використовуваних компонентів регулюють залежно від вихідного рівня нервово-психічного напруження і складності психологічного завдання.

Наприклад, якщо військовослужбовець має готуватися до відрядження для здійснення миротворчої місії, ведення бойових дій тощо і в нього високий рівень психологічного напруження, а застосування одного або двох ключових прийомів не дає швидкого ефекту розслаблення і впевненості в собі, потрібно згадати додаткові компоненти, розширити обсяг їх використання, поєднувати ключові прийоми з розминковими фізичними вправами, долучаючи самомасаж точок “Фен-чі”, “Хе-гу”, м'язів шиї тощо.

### **Оцінка адекватності методики**

Методику застосовувати в реальній обстановці для антистресової підготовки військовослужбовців і цивільних.

Характерними ознаками станів, які виникають у більшості людей після процедури реабілітаційної саморегуляції, є такі:

- виражений стан спокою, легкості та впевненості в собі, умиротворений стан, заспокоєність виникають безпосередньо після процедур;
- зменшення роздратованості, урівноваженість, переважання позитивного, піднесеного настрою, підвищення працездатності, відчуття спокою – виникають у дні проведення процедур;
- помітне поліпшення сну в дні проведення сеансів (швидке засинання, рівний глибокий сон, відчуття легкості зранку);
- рівень ситуативної тривожності до кінця тренування знижується (за тестом Спілберга за шкалою “Особистісна тривожність”).

### **Методика антистресової підготовки військовослужбовців**

Антистресова підготовка особового складу підрозділу (АСП) складається із двох функціональних блоків.

У *першому блоці* проходить нейтралізація стереотипу реагування на ймовірну стресову ситуацію.

Відомо, що здатність управляти своїм функціональним станом знижується, якщо до емоцій, які виявляються у відповідь на образ стресового подразника, доєднуються вегетативні реакції (наприклад, серцебиття, головний біль, відчуття ватних рук або важкості в ногах тощо). Вегетативні реакції, викликані емоціями, є матеріальними процесами і розгортаються в реальному часі. Завантажуючи мозок, вони звужують вільне поле свідомості, необхідне для прийняття оптимальних рішень і подолання стресу.

Для того щоб розірвати це коло, треба за допомогою ідеомоторних прийомів викликати стан релаксації, у якому закономірно усувається емоційний супровід мисленнєвих процесів. Військовослужбовець на тренуванні моделює образ стресової ситуації і самостійно нівелює відповідні реакції організму на

стресовий подразник (емоції страху, вегетативні прояви) за допомогою відповідних станів керованих ідеомоторних прийомів. Після декількох повторів образ стресової ситуації перестає викликати у людини стресовий стан, що виникав раніше, тобто підвищується рівень її психофізіологічної стійкості.

У *другому блоці* формується бажаний нейродинамічний стереотип реагування на образ стресових ситуацій. Для цього на тлі релаксації моделюється образ того емоційного стану і поведінки, які бажано мати в майбутній стресовій ситуації. У результаті декількох повторів образного уявлення стресового подразника в поєднанні з бажаною реакцією у військовослужбовця формуються і закріплюються потрібні нові умовно-рефлексивні зв'язки.

Під час моделювання позитивного стану, щоб підвищити стійкість антистресового ефекту, його підсилюють підкріплювальними додатковими компонентами, які підвищують, наприклад, працездатність, почуття комфортності. При цьому “консервують” отриманий позитивний стан шляхом його запам'ятовування й настановлення на майбутню реалізацію в потрібний момент.

Серед станів, що виникають у військовослужбовців після навчання, такі:

- нормалізація настрою;
- підвищення впевненості в собі;
- почуття внутрішньої розслабленості;
- помітне зменшення сили емоційної реакції на ситуації, що хвилювали раніше; відчуття захищеності, захисної стіни, яка відділяє від травмувальної ситуації;
- зниження тривожності;
- підвищення активності і працездатності;
- нормалізація сну (легке засинання, рівний і глибокий сон, відчуття задоволеності якістю і тривалістю сну зранку).



## Додаток Б

**Методики психологічної діагностики постраждалих та осіб,  
що надають допомогу**

**Модифікація Методики шкалованої самооцінки психофізіологічного стану  
(О. Кокун)**

**Інструкція:** *За допомогою нижченаведених шкал оцініть, будь ласка, різні показники свого стану на цей час, поставивши вертикальну риску у відповідному місці, враховуючи те, що ліва сторона шкали означає найгірший можливий для Вас показник стану, а права – найкращий.*

**Реєстраційний бланк**

П.І.Б. (повністю) \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

найгірше \_\_\_\_\_ найкраще

САМОПОЧУТТЯ

найнижча \_\_\_\_\_ найвища

АКТИВНІСТЬ

найгірший \_\_\_\_\_ найкращий

НАСТРІЙ

найнижча \_\_\_\_\_ найвища

ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ

найнижча	ЗАЦІКАВЛЕНІСТЬ БРАТИ УЧАСТЬ У ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ НС	найвища
найнижче	БАЖАННЯ ВИКОНУВАТИ ЗАВДАННЯ З ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ НС	найвище
найнижча	ВПЕВНЕНІСТЬ У СВОЇХ СИЛАХ	найвища

### **Обробка результатів.**

За допомогою лінійки виміряйте відстань від лівого краю шкали для кожного показника. Довжина кожної шкали – 100 міліметрів. Можливі показники – від 1 до 100. Запишіть отриманий результат на бланку відповідей навпроти кожної зі шкал.

*Ключ:* від 1 до 20 – низький показник; від 21 до 40 – нижчий від середнього; від 41 до 60 – середній; від 61 до 80 – вищий від середнього; від 81 до 100 – високий.

### Коротка шкала тривожності, депресії і ПТСР (В. В. Hart)

**Інструкція:** Шкала складається всього з 10 пунктів і передбачає відповіді “так” або “ні” на чітко сформульоване питання: “З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайної події) або психічної травми Ви більшою мірою, ніж зазвичай, відчуваєте такі стани?”. Позначте Вашу відповідь у відповідній клітинці реєстраційного бланка.

#### Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

	Так	Ні
Нездатність “розслабитися” (напруженість)		
Роздратування і поганий настрій		
Вторгнення у свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент		
Неуважність, зниження стійкості уваги (важко зосередитися)		
Сильний смуток, печаль		
Сильна втома, нестача енергії		
Потрясіння або паніка		
Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травматичну подію		
Труднощі із засинанням, погіршення сну		
Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, зокрема професійної		

**Обробка результатів.**

Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості ствердних відповідей: чим більше відповідей “так” дає респондент, тим більшою мірою виражені у нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривожність і депресія, найбільш специфічні прояви ПТСР.

“Пороговим” значенням для фіксування наявності порушень психічного стану є більше ніж чотири відповіді “так”.

## Шкала самооцінки тривожності (О. Чабан, О. Хаустова)

**Інструкція:** Людині пропонують позначити (+) ствердження, які відповідають їй і її настрою протягом щонайменше останніх двох тижнів, і просять бути щирою у своїх відповідях. Якщо ствердних відповідей  $\geq 7$ , за наявності соматичної проблеми для успішного лікування рекомендують консультацію в медичного психолога чи фахівця із психосоматичної медицини.

Твердження	Так (+) / Ні (-)
Я відчуваю нервозність і роздратування.	
У мене часто є відчуття внутрішнього тремтіння, ознобу.	
Я став надмірно лякливим.	
У мене виникають безпричинні раптові напади страху.	
Я часто відчуваю неприємні передчуття чогось поганого попереду.	
Я не дістаю задоволення від життя так, як це було раніше.	
У мене порушений сон.	
Я постійно відчуваю напруження в тілі, неможливість розслабитися.	
Через страхи я уникаю певних місць чи певної діяльності.	
У мене часто буває головний біль незрозумілої природи.	
Я часто переживаю через дрібниці.	
У мене періодично без причини виникає сильне серцебиття.	
Мені стало важко зосереджуватися на звичній раніше діяльності.	
Я став лякливим і постійно стурбованим.	
У мене з'явилася підвищена пітливість.	
Мені стало важко приймати будь-яке рішення.	
Я не можу розслабитися і повноцінно відпочити.	
У мене з'явилося збуджене дихання, відчуття нестачі повітря.	
Я часто відчуваю то жар, то холод, без усяких на те причин.	
Останнім часом мені важко зосередитися на тому, що я читаю, слухаю чи переглядаю.	
У мене поверховий і чутливий сон.	
Я почав значно частіше відвідувати туалет.	
Я часто відчуваю якийсь дискомфорт у животі.	
У мене проблеми із сексуальним життям.	
Я часто відчуваю «клубок» у горлі.	
У мене часто з'являються незрозумілі неприємні відчуття в тілі.	
Моя маса тіла останнім часом змінилася.	
У мене з'явилася непосидючість.	
Я постійно хвилююся і переживаю за рідних.	
Мені важко зосередитися на звичній діяльності.	

### Чотиривимірний опитувальник симптомів (4DSQ)

Чотиривимірний опитувальник для оцінювання дистресу, депресії, тривожності і соматизації (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire – 4DSQ) розроблено 1994 року.

Мета опитувальника – допомогти спеціалістам диференціювати синдроми, пов'язані зі стресом (нервовий зрив, вигорання) і ПР (депресія, ТР). 4DSQ складається із 50 пунктів, які оцінюють стан пацієнта за останні 7 днів. Варіанти відповідей на питання сформульовано як «Ні», «Іноді», «Регулярно», «Часто», «Дуже часто або постійно». Відповіді оцінюють за шкалою 0-2 бали, де 0 – «Ні», 1 – «Іноді», 2 – для всіх інших варіантів відповідей. Обробка результатів опитувальника полягає в підсумовуванні кількості балів згідно з окремими шкалами.

Шкала дистресу містить 16 пунктів (загальна сума балів 0–32), шкала депресії – 6 пунктів (загальна сума балів 0–12), шкала тривожності – 12 пунктів (загальна сума балів 0–24), шкала соматоформних порушень – 16 пунктів (загальна сума балів 0–32).

Впробований має заповнювати варіант опитувальника, де не зазначено кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді, і не наведено підшкали опитувальника (Terluin et al., 2006).

### Чотиривимірний опитувальник симптомів (4DSQ)

4DSQ	Ні	Іноді	Регулярно	Часто	Дуже часто/ Постійно	Шкала
Бали за відповідь	0	1	2	2	2	
<b>Чи були у Вас нижченаведені скарги протягом останніх 7 днів?</b>						
Запаморочення						Соматизація
Біль у м'язах						Соматизація
Непритомність						Соматизація
Біль у шиї						Соматизація
Біль у спині						Соматизація
Підвищена пітливість						Соматизація
Прискорене серцебиття						Соматизація
Головний біль						Соматизація
Відчуття здуття живота						Соматизація
Затуманений зір/«мушки» перед очима						Соматизація
Відчуття нестачі повітря						Соматизація
Нудота/розлад шлунка						Соматизація
Біль у ділянці шлунка/живота						Соматизація
Поколювання в пальцях						Соматизація

4DSQ	Ні	Іноді	Регулярно	Часто	Дуже часто/ Постійно	Шкала
Бали за відповідь	0	1	2	2	2	
Тиск у грудній ділянці						Соматизація
Біль у грудях						Соматизація
Поганий/пригнічений настрій						Дистрес
Безпричинний страх						Тривога
Відчуття журби						Дистрес
Неспокійний сон						Дистрес
Страх неясного походження						Тривога
Байдужість до навколишнього						Дистрес
Тремтіння в присутності інших людей						Тривога
Тривога/панічні атаки						Тривога
<b>Чи були у Вас нижченаведені відчуття протягом останніх 7 днів?</b>						
Напруження						Дистрес
Роздратованість						Дистрес
Страх						Тривога
Втрата сенсу щодо будь-чого						Депресія
Що Ви більше нічого не можете робити						Дистрес
Що життя нічого не варте						Депресія
Що Вам більше не цікаві люди і речі, які Вас оточують						Дистрес
Що Ви більше не справляєтеся						Дистрес
Що Вам би було легше, якби Ви померли						Депресія
Що нічого більше не дає Вам задоволення						Депресія
Що Ви перебуваєте в безвихідному становищі						Депресія
Що Ви не можете більше впоратися із ситуацією, що склалася						Дистрес
<b>За останній тиждень Ви:</b>						
Відчували, що нічого не хочеться робити?						Дистрес
Міркували не так ясно, як раніше?						Дистрес
Мали проблеми із засинанням?						Дистрес
Боялися вийти з дому одні?						Тривога
<b>Протягом останнього тижня:</b>						
Вас було легко схвилювати?						Дистрес
Ви боялися того, чого зовсім не варто було б боятися (тварин, висоти, маленьких приміщень)						Тривога

<b>4DSQ</b>	<b>Ні</b>	<b>Іноді</b>	<b>Регулярно</b>	<b>Часто</b>	<b>Дуже часто/ Постійно</b>	<b>Шкала</b>
Бали за відповідь	0	1	2	2	2	
тощо)?						
Вам було лячно подорожувати громадським транспортом?						Тривога
Ви боялися зганьбитися перед іншими людьми?						Тривога
Ви відчували, що Вам загрожує невідома небезпека?						Тривога
У Вас були думки «Якби ж я помер»?						Депресія
Ви прокручували в голові думки/спогади про подію(-ії) Вашого життя, які Вас засмучували?						Дистрес
Вам було дуже важко відганяти від себе неприємні думки про подію(-ії), що Вас засмучують?						Дистрес
Ви уникали деяких місць, бо вони Вас лякали?						Тривога
Ви були змушені по кілька разів на день повторювати одні й ті ж дії, перш ніж могли робити щось іще?						Тривога



Госпітальна шкала тривожності і депресії  
(Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS)

**Інструкція:** Прочитайте уважно кожне твердження і в порожній графі зліва позначте (+) відповідь, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви почувалися минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Ваша перша реакція завжди буде найбільш правильною».

	Симптом
	<b>1. Я відчуваю напруженість</b>
3	Увесь час
2	Часто
1	Час від часу, іноді
0	Зовсім не відчуваю
	<b>2. Те, що давало мені велике задоволення, і зараз викликає в мене такі самі почуття</b>
0	Безумовно, так
1	Напевно, так
2	Лише дуже малою мірою
3	Зовсім не так
	<b>3. Я відчуваю страх. Здається, нібито от-от може статися щось жахливе</b>
3	Безумовно, так, і страх дуже сильний
2	Так, але страх не дуже сильний
1	Іноді страх буває, але це мене майже не турбує
0	Зовсім не відчуваю страху
	<b>4. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне</b>
0	Безумовно, так
1	Напевно, так
2	Лише дуже малою мірою
3	Зовсім не здатний
	<b>5. Неспокійні думки крутяться в мене в голові</b>
3	Постійно
2	Значну частину часу
1	Час від часу
0	Зрідка
	<b>6. Я відчуваю бадьорість</b>
3	Зовсім не відчуваю
2	Дуже рідко
1	Іноді
0	Практично весь час
	<b>7. Я легко можу сісти і розслабитися</b>
0	Безумовно, так

	1	Напевно, так
	2	Лише зрідка
	3	Зовсім не можу
		<b>8. Мені здається, що я став усе робити дуже повільно</b>
	3	Практично весь час
	2	Часто
	1	Іноді
	0	Зовсім ні
		<b>9. Я відчуваю внутрішнє напруження чи тремтіння</b>
	0	Зовсім не відчуваю
	1	Іноді
	2	Часто
	3	Дуже часто
		<b>10. Я не стежу за своєю зовнішністю</b>
	3	Безумовно, так
	2	Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
	1	Можливо, я став менше приділяти цьому увагу
	0	Я стежу за собою так само, як і раніше
		<b>11. Я відчуваю непосидючість, наче мені постійно потрібно рухатися</b>
	3	Безумовно, так
	2	Напевно, так
	1	Лише деякою мірою
	0	Зовсім не відчуваю
		<b>12. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть дати мені відчуття задоволення</b>
	0	Точно так само, як і зазвичай
	1	Так, але не тією мірою, як раніше
	2	Значно менше, ніж зазвичай
	3	Зовсім не вважаю
		<b>13. Буває, я раптово відчуваю паніку</b>
	3	Дуже часто
	2	Досить часто
	1	Не так уже й часто
	0	Зовсім не буває
		<b>14. Я можу отримати задоволення від хорошої книги, радіо- чи телепередачі</b>
	0	Часто
	1	Іноді
	2	Рідко
	3	Дуже рідко

### **Обробка результатів**

Шкала містить 14 тверджень, які утворюють дві підшкали: Т (тривожність) – непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 і Д (депресія) – парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки й кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (ознака не проявляється) до 4 балів (максимальна її вираженість). Оцінювання за кожною шкалою проводять окремо. Максимальна оцінка становить 21 бал для депресії і 21 – для тривожності.

Критерії оцінювання:

- 0–7 – норма;
- 8–10 – зона ризику (виявленість феномену) або легкий ступінь тяжкості;
- $\geq 11$  – імовірна наявність розладу настрою (11–15 – помірний ступінь, 16–21 – тяжкий ступінь).

## Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)

**Важлива ремарка.** Використання цього інструменту передбачає наявність медичної освіти, оскільки за його допомогою встановлюють, чи є у випробуваних окремі симптоми тривожних розладів. Також може стати в пригоді клінічним психологам.



Процедура проведення обстеження за HAM-A передбачає використання напівструктурованого інтерв'ю, під час якого дослідник, зокрема, збирає анамнестичні відомості й спостерігає за поведінкою та іншими невербальними проявами досліджуваних психопатологічних феноменів. Шкала не є самоопитувальником, тому не передбачає пред'явлення її обстежуваному або постановку прямих запитань щодо тривожності. Тривалість обстеження – 20-30 хвилин.

Шкала складається з 14 пунктів, кожен з яких оцінюють за шкалою Лайкерта в 0-4 бали. Зокрема, 13 пунктів відносять до проявів тривожності в повсякденному житті, а 14-й – до прояву тривожності під час огляду. У шкалі HAM-A варіанти відповідей стандартизовані: кожен пункт може внести однакову кількість балів у значення шкали і не потрібно прописувати окремі варіанти відповідей для кожного пункту, що спрощує розуміння шкали та процедуру підрахунку.

0 балів – означає, що симптом не проявляється, 1 – легкий, 2 – помірний, 3 – тяжкий, 4 – дуже тяжкий ступінь прояву симптому. Загальна сума балів – 0–56.

Щоб отримати загальний бал, що відображає тяжкість тривожного розладу, потрібно скласти бали за всіма пунктами. Перші 6 пунктів можуть бути оцінені окремо як прояви тривожності у сфері психіки, інші 8 – у соматичній сфері. Загальна оцінка  $\leq 6$  балів свідчить про не проявленість симптомів тривожності, 7–13 – про зону ризику можливої наявності тривожного розладу, 14–20 – про легку тривожність, 21–28 – про середньо виражений тривожний розлад (симптоматичну тривожність),  $\geq 29$  – про тяжкий ступінь тривожності.

### Шкала тривожності Гамільтона (HAM-A)

<b>Ступені прояву симптому (1 бал – легкий, 2 – помірний, 3 – тяжкий, 4 – дуже тяжкий)</b>					
<b>Симптоми</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Тривожний настрій (стурбованість, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість)	0	1	2	3	4
2. Напруження (відчуття напруження, здригання, плаксивість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися)	0	1	2	3	4
3. Страхи (темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту)	0	1	2	3	4
4. Інсомнія (утруднене засинання, переривчастий сон, що не дає відпочинку, почуття розбитості й слабкості після пробудження, моторошні сни)	0	1	2	3	4
5. Інтелектуальні порушення (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті)	0	1	2	3	4
6. Депресивний настрій (втрата звичних інтересів та почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові перепади настрою)	0	1	2	3	4
7. Соматичний м'язовий біль (біль, посмикування, напруження, клонічні судоми, скреготання зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус)	0	1	2	3	4
8. Соматичні сенсорні симптоми (дзвін у вухах, нечіткість зору, припливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання)	0	1	2	3	4
9. Серцево-судинні симптоми (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)	0	1	2	3	4
10. Респіраторні симптоми (тиск і стиснення в грудях, задуха, часті зітхання)	0	1	2	3	4
11. Гастроінтестинальні симптоми (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запор, зменшення маси тіла)	0	1	2	3	4
12. Сечостатеві симптоми (прискорене сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція)	0	1	2	3	4
13. Вегетативні симптоми (сухість у роті, почервоніння чи блідість шкіри, пітливість, головний біль із відчуттям напруження)	0	1	2	3	4
14. Поведінка під час огляду (совання на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, нахмурювання обличчя, напружений вираз обличчя, зітхання чи прискорене дихання, часте ковтання слини)	0	1	2	3	4

## Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР)

Джерело: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>

**Інструкція:** Далі наведено проблеми, з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: тримаючи в голові найгіршу подію, уважно прочитайте, будь ласка, перераховані проблеми і відмітьте, наскільки вони вас турбували протягом останнього місяця.

Будь ласка, опишіть коротко подію (якщо це викликає сильне занепокоєння, пропустіть цей пункт).

	Протягом останнього місяця як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, бентежні і небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, бентежні сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптове відчуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних зі стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших щодо стресового досвіду або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше давала задоволення?	0	1	2	3	4

	<b>Протягом останнього місяця як сильно вас турбували</b>	<b>Зовсім ні</b>	<b>Трохи</b>	<b>Помірно</b>	<b>Відчутно</b>	<b>Дуже</b>
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми переживання позитивних емоцій (наприклад, неспроможність відчувати радість або любов щодо близької людини)?	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що Ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «насторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійного напруження?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

### **Інтерпретація PCL-5**

Опитувальник PCL-5 складається із 20 запитань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів залежно від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовують для скринінгу ПТСР. Запитання за цією шкалою відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно з класифікацією DSM-5:

- Критерій А – опис травматичної події.
- Критерій В, симптоми інтрузії – від 1-го по 5-те запитання.
- Критерій С, симптоми уникнення – 6-те і 7-ме запитання.
- Критерій D, негативні думки та емоції – від 8-го по 14-те запитання.
- Критерій Е, симптоми надмірної реактивності – від 15-го по 20-те запитання.

Мінімально можлива кількість балів – 0, максимально можлива – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Щодо інтерпретації результатів є два підходи. Клінічно значущими симптоми вважають, якщо:

1. Підрахунок за кластерами симптомів. Пацієнт відповідає на 2+ балів по одному запитанню з критеріїв В і С й на два запитання – критеріїв D і Е.
2. Підрахунок загальної кількості балів. Пацієнт загалом набирає 33 або більше балів.

## Аналіз диспозиційних показників поведінки у стресі

### Явні маркери типу поведінки А (Friedman, 1996)

**Інструкція:** Для ідентифікації осіб із поведінкою типу А потрібно:

1. Провести гнучке опитування щодо виявлення психологічних ознак явних маркерів типу поведінки А й оцінити в балах отримані відповіді.
2. Оцінити в балах результати спостереження за фізичними і психомоторними ознаками явних маркерів типу поведінки А.
3. Порахувати суму балів психологічних, фізичних і психомоторних ознак показника «поспіх/нетерпіння».
4. Порахувати суму балів психологічних, фізичних і психомоторних ознак показника «вільна ворожість».
5. Порахувати середні бали явних показників типу поведінки А – «поспіх/нетерпіння», «вільна ворожість».

Середні бали явних маркерів типу поведінки А складаються за формулою:  $VCE = (TU + FFH) : 2$ , де VCE – клінічне обстеження, записане на відео, TU – комбіновані бали поспіху/нетерпіння, FFH – сума балів ознак показника «вільна ворожість»<sup>26</sup>.

Бали VCE (сума проявів явних, фізичних і психомоторних ознак за показниками «поспіх/нетерпіння» і «вільна ворожість») дають змогу ідентифікувати тип поведінки людини (А чи В) й оцінити інтенсивність

---

<sup>26</sup>VCE – videotaped clinical examination (відеозапис клінічного огляду); TU – time urgency (терміновість); FFH – free-floating hostility (вільна ворожість).



патопсихологічних проявів, що стають передумовами розгортання в стресових умовах серцево-судинних захворювань.

Сума VCE 45 балів і більше говорить про те, що у людини може бути констатовано *психопатологічний тип поведінки А*, який підвищує ризик розгортання захворювань серцево-судинної системи під впливом стресорів.

Сума VCE від 0 до 44 балів – у стресових ситуаціях реакції відповідають *психологічно і фізично здоровому типу поведінки В* (Friedman, 1996).<sup>27</sup>

**Психологічні, фізичні і психомоторні показники маркера «поспіх/нетерпіння» поведінки типу А**

<b>Психологічні показники</b> (цифри в дужках – це бали, які сумуються в загальний бал)
<p>Людині притаманно:</p> <p>1. Швидко рухається, швидко їсть, після приймання їжі одразу встає і виходить із-за столу (загальний бал – від 5 до 15).  <i>Уточнювальні запитання:</i>            а) Ви швидко рухаєтесь, ходите? (5);            б) Ви швидко їсте? (5);            в) Після їжі Ви одразу встаєте чи любляете посидіти ще за столом, поговорити? (5).</p> <p>2. Часто отримує поради рухатися повільніше (15):  <i>Уточнювальні запитання:</i>            а) Чи радять Вам близькі люди рухатися повільніше? (5);            б) Чи радять Вам близькі люди скинути напруження?(5)            в) Чи радять Вам близькі люди ставилися до всього спокійніше? (5)</p> <p>3. Сильно дратується, якщо потрапляє в чергу (10).  <i>Уточнювальне запитання:</i>            Вас турбує чи засмучує очікування в черзі (банк, магазин, ресторан, театр тощо)? [Рішуче виражена ворожість на запитання оцінюється в 10 балів].</p> <p>4. Виявляє залучення до поліфазної діяльності (5-15)  <i>Уточнювальні запитання:</i>            а) Ви зазвичай дивитесь телевизор, читаете журнал чи газету і водночас їсте? (5)            б) Ви переглядаєте свою пошту чи робите інші справи, слухаючи когось? (5)            в) Чи часто Ви, слухаючи інших, думаєте про свої справи? (5)</p> <p>5. Усвідомлює терміновість часу (20)  <i>Уточнювальне запитання:</i>            Чи вважаєте Ви, що зазвичай поспішаєте, коли робите щось?</p> <p>6. Не фіксує свою увагу на природних явищах, не медитує, не згадує минуле (10)</p>

<sup>27</sup>Клінічні дослідження показали високу вірогідність того, що людина з типом поведінки В і після 60 років залишатиметься несприйнятливою до ішемічної хвороби серця. (Friedman, & Ghandour, 1993).

*Уточнювальне запитання:*

Ви часто згадуєте минуле, мрієте, медитуєте, уважно спостерігаєте за квітами, деревами, тваринами чи птахами? (10 балів присуджується, якщо хоча б на один пункт запитання дається негативна відповідь).

## 7. Дуже пунктуальний (10)

*Уточнювальне запитання:*

Якщо Ви домовитися з кимось про зустріч, скажімо, опівдні, чи будете Ви там? [Оцінковою відповіддю на це запитання є яскраво виражене: «Я ніколи не запізнююся», або «Я буду там у той же момент або навіть за кілька хвилин до полудня», або «Я обов'язково буду там, і я розсерджусь, якщо інша людина змусить мене чекати». Людина типу Б досить спокійно відповідає: «Зазвичай» або «Я б спробував бути там».]

**Фізичні і психомоторні показники**

(цифри в дужках – це бали, які сумуються в загальний бал.)

1. Швидке мовлення: говорить зі швидкістю 140 і більше слів за хвилину, що іноді ускладнює розуміння всього, що промовляється (10).
2. Перебування в напруженій позі, рухи квапливі, різкі, швидкі, судомні (5).
3. Прискорення мовлення інших: коли говорять інші, людина вимовляє «угу-угу» чи «мм-м-м» для прискорення темпу говоріння (20).

4. Тикоподібне підняття брів, яке з'являється 3-10 разів протягом 15-20-хвилинного періоду дослідження (5).

6. Хронічне лицьове напруження: напруження комплексу щелепно-жувальних м'язів, що часто супроводжується помірним скороченням лобового м'яза, повіки часто звужені (20).

7. Пролепсис<sup>28</sup>(20)

Дослідник вирішує завдання з'ясувати, чи викликає пролепсію певна манера говоріння у випробуваного. Для посилення нетерпіння слухача повільно задає питання, пояснює обставини в стомлюючій, плеонастичній манері<sup>29</sup>. Перш ніж завершити репліку, дослідник починає заїкатися, кажучи «е-е-е-е», чим провокує слухача на завершення речення, зміст якого вже є зрозумілим.

*Приклад презентації:*

а) Перша репліка дослідника – інформаційна преамбула. Починається зі слів: «Більшість людей, які працюють, зазвичай встають до 8-ї ранку в будні дні»;

б) Друга репліка – багатослівне уточнення інформаційного посилу: «Тобто з понеділка до п'ятниці. Звичайно, у суботу і неділю вони можуть спати довше»;

в) Третя репліка – уточнення як персоналізоване пояснення: «У Вашому випадку, у будні дні, коли Ви зазвичай працюєте»;

г) Дослідник починає заїкатися, викликаючи нетерпіння слухача: «е-е-е-е-е...».]

[Тест вважають позитивним, якщо випробуваний самостійно перериває спотикання, закінчує речення чи відповідає на запитання до того, як його буде поставлено повністю. Ця процедура опитування виконується не менше ніж три рази під час дослідження. Якщо випробуваний перериває і закінчує запитальні пропозиції екзаменатора два рази із трьох,

<sup>28</sup>Пролепсис (грец. prolepsis – передбачання) – передбачення фраз співрозмовника.

<sup>29</sup> Плеоназм (від давньогрец. πλεονασμός – «зайвий, надмірність») – мовний зворот, у якому відбувається дублювання деякого елемента смислу; наявність кількох мовних форм, що виражають одне й те саме значення, у межах закінченого відрізка мови або тексту; мовний вислів, у якому є таке дублювання.

результат вважають відповіддю, що оцінюється у 20 балів.]

8. Клацання язиком об зуби (5-20)

Коли відкривається рот, чути клацання (5);

Деформація язика (20).

[Якщо передня частина язика постійно щільно давить на верхні різці, то в момент відкривання рота і від'єднання язика від верхніх різців чути схожий на клацання звук. Тиск язика на зуби здійснюється рефлекторно, коли напружується комплекс щелепно-жувальних м'язів.

Якщо напруження цієї групи м'язів стабільно сильне й інтенсивне, то звук клацання стає звичним, спостерігається деформація язика: на ньому з'являються відбитки зубів.]

9. Чути форсований вдих повітря (10)

[Коли випробуваний швидко говорить, чути вдих повітря.]

10. Експіраторні вдихи (5-20)<sup>30</sup>

Протягом розмови досліджуваний робить глибокий шумний вдих від одного до чотирьох разів (5);

Протягом розмови досліджуваний робить глибокий шумний вдих понад п'ять разів (20).

11. Часте моргання повік (5)

Оцінка відповіді дається, якщо випробуваний моргає 25 і більше разів на хвилину.

12. Надмірне потовиділення на обличчі (40).

[Інтенсивне потовиділення на чолі і верхній губі, як наслідок – часте промокання чола носовою хусткою при нормальній кімнатній температурі.]<sup>31</sup>

### Психологічні, фізичні і психомоторні показники маркера «вільна ворожість» поведінки типу А

<b>Психологічні показники</b> (цифри в дужках – це бали, які сумуються в загальний бал)
<p>1. Має порушення сну – безсоння через гнів/розчарування (10). <i>Уточнювальне запитання:</i> Вам важко буває заснути через те, що засмучені? [Бали за відповідь присуджуються, якщо випробуваний говорить, що це є звичайним явищем.]</p>
<p>2. Не вірить в альтруїзм (5). <i>Уточнювальне запитання:</i> Ви вважаєте, що більшість людей нечесні, не бажають допомагати іншим? [5 балів присуджується, якщо відповідь ствердна.]</p>
<p>3. Дратується за кермом на інших (10 балів ) <i>Уточнювальні запитання:</i> Ви дратуєтесь за кермом, особливо дорогою на роботу? Близькі і друзі, коли їдуть з Вами, радять Вам охолонути чи заспокоїтися? Ви лаєтесь на інших водіїв? [У 10 балів оцінюють ствердну відповідь на будь-яке із цих питань.]</p>

<sup>30</sup>Інспіраторне дихання – утруднений вдих. Експіраторне дихання – утруднений видих.

<sup>31</sup>М. Friedman вважає цю психомоторну ознаку проявом сильного, постійного напруження симпатичної нервової системи, ризиком серцево-судинних захворювань у тій чи іншій формі. Якщо в обстежуваного діагностується лише цей прояв, М. Friedman наполягає на діагнозі важкої форми ТАБ— Type A behavior.

4. Має напружені сімейні відносини (15).

*Уточнювальне запитання:*

У Вашому сімейному колі атмосфера безперервного змагання, до Ваших недоліків ставляться занадто критично.

[Відповідь оцінюють у 15 балів, якщо в голосі випробуваного відчувається гіркота або його обличчя стає стурбованим, якщо він підтверджує критику інших на його адресу.]

5. Спостерігається неконтрольоване зічплення зубів і скреготіння зубами (25).<sup>32</sup>

*Уточнювальні запитання:*

Вам притаманне покусування нігтів, жування ручки чи олівця, покусування язика чи щік? Чи говорили Вам, що під час сну Ви скрегочете зубами, ніби щось жуєте? [Позитивну відповідь оцінюють у 25 балів].]

6. Має хронічні проблеми в сімейних відносинах (10)

*Уточнювальні запитання:*

Чи є у Вас труднощі спілкування з близькими, дітьми? Які саме?

[Потрібно звернути увагу на зміни в голосі, на вираз обличчя, зміни настрою. Будь-яку позитивну відповідь оцінюють у 10 балів.]

7. Відчуває дискомфорт і дратується в разі зіткнення з тривіальними помилками або бездіяльністю інших (15).

*Уточнювальне запитання:*

Чи можете Ви сказати, що Вас дратує чи засмучує?

[Швидка відповідь випробуваного, перераховування, часто неприємним голосом, кількох або більше тривіальних прикладів оцінюють у 15 балів (наприклад, помилки інших водіїв під час керування автомобілем, байдужість продавців або запізнення з доставкою пошти).]

### Фізичні і психомоторні показники

(цифри в дужках – це бали, які сумуються в загальний бал)

1. Періорбітальна пігментація (25)<sup>33</sup>

Періорбітальне відкладення меланіну, що надає коричневого забарвлення шкірі нижніх повік (іноді й верхніх), «синці» під очима.<sup>34</sup>

2. Ворожість обличчя (25)

Фізіогноміка, що свідчить про ворожість, створюється комбінацією скорочень жувальних м'язів, м'язів очей, м'язів навколо рота.<sup>35</sup>

<sup>32</sup>Бруксизм – мимовільне стискання щелеп, неусвідомлене скреготіння зубами, яке чують інші. Виглядає як спазм: жувальні м'язи скорочуються, щелепи судорожно стискаються, зуби сильно труться один об одного. Бруксизм бадьорості пов'язують із такими психосоціальними факторами, як стрес, тривога та депресія. Вважають, що найбільш імовірною причиною бруксизму сну є порушення діяльності нервової системи.

<sup>33</sup>Періорбітальна гіперпігментація є поширеним дерматологічним захворюванням, також відомим як періорбітальний меланоз, періокулярна гіперпігментація, темні кола під очима, підочне знебарвлення, підочне потемніння або ідіопатична шкірна гіперхромія.

<sup>34</sup>М. Friedman наголошує на тому, що виявлення періорбітальної пігментації переконливо свідчить про наявність ТАБ (Type A behavior), незалежно від того, є інші прояви чи немає.

<sup>35</sup>Ворожість обличчя створюється комбінацією тонких, але виразних скорочень орбітальних, жувальних м'язів, м'язів навколо рота. Блиск очей є результатом втягування верхніх повік під дією м'язів, що піднімають повіку; це призводить до оголення більшої частини райдужної оболонки. Крім того, слізний сегмент кругового м'яза ока трохи піднімає медіальну третину нижньої повіки, тим самим збільшуючи інтенсивність погляду. Коругаторна частина

## 3. Ворожий сміх (10)

[Якщо сміх різкий чи вибуховий, дуже гучний; якщо він здається неприємним за висотою, тоном або гучністю, присуджують 10 балів.]

4. Стиснута рука під час невимушеної розмови (5-10)<sup>36</sup>

[Якщо руку стискають і стукають нею по парті або столу, значення балів має бути збільшено з 5 до 10.]

## 5. Тикоподібне часткове відкривання рота з оголенням («оскалом») країв зубів (25).

[Із двох боків відбувається тикоподібне розтягування губ «до вух», що приводить до часткового відкривання рота, оголення поверхні зубів. Ретракція<sup>37</sup> м'язів може тривати кілька секунд.]

## 6. Тикоподібна ретракція верхніх (а іноді і нижніх) повік одного ока або обох очей (25).

[Швидка, раптова часткова ретракція верхньої повіки (іноді супроводжується аналогічною ретракцією нижньої повіки), яка ненадовго оголює склеру над райдужною оболонкою.]

## 7. Ворожий голос (25). [Голос під час розмови скреготливий, різкий, дратівливий, надмірно гучний або просто неприємний].

---

кругового м'яза ока опускає брови, щоб ще більше посилити сприймані відблиски. Стиснення або підтискання губ відбувається внаслідок напруження кругового м'яза рота. У поєднанні з двостороннім натягом ризоріїв відбувається витончення червоної поверхні губ, з'являється «псевдоусмішка». Блиск очей, «псевдоусмішка» та легка опуклість напружених жувальних м'язів щелепи створюють вираз гніву під тонким покривом ввічливості. На нижніх повіках є невелике відкладення меланіну. (Friedman, 1996; Friedman, & Ghandour, 1993).

<sup>36</sup>Стиснута рука під час невимушеної розмови часто спостерігається у хворих на ішемічну хворобу серця, іноді – у здорових людей типу В.

<sup>37</sup>Ретракція (лат. *Retractio*) – відтягування, скорочення.

## Приховані маркери типу поведінки А (Friedman, 1996)

**Інструкція:** Для виявлення симптомів і психологічних ознак невпевненості й неадекватної самооцінки потрібно:

1. Провести гнучке опитування, використовуючи запропоновані запитання, й оцінити в балах отримані відповіді (цифри в дужках – це бали, які сумуються в загальний бал).
2. Оцінити в балах результати опитування.

Сума балів від 0 до 15 свідчить про те, що в стресових ситуаціях психофізичні реакції відповідатимуть *здоровому типу поведінки В*, передумови стану тривожності чи депресії несуттєві.

Сума балів понад 15 свідчить про необхідність більш детального вивчення причин невпевненості й факторів/умов, що опосередковують самооцінку обстежуваного.

1. Прихильність з боку інших осіб (5).

*Уточнювальне запитання:* Як Вам здається, чи подобається Ви більшості людей, яких Ви знаєте? [Однозначна відповідь «Ні» – 5 балів.]

2. Достатня або безумовна прихильність обох батьків (15).

*Уточнювальне запитання:* Певна кількість людей не відчували достатньої або безумовної прихильності обох батьків. Чи отримували Ви безумовну любов і прихильність від батьків у дитинстві? [Якщо жоден із батьків не виявив прихильності, присуджують 15 балів.]

3. Невпевненість у фінансах, шлюбі чи кар'єрі (5-10-20)

*Уточнювальне запитання:* Ви вважаєте, що більшість людей невпевнені у своїх фінансах, шлюбі чи кар'єрі? [Якщо випробуваний відповідає «іноді», відповідь оцінюється в 5 балів, «часто» – 10 балів; «постійно чи дуже часто» – 20.]

4. Можлива соціальна неповноцінність (5-15)

*Уточнювальне запитання:* Коли Ви заходите в кімнату, заповнену Вашими знайомими чи діловими партнерами, чи відчуваєте Ви, що надто мало з них хотіли б поговорити з Вами чи сісти поруч із Вами за столом? [Відповідь оцінюють у 5 балів, якщо відповідь «іноді», і в 15 балів, якщо відповідь «дуже часто».]

5. Розмовна неповноцінність (5-10)

*Уточнювальне запитання:* Вам здається, що в компанії із трьох чи більше людей Ви більше мовчите, інші розмовляють одне з одним? [Відповідь «іноді» оцінюють у 5 балів, «часто» – у 10.]

6. Присутність на Вашому похороні або панахиді (5)

*Уточнювальне запитання:* Як Ви думаєте, на Ваш похорон чи поминальну службу прийде багато людей? [Відповідь «Мало людей» оцінюють у 5 балів.]

7. Проблеми в минулому, страх майбутнього (10)

*Уточнювальне запитання:* Ви любляете згадувати добре минуле, мріяти про майбутнє? [Відповідь «Ні» оцінюють у 10 балів.]

8. Приховане відчуття невдачі (5-15-20)

*Уточнювальне запитання:* Чи згодні Ви з висловом Вільяма Джеймса: «... Візьміть найщасливішу людину, якій увесь світ найбільше заздрить, і в дев'яти випадках з десяти її потаємна свідомість буде свідомістю невдахи. Або його ідеали в ряду його досягнень стоятимуть набагато вище, ніж самі досягнення, або у нього будуть таємні ідеали, про які світ нічого не знатиме і щодо яких він розуміє, що він недосконалий.»<sup>38</sup>

Це правда у Вашому випадку? [Відповідь «Так, певною мірою» оцінюють у 5 балів; «Так, я часто відчуваю це» – 15; «У мене завжди так» – 20.]

<sup>38</sup>В оригіналі: «But take the happiest man, the one most envied by the world, and in nine cases out of ten his inmost consciousness is one of failure. Either his ideals in the line of his achievements are pitched far higher than the achievements themselves, or else he has secret ideals of which the world knows nothing, and in regard to which he inwardly knows himself to be found wanting.» (William, The Varieties of Religious... )

### Загальна тривожність (Гринберг, 2002)

**Інструкція:** *Нижче наведено основні вислови, за допомогою яких люди описують свій стан. Прочитайте їх і позначте відповідь, яка найбільш правильно відображає Ваші відчуття загалом. Тут не може бути правильних чи неправильних відповідей. Не роздумуйте надто довго над кожним пунктом, але намагайтеся найточніше відобразити Ваш стан.*

Варіанти відповідей: немає – 1; іноді – 2; часто – 3; завжди – 4.

№	Твердження	Бали				
1	Я почуваюся добре	0	1	2	3	4
2	Я нервуюсь і не можу знайти спокою	0	1	2	3	4
3	Я задоволений своєю поведінкою	0	1	2	3	4
4	Шкода, що я не можу бути такою ж щасливою, як і інші	0	1	2	3	4
5	Я дуже турбуюся про те, про що турбуватися не варто	0	1	2	3	4
6	Я щасливий	0	1	2	3	4
7	Мені не вистачає впевненості в собі	0	1	2	3	4
8	Я почуваюся захищеним	0	1	2	3	4
9	Я задоволений(-на) собою	0	1	2	3	4
10	Сторонні думки, що виникають у голові, нерідко відволікають мене	0	1	2	3	4

Розрахунок рівня загальної тривожності:

Складіть бали, отримані в пунктах 2, 4, 5, 7, 10. Замініть результати пунктів 1, 3, 6, 8, 9 на протилежні:

4 перетворюються на 1,

3 – на 2,

2 – на 3,

1 – на 4.

Підсумуйте всі результати. Мінімальний бал дорівнює 10, максимальний – 40. Чим вищий бал, тим вища тривожність.



## Індикатори станів фізичного та психічного здоров'я (МКХ-11 (ICD-11), версія: 02/2022)

Бланки симптомів розладів з 06 блоку ICD-11 (Розлади психіки, поведінки або нервової системи – Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders), що можуть проявитися внаслідок переживання стресової, надзвичайної ситуації:

### ***Розлади настрою (Mood disorders)***

Бланк симптомів депресивного епізоду (Depressive Episode);

Бланк симптомів маніакального епізоду (Manic Episode);

Бланк симптомів мішаного епізоду (Mixed Episode);

Бланк симптомів гіпоманіакального епізоду (Hypomanic Episode).

### ***Розлади, пов'язані з тривогою або страхом (Anxiety or fear-related disorders):***

Генералізований тривожний розлад (Generalized Anxiety Disorder);

Панічний розлад (Panic Disorder);

Соціальний тривожний розлад (Social Anxiety Disorder).

### ***Психічні розлади, пов'язані зі стресом (Disorders specifically associated with stress):***

Бланк симптомів посттравматичного стресового розладу (Post traumatic stress disorder);

Бланк симптомів комплексного посттравматичного стресового розладу (Complex post traumatic stress disorder);

Бланк симптомів гострої стресової реакції (Acute stress reaction);

Бланк симптомів розладу тривалого горя (Prolonged grief disorder);

Бланк симптомів розладу адаптації (Adjustment disorder).

## Розлади настрою

**Бланк симптомів депресивного епізоду**  
(ICD-11. Mood disorders. Depressive Episode. 2022)

№	<b>Кластери депресивного епізоду: симптоми</b> <i>Важливо:</i> Депресивний епізод констатується в разі одночасної наявності принаймні п'яти з наведених нижче симптомів, що виникають одночасно та зберігаються протягом більшої частини дня, майже щодня, протягом щонайменше двох тижнів. Один із симптомів обов'язково має бути з афективного кластера. Оцінку наявності чи невиявленості симптомів слід проводити щодо типового функціонування людини.	Загальна кількість симптомів:  <hr/>
<b>Основні (обов'язкові) симптоми:</b>		
1	<b>Афективний кластер</b> Пригнічений настрій, про який повідомляється (приголомшеність, смуток тощо), який спостерігається (особа плаксива, має «розбитий» вигляд). У дітей і підлітків пригнічений настрій може проявлятися дратівливістю. Помітно зменшений інтерес до улюбленої діяльності або втрата задоволення від неї. Може знижуватися сексуальний потяг	
2	<b>Когнітивно-поведінковий кластер</b> Виражена нерішучість, знижена здатність до концентрації уваги під час виконання завдань Занижена самооцінка, надмірне чи неадекватне почуття провини (може проявлятися як марево). <i>Примітка:</i> цей пункт не вважають наявним, якщо провини чи самодокори пов'язані виключно з депресією Безнадія щодо майбутнього	
	Періодичні думки про смерть (не тільки страх померти), періодичні суїцидальні думки (з конкретним планом або без нього), спроби самогубства	
3	<b>Нейровегетативний кластер</b> Надмірний сон або значні порушення сну (складне засинання, часті пробудження вночі або пробудження рано-вранці) Зміна апетиту (зменшення або посилення), значна зміна ваги (збільшення або втрата) Психомоторне збудження або загальмованість (відчуття неспокою чи уповільнення, яке підтверджують близькі люди, оточення) Зменшення енергійності, часте відчуття втоми, помітна втома після мінімальних зусиль	
<i>Примітки:</i> – Симптоми не пояснюються втратою; – Симптоми не є проявом іншого захворювання (наприклад, пухлини головного мозку), не пов'язані з впливом речовини або ліків на центральну нервову систему (наприклад, кокаїн, амфетаміни), не є синдромом відміни впливу речовин або ліків. – Порушення призводить до значного погіршення функціонування сфер життєдіяльності (особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної тощо). Функціонування сфер підтримується завдяки значним додатковим зусиллям.		

**Бланк симптомів маніакального епізоду**  
(ICD-11. Mood disorders. Manic Episode, 2022)

<p><b>Маніакальний епізод: симптоми</b></p> <p><i>Важливо:</i> Симптоми виникають одночасно та зберігаються протягом більшої частини дня, майже щодня, протягом принаймні одного тижня (інтенсивність прояву симптомів може знижуватися через лікувальне втручання)</p>	<p>Загальна кількість симптомів:  _____</p>
<p><b>Основні симптоми:</b></p>	
<p>Незвичайний настрій (ейфорія, дратівливість, експансивність тощо), коливання настрою (емоційна <i>лабільність</i>)</p>	
<p>Суб'єктивне відчуття підвищеної активності, енергійності (значна зміна звичайного стану)</p>	
<p><b>Додаткові симптоми:</b></p>	
<p>Підвищена балакучість, мовленнєва активність (велика потреба в говорінні)</p>	
<p>Швидке генерування й зміна ідей (ідеї нелогічно перетікають одна в іншу), стрімкі думки (важко розвивати лише одну тему)</p>	
<p>Підвищена самооцінка або грандіозність (людина вірить, що вона може виконувати завдання, які значно перевищують рівень її кваліфікації; їй здається, що вона ось-ось стане відомою). У психотичних проявах манії це може проявлятися як грандіозні марення</p>	
<p>Зменшення потреби уві сні, короткий сон не погіршує стан (людина повідомляє, що здатна спати лише 2-3 години на добу). <i>Примітка:</i> цей симптом слід відрізнити від безсоння, коли людина хоче спати, але не може</p>	
<p>Відволікання (людина не може утримувати, концентрувати увагу, відволікається на несуттєві подразники)</p>	
<p>Імпульсивна безрозсудна поведінка (вдається до певної діяльності, не зважаючи на можливі негативні наслідки; імпульсивно приймає важливі рішення без належного планування)</p>	
<p>Збільшення <i>потягу</i> до <i>сексуальної</i> активності, надмірна комунікабельність або цілеспрямованість у діяльності</p>	
<p>Можуть виникати марення чи галюцинації</p>	
<p><i>Примітки:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Симптоми маніакального епізоду свідчать про значну зміну звичайної поведінки;</li> <li>– Симптоми не є проявом іншого захворювання (наприклад, пухлини головного мозку), не пов'язані з впливом речовини або ліків на центральну нервову систему (наприклад, кокаїн, амфетаміни), не є синдромом відміни впливу речовин або ліків.</li> <li>– Клінічна картина не відповідає діагностичним вимогам для мішаного епізоду.</li> <li>– Порушення призводить до значного погіршення функціонування сфер життєдіяльності (особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної тощо). Функціонування сфер підтримується завдяки значним додатковим зусиллям;</li> <li>– Стан людини потребує інтенсивного лікування (наприклад, госпіталізації) для запобігання саморуйнуванню чи заподіяння шкоди іншим.</li> </ul>	

**Бланк симптомів змішаного епізоду**  
(ICD-11. Mood disorders. Mixed Episode, 2022)

<p><b>Змішаний епізод: основні (обов'язкові) симптоми</b></p> <p><i>Важливо:</i> Симптоми змішаного епізоду виникають одночасно та зберігаються протягом більшої частини дня, майже щодня, протягом принаймні двох тижнів. У результаті лікувального втручання прояв симптомів змішаного епізоду може зменшуватися</p>	<p>Загальна кількість симптомів:  _____</p>
<p>Симптоми змішаного епізоду включають настрої, що відповідають як маніакальному, так і депресивному епізодам (депресивний, дисфоричний, ейфоричний, експансивний тощо)</p>	
<p>Маніакальні і депресивні симптоми, які швидко чергуються (день у день або протягом одного дня), виявляються в коливанні таких проявів і показників:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• настроїв (від ейфорії до сумування або дисфорії);</li> <li>• емоційна реактивність (від незначної реакції до інтенсивної або перебільшеної реакції на емоційні стимули);</li> <li>• <i>потяг</i> до <i>сексуальної</i> активності (чергуються періоди підвищеної і зниженої активності, словесного вираження, сексуального потягу, апетиту тощо);</li> <li>• когнітивне функціонування (від періодів активації до гальмування / сповільнення думок, уваги та пам'яті)</li> </ul>	
<p><b>Додаткові клінічні характеристики:</b></p>	
<p>Марення та галюцинації, характерні як для депресивних, так і для маніакальних епізодів</p>	
<p><i>Примітки:</i></p> <p>– Якщо в змішаному епізоді переважають маніакальні симптоми, депресивними (контраполярними) симптомами є дисфоричний настрій, виражені переконання в нікчемності, безнадійності та суїцидальні думки;</p> <p>– Якщо в змішаному епізоді переважають депресивні симптоми, маніакальними (контраполярними) симптомами є дратівливість, гострі реакції, підвищена активність, підвищена балакучість та плутані думки;</p> <p>– Змішаний епізод, який виникає під час лікування антидепресантами (приймання медикаментів, певної терапії), вважають змішаним епізодом, якщо симптоми зберігаються після припинення лікування;</p> <p>– Порушення настрою призводить до значних негативних змін в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних чи інших важливих сферах функціонування або супроводжується маренням чи галюцинаціями</p>	

**Бланк симптомів гіпоманіакального епізоду  
(ICD-11. Mood disorders. Hypomanic Episode, 2022)**

<b>Гіпоманіакальний епізод: симптоми</b>	Загальна кількість симптомів:
<p><i>Важливо:</i> Наведені нижче симптоми виникають одночасно та зберігаються протягом більшої частини дня, майже щодня, принаймні протягом кількох днів</p>	_____
<b>Основні (обов'язкові) симптоми:</b> __	
Лабільність настрою (мінливість з незначних приводів, швидкі зміни настрою)	
<p>Значне збільшення звичного діапазону настроїв людини (стійке підвищення настрою або підвищена дратівливість тощо); <i>Увага:</i> – зміни настрою будуть очевидними для тих, хто добре знає людину; – зміни настрою, піднесений або дратівливий стан, відповідні контексту, не враховуються (наприклад, піднесений настрій після закінчення школи або пов'язаний із закоханістю)</p>	
Нетипова для звичайної поведінки підвищена активність людини, суб'єктивне відчуття сил, енергії	
<b>Додаткові симптоми:</b>	
Підвищена балакучість або напружене мовлення (відчуття внутрішнього тиску, потреба в говорінні)	
Потік ідей, швидкі (стрімкі) думки (людина повідомляє, що їй важко фокусувати увагу на конкретній темі, тому що її думки надзвичайно швидкі (стрімкі))	
Підвищена самооцінка або грандіозність (людина вірить, що вона може виконувати завдання, які значно перевищують рівень її кваліфікації, що вона ось-ось стане відомою).	
<p>Зменшення потреби уві сні, короткий сон не погіршує стан (людина повідомляє, що здатна спати лише 2-3 години на добу). <i>Увага:</i> цей симптом слід відрізнити від безсоння, коли людина хоче спати, але не може</p>	
Надмірна потреба в комунікації	
Надзвичайна цілеспрямованість у діяльності	
Помітне збільшення <i>потягу</i> до сексуальної активності	
Відволікання (людина не може утримувати, концентрувати увагу, відволікається на несуттєві подразники)	
Імпульсивна безрозсудна поведінка (наприклад, людина займається приємною діяльністю, не зважаючи на можливі негативні наслідки; імпульсивно приймає важливі рішення без належного планування)	
<p><i>Примітки:</i> – Клінічна картина не відповідає діагностичним вимогам для змішаного епізоду; – Порушення настрою є недостатньо серйозним, щоб спричинити негативні зміни в професійній діяльності або звичній соціальній діяльності, стосунках з іншими; – Порушення настрою не супроводжується маренням чи галюцинаціями; – Симптоми не є проявом іншого захворювання (наприклад, пухлини головного мозку), не пов'язані з впливом речовини або ліків на центральну нервову систему (наприклад, кокаїн, амфетаміни), не є синдромом відміни впливу речовин або ліків.</p>	

Розлади, пов'язані з тривогою або страхом<sup>39</sup>

**Бланк симптомів генералізованого тривожного розладу  
(ICD-11. Generalised anxiety disorder, 2022)**

<b>Генералізований тривожний розлад: симптоми</b> <i>Важливо:</i> симптоми не є минушими і зберігаються принаймні кілька місяців і довше	Загальна кількість симптомів:
<b>Виражені симптоми тривожності:</b>	
Постійна та інтенсивна тривожність (занепокоєння), яка не пояснюється якимись конкретними обставинами навколишнього середовища й порушує соціальне функціонування	
Надмірне занепокоєння (тривожне очікування) щодо негативних подій, що відбуваються в повсякденному житті (робота, фінанси, здоров'я, сім'я тощо)	
<b>Додаткові характерні симптоми:</b>	
М'язове напруження або рухове занепокоєння	
Симпатична вегетативна гіперактивність, про що свідчать часті шлунково-кишкові симптоми (нудота та/або біль у животі, прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння, тремтіння та/або сухість у роті тощо)	
Суб'єктивне відчуття нервозності, неспокою або «перебування на межі»	
Труднощі з концентрацією уваги	
Дратівливість	
Порушення сну (труднощі із засинанням або неспокійний, незадовільний сон)	
<b>Додаткові клінічні характеристики:</b>	
Загальна тривожність без конкретної причини, що супроводжується хронічними соматичними симптомами	
Уникання контактів, намагання заспокоїтися, прокрастинація для зменшення тривожності, запобігання виникненню / наближенню небажаних подій	
<i>Примітки:</i>	
– Симптоми не пояснюються іншим психічним розладом (наприклад, депресивним розладом);	
– Симптоми не є проявом іншого захворювання (наприклад, гіпертиреозу), не пов'язані з впливом речовини або ліків на центральну нервову систему (наприклад, кокаїн, амфетаміни), не є результатом відміни впливу речовин або ліків.	
– Симптоми викликають значний дистрес через постійну тривожність або значні порушення в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних чи інших важливих сферах функціонування. Соціальне функціонування підтримується лише завдяки значним зусиллям;	
– Симптом постійної, інтенсивної тривожності (занепокоєння), що руйнує здоров'я, не розглядають як симптом генералізованого тривожного розладу в осіб, які перебувають у надзвичайно стресових умовах (у зоні бойових дій тощо)..	

<sup>39</sup> Згідно з ICD-11 до розладів, пов'язаних з тривожністю або страхом, відносять: 6B00 Генералізований тривожний розлад; 6B01 Панічний розлад; 6B02 Агорафобія; 6B03 Специфічна фобія; 6B04 Соціальний тривожний розлад; 6B05 Тривожний розлад розлуки; 6B06 Вибірковий мутизм; 6B0Y Інші уточнені розлади, пов'язані з тривожністю або страхом.

## Бланк симптомів панічного розладу

(ICD-11. Panic disorder, 2022)

<p><b>Панічний розлад: симптоми</b>  <i>Важливо:</i> Окремі напади паніки зазвичай тривають лише хвилини, хоча деякі можуть тривати довше. Частота і тяжкість нападів паніки сильно варіюються (від багатьох разів на день до кількох на місяць).  Панічна атака може бути реакцією не тільки на ситуації / стресори, що провокують тривожність.  Наявність панічних атак недостатня для встановлення діагнозу панічного розладу, тому що панічні атаки можуть виникати в разі різних розладів, пов'язаних із тривожністю чи страхом.</p>	<p>Загальна кількість симптомів:  _____</p>
<p><b>Основні симптоми:</b></p>	
<p>Рецидиви панічних атак, які є окремими епізодами сильного страху або побоювань, що характеризуються швидкою і одночасною появою кількох характерних симптомів:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– серцебиття або прискорене серцебиття;</li> <li>– потовиділення;</li> <li>– тремтіння;</li> <li>– відчуття задухи;</li> <li>– біль у грудях;</li> <li>– нудота або біль у животі;</li> <li>– відчуття запаморочення;</li> <li>– озноб або припливи;</li> <li>– поколювання або втрата чутливості в кінцівках (парестезії);</li> <li>– деперсоналізація або дереалізація;</li> <li>– страх втратити контроль або збожеволіти;</li> <li>– страх неминучої смерті</li> </ul>	
<p>Несподівані панічні атаки, які виникають «раптово», як реакція на певні подразники / стресори</p>	
<p>Панічні атаки, що супроводжуються занепокоєнням:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– щодо їх повторення (наприклад, протягом кількох тижнів)</li> <li>– щодо їхньої негативної значущості (наприклад, що фізіологічні симптоми можуть бути симптомами інфаркту міокарда)</li> </ul>	
<p><b>Додаткові клінічні характеристики:</b></p>	
<p>У разі панічного розладу зазвичай напади паніки спочатку можуть бути випадковими, з часом стають більш «очікуваними», оскільки асоціюються з певними подразниками чи контекстами</p>	
<p>Напади паніки з обмеженими симптомами (тобто напади, які проявляються лише кількома симптомами, характерними для панічної атаки, водночас не мають характерного інтенсивного піку симптомів)</p>	
<p>Панічні атаки як поведінкова стратегія (наприклад, уникнення) використовуються для зменшення симптомів тривожності (в анамнезі мають бути повторні панічні атаки, які відповідають комплексу діагностичних вимог)</p>	
<p>Нічні напади паніки (прокидання під час сну в панічному стані)</p>	
<p><i>Примітки:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Симптоми не є проявом іншого захворювання, не пов'язані з впливом речовини або ліків на центральну нервову систему (наприклад, кокаїн, амфетаміни), не є результатом відміни впливу речовин або ліків.</li> <li>– Порушення призводить до значного погіршення функціонування сфер життєдіяльності (особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної тощо). Функціонування сфер підтримується завдяки значним додатковим зусиллям.</li> </ul>	

**Бланк симптомів соціального тривожного розладу  
(ICD-11. Social anxiety disorder, 2022)**

<p><b>Соціальний тривожний розлад: симптоми</b> <i>Важливо:</i> Симптоми зберігаються протягом принаймні кількох місяців і є досить серйозними, щоб призвести до значного дистресу або значного порушення в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних чи інших важливих сферах функціонування. Соціальний тривожний розлад часто виникає разом з іншими розладами, пов'язаними з тривожністю або страхом, а також з депресивними розладами</p>	<p>Загальна кількість симптомів:  _____</p>
<p><b>Основні (обов'язкові) симптоми:</b></p>	
<p>Помітний і надмірний страх або тривожність, які постійно виникають у таких соціальних ситуаціях: – соціальна взаємодія; – дія в присутності інших (наприклад, їжа чи пиття); – публічний виступ</p>	
<p>Занепокоєння тим, що симптоми тривожності будуть оприлюднені і негативно оцінені іншими (призведуть до образ)</p>	
<p><b>Додаткові клінічні характеристики:</b></p>	
<p>Люди акцентують увагу на власних фізичних симптомах (почервоніння, пітливість, тремтіння тощо), а не на побоюванні щодо впливу / потрапляння в негативну ситуацію</p>	
<p>Соціальний тривожний розлад часто виникає разом з іншими розладами, пов'язаними з тривожністю або страхом, а також з депресивними розладами</p>	
<p>Особи із соціальним тривожним розладом мають вищий ризик розвитку інших розладів через вживання психоактивних речовин, що послаблюють симптоми тривожності в соціальних ситуаціях</p>	
<p>Люди із соціальним тривожним розладом можуть не вважати свій страх або занепокоєння надмірними у відповідь на соціальні ситуації, водночас постійно уникають соціальних ситуацій або переносять їх на інший час через сильний страх чи тривожність</p>	
<p><i>Примітки:</i> – Симптоми не можна краще пояснити іншим психічним розладом (наприклад, агорафобією, дисморфічним розладом тіла, розладом нюху тощо); – Порушення призводить до значного погіршення функціонування сфер життєдіяльності (особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної тощо). Функціонування сфер підтримується завдяки значним додатковим зусиллям.</p>	



## Психічні розлади, пов'язані зі стресом

### Бланк симптомів посттравматичного стресового розладу (ICD-11. Post traumatic stress disorder, 2022)

<p><b>Посттравматичний стресовий розлад: симптоми</b> <i>Важливо:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може розвинутися після впливу надзвичайно загрозливої або жахливої події чи серії подій;</li> <li>– Симптоми зберігаються принаймні кілька тижнів</li> </ul>	<p>Загальна кількість проявлених симптомів:</p> <p style="text-align: center;">_____</p>
<p><b>Основні (обов'язкові) симптоми</b> (ПТСР характеризується всіма переліченими нижче обов'язковими симптомами):</p>	
<p>Переживання травматичної події(-й) минулого у формі яскравих нав'язливих спогадів або кошмарів, які періодично повторюються. Переживання травматичної події(-й) минулого може активізуватися через одну або кілька сенсорних модальностей і зазвичай супроводжується сильними або непереборними емоціями, зокрема страхом або жахом, фізичними відчуттями</p>	
<p>Уникання думок і спогадів про подію(-ї), уникання дій, ситуацій або людей, які нагадують про травматичне минуле</p>	
<p>Постійне відчуття підвищеної поточної загрози, про що свідчить надмірна настороженість або посилена реакція страху на подразники, неочікувані звуки</p>	
<p><b>Додаткові клінічні характеристики:</b></p>	
<p>Загальна дисфорія; Дисоціативні симптоми; Соматичні скарги; Суїцидальні думки та поведінка; Соціальна відстороненість; Надмірне вживання алкоголю чи наркотиків, щоб уникнути повторного переживання в уяві минулого або для відчуття «контролю над емоційними реакціями»; Симптоми тривожності, включно з панікою; Нав'язливі ідеї або компульсії у відповідь на спогади або нагадування про травму; Емоційний досвід, який уміщує гнів, сором, смуток, приниження або провину, включаючи провину жертви.</p>	
<p><i>Примітки:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Пережита подія чи ситуація надзвичайно загрозливого чи жахливого характеру в анамнезі сама по собі не свідчить про ПТСР. Багато людей відчувають сильні стреси, але у них не розвивається розлад.</li> <li>– Маніфестація хвороби має відповідати всім діагностичним вимогам розладу.</li> <li>– Порушення призводить до значного погіршення функціонування сфер життєдіяльності (особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної тощо). Функціонування сфер підтримується завдяки значним додатковим зусиллям.</li> </ul>	

## Бланк симптомів комплексного посттравматичного стресового розладу

(ICD-11. Complex post traumatic stress disorder, 2022)

<p><b>Комплексний посттравматичний стресовий розлад: симптоми</b>  <i>Важливо:</i>          Виконуються всі діагностичні вимоги щодо ПТСР.          Комплексний посттравматичний стресовий розлад може розвинутися після впливу події або серії подій надзвичайно загрозливого або жахливого характеру, найчастіше після тривалих подій або таких, що повторюються, від яких важко або неможливо втекти (наприклад, катування, рабство, геноцид, тривале домашнє насильство, неодноразове сексуальне або фізичне насильство в дитинстві тощо)</p>	<p>Загальна кількість симптомів:          _____</p>
<p><b>Виражені симптоми</b>          (КПТСР характеризується вираженими і стійкими симптомами, описаними нижче):</p>	
<p>Після травматичної події розвиваються всі три основні елементи посттравматичного стресового розладу, які залишаються стійкими принаймні кілька тижнів:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Повторне переживання травматичної події(-й) у формі яскравих нав'язливих спогадів або кошмарів;</li> <li>– Уникання думок і спогадів про подію(-ї) або уникання дій, ситуацій або людей, які нагадують про травматичне минуле;</li> <li>– Постійне відчуття підвищеної поточної загрози, про що свідчить надмірна настороженість або посилена реакція страху на подразники, неочікувані звуки</li> </ul>	
<p>Афективні проблеми: підвищена емоційна реакція на незначні стресори, спалахи насильства, безрозсудна або самодеструктивна поведінка, дисоціативні симптоми під час стресу та емоційне заціпеніння, нездатність відчувати задоволення чи позитивні емоції</p>	
<p>Надмірна критичність щодо себе: відчуття себе приниженим, переможеним або нікчемним, що супроводжується почуттям сорому, провини або невдачі, пов'язаної з травматичною подією (людина може відчувати провину за те, що не втекла від несприятливих обставин або піддалася їм, або не змогла запобігти стражданню інших)</p>	
<p>Комунікативні труднощі в стосунках з іншими: уникання стосунків і соціальної активності загалом, висміювання їх або зниження інтересу до них</p>	
<p><b>Додаткові клінічні характеристики:</b></p>	
<p>Суїцидальні думки і поведінка, зловживання психоактивними речовинами, симптоми депресії, психотичні симптоми і соматичні розлади</p>	
<p><i>Примітки:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Пережита подія чи ситуація надзвичайно загрозливого чи жахливого характеру в анамнезі сама по собі не свідчить про наявність комплексного посттравматичного стресового розладу. Багато людей відчувають сильні стреси, але у них не розвивається розлад.</li> <li>– Маніфестація хвороби має відповідати всім діагностичним вимогам розладу.</li> <li>– Порушення призводить до значного погіршення функціонування сфер життєдіяльності (особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної тощо). Функціонування сфер підтримується завдяки значним додатковим зусиллям.</li> </ul>	

## Бланк симптомів гострої стресової реакції

(ICD-11. Acute stress reaction, 2022)

<p><b>Гостра стресова реакція: симптоми</b></p> <p><i>Умови виникнення:</i></p> <p>– Гостра стресова реакція виникає у результаті впливу події чи ситуації загрозливого характеру, переживання природних або спричинених людиною катастроф, бойових дій, серйозних нещасних випадків, тортур, сексуального насильства, тероризму; у разі отримання стресової інформації; якщо людина стала свідком серйозного поранення, раптової, несподіваної або насильницької смерті інших людей</p> <p><i>Важливо:</i></p> <p>– Гостра стресова реакція – це розвиток минутих емоційних, соматичних, когнітивних або поведінкових симптомів у результаті короточасного чи тривалого впливу події чи ситуації загрозливого характеру;</p> <p>– Гостра стресова реакція тримається перші години або дні події, починає слабшати протягом кількох днів чи зменшується протягом одного тижня після зникнення загрози / припинення дії стресового фактора. Протягом приблизно одного місяця реакція значно послаблюється (людина адаптується до ситуації). Якщо ж дія стресора триває або усунути її неможливо, симптоми можуть зберігатися;</p> <p>– Якщо інтенсивність симптомів не зменшується протягом одного тижня після зникнення загрози / припинення дії стресового фактору, є імовірність постановки іншого діагнозу (наприклад, розлад адаптації або посттравматичний стресовий розлад)</p>	<p>Загальна кількість проявлених симптомів:</p> <hr style="width: 50px; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>
<p><b>Виражені симптоми:</b></p>	
<p>Виникнення гострого захворювання, що загрожує життю (наприклад, серцевий напад);</p> <p>Прояв тимчасових емоційних, соматичних, когнітивних чи поведінкових симптомів, таких як ошелешеність, розгубленість, смуток, тривожність, гнів, відчай, надмірна активність, бездіяльність, соціальна замкнутість, амнезія, деперсоналізація, дереалізація, або ступор;</p> <p>Прояв вегетативних ознак тривожності (тахікардія, пітливість, почервоніння тощо)</p>	
<p><b>Додаткові клінічні характеристики:</b></p>	
<p>Гостра стресова реакція може супроводжуватися значними стражданнями та/або порушеннями особистого функціонування</p>	

**Бланк симптомів розладу тривалого горя**  
(ICD-11. Prolonged grief disorder. 2022)

<p><b>Розлад тривалого горя: симптоми</b> <i>Важливо:</i> Розлад тривалого горя – це розлад унаслідок втрати, смерті партнера, батьків, дитини чи іншої близької особи. Реакція на горе зберігається протягом тривалого періоду часу після втрати (щонайменше шість місяців), явно перевищує очікувані соціальні, культурні чи релігійні норми</p>	<p>Загальна кількість симптомів:  _____</p>
<p><b>Виражені симптоми:</b></p>	<p>—</p>
<p>Неминуuca реакція горя на втрату великої інтенсивності (смуток, провина, гнів, заперечення, звинувачення, труднощі з прийняттям смерті, відчуття, що людина втратила частину себе, нездатна відчувати позитивний настрій, емоційне заціпеніння, труднощі в соціальній чи іншій діяльності)</p>	
<p><b>Додаткові клінічні характеристики:</b></p>	
<p>Постійна занепокоєність, зосередженість на обставинах смерті</p>	
<p>Збереження всіх речей померлого в тому вигляді, у якому вони були до смерті</p>	
<p>Демонстрація надмірної заклопотаності та уникання нагадувань про померлого</p>	
<p>Проблеми в житті без близької людини</p>	
<p>Труднощі з пригадуванням позитивних спогадів про померлого</p>	
<p>Труднощі з довірою до інших</p>	
<p>Соціальна замкнутість</p>	
<p>Відчуття, що життя безглузде</p>	
<p>Може посилитися вживання тютюну, алкоголю та інших речовин</p>	
<p>Посилення суїцидальних думок і поведінки</p>	
<p><i>Примітки:</i> – Порушення призводить до значного погіршення функціонування сфер життєдіяльності (особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної тощо). Функціонування сфер підтримується завдяки значним додатковим зусиллям.</p>	

**Бланк симптомів розладу адаптації**  
(ICD-11. Adjustment disorder, 2022)

<p><b>Розлад адаптації: симптоми</b> <i>Важливо:</i> Дезадаптивна реакція на психосоціальний стресор або кілька стресорів виникає протягом місяця. У нормі симптоми зникають протягом шести місяців після впливу стресора.</p>	<p>Загальна кількість симптомів:  _____</p>
<p><b>Виражені симптоми:</b></p>	
<p>Чутливість до стресора і його наслідків: – надмірне занепокоєння, – тривожні думки про стресор, – постійні роздуми про наслідки дії стресора</p>	
<p><b>Додаткові клінічні характеристики:</b></p>	
<p>Занепокоєність посилюється в разі нагадування про стресор(-и);</p>	
<p>Використовується стратегія уникання подразників, думок, почуттів, обговорення стресової ситуації для запобігання дистресу;</p>	
<p>Симптоми депресії або тривожності;</p>	
<p>«Зовнішні» симптоми, зокрема часте вживання тютюну, алкоголю чи інших речовин</p>	
<p><i>Примітки:</i> – Симптоми розладів адаптації слабшають, якщо стресор усувається, надається достатня підтримка або постраждала особа опановує стратегію подолання; – Симптоми спостерігаються в синдромах інших психічних розладів (розлади настрою, розлади, пов’язані зі стресом, тощо); – Нездатність пристосуватися до стресора призводить до значного погіршення функціонування сфер життєдіяльності (особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної тощо). Функціонування сфер підтримується завдяки значним додатковим зусиллям.</p>	

## Додаток Д

## Комплексна програма вивчення стану постраждалого в стресових ситуаціях

### ПЕРШИЙ БЛОК

*Дата:* \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ (з \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ години)

*Форма обстеження:* \_\_\_віч-на-віч\_\_\_ з особами, які супроводжують

#### 1. Особисті дані

*Прізвище:* \_\_\_\_\_ *Ім'я* \_\_\_\_\_ *По батькові* \_\_\_\_\_

*Дата народження:* \_\_\_\_\_ (день / місяць / рік)

*Фізична особа:* \_\_\_\_\_ (стать), \_\_\_\_\_ громадянство

*Освіта (для тих, хто навчається):* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (навчальний заклад), \_\_\_\_\_ (група / клас / курс).

*Спеціальність:* \_\_\_\_\_

(для студентів, тих, хто працює)

*Адреса:* (місце проживання фізичної особи) \_\_\_\_\_

*Телефон:* \_\_\_\_\_

*Чи були звернення до психолога раніше* \_\_\_(так),\_\_\_(ні).

*Чи була робота із психологом ефективною* \_\_\_(так),\_\_\_(ні), чому

Що тепер змусило звернутися до психолога (причина звернення)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Рішення про звернення приймалося \_\_\_\_\_ (самостійно), \_\_\_\_\_ чи за рекомендацією \_\_\_\_\_ вчителів / викладачів / батьків / друзів / колег / родичів (підкреслити).

## **2. Опис стресової ситуації і поточних обставин (травматичний досвід)**

Чи був клієнт коли-небудь у стресовій ситуації раніше: бойові дії, техногенні аварії, природні катаклізми, звалтування, розбійний напад, інше \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Чи були: заподіяння серйозної психофізичної травми, загроза життю, присутність під час смерті іншої людини, заподіяння матеріальних збитків, погрози на адресу родини, інше \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Чи пам'ятає клієнт про те, що сталося нещодавно (у стресовій ситуації)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Де відбулася подія? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Як довго клієнт перебував у стресовій ситуації?

1. Тижні \_\_\_\_\_ 2. Дні. \_\_\_\_\_

3. Години\_\_\_\_\_ 4. Хвилини\_\_\_\_\_.

*Що для клієнта ускладнювало переживання стресової ситуації*

---

---

---

*Що допомагало переживати стресову ситуацію*

---

---

---

*Що призвело до виникнення проблем, які ускладнюють тепер життя клієнта* \_\_\_\_\_

---

---

---

*Які стресові фактори впливали на клієнта в стресовій ситуації*

---

---

---

*Які були чинники прийняття певних рішень у стресовій ситуації*

---

---

---

*Що ускладнювало отримання допомоги / підтримки в подоланні наслідків стресової ситуації* \_\_\_\_\_

---

---

---



### **3. Аналіз впливу стресорів на психологічне благополуччя та соціальний добробут**

*(заповнити важливі позиції, описати стан, ставлення до стресорів тощо)*

#### **А. Класифікація стресорів, що викликають стан психічного напруження**

*Часовий вплив стресорів:* гострий, одноразовий, епізодичний, короткотривалий, довготривалий, хронічний \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(підкреслити потрібне чи дописати необхідне);

*Адресний вплив стресорів:*

на особистість, групу, спільноту, соціум тощо

\_\_\_\_\_

(підкреслити потрібне чи дописати необхідне);

*Змістовний вплив стресорів:*

фізичний, психоемоційний, інформаційний, соціальний, управлінський, територіальний, природний, техногенний, контекстуальний тощо

\_\_\_\_\_

(підкреслити потрібне чи дописати необхідне);

Стресор *керований / некерований* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(підкреслити потрібне чи дописати необхідне);

Стресор *проявлений / непроявлений* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(підкреслити потрібне чи дописати необхідне);

Стресор *поширений / непоширений*

\_\_\_\_\_

(підкреслити потрібне чи дописати необхідне);

Стресор латентний / демонстративний \_\_\_\_\_

(підкреслити потрібне чи дописати необхідне);

**Б. Форма стресу:**

*Еустрес* – стресори сприймаються позитивно, як стимули розвитку \_\_\_\_\_

(описати ставлення до стресорів);

*Дистрес* – стресори викликають негативні емоції, мають руйнівний вплив на здоров'я \_\_\_\_\_

(описати ставлення до стресорів)

**В. Послідовні стадії розгортання реакції організму людини на стресові, надзвичайні ситуації (вибрати):**

1. *Стадія вітальних реакцій* (триває від кількох секунд до 5-15 хвилин, тривалість і вираженість реакцій залежить від ступеня раптовості впливу екстремального фактору – стрімке розгортання ситуації прискорює вітальну реакцію):

\_\_\_\_\_ (так/ні; описати подробиці перебігу стадії) \_\_\_\_\_

2. *Стадія гострого психоемоційного шоку з явищами надмобілізації* (розвивається слідом за короткочасним станом заціпеніння, триває від 3 до 5 годин; характеризується

загальним психічним напруженням, мобілізацією психофізіологічних резервів, збільшенням фізичних сил і працездатності, загостренням сприйняття та збільшенням швидкості розумових процесів, проявами безрозсудної сміливості і водночас зниженням здатності до обміркованої діяльності):

\_\_\_\_\_ (так/ні; описати подробиці перебігу стадії) \_\_\_\_\_

3. *Стадія психофізіологічної демобілізації* (починається з усвідомлення масштабів ситуації триває до трьох діб; різко погіршуються самопочуття та психоемоційний стан, мають місце депресивні прояви, порушення функцій уваги і пам'яті, періодично виникають панічні реакції.);

\_\_\_\_\_ (так/ні; описати подробиці перебігу стадії) \_\_\_\_\_

4. *Стадія вирішення* (розвивається відповідно до специфіки впливу стрес-факторів, ступеня ураження / травмування і триває від 3 до 12 діб; з'являються ознаки суб'єктивного відчуття поліпшення стану – стабілізуються настрої і самопочуття, але знижуються психофізіологічні резерви, наростають явища перевтоми, суттєво зменшуються показники фізичної і розумової працездатності);

\_\_\_\_\_ (так/ні; описати подробиці перебігу стадії) \_\_\_\_\_

5. *Стадія відновлення* (починається наприкінці другого тижня після потрапляння в надзвичайну ситуацію; поступово наближається до норми емоційний стан: відновлюється забарвлення мови, міміки, нормалізуються сновидіння):

\_\_\_\_\_ (так/ні; описати подробиці перебігу стадії) \_\_\_\_\_

б. Стадія відставлених реакцій (через місяць після надзвичайної ситуації, якщо психофізичний стан не покращується, виникають стійкі порушення сну, страхи, астено-невротичні реакції, нав'язливі ідеї, стани маячні і галюцинацій, розлади травлення, серцево-судинної, ендокринної систем):

\_\_\_\_\_ (так/ні; описати подробиці перебігу стадії) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Г. Актуальна фаза «адаптаційної активності» (за Н. Selye)

(описати стан; конкретизувати, на якій фазі адаптивної активності перебуває наразі клієнт):

*Фаза тривожності і мобілізації можливостей організму* (проходить у два етапи):

- Перший етап (початковий «шок») \_\_\_\_\_ (так/ні);

\_\_\_\_\_ (чи є ризик розгортання  
гострого стресового розладу – описати стан)

- Другий етап («протишок») \_\_\_\_\_ (так/ні);

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (чи відбувається мобілізація механізмів саморегуляції, психологічних і фізичних  
адаптаційних ресурсів – описати стан)

*Фаза резистентності (опору)*, \_\_\_\_\_ (так/ні);

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(чи збалансовано використовуються ресурси організму, чи стабілізувався емоційний стан, як проходить адаптація до ситуації – описати стан)

*Фаза виснаження (опору)*, \_\_\_\_\_ (так/ні);

---

---

(як проходить адаптація, чи є ознаки ПТСР – описати стан)

#### **Д. Актуальний субсиндром стресу**

(за результатами інтерв'ювання конкретизувати (вибрати з перелічених) актуальний субсиндром стресу):

- емоційно-поведінковий субсиндром (в екстремальних умовах є початковим синдромом) \_\_\_\_\_ (так/ні);
- вегетативний субсиндром (превентивно-захисна вегетативна активність) \_\_\_\_\_ (так/ні);
- когнітивний субсиндром (зміни в розумовій активності під час стресу) \_\_\_\_\_ (так/ні);
- соціально-психологічний субсиндром (зміни в спілкуванні під час стресу) \_\_\_\_\_ (так/ні)

### **ДРУГИЙ БЛОК**

**Аналіз диспозиційних показників поведінки в стресі** проводять за допомогою методик, наведених в додатку В, а саме:

- явні маркери типу поведінки А (М. Friedman);
- приховані маркери типу поведінки А (М. Friedman).

#### **Виявлення негативних змін у стані здоров'я людини**

У разі виникнення загрози погіршення психічного стану рекомендовано провести первинну діагностику стану психічного здоров'я, щоб узгодити подальший план роботи психологів й оформити рішення щодо організації комплексної допомоги в подоланні стресу разом із фахівцями відповідного профілю.



## Додаток Е

## Технологія розвитку психологічної готовності громадян до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях

## Додаток Е.1

### Основні організаційні і практичні елементи психологічної технології

№	Назва елемента / атрибута психологічної інтервенції	Зміст психологічної інтервенції
1	Назва психологічної інтервенції	Психологічна технологія
2	Психологічна проблема	Ризик виникнення психологічних негараздів, психічних розладів у громадян і суспільних груп у стані дистресу, зумовленого надзвичайною ситуацією
3	Мета технології	Розвиток готовності громадян і суспільних груп до конструктивної поведінки в надзвичайних ситуаціях
4	Завдання технології, які планується вирішити	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Виявити нерезистентних до стресу осіб та конкретизувати особливості їхніх диспозиційних параметрів;</li> <li>2. Провести комплексний інокуляційний вплив стресу нерезистентним особам для формування готовності до надзвичайної ситуації та поліпшення адаптації до контекстуальних умов</li> <li>3. На основі діагностичних результатів провести психологічні коригувальні процедури й навчання психологічних засобів опанування життєвих ускладнень</li> </ol>
5	Форма роботи	<p>Індивідуальна форма роботи (вписати «паспортичку» клієнта)</p> <p>Групова форма роботи (вписати характеристику цільової групи)</p>
6	Проблемні питання	<p>Порушення психофізичного благополуччя в нерезистентних до стресу осіб;</p> <p>Нерозуміння природи стресу, реакцій організму та ресурсів подолання;</p> <p>Обмежений репертуар прийомів самоконтролю, необхідність зменшення емоційного напруження та підтримання рівноваги у нерезистентних до стресу осіб;</p> <p>Недостатня операціоналізація знань щодо природи стресу, реакцій організму, ресурсів подолання та навичок самоконтролю</p>

7	Перелік дій, що плануються, і терміни психологічної роботи згідно з етапами впливу	<p style="text-align: center;">Заплановані дії</p> <p>Етап превентивного впливу: 1. Диференціація нерезистентних до стресу осіб за допомогою діагностичного інструментарію. 2. Конкретизація показників диспозиційних параметрів нерезистентних до стресу осіб.</p> <p>Етап інокуляційного впливу: 3. Роз'яснення клієнтам природи стресу, реакцій організму та ресурсів подолання; 4. Навчання прийомів самоконтролю, зменшення емоційного напруження та підтримання рівноваги; 5. Операціоналізація знань і навичок подолання впливу стресорів;</p> <p>Етап постфактум-впливу: 6. Діагностика стану, у якому перебуває клієнт, та аналіз формату копінг-стратегій, що використовуються для збереження рівноваги; 7. Проведення психологічних корекційних процедур щодо подолання дистресу і подальша операціоналізація знань та навичок самоконтролю, зменшення емоційного напруження тощо</p>	Термін виконання (початок і кінець)
8	Психологічні процедури, що планується застосовувати, і терміни роботи	<p>Заплановані психологічні процедури (зазначити заплановані згідно з етапами технології діагностичні, корекційні і т. ін. процедури)</p> <p>Етап превентивного впливу:</p> <p>Етап інокуляційного впливу:</p> <p>Етап постфактум-впливу:</p>	Термін виконання (початок і кінець)
9	Фахівці, з якими потрібно спрацювати	Перелік фахівців, з якими потрібно співпрацювати для вирішення завдань технології або до яких слід звернутися клієнту / членам групи;	
10	Бажані результати роботи	Опис бажаних результатів роботи	
11	Отримані результати роботи	Опис отриманих результатів роботи	
12	Критерії і показники ефективності	Критерії і показники ефективності реалізації технології психологічної готовності (з позиції психолога і з позиції клієнта / групи);	
13	Можливі ризики і перешкоди реалізації технології	Опис перешкод і ризиків, які можуть виникнути в процесі реалізації технології.	



## Додаток Е.2

## Етап превентивного впливу: третинна превенція

## Сторінка ситуативного щоденника

Ситуація	Тривожна__	Складна__	Надзвичайна__
Опис ситуації:			
Стресор / страх / побоювання			
Чого очікую (очікував) / загрози / ризику			
Фізичні реакції на стресор			
Відчуття, якими супроводжується вплив стресора			
Термін дії реакції на стресор			
Вплив стресора на стосунки з оточенням			
Використані способи / засоби опанування стресора			
Що відбулося в реальності (запис зробити через певний проміжок часу)			

## Додаток Е.3

## Етап інюкуляційного впливу: фаза I «Концептуалізація і психоутворення»

*Перша зустріч.* У формі мотивувального інтерв'ювання концептуалізуються проблеми і вибудовуються шляхи їх вирішення.

Для цього:

– формулюють цілі роботи – «конкретні, вимірювані, такі, яких можна досягнути, актуальні, обмежені в часі виконання» (specific, measurable, achievable, relevant, and time-bound) (Setting Goals and Developing Specific, Measurable);

– конкретизують поведінкові симптоми дистресу (порушення сну, наявні залежності, стигматизація, віктимізація тощо);

– аналізують життєві історії суб'єкта;

– аналізують причини тривожності (вікові, соціальні, культурні особливості, «наслідувана травмованість»<sup>40</sup>, соціальні умови, (не)безпека, ризики суїцидальної поведінки тощо<sup>41</sup>);

– активізують «позитивні спогади» (якщо треба, з клієнтом проводять додаткові зустрічі, під час яких можна скористатися матеріалами домашнього завдання, оформленого в щоденнику, що пропонується);

---

<sup>40</sup>Травма, що передається з покоління в покоління.

<sup>41</sup>Для розроблення проблеми тривожності D. Meichenbaum рекомендує вести психологічну дискусію в межах двофакторної теорії S. Schachter, J. Singer (Two-factor theory of emotion), яка стверджує, що два фактори опосередковують емоційну реакцію: фізіологічне збудження і когнітивне значення ситуації для людини. Відповідно, у будь-якій ситуації формується емоційний ланцюжок: «емоція – фізіологічне збудження – уточнення ознак подібних емоцій – пошук пояснення стану». Якщо немає власної інтерпретації причини відчуттів, стану, тоді людина пояснення «запозичує» в інших. Зразком стає реакція оточення на ситуацію, «за замовчуванням» використовують інтерпретацію ситуації іншими. Наприклад: у разі взаємодії з розгніваною особою є вірогідність «зараження» гнівом, перебування поряд із тривожною людиною наражає оточення на тривожність (Schachter, & Singer, 1962).

- визначають особливості поведінки, які заважають щепленню стресу (упереджене ставлення до чогось, зацікавленість у збереженні певної моделі взаємодії з оточенням – «корисної, зручної, такої, що дає певні привілеї»).
- виявляють «сильні» якості суб'єкта в минулому, сучасному, моделюють їх використання в майбутньому;
- виявляють фактори, умови, що посилюють стійкість клієнта до випробувань;
- роз'яснюють у недидактичній формі причини тривожності, стресового стану; наголошують на тому, що стресори не завжди результуються дистресом, але відчуття суб'єктивної загрози психологічному благополуччю і соціальному добробуту призводить до стресу;
- обговорюють, що конструктивна поведінка в складній чи надзвичайній ситуації залежить від контролю емоцій, поведінкових реакцій, сприймання стресорів, їх трактування та оцінювання тощо.

*Домашнє завдання:*

1. Пригадати ситуації, стрес-фактори, що викликають тривожність, негативні емоції, які дестабілізують психічний стан;
2. Заповнити анкету (див. Бланк анкети «Емоції і поведінка в складних ситуаціях»).

*Підсумкова зустріч:*

За матеріалами співбесіди та виконаного домашнього завдання мовою суб'єкта (метафорами, прикладами) реконцептуалізують проблему:

- означають події, особисті теми, ситуації, що викликають тривожність,
- обговорюють компоненти тривожності (образи, думки, відчуття, фізіологічні реакції, особливості поведінки), стадії тривожності (загальна реакція тривожності; підвищення загальної резистентності організму до стресових впливів; виснаження);
- обговорюють прийоми / способи, які дають змогу подолати тривожний стан

**Бланк анкети «Емоції і поведінка в складних ситуаціях»**  
(Гремлинг, & Ауэрбах, 2002)

Пригадайте травмувальну подію / ситуацію, яку Ви переживали.

---



---



---



---



---

Оцініть Вашу емоційну реакцію за шкалою від 1 до 10 балів, де 1 бал – Ви не відчували емоцій, а 10 балів – у Вас були надмірні переживання.

\_\_\_\_\_ Злість, \_\_\_\_\_ Провина, \_\_\_\_\_ Тривожність,  
\_\_\_\_\_ Депресія.

Напишіть, що Ви робили, якою була Ваша поведінка:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Ваша поведінка допомогла вирішенню проблеми «тут і зараз»?

\_\_\_\_\_ Так. \_\_\_\_\_ Ні.

Ваша реакція дала змогу надовго відкласти проблему?

\_\_\_\_\_ Так. \_\_\_\_\_ Ні.

Ви розуміли, що відбувається, у тому емоційному стані, в якому перебували?

\_\_\_\_\_ Так. \_\_\_\_\_ Ні.

Ви змогли вирішити проблему чи зрозуміти ситуацію?

\_\_\_\_\_ Так. \_\_\_\_\_ Ні.

## Додаток Е.4

## Етап інокуляційного впливу: фаза II «Набуття і відпрацювання навичок»

*Рекомендований репертуар інокуляційного втручання* використовують для формування і відпрацювання навичок конструктивної поведінки в стресових ситуаціях. Вибір технік опосередковується станом суб'єкта і завданнями психологічної роботи.

***Вправа «Штучно викликані образи»*** (Бек, Раш, Шо, & Эмери, 1979)

Вправу виконують для роз'яснення впливу когніцій на емоції і поведінку; аналізують *«автоматичні думки»* – «непомічені» когніції, емоції, настрої; дії, які заважають; думки, про які людина не підозрює; думки та уявлення щодо певних ситуацій, які вважають відображенням реальності і не оцінюють щодо їхньої достовірності і реалістичності.

**Інструкція:**

На *першому етапі* виконання вправи пропонується:

– пригадати неприємну ситуацію й описати емоцію, яка супроводжує спогади;

– спробувати передати зміст думок щодо ситуації;

*Другий етап:*

– пригадати позитивну ситуацію, описати почуття, думки.

*Третій етап:*

– зафіксувати увагу (за допомогою психолога) на тому, що зміст думок впливає на емоційний стан і настрої.

*Домашнє завдання: Вправа «Автоматичні думки»* (Meichenbaum, 1988; Бек, Раш, Шо, & Эмери, 2003. Когнитивная терапия депрессии).

У подальшому домашня робота з «автоматичними думками» спрямовується на виявлення дисфункціональних когніцій. На підставі того, що зміст «автоматичних думок» опосередковується сформованими образами, асоціаціями, суб'єктові пропонується як *домашнє завдання*:

– Проаналізувати і записати негативні думки та образи, що виникають у момент пригадування певних ситуацій минулого дня. Думки в щоденнику записують прямою мовою, наприклад: «Мені здалося, що я не здатен...», «Я думаю, що не зможу...», «У такій ситуації я ніколи...» і т. д.

– Пригадати ситуації, що асоціюються з негативними емоціями. Записати думки, що виникають, коли є ризик потрапляння в таку ситуацію. Записати думки, що супроводжують зазвичай переживання цих ситуацій. Спробувати пояснити, чому саме «приходять» ці думки. Заповнити в щоденнику таблицю реєстрації дисфункціональних думок.

### **Бланк аналізу «автоматичних думок», що виникають у складних ситуаціях**

Дата \_\_\_\_\_

Ситуація / подія	Реакція на ситуацію		Думки, що передують потраплянню в таку ситуацію	Думки, що супроводжують переживання складних ситуацій	Що є першопричиною виникнення «автоматичних думок»
	Афективна	Поведінкова			

Оскільки дисфункціональні когніції негативно впливають на поведінку, важливим результатом аналізу записів у щоденнику буде усвідомлення суб'єктом, що певні тематичні ситуації супроводжуються типовими «автоматичними думками», емоціями і психофізичними реакціями. Тобто зміст «автоматичної думки» опосередковує сумарний ефект – реакцію на складну ситуацію. Важливо зважати на те, що стереотипні негативні реакції на певні ситуації свідчать про потребу в корекційній роботі щодо їх нейтралізації.

На етапі усвідомлення суб'єктом того, що він автоматично оцінює стресову ситуацію в притаманному йому стилі, йому пропонують спробувати не вважати «автоматичну» оцінку кінцевою, але лише однією з можливих. Далі треба запропонувати змодельовати альтернативні варіанти розвитку подій.

Це роблять для того, щоб сформувати настановлення, що когнітивні стратегії конструюються в процесі опрацювання, а неконструктивні думки, які дестабілізують психологічний стан, можна трансформувати в конструктивні.

Звертають увагу на те, що дистанціювання від власних «автоматичних думок», ідентифікація когнітивних шаблонів сприяють переосмисленню стрес-факторів і вибудовуванню альтернативної концептуалізації ситуації – пошуку можливих шляхів виходу із життєвих негараздів.

#### *«Релаксація – «стоп» стрес»*

Прогресивна релаксація – це метод глибокої м'язової релаксації, який застосовують для усвідомлення й запам'ятовування відчуттів за допомогою послідовного напруження і розслаблення. Релаксацію варто починати з м'язів рук, ніг, поетапно просуватися до голови й тулуба – групи м'язів розслабляються послідовно. У разі виникнення відчуття психофізичного дискомфорту (тривожність, м'язові болі в тілі, тремор тощо) виконують не

поспішаючи техніку, де на релаксацію кожної групи м'язів відводиться чотири-п'ять хвилин, на напруження – удвічі менше. Максимальне зусилля напруження утримують протягом 2 секунд. Поступово досягають повного розслаблення тіла, за такої умови людина не перебуває в стані зміненої свідомості.

На початкових етапах засвоєння цієї техніки потрібно забезпечити спеціальні умови:

- дати людині змогу прибрати зручне положення тіла (лежачи), з досвідом розслаблення можна буде досягати і сидячи, стоячи;
- тихе, спокійне місце;
- неяскраве, приглушене освітлення в приміщенні;
- зручний одяг;
- зняти, якщо можна, взуття.

### ***РЕЛАКСАЦІЯ. ПЕРШИЙ ВАРІАНТ*** (Гринберг, 2002)

**Інструкція:**<sup>42</sup>:

#### ***Працюємо над розслабленням рук***

##### ***а) Розслаблення правої руки.***

- Приберіть зручне положення.
- Розслабтеся наскільки це можливо.
- Стисніть у кулак пальці *правої руки*. Стискайте пальці міцно, іще міцніше – до відчуття значного напруження. Відчуйте напруження кисті, а також напруження в руці і передпліччі.
- Дозвольте пальцям Вашої правої руки розслабитись...

Позначте різницю у відчуттях (*момент зупинки, оцінювання відчуттів...*).

- Дозвольте собі розслабитися ще більше.

---

<sup>42</sup>Інструкції щодо проведення прогресивної релаксації розроблено Дженні Штайнмец.



– Ще раз щільно стисніть руку в кулак. Залиште її в такому стані. Відчуйте напруження.

– Тепер відпустіть напруження, розслабтеся, дозвольте пальцям випрямитись.

Усвідомте, що відбувається з Вашим тілом, відчуйте різницю.

*б) Тепер проробіть те саме з лівою рукою.*

– Стисніть пальці лівої руки, тоді як інші частини тіла залишаються розслабленими.

– Стисніть руку міцніше і відчуйте напруження. Тепер розслабтеся...

І знову насолоджуйтеся контрастом відчуттів.

– Вдруге щільно і міцно стисніть ліву руку в кулак.

– Нарешті розслабтеся і відчуйте різницю.

І далі розслабляйтеся в такий спосіб ще деякий час.

*в) Тепер працюємо із двома руками.*

– Стисніть обидва кулаки міцно і сильно, відчуйте напруження в кистях».

Вивчіть це відчуття...

– І розслабтеся. Випряміть пальці і відчуйте розслаблення...

Розслабляйте руки так само й далі.

*г) Працюємо з м'язами передпліч.*

– Зігніть руки в ліктях і напружте біцепси. Напружте їх сильніше і зосередьтеся на відчутті напруження.

– Випряміть руки.

– Розслабте їх знову.

Відчуйте різницю. Дозвольте процесу релаксації тривати й далі.

– Тепер знову напружте біцепси.

– Відчуйте напруження і зберігайте його.

– Випряміть руки і розслабтеся.

– Розслабтеся максимально...

Щоразу, коли напружуєтеся і розслабляєтеся, звертайте увагу на відчуття.

*д) Працюємо й далі з передпліччями.*

– Тепер випряміть руки – випряміть їх так, щоб як слід відчувати напруження в трицепсах. Тримайте руки випрямленими і відчуйте напруження.

– Знову розслабтеся. Дозвольте рукам прибрати зручне положення...

Дозвольте процесу релаксації розгортатися довільно.

По руках має розливатися відчуття приємної тяжкості в міру того, як вони розслаблюються.

– Знову випряміть руки так, щоб відчувати напруження в трицепсах. Відчуйте це напруження... і розслабтеся.

– Зосередьтеся тільки на розслабленні в руках, без будь-якого напруження. Дозвольте рукам прибрати зручне положення і розслабитися – усе більше і більше... Розслабляйте руки й далі...

Навіть коли вам здається, що руки остаточно розслаблені, дозвольте їм розслабитися ще більше.

Дозвольте собі досягти більш глибоких рівнів релаксації.

### ***Розслаблення обличчя, шиї, плечей і верхньої частини спини***

Влаштуйтеся зручно.

Дозвольте всім Вашим м'язам звільнитися від напруження та обважніти.

*а) Працюємо з м'язами чола.*

– Наморщіть чоло, наморщіть його сильніше.

– А тепер припиніть морщити чоло. Розслабтеся, щоб воно розгладилося. Уявіть, що чоло і шкіра на голові розгладжуються в міру розслаблення.

– Нахмуртеся і наморщіть лоба; нахмурюйте, насуплюйте брови все більше, щоб відчувати напруження. Напружуйте брови й лоб і далі.

– Знову розслабтеся, щоб лоб розгладився.

*б) Працюємо з м'язами очей, щелеп.*

– Заплющте очі. Ваші очі заплющені, Вам зручно і приємно. Зверніть увагу на Вашу розслабленість.

– Тепер стисніть щелепи і зціпте зуби. Вивчіть напруження в щелепах.

– Розслабте щелепи, злегка розімкніть губи. Відчуйте розслаблення.

– Тепер щільно притисніть язика до піднебіння. Визначте місце напруження.

– Добре, тепер дозвольте язику повернутися в його природне, зручне положення.

– Тепер зімкніть губи так міцно, як можете.

– Розслабте губи.

Зауважте контраст відчуттів під час напруження і розслаблення... Відчуйте, як розслаблюється Ваше обличчя, Ваше чоло, шкіра голови, очі, щелепи, губи, язик, горло...Ви розслабляєтеся все більше і більше...

*в) Тепер переходьте до м'язів шиї.*

– Закиньте голову якнайдалі, щоб відчутти напруження в шиї.

– Поверніть голову праворуч, відчуйте зміну напруження.

– Тепер поверніть її ліворуч.

– Тепер випряміться і нахиліть голову вперед.

– Підборіддя тисне на груди.

– Тепер дозвольте голові повернутися у вихідне положення і відчуйте розслаблення.

*(Невеличка пауза)* Дозвольте процесу релаксації тривати й далі.

– Знизуйте плечима. Збережіть плечі напруженими.

– Опустіть плечі і розслабтеся. Ваші шия та плечі розслаблені.

– Тепер знову знизуйте плечима і зробіть ними круговий рух. Тепер рухайте плечима вгору-вниз і вперед-назад. Відчуйте напруження в плечах і верхній частині спини».

– Розслабте плечі.

Дозвольте розслабленню проникнути глибоко в плечі і перейти в м'язи спини.

Розслабте шию і горло, щелепи та інші частини обличчя. Відчуття як розслаблення проникає все глибше... глибше... глибше...

### ***Розслаблення м'язів грудей, живота і нижньої частини спини***

Якнайбільше розслабте все тіло.

Відчуйте приємний тягар, що супроводжує розслаблення.

*а) Розслаблення м'язів грудей.*

– Вдихніть і видихніть – легко і вільно..

Зверніть увагу, як поглиблюється розслаблення з Вашим подихом. Видихаючи, зосередьтеся на відчутті розслаблення.

– Тепер вдихніть і наповніть повітрям легені. Вдихнувши, затримайте повітря. Сконцентруйтеся на напруженні.

– Тепер видихніть, дозвольте стінкам грудей опуститися й автоматично виштовхнути повітря з легенів.

Розслабляйтеся й далі, дихайте вільно і м'яко.

Відчуйте розслаблення та насолоджуйтеся ним.

– Розслабивши інші частини тіла якнайбільше, знову наберіть у легені повітря.

Вдихаючи, затримайте подих.

– Тепер видихніть, відчуйте полегшення, дихайте спокійно.

І далі розслабляйте груди, дозвольте цьому відчуттю перейти на спину, на плечі, шию та руки.

Нехай усе відбувається само собою. Просто насолоджуйтеся розслабленням.

*б) Тепер зверніть увагу на м'язи живота.*

– Напружте м'язи живота; нехай ваш живіт стане твердим.

Зосередьтеся на напруженні.

Розслабтеся, відпустіть напруження і відчуйте контраст відчуттів.

– Знову напружте м'язи живота.

Утримуйте це напруження, вивчайте його.

Розслабтеся. Відчуйте це приємне відчуття, яке виникає, коли Ви розслаблюєте живіт.

– Тепер втягніть живіт. Відчуйте напруження.

– Тепер знову розслабтеся... Нехай ваш живіт повернеться у свій природний стан.

І далі дихайте легко і вільно, відчуйте приємний ефект масажу в грудях і животі.

– Тепер знову втягніть живіт і відчуйте напруження.

– Тепер повністю розслабте живіт.

Дозвольте напруженню розсіятися в міру поширення розслаблення.

Щоразу, коли вдихаєте, звертайте увагу на ритмічне розслаблення в легенях і животі.

Відчуйте, як Ваш живіт дедалі більше розслаблюється... Відпустіть усі м'язи у всьому тілі.

*в) Розслаблюємо нижню частину спини.*

– Вигніть спину, як слід прогніться і відчуйте напруження вздовж хребта.

– Тепер приберіть зручне положення, розслабте нижню частину спини.

– Вигніть спину і відчуйте напруження, яке з'являється, коли Ви прогинаєтесь.

Інші частини тіла мають бути максимально розслаблені.

- Локалізуйте напруження в нижній частині спини. Знову розслабтеся, ще більше.
- Розслабте нижню і верхню частини спини, дозвольте розслабленню перейти до живота, грудей, плечей, рук та обличчя.
- Розслабляйте ці частини все більше і більше.

### ***Розслаблення стегон і литок***

#### *а) Розслаблення стегон.*

Дозвольте напруженню піти і розслабтеся.

- Тепер напружте сідничні і стегові м'язи.
- Напружте стегна, якнайбільше зігнувши ноги.
- Витягніть ноги, розслабтеся і відчуйте різницю.
- Знову зігніть ноги в колінах і напружте стегна.

Утримайте це напруження.

- Знову витягніть ноги, розслабте м'язи стегон...

Дозвольте процесу розслаблення розгортатися природно.

- Витягніть ступні у зворотний від голови бік так, щоб напружилися ваші гомілки.

Вивчіть це відчуття напруження.

#### *б) Розслаблення ступень і литок.*

- Потягніться носочками в бік голови і знову відчуйте напруження в м'язах гомілки.
- Поверніть ступні у вихідне положення.
- Знову розслабтеся... Залишайтеся розслабленими деякий час... Дозвольте собі розслабитися ще більше...
- Розслабте ступні, гомілки, коліна, стегна і сідниці...
- Відчуйте тяжкість у нижній частині тіла в міру розслаблення...

*в) Розслаблення м'язів тулуба.*

– Тепер нехай розслаблення перейде на живіт, талію і нижню частину спини. Дозвольте йому проникати дедалі глибше...

Переконайтеся, що ваше горло не напружене.

– Розслабте щелепи і шию, а також м'язи обличчя.

Дозвольте тілу розслабитися на деякий час... Дозвольте собі розслабитися.

Тепер Ви можете розслабитися ще більше, просто глибоко вдихаючи і повільно видихаючи повітря: Ваші очі заплющені, Ви не звертаєте уваги на зовнішні предмети і рух навколо вас, запобігаючи таким чином появі напруження.

Вдихніть глибоко і відчуйте, як Ваше тіло стає важким. Повільно видихніть – відчуйте, як Ваше тіло важчає.

Якщо Ви по-справжньому розслабилися, то Ви не в змозі поворухнути жодним м'язом свого тіла.

– Подумайте про те, що потрібно, щоб підняти праву руку. Думаючи про це, зверніть увагу, чи не з'явилося напруження в плечах і руках.

Тепер Ви знаєте, що краще не піднімати руку, а й далі розслаблятися.

Зверніть увагу на те, що Вам стало легше, а напруження зникло.

Виконуйте вправу й далі... Розслабляйтеся.

Коли захочете підвестися, порахуйте від чотирьох до одного. Тепер Ви сповнені сил, відчуваєтеся добре і спокійно.

***РЕЛАКСАЦІЯ. ДРУГИЙ ВАРІАНТ – СКОРОЧЕНИЙ*** (Гремлинг, & Ауэрбах, 2002)

Опрацювавши вправи на м'язову релаксацію в розгорнутому варіанті, доцільно спробувати комбінувати релаксацію груп м'язів в іншій послідовності, виконувати не повний перелік вправ. Метою зміни завдання є набуття навички

розслаблення і поступове скорочення часу та переліку вправ для досягнення бажаного ефекту. Оптимальним результатом вважатиметься релаксація в результаті напруження і розслаблення всього тіла на тлі спокійного дихання.

За скороченим варіантом пропонуються вправи для чотирьох груп м'язів: руки, голови і шиї, тулуба, ніг.

*Розслаблення м'язів рук.*

– Переплетіть пальці рук. Напружте руки. Не роз'єднуючи рук, тисніть долонею на долонь. Відчуйте напруження в м'язах від пальців до плечей.

– Відпустіть напруження. Розслабтеся.

– Зробіть глибокий вдих-видих».

*Розслаблення м'язів голови і шиї.*

– Підніміть брови, заплющте очі, стисніть зуби, наморщіть ніс і напружте одномоментно всі м'язи обличчя (лоба, очей, носа, щік, щелеп, підборіддя, шиї).

– Відпустіть напруження. Розслабтеся.

– Зафіксуйте відчуття.

– Зробіть глибокий вдих-видих.

*Розслаблення м'язів тулуба.*

– Відведіть плечі назад. З'єднайте лопатки. Напружте м'язи спини. Відчуйте напруження в зоні попереку.

– Відпустіть напруження. Розслабтеся.

– Зафіксуйте відчуття.

– Зробіть глибокий вдих-видих.

*Розслаблення м'язів ніг.*

– Сядьте. Приберіть зручну позу. Тримайтеся руками за стіл. Підніміть ноги. Пальці стоп направлені на стелю.

– Напружте м'язи. Відчуйте напруження в литках, стегнах.

– Відпустіть напруження. Розслабтеся.



- Зафіксуйте відчуття.
- Зробіть глибокий вдих-видих.
- Дихайте повільно, глибоко, спокійно.

*Релаксація і візуалізація. Розслаблення всього тіла.*

- Заплющте очі. Пригадайте і відтворіть відчуття максимального розслаблення всіх груп м'язів: рук, голови і шиї, тулуба, ніг.
- Із заплющеними очима уявіть трикутник. Якщо трикутник не вдається уявити чітко, спробуйте «розгледити» його сторони, грані, колір, щільність... Покрутіть трикутник. Дозвольте фігурі зникнути. Залишайтеся в розслабленому стані.
- Зробіть глибокий вдих-видих.
- Із заплющеними очима уявіть коло. Якого воно кольору, розміру? На що воно схоже? Замалуйте коло жовтогарячим кольором. Перетворіть коло на сонце. Додайте ще червоного кольору. Перетворіть «сонце» на стигле червоне яблуко, а тепер яблуко починає тихенько рухатися, крутитися, перетворюється на м'яч. У русі м'яч змінює колір на блакитно-синій, далі – блакитний як небо, ясне, блакитне небо... Дозвольте блакитному м'ячу розчинитися в блакиті неба...
- Не розплющуючи очей, «пройдіться» своїм тілом. Запустіть мерехтіння маленьких жовто-червоних ліхтариків, які по ваших пальцях, ступнях пересуваються до обличчя, перебігають по шиї, тулубу і повертаються до кінчиків рук, кінчиків пальців ніг. Тихеньке мерехтіння наповнює святковими вогниками Ваше тіло. На тих частинах тіла, де Ви відчуваєте максимальне розслаблення, маленькі вогники втрачають яскравість і заливають тіло м'яким блакитним кольором. Керуючи мерехтінням, переведіть його у блакитний колір.
- Зробіть глибокий вдих-видих.
- Дозвольте м'язам максимально розслабитися.

– Пригадайте час, коли Вам було максимально добре, коли Ви були в злагоді із собою, були захищені, спокійні. Хто поряд з Вами? Що Ви робите? Яку позу прибираєте? Придивіться до свого обличчя. Ви відчуваєте спокій і розслабленість. Спокій і розслабленість наповнюють все Ваше тіло відчуттям миру і злагоди».

***Вправа «Систематична десенситизація»*** (Гринберг, 2002)

Вправу «Систематична десенситизація» (від лат. systematic – систематичність, sensus – відчуття) виконують для зниження тривожності, подолання страхів, фобій й підготовки до конструктивного реагування на стресор.

**Інструкція:**

а). Пригадайте складну (тривожну, моторошну) ситуацію.

б). Детально опишіть розгортання ситуації (поетапно – від стабільного, становища, що не сприймається як загрозливе, безпосередньо до початку складної ситуації і її розвитку). Наприклад: розгортання ситуації «вимушеного переїзду в інше місто» можна описати так:

- 1) розуміння необхідності переїзду;
- 2) обмірковування географічного положення міста нової дислокації;
- 3) проведення перемовин з особами, які можуть посприяти безпечному переїзду й облаштуванню на новому місці;
- 4) знаходження шляхів замовлення / купівлі квитків;
- 5) замовлення квитків;
- 6) укладання валіз;
- 7) організація маршруту до вокзалу / аеропорту;
- 8) дорога на вокзал / в аеропорт;

- 9) проходження організаційних етапів на вокзалі / в аеропорту (перевірка багажу, реєстрація, перебування в залі очікування, посадка тощо);
- 10) посадка за квитком;
- 11) сама дорога (зручне влаштування, краєвиди за вікном, сусіди, розміщення багажу, їжа тощо).

в). Після складання поетапного розгортання ситуації опануйте техніку релаксації (можна використовувати скорочений комплекс вправ на релаксацію, описаний вище).

г). Залишаючись у розслабленому стані, уявіть перший етап розгортання ситуації на 5-30 секунд;

д). Поверніться в розслаблений стан на 30 секунд.

е). Уявіть другий крок розгортання ситуації на 5-30 секунд.

ж). Поверніться в розслаблений стан на 30 секунд.

з). Пропрацюйте всі етапи розгортання ситуації, чергуючи їх з моментами розслаблення. У разі виникнення утруднень під час проходження певних етапів переходьте на етап розслаблення або деталізуйте етапи на більш дрібні деталі. «Проживіть» їх в уяві, перемежуючи розслабленням.

### ***Вправа «ABCDE-техніка» (Гринберг, 2002)***

Для регулювання тривожності, зміни чи нівелювання ірраціональних переконань, що викликають тривожність, страхи, побоювання в умовах складних / надзвичайних ситуацій, використовують ABCDE-техніку (Альберт Елліс) за таким алгоритмом:

А. Активація агента (визначення стрес-фактору).

В. Конкретизація наявних переконань (раціональних та ірраціональних).

С. Конкретизація наслідків впливу агента (психічних, фізичних, поведінкових).

Д. Обговорення ірраціональних переконань.

Е. Ефект (зміна наслідків).

За матеріалами щоденника чи на основі пригаданої суб'єктом стресової ситуації проводять роботу щодо зміни трактування стрес-факторів. Конкретну ситуацію опрацьовують за алгоритмом ABCDE.

*Зразок сторінки щоденника:*

Ситуація, що дестабілізує психофізичний стан	Із початком війни я тривожуся за... (або: мені страшно, що... / мені здається, що є загроза...) _____ _____ _____ _____;
А. (визначення агента стресора)	Мене тривожить ... (мене лякає... / мені загрожує...) _____ (що конкретно є стрес-фактором у цій ситуації) _____
В. (конкретизація наявних переконань)	Те, що мене тривожить (лякає / загрожує) є (ір-)раціональним тому, що... (обґрунтувати (ір-) раціональність стрес-фактору)
С. (психічні, фізичні, поведінкові наслідки)	Те, що мене тривожить (лякає / загрожує), має як наслідок такі психічні, фізичні, поведінкові прояви: _____ (описати, що відбувається в разі психічного, фізичного, поведінкового проявів)
Д. (обговорення (ір-) раціональних переконань)	Для врегулювання тривожності (того, що лякає / загрожує) я _____ (конкретизувати як, за допомогою чого можна підготуватися / пристосуватися до стресора) _____
Е. (ефект)	У результаті я _____ (описати, який ефект отримано в результаті пристосування до стресора)

### ***Вправа «Пошук позитиву»***

Суб'єкту пропонують зосередити увагу на позитивних аспектах пережитого й розказати (чи записати – як домашнє завдання) свої думки щодо ситуацій, описаних у щоденнику чи пригаданих на зустрічі.

#### *Приклади ситуацій:*

1. У ситуації віялових вимкнень електроенергії я вимушено..., водночас...
2. Коли через погодні умови не працює транспорт ..., водночас...
3. Переведення на дистанційну форму роботи вплинуло на..., водночас...
4. Вимушений переїзд зруйнував усталений ритм життя..., водночас...

*Примітка:* ситуації, описані в домашньому завданні (вправа «Автоматичні думки»), можна використовувати для опрацювання технікою «ABCDE».

### ***Вправа «Список позитиву» (Meichenbaum, 1988)***

Це вправа для формування навички опанування тривожного стану, моделювання оптимістичного володіння ситуацією. Суб'єкту пропонують:

- – перелічити успішні і невдалі ідеї, які було втілено в життя;
- – назвати ідеї, які призвели до стресового стану;
- – вважати стрес-ідеї завданнями, які потрібно вирішити і які не становлять загрозу для психологічного благополуччя та соціального добробуту;
- – розглянути варіанти вирішення «завдань – ідей» (пошук альтернативних шляхів розгортання ситуації);

*Примітка:* як допомогу під час роботи із «списком ідей» психолог може запропонувати приклади «безвихідних» ситуацій, що мали позитивне вирішення.

### ***Вправа «Переоцінювання»***

Вправа для зміни оцінки ситуації / події з негативної на позитивну.

Суб'єкту пропонують:

- – пригадати тривожну, стресову ситуацію;
- – перелічити позитивні аспекти ситуації (не фіксувати увагу на негативних);
- – спробувати перелічити реальні небезпеки, які криються в стресовій ситуації. Зазвичай справжня реальність є менш небезпечною, ніж уявна; навіть якщо розгортається найскладніший варіант розвитку події, імовірність негативного результату невелика. Зрозуміло, що травматична ситуація не є позитивною реальністю. Зрештою, найчастіше у людини є можливість її повторного програвання чи знаходження іншого шляху її вирішення. Це створює певні незручності, але дає досвід;
- – змінити мету, завдання, які потрібно вирішувати в ситуації. Наприклад, (1) розглядаючи вимушену еміграцію, сприймати її не як руйнацію життєвого ладу, а як можливість набути досвіду життя за новими правилами, в інших умовах; (2) говорячи про втрату роботи, житла, вважати ці обставини новим етапом життя, на якому будуть використані набуті протягом минулих років знання, можливістю конструювати буття з «чистого аркуша» на основі життєвого досвіду тощо.

### ***Вправа «Коло відчуттів, думок, поведінки»***

Аналіз «замкненого кола стресу» – відчуттів, думок, поведінки – здійснюється для того, щоб конкретизувати, як саме суб'єкт погіршує свій стан у складній ситуації, та допомогти йому усвідомити, що звичні реакції не завжди конструктивні і є інші копінг-стратегії (Meichenbaum, 2007).

*Етапи виконання вправи:*

Щоб суб'єкт зміг усвідомити, що «замкнені кола» патологічного реагування на стрес можна розірвати, і забезпечити відтак формування позитивних навичок опанування складних ситуацій, йому пропонують:

- – пригадати й озвучити ситуації, образи, асоціації, які викликають стресову реакцію, що стає тригером розгортання відчуттів (первинно – під впливом стресорів, вторинно – через деякий час);
- – спробувати «в діалозі із собою» (з допомогою психолога) співвіднести відчуття і думки, які викликаються спогадами і які в уяві вибудовують схеми розгортання подій; на які настановлення орієнтується людина, якими переконаннями керується у своїй поведінці (доцільно звернути увагу на переважний стиль її мислення);
- – пригадати власну поведінку в стресовій ситуації; обґрунтувати, чому важливо і необхідно саме так поводитися; поміркувати, чи можна поводитися в цій ситуації інакше.

У процесі опрацювання «замкненого кола стресу» бажано враховувати типи ірраціонального мислення:

*Надмірно категоричне* – людина все бачить у «чорно-білих» кольорах. Максималістичний підхід як до себе, так і до інших. Перфекціонізм.

*Надмірно абстрактне* – будь-які оцінки ситуацій, характеристики інших занадто абстрактні (людина часто використовує слова «все», «ніколи», «нічого» тощо), бракує конкретики.

*Занадто катастрофічне* – перебільшує складність, надзвичайність події. Ігнорує власні ресурси. Часто використовує слова «страшний», «жахливий», «кошмарний», «трагічний», «кінець світу» тощо.

*Невиправдано песимістичне* – помічає лише погане та ігнорує позитивні сторони життя. Дає невиправдано похмурі прогнози на майбутнє. Часто використовує слова «порожній», «проклятий», «безнадійний».

*Надмірно викривлене* – говорить про речі, які навряд чи існують; шукає підтвердження своїм свідченням; фабрикує докази на основі того, що бачить навкруги.

*Занадто суб'єктивне* – ігнорує очевидне, тримається за свої трактування. Використовує власні «відчуття як докази», передбачає майбутнє, вгадує чужі мотиви (не перевіряє себе), керується забобонами і чутками. Недооцінює ймовірні події.

*Дуже легковажне* – людина переконує себе, що проблеми (конкретної) просто немає або що окремі речі не мають для неї ніякого значення (тоді як насправді мають). Може заперечувати сильні або негативні почуття, прикрашає навколишню дійсність.

*Занадто ідеалістичне* – людина має романтичний погляд на реальність. Сповнена чудових, але нереалістичних очікувань щодо себе і близьких людей, професії, роботи.

*Надмірно вимогливе* – вимагає від інших відповідати її критеріям. Використовує слова «повинен». «зобов'язаний. Наражає себе на страждання, дотримуючись створених нею ж жорстких правил.

*Надмірно засуджувальне* – вважає всіх винними у власних невдачах, виправдання немає ні для кого. Монологи такої людини уподібнюються до критичних репортажів.

*Занадто спрямоване на комфорт* – постійно шукає, як би уникнути ускладнень, болю, одразу отримати бажане Часто вдається до таких висловів, як «занадто важко», «мені потрібно це прямо зараз», «я цього не витримаю».

*Занадто в'язке* – не може вийти з кола певних уявлень і перевести увагу на щось інше, повторює одні й ті самі думки. Зміст мислення обмежений, теми збіднені, коло уявлень звужене, процеси мислення уповільнені. Не може



перемикатися з однієї теми на іншу. Має низьку здатність до протиставлення різних думок.

*Занадто заплутане* – картини в голові не збігаються з реальним світом. Живе у світі примарних явищ. Коли думки розходяться з реальністю, не може спиратися на свої сприйняття і висновки (Гремлинг & Ауэрбах, 2002.).

*Примітка:* навичками опанування складних ситуацій вважають (D. Meichenbaum):

- – умотивованість на подолання ускладнень;
- – упевненість у власних силах, знаходження / використання ресурсів виходу із ситуації;
- – когнітивна реструктуризація катастрофічної оцінки ситуації;
- – виокремлення факторів, що викликають тривожність;
- – використання прикладної релаксації;
- – упевненість у собі і самовинагорода за подолання труднощів.

***Вправа «Когнітивне переструктурування»*** (Гремлинг & Ауэрбах, 2002)

*Вправа* для когнітивного переструктурування негативних настановлень, переконань, стереотипів, які є однією з причин перебування в стресовому стані. Після виконання вправи разом із психологом можна порекомендувати клієнту виконати її самостійно вдома (домашнє завдання).

*Етапи виконання вправи:*

а). Опрацювання аспекту нереалістичних переконань (зниження ризиків руйнівних переконань, що провокують виникнення негативних емоцій).

Суб'єкту рекомендують певний час вести «щоденник думок».

**Бланк «Розпізнавання елементів ірраціонального мислення».**

Дата	Емоція	Ситуація	Думки

- У щоденнику зробити позначку, коли суб'єкт переживав негативну емоцію (відчай, злість, нервозність тощо).
- У стовпчику «Ситуація» зробити короткий опис пережитого (1-2-3 речення).
- У стовпчику «Думки» записати ремарки-пояснення щодо ситуації саме тими словами, що «звучать» у голові.
- Описавши 5-8 ситуацій, спробувати знайти в таблиці приклад неконструктивного – ірраціонального – мислення.

*б). Критика і зміна нереалістичного мислення.*

- Проаналізувати таблицю «елементів ірраціонального мислення» в щоденнику. Поміркувати, які думки можна позначити як ірраціональні. Більш детально пояснити, чому саме виникають ірраціональні думки в певних ситуаціях.
- Поміркувати, чи можна трансформувати ці думки в раціональні (конструктивні). Чи є варіанти більш конструктивних дій, шляхів виходу із складних ситуацій?
- Проаналізувати таблицю «Раціональні та ірраціональні думки».
- Спробувати змоделювати конструктивну реакцію на складну ситуацію. Поміркувати, що зміниться. Які тепер будуть записи в стовпчику «Думки»?

### Приклад опису ситуації

Дата	Емоція	Ситуація	Думки
Вт. 11.00	Страх і злість	Запізнення на навчання.	Це не моя провина! Повітряна тривога руйнує всі плани! Необхідність перебувати в бомбосховищі протягом невизначеного часу руйнує плани, не дає змоги потрапити вчасно на навчання за розкладом.
Ср. 12.00	Розпач, депресивний стан	Я не можу зустрітися з друзями, я не можу потрапити на тренування.	Екстремне вимкнення електроенергії руйнує всі плани. Зникає мобільний зв'язок, інтернет – не можу зв'язатися з друзями, у спортивному приміщенні немає світла – відміняється тренування.
Чт.	Жалість до себе, депресивний стан	Сиджу вдома на самоті. Нікого поряд немає. Зв'язку немає. Не хочеться жити.	Самотність. Здається, це ніколи не закінчиться. Завжди буде навкруги темно, холодно, я буду на самоті.

#### в). Раціональне самоуправління.

Для трансформації настановлень, що стають причиною негативних емоцій, спробувати використати модель раціонального самоуправління.

- *Пригадати подію*, що активує. Описати проблему, яка вже є чи може бути, яка заважає працювати, досягати цілей чи викликає негативну емоційну реакцію.
- Описати свою неефективну поведінку і негативні стресові реакції, які постійно виникають у ситуації, описаній у п. 1. *Описати наслідки* негативних реакцій.

### Приклади раціональних та ірраціональних думок

Ірраціональні думки, що викликають тривожність	Раціональні думки, що забезпечують контроль над емоціями
Як жахливо.	Нічого страшного.
Для мене це нестерпно.	Я можу прийняти / не засуджувати / не звертати увагу на те, що мені не подобається.
Я дурний.	Я роблю дурість.
От виродок!	Інші теж не ідеальні.
Цього не повинно було статися.	Це сталося тому, що мало статися!

Мене треба вбити.	Так, я винний, але вбивати мене немає за що.
Він не має на це права.	Він має право робити по-своєму, хоча я не дуже хочу, щоб він скористався цим правом.
Мені потрібно, щоб вони це зробили.	Для мене бажано, щоб вони це зробили, але я необов'язково отримаю бажане.
Справи завжди йдуть погано.	Справи не завжди будуть просуватися легко, це нормально.
Щоразу, коли я намагаюся, нічого не виходить.	У мене не все виходить, але я намагаюся.
Це більше, ніж життя.	Це лише частина мого життя, хоча й дуже важлива.
Усе має бути простіше.	Я хочу, щоб було все просто, але так буває не завжди. І це нормально
Я мав робити справу краще.	Хотів би виконати роботу краще, але я зробив усе, що міг на той час.
Я невдаха.	Я звичайна людина і можу помилятися.

- *Записати переконання* (думки, дії, розмови «сам на сам») щодо активувальної події (п. 1.), які є неадекватними (нераціональними, нерозумними, неправильними тощо) і призводять до деструктивних дій та емоцій.
- *Сформулювати мету.* Описати, як би хотілося почуватися й поводитися в проблемній ситуації в майбутньому.
- *Опанувати сумніви – спротив.* Записати і потренуватися формулювати раціональні твердження і настановлення, які можна буде протиставити власним ірраціональним твердженням і які дають змогу досягати цілей в інших проблемних ситуаціях.

*г). Постановка цілей.*

Для формування навички управління собою доцільно хоча б один раз на тиждень заповнювати наведену нижче анкету. Набуття звички керувати власними емоціями дасть змогу в складних ситуаціях нормалізувати стан, зробивши лише три рази глибокі «вдих-видих».

***Анкета раціонального самоуправління***

1. Активувальна подія (які були дії, де, з ким, коли?):

---



---

2. Наслідки (негативна поведінка і стресові емоції):

Поведінка: \_\_\_\_\_

---



---

Емоції: \_\_\_\_\_

---



---

3. Мої переконання (ірраціональні, неадекватні, хибні, нерозумні):

---



---

4. Цілі (як треба було б поводитися, що було б бажано відчувати):

Нова поведінка:

---



---

Нові відчуття: \_\_\_\_\_

---



---

5. Раціональні переконання (розумні, адекватні твердження, які допоможуть досягти поставлених цілей): \_\_\_\_\_

---



---

***Вправа «Когнітивні стратегії»***

В інокуляційному втручанні розуміння того, яким чином надмірні вимоги до себе та інших породжують стрес, усвідомлення важливості оцінювання та інтерпретації ситуації, вважають ключем до управління стресом.

Вправу з формування когнітивних стратегій виконують для удосконалення навички управління стресом. Ситуацію, подію, стресовий епізод, які підлягають опрацюванню, розглядають у три етапи. На кожному етапі пропонують опанувальні твердження, які стануть у пригоді, коли це буде потрібно.

*Завдання:* використовуючи запропоновані твердження, сформувані інші – такі, що відповідатимуть пережитим стресовим ситуаціям.

*Перший етап – «Підготовка до зустрічі зі стресором».*

*Інструкція:* використовуйте запропоновані твердження, які допоможуть сфокусувати увагу на *підготовці* до зустрічі зі стресором та подоланні негативних думок.

*Опанувальні твердження:*

«Що я маю зробити?»

«Я можу розробити план і виконати його».

«Що корисного я можу робити замість того, щоб перебувати в тривозі?»

«Тривога – це нормально; треба просто зробити тричі глибокі «вдих – видих»»

«Тривога буде зменшуватися, якщо я буду підготовленим до події / ситуації».

«Просто треба припинити непокоїтися і почати готуватися до події / ситуації»

*Другий етап – «Зіткнення зі стресом та управління власним станом».*

*Інструкція:* у разі *зіткнення* зі стресором використовуйте заздалегідь підготовлені позитивні опанувальні твердження, які допоможуть впоратися із ситуацією за рахунок контролю над власною реакцією; зосередьтеся на завданні і будьте впевнені, що у Вас вийде керувати ситуацією.

*Опанувальні твердження:*

«Якщо я відчуваю напруження – це сигнал, що потрібно тричі зробити глибокі «вдих – видих» і розслабитися».

«Впоратися із ситуацією – не така складна справа. Потрібно йти вперед маленькими кроками – усе вийде».

«Я впевнений, що можу впоратися із ситуацією».

«Треба зосередитися на ситуації, у якій я перебуваю...».

*Третій етап – «Оцінка зусиль, власне позитивне підкріплення».*

*Інструкція:* після переживання стресу оцініть ефективність власних зусиль, надайте собі підкріплення за намагання опанувати складну ситуацію. Не вимагайте від себе ідеальних дій і результатів. Зважайте на те, що позитивні зміни можуть бути миттєві або із затримкою в часі.

*Приклади опанувальних тверджень:*

«Усе вийшло навіть краще, ніж я собі уявляв».

«З кожною спробою я відчуваю, що все успішніше контролюю власні емоції».

«На своєму досвіді я вчуся опановувати складні ситуації».

«Я гарно впорався із складною ситуацією».

«У мене вже виходить контролювати себе, але далі буде ще краще».

«Я пишаюся тим, що спробував опанувати ситуацію».

Підсумовуючи психологічну роботу на II фазі, суб'єкту пропонують відповісти на запитання (усно чи письмово) щодо описаних у щоденнику ситуацій. Це дає змогу систематизувати текстові матеріали, зробити висновки щодо результативності психологічної роботи.

1. Що викликає у Вас стрес?
2. Яких стресорів Ви б хотіли позбутися?
3. Чи вважаєте Ви, що Вам під силу подолати стресори?

4. Чи змінюється Ваше реагування на стресори?
5. Що Ви відчуваєте щодо події, яка раніше Вас травмувала?
6. Що Ви відчуваєте після впливу стрес-факторів?
7. Чи вдається Вам зупинити розгортання стрес-реакції на початковому етапі складної ситуації?
8. Чи використовуєте Ви певні способи для опанування стресу?
9. Чи вдається Вам опанувати стрес без допомоги інших?
10. Чи використовуєте Ви релаксаційні техніки в складних ситуаціях? Які техніки важко вдаються?
11. Що Вам заважає в опануванні стресу?

Аналізуючи відповіді на запитання, слід звернути увагу на вислови в щоденнику, які свідчатимуть про зміни в самосприйманні і набуття впевненості в тому, що можна знайти шляхи виходу із складних ситуацій і використовувати навички подолання стресорів та зменшення тривожності.

Приклади висловів, сказані психологу віч-на-віч, які можуть бути записані в щоденнику (Meichenbaum, 1988):

*Емоційні паліативи*, які свідчать про зменшення збудження й зниження емоційної реактивності:

– «Просто треба себе контролювати. Занепокоєння і смуток не допоможуть...».

– Для того щоб розслабитися, треба просто три рази зробити «вдих-видих»...

– Занепокоєння ні до чого хорошого не приведе. Треба все обдумати, розробити план дій...».

– «Якщо не можна нічого змінити зараз, потрібно хоча б не нервувати...».



– «Не можна нічого зробити, поки не відбудеться..., то треба просто спокійно почекати...».

– «Я можу контролювати ситуацію. Можу завжди піти звідси...».

– «Я не буду себе руйнувати. Це коли-небудь закінчиться...».

– «Я думає про інше. Не дозволяю собі постійно пригадувати...».

– «Просто треба подумати, що можна зробити. Це краще, ніж нервувати...».

Вислови щодо *реструктуризації неадаптивних думок*, трансформації дисфункціональних, неконструктивних ідей, спроб кодування стресорів у вигляді задач, що мають вирішення, поступового опрацювання окремих «доданків» стресорів:

– «Я не поспішаю з висновками. Зважую можливості...».

– «Одна сніжинка не робить хуртовину...».

– «Треба пам'ятати про поставлену задачу».

– «Як я можу змінити ситуацію...».

– «Подивимося, чи зможу я розділити проблему на частинки. З частинками я впораюсь...» .

– «Це певні кроки. Зараз виберу, з якого треба починати...».

– «Я можу впоратися з маленькими тривогами по одній...».

– «Треба розробити план дій. Що буде першим кроком?...».

Вислови про внутрішню атрибуцію самоефективності<sup>43</sup>, успішне *проблемно орієнтоване самонавчання та ефективне самозаохочення*:

– «Яка моя частка відповідальності?...».

– «Якщо я й винен, то це не означає, що я погана людина...».

– «Справи погані, але це тільки зараз. Усе можна змінити...».

---

<sup>43</sup>Атрибуція (лат. attributio – приписування) – психологічний термін, що позначає механізм пояснення причин поведінки іншої людини. Внутрішня (диспозитивна) атрибуція – пов'язування поведінки людини з її характеристиками.

- «Я можу собі дозволити не робити все «ідеально». Я буду робити все, що зможу...» .
- «Усе, що відбувається, лише проблема, яку можна вирішити...».
- «Людині притаманно турбуватися, але це лише задача. І з нею можна впоратися...».
- «Ці сигнали тривоги я вже знаю. Це нагадує мені, що треба використовувати навички подолання труднощів...».
- «Яка моя мета? Що я можу зробити, щоб вийти з цієї ситуації?...».
- «Які в мене є ресурси? До кого я можу звертатися?...».
- «Усе іде не дуже добре, але я намагаюся впоратися з роботою...».
- «Я задоволений тим, що впорався з тривожністю...».
- «Усе було не так погано, як я очікував. Чим більше я працюю над цим, тим краще я контролюю тривогу...».
- «Я людина, яка може відчувати велику тривогу, але я працюю над собою. Вчуся себе контролювати...».

## Додаток Е.5

Етап інокуляційного впливу: фаза III «Застосування навичок,  
профілактика»**Рекомендований репертуар інокуляційного втручання*****Вправа «Уявне програвання»*** (Гремлинг, & Ауэрбах, 2002)

Для перевірки майстерності контролю над тривожністю і саморегуляцією пропонується вправа, спрямована на закріплення і застосування, по-перше, навички перебування в розслабленому стані в складній ситуації<sup>44</sup>; по-друге, навички візуалізації тверджень для подолання тривожності<sup>45</sup>.

*Підготовка до програвання вправи.*

- Пригадайте 10-20 подій із діапазоном стресового впливу від «легкого» до надзвичайного;
- Зробіть ранжування стресових подій;
- Підготуйте позитивні твердження для опанування кожної ситуації.

---

<sup>44</sup> Згідно з формулою: Стресор + Релаксація = Контроль над психофізичним збудженням у стресовій ситуації.

<sup>45</sup> Згідно з формулою: Стресор+Візуалізація опанувальних тверджень = Контроль над психофізичним збудженням у стресовій ситуації.

### Розрахунок часу виконання вправи

Дії	Час
Підготовка переліку стресових ситуацій (ранжування від слабких за впливом до травмувальних)	1-1,5 години
Підготовка позитивних тверджень для опанування стресових подій	40-45 хвилин
Підготовка до опрацювання ситуацій (релаксація і тренувальне створювання образів в уяві)	10-15 хвилин
Опрацювання однієї ситуації з позиції глядача й учасника	10-15 хвилин
Опрацювання трьох-чотирьох ситуацій	45-60 хвилин (одна зустріч)
Опрацювання 20 ситуацій	близько 3-х тижнів (5-6 зустрічей)

#### Примітки:

а). Щоб досягти мети вправи, протягом однієї зустрічі бажано опрацьовувати не більше ніж три-чотири ситуації. Позитивним ефектом вважатиметься відчуття того, що контроль за рівнем стресу зростає.

б). Рекомендації щодо ранжування стресових ситуацій.

### Бланк ранжування стресових ситуацій

№	Короткий опис стресових ситуацій	Ступінь стресового впливу ситуації в балах (від 5 до 100)
1		5
2		10
3		15
4		
5		

1. Для створення списку стресових ситуацій використовують дані щоденника стресу і самопостереження.

2. Перелік містить приблизно 20 стресових життєвих ситуацій, які виникають у теперішньому або виникнуть з високою ймовірністю в майбутньому.

3. Порядок розміщення за ступенем значущості має починатися ситуаціями, що викликають легку тривогу (оцінюються в 5, 10, 15, 20 і т. д. балів), і закінчуватися виключно тривожними / травмувальними (максимальна оцінка – 100 балів), крок стресового впливу між ситуаціями становить 5 балів.

4. Стресові ситуації можуть охоплювати різні сфери Вашого життя (сімейну сферу, навчання, заняття, стосунки з друзями, фінанси тощо).

5. У таблиці стресові ситуації описують лаконічно, але точно – так, щоб легко і швидко викликати в уяві картини пережитого.

*Кроки програвання вправи.*

– Розслабтеся (для цього можна скористатися короткими вправами на релаксацію, що були презентовані вище);

– Виконайте, щоб налаштуватися на роботу, кілька вправ на візуалізацію;

– У *позиції глядача* уявіть себе в ситуації №1 (оцінена в 5 балів стресового впливу).

«Переглядайте» ситуацію як кольорове кіно. Фіксуйте, що відчуваєте (зір, слух, смак, нюх, дотик), коли «переглядаєте» в уяві. Візуалізуйте опанувальні твердження, доречні для ситуації, яку опрацьовуєте. Перебувайте в «кіно-ситуації» 30-40 секунд. Уважно спостерігайте за сигналами свого тіла. У разі виникнення напруження «вийдіть» із «кіно» і використайте короткі релаксаційні вправи та глибоке дихання для розслаблення.

– *Уявіть себе «всередині» ситуації №1* (тепер Ви не глядач, а учасник). Відчуйте, як рухається Ваше тіло. Подивіться собі під ноги – Ви повинні побачити передню частину тулуба, а не спину. Спостерігайте за сигналами тіла. Коли відчуєте напруження, використайте (проговоріть «про себе») Ваші

позитивні опанувальні твердження. Стежте за диханням. Якщо під час програвання травмувальної ситуації напруження тіла не зникає, припиніть уявні дії (візуалізацію опанувальних тверджень) і замініть їх релаксаційними вправами на ті групи м'язів, які відчувають напруження.

– Переходьте до опрацювання наступної ситуації, коли відчуватимете розслаблення в процесі програвання попередньої – «з позиції глядача» – та уявляючи себе «всередині» ситуації.

Якщо відчуття напруження залишається стійким, доречно програти ситуацію ще кілька разів, використовуючи опанувальні твердження, релаксаційні вправи, глибоке дихання, або відкласти її опрацювання на деякий час. Причиною ускладнень може бути неправильне присудження балів ступеню стресового впливу – травмування ситуацією є більш значущим. Опрацювання травмувальної ситуації доречно повторити дещо пізніше (*релевантно стресового впливу*) – після роботи із сюжетами з меншим ступенем травмування.

Додаток Е.6  
Етап постфактум-впливу

**Комплекс методик для діагностики стану постраждалих унаслідок складної, надзвичайної ситуації** (Методики наведено згідно з «Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги» (затверджено МОЗ України від 23.02.2016 р. № 121))

**Обов'язкові:**

1. Шкала клінічної діагностики (Clinical-administered PTSD Scale-CAPS-5);
2. Контрольний список ПТСР для DSM- V (PCL-5);
3. Контрольний список життєвих подій для DSM-V (LEC-5).

**Бажані:**

**За наявності відповідних симптомів**

1. Госпітальна шкала тривожності і депресії;
2. Шкала депресії Гамільтона (HAM-D);
3. Шкала тривожності Гамільтона (HAM-A);
4. Пітсбурзький опитувальник якості сну.

**Для визначення мішеней психотерапії/психокорекції**

1. Опитувальник якості життя – FS-36 тощо;
2. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R);
3. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Heim (адаптація Л. І. Васермана).

## Навчальна ініціатива «Зцілювальні класи» (Healing Classrooms) (приклад організації освітнього простору в надзвичайних умовах)

Глобальну навчальну ініціативу «Зцілювальні класи» (Healing Classrooms) створено і впроваджено за підтримки Міжнародного комітету порятунку (IRC). «Зцілювальні класи» IRC створено на основі тридцятирічного досвіду роботи в надзвичайних умовах і десятиліття досліджень і польових робіт з тестування та організації таких просторів, де дітям і дорослим пропонується безпечно, звичне місце для навчання та надається підтримка, щоб впоратися з наслідками кризової ситуації.

*Мета навчальної ініціативи «Зцілювальні класи»* – сприяти і безпосередньо надавати підтримку школам та освітянам (які перебувають в епіцентрі стихійних лих, збройних конфліктів тощо) у створенні інклюзивних та сприятливих навчальних просторів, де постраждалі (діти і дорослі) від наслідків надзвичайної ситуації можуть отримати необхідні академічні, соціальні та емоційні навички для повноцінного розвитку свого потенціалу (у разі потреби це передбачає також і будівництво шкіл чи облаштування іншого безпечного приміщення для навчання в країнах, що переживають наслідки надзвичайної ситуації: стихійні лиха, збройні конфлікти тощо).

*Програма «Healing Classrooms» спрямована на сприяння психосоціальному добробуту дітей і дорослого населення через освітній процес.*

*Рівні реалізації навчальної ініціативи «Зцілювальні класи»:*

1. *Макрорівень:* поширення освітньої гуманітарної місії у світі.



2. *Мезорівень*: відновлення шкільного навчання на територіях, що перебувають в епіцентрі надзвичайної ситуації; залучення широкої громадськості до надання освітніх послуг.
3. *Мікрорівень*: розвиток здатності учнів і дорослого населення справлятися з досвідом, який вони набули в надзвичайних умовах чи ще набудуть, перебуваючи в надзвичайній ситуації; формувати позитивний погляд на майбутнє та брати активну участь у розвитку своїх сімей, громад і суспільства.

*Підхід до надання допомоги в межах програми*: навчання, навчальне середовище та фасилітатори навчання, такі як учителі, можуть сприяти психосоціальному добробуту дітей та молоді (соціально-емоційне навчання сприяє формуванню важливих життєвих навичок, готовності до конструктивної поведінки та підвищенню рівня успішності постраждалих (діти і дорослі) від наслідків надзвичайної ситуації, а також, поліпшенню психоемоційного самопочуття всіх учасників освітнього процесу (зокрема вчителів і батьків).

***Завдання навчальної ініціативи «Зцілювальні класи»:***

1. Генерувати нові знання щодо створення інклюзивних та сприятливих навчальних просторів в умовах надзвичайної ситуації.
2. Сприяти розробці і пілотуванню нових інновацій в освітній сфері в умовах надзвичайних ситуацій на основі вивчення та документування багатообіцяльної (ефективної) наявної практики.
3. Допомогати відновленню навчання на територіях, що перебувають в епіцентрі надзвичайної ситуації (шляхом створення інклюзивних та сприятливих навчальних просторів).
4. Співпрацювати з учителями (чи іншими членами громади, які можуть виконувати цю роль) у контексті кризового і посткризового відновлення психосоціального добробуту учнів – проведення тренінгів та семінарів з

підвищення кваліфікації вчителів (у разі потреби і по змозі також і психологів закладів освіти, соціальних працівників), здійснення супроводу навчального процесу.

5. Сприяти залученню батьків та об'єднанню їхніх зусиль із зусиллями інших учасників освітнього процесу в спробі налагодити конструктивну взаємодію задля психосоціального добробуту учнів.

***Принципи, на яких ґрунтується програма*** (допомагають планувати і координувати питання психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях):

1. Принцип дотримання прав людини (ґрунтується на зменшенні кількості випадків порушення прав людини в умовах надзвичайної ситуації та сприянні дотриманню прав усіх постраждалих осіб).

2. Принцип справедливості (сприяє рівномірному доступу до ресурсів усіх постраждалих, незважаючи на вікові, гендерні, світоглядні відмінності тощо).

3. Принцип психосоціального добробуту (передбачає турботу в широкому розумінні цього поняття (наприклад: турбота про себе і про своє оточення в надзвичайних умовах) і ґрунтується на підході діяльній підтримки: дивитися, слухати, спрямовувати).

4. Принцип врахування соціокультурного розмаїття (заходи і програми мають бути максимально інтегрованими в соціокультурне середовище з огляду на культурні, релігійні та інші особливості).

5. Принцип інклюзивної участі (вимагає міжсекторальної координації між різними організаціями, адже всі учасники гуманітарної місії мають бути активно залученими до цього процесу і нести відповідальність за підтримку психосоціального добробуту).

6. Принцип діалогічної партиципації як один з основних принципів розгортання освітнього процесу (постулює, що ефективна діалогічна взаємодія відбувається між рівними, взаємозалежними суб'єктами, які відкриті до

спілкування, вільні у висловлюванні власної думки, залучені до реалізації спільного завдання і є співпричетними до його виконання).

7. Принцип залучення дітей та молоді до ухвалення рішень, пов'язаних з їхнім життям (передбачає залучення учнів до вирішення різних питань (звісно ж, відповідно до їхнього віку та здібностей) як активних учасників навчального процесу, а не як пасивних отримувачів інформації, що дає змогу адаптувати навчальний процес до індивідуальних потреб безпосередніх учасників).

***Навчальна ініціатива «Зцілювальні класи» є ефективною за наявності шести компонентів:***

1. *Безпечне навчальне середовище, спрямоване на добробут та активне навчання.*

Різні елементи, пов'язані з навчальним середовищем, можуть позитивно вплинути на добробут учнів (термін «учень» у цьому контексті стосується до будь-якої дитини чи дорослої людини), а навчальні простори мають бути безпечним середовищем для дітей та молоді, де вони не лише захищені від негативних наслідків надзвичайної ситуації, а й опановують навички, здобувають знання, отримують право голосу і здатність захистити себе. Пропонована програма заохочує вчителів мислити за межами вузького фокусу, зосередженого тільки на навчанні учнів. Коли вони розширюють бачення своєї ролі «вчителя», то можуть використовувати свої позиції вагомого авторитету в суспільстві для сприяння захисту та добробуту дітей. Також у вчителів з'являється можливість залучати батьків до створення середовища, придатного для навчання їхніх дітей.

2. *Управління класом, що сприяє добробуту учасників освітнього процесу.*

*Коли ми говоримо про ефективне управління класом, то насамперед доцільно зупинитися на особистості самого вчителя, його здатності конструктивно діяти в надзвичайних умовах. Ввічливі, сповнені ентузіазму,*

спокійні, терплячі та організовані вчителі є позитивним зразком для наслідування. Учителі, які ефективно працюють з різними учнями в різних ситуаціях, демонструють навички, необхідні дітям та молоді, щоб успішно орієнтуватися в новому середовищі (наприклад, у школі, на роботі, у суспільстві загалом) і вибудувати більш позитивне майбутнє.

Також дотримання вчителем норм і правил поведінки в навчальному процесі (дотримання розкладу проведення занять, ввічливе ставлення до учнів тощо) сприяє тому, що й самі учні дотримуються цих правил. Коли учні відчувають, що їх чують і вони можуть впливати на роботу в класі, вони охоче беруть на себе відповідальність за дотримання порядку. Крім того, здатність вчителя до самоконтролю допомагає йому спокійно реагувати на нестандартні ситуації, тим самим демонструючи учням приклад конструктивної поведінки.

Поради, які допоможуть учителю позитивно реагувати на нестандартні ситуації:

- заспокойтеся – перш ніж дати відповідь, зробіть кілька повільних глибоких вдихів-видихів (повільно вдихніть через ніс, а видихніть через рот.) Це повторне центрування дихання допомагає заспокоїтися, обміркувати правильну відповідь, що сприяє формуванню навичок управління стресом і залагодження конфліктів;
- уникайте прямих конфронтацій – будьте спокійними, чіткими та зрозумілими в нестандартній ситуації (наприклад, порушення дисципліни в класі). Замість того, щоб вирішувати ситуацію на очах у всіх, виділіть час, щоб поговорити з учнем пізніше, коли всі заспокояться і конфронтації можна буде уникнути;
- візьміть тайм-аут – це корисно як для вчителя, так і для учнів.
- дотримуйтеся принципу: реакція на нестандартну ситуацію відповідає її наслідкам. Вона не може виходити за межі, встановлені правилами.

- пробачайте – після того, як порушення правил було конструктивно усунуто (учитель пробачає учня і залучає до взаємодії у групі, а учень має вибачитися за будь-які неправомірні дії та отримати можливість виправитися).

### 3. *Позитивне і підтримувальне спілкування з дітьми і молоддю.*

*Дотримуватися позитивного і підтримувального спілкування* може бути великим викликом для багатьох учителів в умовах кризи (збройний конфлікт, стихійне лихо тощо). Утруднення можуть виникнути в разі: повернення до школи в умовах кризи чи по її завершенні, що викликає стрес та хвилювання; під час проведення занять та відповіді на складні (з роз'яснення надзвичайної ситуації) запитання учнів, особливо коли самі вчителі почуваються приголомшеними та невпевненими щодо ситуації і того, що це означає для їхнього майбутнього.

Потрібно пам'ятати, що немає ідеального способу обговорити надзвичайну ситуацію з учнями. Проте ось деякі **рекомендації, які допоможуть учителям більш відкрито спілкуватися зі своїми учнями**. Тож, обговорюючи надзвичайну ситуацію з дітьми та молоддю, учителі мають:

- визнати, що учні потребують достатньої кількості фактичної інформації про надзвичайну ситуацію;
- розказати учням, як і де вони можуть отримати інформацію та допомогу;
- ініціювати групові обговорення тривожних подій (якщо це доречно; обов'язково потрібно враховувати готовність учнів). Це допоможе учням, що пережили травматичні події, почуватися менш самотніми у своїх переживаннях;
- використовувати реалістичні, зрозумілі терміни, обговорюючи з учнями різні аспекти нещасного випадку, травми і втрати;
- уникати евфемізмів і використовувати відповідні віку, але точні слова, щоб пояснити ситуацію;

- дозволити дітям проговорювати власне бачення того, що сталося, щоб вони могли почати опановувати події;
- утримуватися від того, щоб просити учнів розповідати свої індивідуальні історії (це доцільно лише в ситуації, де учень відчувається емоційно захищеним, а вчитель має відповідну підготовку);
- дізнатися, чи є в учнів питання, уважно їх вислухати і дати чесні відповіді;
- говорити чесно, якщо вони не мають конкретної відповіді на питання або в чомусь не впевнені;
- переконати учнів, що відчувати страх, розгубленість, злість і почуття провини – це нормально (усе це є нормальною реакцією на надзвичайну ситуацію).

#### 4. *Акцент на охопленні всіх учнів.*

Оскільки всі учні мають різну успішність у навчанні (й особливо через те, що в стресових ситуаціях, коли освіта була перервана або фрагментарна і виникла потреба в додаткових способах отримання навчального матеріалу), учителі мають заздалегідь планувати урок і бути готовими до використання різних видів взаємодії (очної чи дистанційної) та різних навчальних платформ. Цей підхід не означає, що учні повинні мати окремі види діяльності – радше щоб увесь клас мав змогу долучитися до вивчення теми різними способами. Учителям важливо думати про дитину загалом, щоб забезпечити повноцінний розвиток кожного учня як цілісної особистості.

#### 5. *Творча, спортивно-оздоровча діяльність.*

Після стресової події багато дітей, молоді починають «зцілюватися», розповідаючи про свій досвід і почуття. Але не всі учні схильні, через різні причини, до таких розмов: вважають за краще не обговорювати свої почуття відкрито через особливості свого характеру; хвилюються про збереження приватності життя або відчувають брак довіри; учні виховуються в різних

сім'ях та ситуаціях, де говорити про свої почуття неможливо; крім того, у деяких культурах відверта розмова є незручною і недоречною. Учителі мають зважати ці відмінності і шукати інші способи допомогти дітям та молоді пережити травматичні події. Одним з таких способів, який може допомогти дітям і молоді пройти цей шлях, є гра та експресивна діяльність. Цей спосіб є ще й одним з найдоступніших, адже потребує лише бажання і можливості грати, безпечного місця та відповідних речей для гри (якщо вони є).

*б. Активна участь дітей, молоді та інших членів громади в ухваленні рішень у надзвичайних умовах.*

У кризових і посткризових ситуаціях діти та молодь часто почуваються безсилами і неспроможними зробити що-небудь, щоб поліпшити ситуацію для себе чи своїх родин. Вони можуть відчувати, що мало контролюють ситуацію. Дорослі, які їх оточують, можуть бути напруженими, зайнятими і надто стурбованими, щоб запитати дітей і молодь, що вони думають і як вони ставляться до певної ситуації. Ці дорослі – включно з учителями, батьками та членами громади – можуть відчувати тиск, що змушує їх приймати швидкі рішення, щоб забезпечити захист дітей та молоді. А втім, витрачений час на те, щоб порадитися з дітьми та молоддю щодо рішень і подій, які впливають на їхнє життя, може мати найбільш позитивний вплив. Консультації з дітьми та молоддю і залучення їх до ухвалення рішень, що стосуються їхнього життя, є одним із способів захисту їхніх прав. Це має особливий вплив на психосоціальний добробут дітей, які постраждали від надзвичайної ситуації.

Учні, особливо молодь і дорослі, мають бути залучені до розвитку та управління своєю освітньою системою. Цей навчальний досвід має підкреслити їхню здатність брати конструктивну участь у перетвореннях та ініціювати позитивні зміни. Така участь може передбачати створення груп підтримки однолітків, пропозиції щодо покращення шкільної діяльності або повідомлення

про насильство в навчальному середовищі та запобігання цьому негативному явищу.

Усі види завдань, що виникають під час надзвичайної ситуації, можна використовувати як можливість залучити молодь до планування та проєктування, а також до проведення різних заходів (наприклад, забезпечення розважальних заходів для дітей та молоді). Молодь також може бути залучена до моніторингу та оцінювання втручань, пов'язаних з питаннями навчання. Коли йдеться про діяльність, важливу для громади, особливо цінним може бути залучення молоді, яка не відвідує школу. Це розкриває для неї позитивні альтернативи щодо таких негативних впливів, як участь в організованих злочинних групах тощо. Залучення молоді закладає основи для партнерства між молоддю і дорослими у відбудові громади та відкриває можливості для дітей і молоді залучати унікальні ідеї, навички, ресурси та інформацію для конструктивної діяльності.

*У структурі програми є сім ключових елементів, які сприяють психосоціальному добробуту учнів:*

- почуття належності;
- відчуття контролю;
- почуття власної гідності;
- взаємодія з однолітками;
- особистісна прихильність;
- інтелектуальна активність;
- відчуття безпеки.



**Приклад навчального семінару для вчителів «Зцілювальні класи»:**  
**навчальне середовище, спрямоване на психосоціальний добробут учнів.**  
 Містить два 10-денні модулі (тривалість роботи з кожної «теми» – три-чотири години).

Джерело: *Creating Healing Classrooms: Tools for Teachers and Teacher Educators*, (2006). Взято з [https://inee.org/sites/default/files/resources/IRC\\_Creating\\_Healing\\_Classrooms\\_-\\_Tools\\_0.pdf](https://inee.org/sites/default/files/resources/IRC_Creating_Healing_Classrooms_-_Tools_0.pdf)

<b>Модуль I.</b>	
<i>День 1.</i>	
<i>Вступ (загальна інформація про семінар, правила роботи в групі)</i>	
<i>Тема 1: «Стати вчителем і бути вчителем»</i>	
<b>Зміст</b>	Вступне слово тренера (цілі та завдання навчання). 1. Хто такий ВЧИТЕЛЬ? 2. Ролі та обов'язки вчителя. 3. Роль і статус учителя в суспільстві.
<b>Ключові тези</b>	– учителі – важливі члени суспільства; – учителі відіграють важливу роль; – особлива роль учителів у сприянні психосоціальному благополуччю, добробуту і розвитку дітей; – учителі відіграють особливу роль у розвитку і поліпшенні життя громад.
<b>Форми роботи (необхідні дії)</b>	<i>«Учителі діляться історіями і спогадами: як вони стали вчителями»:</i> 1. Розділіть учителів на малі групи і намалюйте великий малюнок учителя на фліпчарті; 2. Під час мозкового штурму обговоріть: – роль учителя в суспільстві? – відповідальність учителів перед: а) спільнотою; б) учнями; в) батьками; г) собою. – малюнок на фліпчарті. 3. Повторіть ключові повідомлення.
<i>День 2.</i>	
<i>День 3.</i>	
<i>Тема 2: «Захист і психосоціальний добробут дітей»</i>	

<b>Зміст</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Роль учителя в захисті, добробуті та спокої дітей.</li> <li>2. Потреби дитини: <ul style="list-style-type: none"> <li>– харчування;</li> <li>– вода;</li> <li>– дім;</li> <li>– одяг;</li> <li>– потреба в захисті, психологічній безпеці;</li> <li>– соціальні та емоційні потреби;</li> <li>– інтерес та увага;</li> <li>– почуття прихильності та позитивні стосунки;</li> <li>– опіка – або наявність «опікунів»;</li> <li>– довіра дітей до дорослих у їхньому житті;</li> <li>– надія на майбутнє;</li> <li>– самоповага;</li> <li>– упевненість у собі.</li> </ul> </li> <li>3. Вступ до Конвенції з прав дитини (CRC).</li> <li>4. Учитель як представник прав дітей.</li> </ol>
<b>Ключові тези</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– учителям належить важлива роль у захисті та сприянні добробуту та психосоціальному благополуччю дітей;</li> <li>– учителі не можуть задовольнити всі потреби та захистити всі права, які мають діти;</li> <li>– учителі можуть сприяти розвитку благополуччя дитини;</li> <li>– Конвенція з прав дитини є міжнародним документом, який охоплює всі умови для матеріального добробуту і психосоціального благополуччя дітей; крім того, важливою є повага до різних релігій і культур;</li> <li>– учителів можна зарахувати до соціальних агентів-захисників прав дітей: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) з огляду на те, чого вони навчають (зміст уроку);</li> <li>b) з огляду на те, як вони навчають (методика навчання);</li> <li>c) як захисник дітей у громаді.</li> </ol> </li> </ul>

<b>Форми роботи (необхідні дії)</b>	<p>«<i>Переосмислення формальної, зосередженої на навчанні ролі вчителів, їхнього значення для матеріального добробуту і психосоціального благополуччя дітей (з урахуванням соціокультурної своєрідності)</i>»:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мозковий штурм: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Що потрібно дітям для здорового розвитку?</li> <li>– Які основні потреби дітей?</li> <li>– Які соціальні та емоційні потреби дітей?</li> <li>– Як їхні потреби можуть змінюватися з часом?</li> </ul> </li> <li>2. Розділіть учасників на малі групи та обговоріть: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Що є шкідливим для дітей у громаді?</li> <li>– Що є хорошим для дітей у громаді?</li> <li>– Що може бути шкідливим для дітей у школі?</li> <li>– Яку користь дітям дає відвідування школи?</li> </ul> </li> <li>3. Обговоріть з учасниками, як учитель може діяти як захисник прав дитини: написати на фліпчарті три аспекти: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Чого вони навчають - наприклад, обізнаність у сфері охорони здоров'я;</li> <li>b) Як вони навчають, щоб підвищити або розвинути в учнів самоповагу та впевненість у собі;</li> <li>c) Учителі як прихильники/захисники прав дитини в суспільстві.</li> </ol> </li> </ol>
<p><i>День 4.</i> <i>День 5.</i> <b>Тема 3: «Навчальне середовище, щоденна діяльність у класній кімнаті»</b></p>	
<b>Зміст</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Організація класної кімнати.</li> <li>2. Навчання та самопочуття учнів.</li> <li>3. Щоденні дії та розпорядок дня сприяють добробуту учнів.</li> <li>4. Організація навчання учнів і навколишнє середовище.</li> <li>5. Процедури в навчанні, наприклад, проговорити день, дату, рік тощо.</li> <li>6. Привітання, прощання і реєстрація присутніх.</li> <li>7. Правила в класі.</li> </ol>
<b>Ключові тези</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– облаштування класу значною мірою впливає на учнів та навчання загалом;</li> <li>– учням потрібен фізичний спокій для кращого навчання;</li> <li>– вони також відчувають усе, що пов'язано з чимось особливим, незвичним;</li> <li>– дітям потрібні рутинні заняття, щоб допомогти в навчанні і щоб зрозуміти закономірності діяльності у своєму житті;</li> <li>– усі діти відіграють свою важливу роль, щоб зробити свій клас гарним місцем для навчання.</li> </ul>

<b>Форми роботи (необхідні дії)</b>	<p><i>Частина 1</i> <i>Експериментальна навчальна діяльність:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Перший тренер</i> організовує клас нерівномірно: деякі стільці дуже близько один до одного і деякі дуже далеко від дошки. Стоїть зовсім близько біля дошки, щоб вона/він не могла / не міг ходити по класу. Починає урок без вступу, лише пише на дошці (перепишує частину записів із зошита). Потім тренер закінчує урок і виходить з класу.</li> <li>– <i>Другий тренер</i> заходить до класу та організовує клас: урок починає з привітання з кожним учнем, а потім починає виконувати щоденні дії, як-от називати дату і день, ставити сторонні на перший погляд запитання (наприклад, як їхні сім'ї, чим займалися вдома), що допомагає учням підготуватися. Потім пояснює їм план уроку.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. По завершенні обох сцен запитайте у вчителів:       <ul style="list-style-type: none"> <li>– Що ви відчуваєте щодо першої сцени?</li> <li>– Що ви відчуваєте щодо другої сцени?</li> <li>– Яку зі сцен краще використовувати?</li> </ul> </li> <li>2. За допомогою методу мозкового штурму обговоріть важливі моменти для організації класу.</li> </ol> <p><i>Частина 2</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Обговорення умов ефективної організації навчального середовища:       <ul style="list-style-type: none"> <li>– Щоденні заняття та їхнє значення для дітей.</li> <li>– Чи практикували вчителі різні процедури (привітання, прощання, озвучення дати тощо) на початку і в кінці навчального дня?</li> </ul> </li> <li>2) Опрацюйте у вигляді вправи:       <ul style="list-style-type: none"> <li>– різні процедури протягом короткого часу;</li> <li>– прийоми обліку відвідування учнями уроку зі зверненням на ім'я.</li> </ul> </li> </ol>
<p><i>День 6.</i> <i>День 7.</i> <b>Тема 4: «Навчання для учіння і розуміння»</b></p>	
<b>Зміст</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. План навчання та його організація.</li> <li>2. Робота з абзацами або текстом.</li> <li>3. Зв'язок навчального матеріалу уроків із життям.</li> <li>4. Активне навчання.</li> <li>5. Діти мають працювати з новими ідеями.</li> </ol>
<b>Ключові тези</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– підготовка або складання плану дуже важливі для кращого навчання та розуміння;</li> <li>– вибір ефективних способів навчання, які сприятимуть добробуту всіх учасників освітнього процесу.</li> <li>– діти мають сприймати нові ідеї та стикатися з новими проблемними ситуаціями поряд з тими, які їм уже відомі;</li> <li>– вчителі мають допомагати учням вивчати нові ідеї та проблематики замість того, щоб вчити «слів, не розуміючи значення».</li> </ul>

<b>Форми роботи (необхідні дії)</b>	<p><i>Частина 1</i></p> <p>1. Підготуйте кілька історій про вчителя, який планує урок, і про вчителя, який не планує урок, а потім презентуйте. Спосіб подання: які речі нам потрібно спланувати:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– зміст уроку;</li> <li>– діяльність/метод;</li> <li>– оцінювання.</li> </ul> <p>2. Обговоріть, як діти навчаються (їхню успішність, як вони сприймають інформацію) – це допомагає у виборі виду діяльності і методу.</p> <p><i>Частина 2</i></p> <p>1. Провести обговорення тексту з книги (книгу мають обрати учасники), спробувавши пов'язати нові ідеї зі старими чи попередніми.</p> <p>2. Учителі (в парах) обирають інший уривок із книги; обговорюють способи та методи викладання, а потім один із них презентує (за бажанням) це решті класу (за такою ж методикою працюють із цифрами, наприклад викладають математику).</p>
<p><i>День 8.</i> <i>День 9.</i> <b>Тема 5: «Різноманітність методів навчання»</b></p>	
<b>Зміст</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Розповідні історії.</li> <li>2. Робота в парі.</li> <li>3. Групова робота.</li> <li>4. Визначаючи і пояснюючи.</li> <li>5. Використання ілюстративних матеріалів.</li> </ol>
<b>Ключові тези</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Знання та інформація через оповідання передаються у спосіб, який є привабливим для дітей. Це: <ul style="list-style-type: none"> <li>– підвищує інтерес учнів до уроків;</li> <li>– розвиває навички розповідання історій, сильні сторони (способи розповіді, зміна тону, активна участь учнів у розповіді, запитуючи та відповідаючи);</li> </ul> </li> <li>2. Хорошим способом переказу є робота в парах, обмін думками та ідеями: <ul style="list-style-type: none"> <li>– допомагає створювати дружні стосунки між учнями;</li> <li>– активно залучає учнів до уроків;</li> <li>– поліпшує якість навчання;</li> <li>– активізує в учнів роботу мозку;</li> <li>– вони експериментують з новими ідеями та набувають нового досвіду.</li> </ul> </li> <li>3. Групова робота: <ul style="list-style-type: none"> <li>– учні перебувають у центрі діяльності;</li> <li>– учні засвоюють урок легко і без страху;</li> <li>– це створює здорову конкуренцію між учнями.</li> </ul> </li> <li>4. Навчально-методичні матеріали: різні навчальні матеріали можуть бути дуже ефективними в передаванні нових ідей та інформації: використання учнями ілюстративного матеріалу дасть змогу вчитися легко і швидко.</li> </ol>

<b>Форми роботи (необхідні дії)</b>	<p>1. <i>Розповідь</i>: Учитель розподіляє героїв історії (прописується заздалегідь) на кожного з учнів, і кожен виконує одну роль. Учитель розіграє оповідання не розмовляючи, а потім пояснює історію. Далі вчитель розповідає частину історії, а учні завершують її по черзі.</p> <p>2. Робота в парах: Учитель записує на дошці заздалегідь підготовлені слова в довільному порядку, а потім просить кожного з учнів скласти речення зі слів. Учитель об'єднує учнів у пари, щоб вони склали більше ніж п'ять речень, і просить представника групи вийти вперед і перед класом виголосити речення. І кожного із групи, хто написав найбільше речень (більше ніж п'ять), буде оголошено переможцем.</p> <p>3. Групова робота: Учитель ділить учнів на групи, записує кілька цифр довільно, а потім просить кожну групу скласти числа.</p> <p>4. Навчальні матеріали: Поділіть учасників на три групи і попросіть кожну групу записати, зобразити назву навчального матеріалу, який вони знають з фліпчарту. Потім повісьте всі діаграми на стіну і запитайте в учасників, які з них корисні для них, а які ні. Обговорюють такі питання:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– це відповідає інтересам учнів?</li> <li>– це дешево й екологічно?</li> <li>– чи легко це приготувати?</li> <li>– це відповідає умовам нашого суспільства та навколишнього середовища?</li> <li>– це цікаво?</li> <li>– чи стосується це теми нашого уроку?</li> <li>– чи можна це спостерігати з кожної частини класу?</li> </ul> <p>5. Потрібно провести два уроки, один – з використанням навчальних матеріалів, а другий – без них, а потім в учасників слід запитати, який з уроків було легше освоїти і який швидше приведе нас до запланованої мети.</p>
<p><i>День 10.</i> <b>Тема 6: «Повторення, закінчення і підбивання підсумків першого модуля»</b></p>	
<b>Зміст</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Повторення головного і ключового.</li> <li>2. Бали, щоб оцінити результативність засвоєння вчителями матеріалу.</li> <li>3. Застосування нових ідей і методів у групі.</li> </ol>
<b>Ключові тези</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– використання нових методик навчання дуже важливе в групі;</li> <li>– навчання триватиме всередині класної кімнати (класна кімната – навчальна)</li> </ul>
<b>Форми роботи (необхідні дії)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Аналіз викладених уроків, які раніше були підготовлені учасниками: кожному учаснику пропонується поставити своє запитання щодо уроку та долучитися до обговорення запитань інших учасників.</li> <li>2. Актуалізація запитання щодо того, чи навчання корисне і які частини були найбільш корисними під час навчання.</li> </ol>

<b>Модуль II.</b>	
<p>День 1. День 2. <b>Тема 7: «Відмінності і рівності/подібності»</b></p>	
<b>Зміст</b>	<p><i>Введення до другого модуля.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Розуміння відмінностей і подібності дітей у межах класу (можливості в навчанні - інклюзія).</li> <li>2. Рівність можливостей навчання.</li> <li>3. Навчання дівчат і хлопців.</li> </ol>
<b>Ключові тези</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– комусь із учнів може знадобитися більше турботи, уваги, щоб успішно навчатися та взаємодіяти;</li> <li>– брати участь у навчальному процесі мають усі учні, вивчати однаково повно увесь матеріал, що сприятиме ефективнішому навчанню;</li> <li>– хлопчики і дівчатка повинні мати рівні можливості, а обов'язки мають бути розділені між ними порівну.</li> </ul>
<b>Форми роботи (необхідні дії)</b>	<p><i>Презентація «класу»:</i> учителі в парах розповідають про свої класи. Усі інші мають ставити їм запитання так, щоб було отримано всю інформацію про їхній клас. Як приклад, вони можуть поставити такі запитання:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) скільки дівчаток у класі?</li> <li>b) скільки хлопчиків?</li> <li>c) скільки бідних студентів?</li> <li>d) чи є інваліди / особи з особливими потребами, діти?</li> </ol> <p>Загальну інформацію про кожен клас потрібно розмістити на стіні. Підкресліть кожен з відмінностей, але водночас потрібно надати рекомендації щодо рівних можливостей для навчання.</p>
<p>День 3. День 4. <b>Тема 8: «Пісні і мелодії, ігри, розповіді, використання журналів. Місцеві пісні та ігри»</b></p>	
<b>Зміст</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Важливість ігор і розваг у навчанні.</li> <li>2. Підвищує інтерес учнів до школи.</li> <li>3. Формування впевненості учнів.</li> </ol>
<b>Ключові тези</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– дітям потрібні ігри;</li> <li>– вони навчаються через ігри;</li> <li>– вони мають право грати;</li> <li>– учителі мають забезпечити можливості для кращого навчання та сприяти психосоціальному благополуччю, зокрема і через ігри.</li> </ul>

<b>Форми роботи</b> (необхідні дії)	<p><i>Перше завдання:</i> Учитель розповідає історію для учнів, а потім просить кожного пояснити її.</p> <p><i>Друге завдання:</i> Групова робота: <i>Навчальна абетка</i> Учитель ділить усіх учнів на дві групи, а потім роздає їм картки, на яких уже написано дві букви (одна належать учню, а друга – його/її другові). Як приклад: А і В, Г і Д, а потім просить учнів знайти друзів за абетками з іншої групи. Після знаходження друга учитель запитує учня:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Який лист у вас і ваших друзів?</li> <li>– Як це вимовляється?</li> <li>– Як написано?</li> </ul> <p>(І те саме робить з усіма учнями.)</p> <p><i>Третє завдання:</i> Групова робота: <i>Навчання цифр</i>. Учитель ділить учнів на дві групи; для кожної з них, за кількістю у групі, підготовлено цифри; відтак учитель зачитує числа і кожен з учнів стає попереду класу, якщо в нього ця цифра є.</p>
<p>День 5. День 6. <b>Тема 9: «Спілкування, взаєморозуміння між учнем і вчителем»</b></p>	
<b>Зміст</b>	Стосується захисту дітей та їхнього психосоціального благополуччя (створення класів «без страху»)
<b>Ключові тези</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– добре і доброзичливе ставлення вчителя до учнів є дуже позитивним моментом з погляду формування в учнів упевненості в собі та їхнього психосоціального благополуччя;</li> <li>– краще і легше вчитися, коли навчання відбувається в сприятливих і безпечних умовах навколишнього середовища;</li> <li>– учні стають сміливішими і більш вільно ставлять запитання.</li> </ul>
<b>Форми роботи</b> (необхідні дії)	<p>Тренери грають роль двох учителів: одного – з нечемною (грубою) поведінкою, який не дає учням поставити свої запитання і продовжує урок з гнівом, а другий тренер діє протилежно.</p> <p>Після рольової гри вчителі обговорюють вплив на учнів різних методів навчання/ставлення.</p>
<p>День 7. <b>Тема 10: «Альтернативи фізичним покаранням. Фізичні покарання є неприпустимими»</b></p>	
<b>Зміст</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Відповідально ставитися до захисту дітей: діти мають відчувати спокій, свободу і не боятися перебувати в школі.</li> <li>2. Як ми можемо навчати в межах позитивної педагогіки: пов'яжіть це питання з попередніми розділами.</li> </ol>



Ключові тези	<ul style="list-style-type: none"> <li>– наслідками фізичного покарання є зниження результативності навчання учня, психологічні і фізичні недопустимі страждання;</li> <li>– учні втрачають інтерес до школи, і це змушує їх відчувати образу;</li> <li>– це породжує страх серед учнів і перешкоджає їхній участі в житті класу та в житті громади.</li> </ul>
Форми роботи (необхідні дії)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Розподіліть учасників на дві групи та запитайте їх: <i>Як покарання впливає на навчання?</i></li> <li>2. А потім представникам груп пропонується озвучити відповіді, які надала група.</li> <li>3. Попросіть учителів описати свої способи підтримання порядку (ті, що вони вже мають у своєму арсеналі).</li> <li>4. Обговоріть у групі альтернативні способи підтримки порядку в класі і як допомогти дітям зрозуміти, що є правильним і неправильним, що доречно і недоречно.</li> </ol>
<p>День 8. День 9. <b>Тема 11: «Оцінювання навчання»</b></p>	
Зміст	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Важливість оцінки.</li> <li>2. Як дізнатися, що учень зрозумів.</li> <li>3. Що робити, якщо ми дізнаємося, що деякі учні не зрозуміли урок?</li> </ol>
Ключові тези	<ul style="list-style-type: none"> <li>– учні навчаються через оцінки, це підтвердження для вчителя, що учні зрозуміли урок;</li> <li>– це дає вчителю змогу перевірити себе, чи він/вона презентував/ла урок належним чином для учнів. Якщо учні не зрозуміли урок, знову повторюємо для них матеріал уроку. Можемо заохочувати їх сісти поруч з учнем, який зрозумів;</li> <li>– якщо учень зрозумів тільки частину уроку, заохочуйте та підтримуйте його;</li> <li>– треба заохочувати до щоденної діяльності – навчання.</li> </ul>
Форми роботи (необхідні дії)	<p><i>Перше завдання:</i> Класна/групова робота: <i>усне оцінювання.</i> Тренер говорить 12 слів для вчителя, потім кожен із них говорить ці слова для інших, далі потрібно написати правильні слова на дошці. Наприклад: земля, хлопець, дівчина тощо.</p> <p><i>Друге завдання:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Групова робота: <i>письмове оцінювання.</i></li> <li>– Розділивши вчителів на чотири групи, пропонуємо їм:</li> <li>– 1 група: вписати слова в множині;</li> <li>– 2 група: вписати однозначні слова;</li> <li>– 3 група: зазначити кількість букв у кожному зі слів.</li> <li>– 4 написати першу й останню букви кожного слова.</li> </ul>

<p><i>День 10.</i>  <b>Тема 12: «Підсумки навчального семінару для вчителів»</b></p>	
<b>Зміст</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Перегляньте і повторіть основні й ключові повідомлення тренінгу.</li> <li>2. Дізнайтеся, чи все зрозумів учитель.</li> <li>3. Наголосіть, що застосовувати ці нові техніки в класі тепер (у надзвичайних умовах) дуже важливо:</li> </ol>
<b>Ключові і тези</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– використання нових методик навчання є важливим результатом;</li> <li>– навчання після тренінгу не завершується, воно продовжиться вже в класі у реальних умовах, під час використання цих методів на практиці.</li> </ul>
<b>Форми роботи (необхідні дії)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кожному учаснику пропонується поставити своє запитання щодо курсу та долучитися до обговорення запитань інших учасників.</li> <li>2. Актуалізація питання щодо того, чи навчання корисне і яка частина більш корисна під час навчання, чого не вистачає.</li> </ol>

**Приклад переліку дескрипторів до кожної з тематичних груп  
структури освітянського дискурсу в просторі публічної  
комунікації в умовах карантину (COVID-19)**

<i>Актуалізовані проблеми</i>	<i>Ресурси</i>	<i>Уявлення щодо конструктивних дій в умовах НС</i>
<p><i>Формальні дані:</i> вік учасника під час надзвичайної події; сезон події; темпоральність події; повторюваність і частота події</p>		
<p>дистанційне навчання; освітній простір; інформатизація освіти; доступність онлайн-навчання; карантин; навчальна платформа взаємодія в онлайн-просторі; якість навчання; адаптація до навчання; допомога та підтримка іншого під час події; зміни, зумовлені карантинном; ізоляція і навчання; реформування; безпечний простір; психологічний стан; культура спілкування в онлайн-просторі; результативність навчання (процес); невизначеність; екзамени; вступ випускників.</p>	<p>матеріально-технічна база; людський ресурс; засоби та форми організаційної підтримки; згуртованість колективу; створення необхідних умов для подолання наслідків; готовність до змін; здобуті знання; навички; практичний досвід; фізичні ресурси (стан здоров'я); цінності, ціннісні орієнтації; професійні компетентності; здатність до саморегуляції поведінки; наявність заздалегідь створеної матеріальної бази; можливості і карантин.</p>	<p>прогнозованість події (НС); масштаб події; тривалість, наслідки для освітньої галузі; контрольованість ситуації; спрямованість впливу під час події; прояснення стану (ситуації); зміна вимог; модальність емоцій під час події; ставлення до змін під час події; ставлення до змін після події; досягнення під час події; екзистенційні розмірковування під час події; некерованість події (втрата контролю); значущість події; нерозуміння/розуміння причин події; рутинізація освіти; результативність навчання (оцінка).</p>

Виробничо-практичне видання

**ГОТОВНІСТЬ ДО НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ:  
ВИМІРИ КОНСТРУКТИВНОСТІ**

Практичний посібник

*За загальною редакцією  
кандидата психологічних наук В. М. Духневича*

Літературне редагування *Т. А. Кузьменко*

Адреса Інституту: 04070, м. Київ, вул. Андріївська, 15

E-mail: [info@ispp.org.ua](mailto:info@ispp.org.ua)

Сайт: <https://ispp.org.ua>

Підписано до друку 04.09.2023 р. Гарнітура Times New Roman. Авт. арк. 16,0