



МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ ВІЙСЬК МВС УКРАЇНИ

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА ВОДІЇВ
ВНУТРІШНІХ ВІЙСЬК МВС УКРАЇНИ
ДО КЕРУВАННЯ ТРАНСПОРТНИМ ЗАСОБОМ
В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ ДІЯЛЬНОСТІ

Навчальний посібник

Харків
2013

УДК 159.9
ББК 88.4
П86

*Рекомендовано Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України
як навчальний посібник для слухачів, курсантів та студентів
вищих навчальних закладів (лист № 1/11-20031 від 25.12.2012 р.)*

Рецензенти:

О. В. Землянська, професор кафедри прикладної психології ННІ психології, менеджменту, соціальних та інформаційних технологій Харківського національного університету внутрішніх справ, д-р психол. наук, професор;

Н. В. Оніщенко, старший науковий співробітник науково-дослідної лабораторії екстремальної та кризової психології Національного університету цивільного захисту України, канд. психол. наук, с.н.с.

Психологічна підготовка водіїв внутрішніх військ МВС України до керування транспортним засобом в екстремальних умовах діяльності [Текст] : навч. посіб. / Я. В. Мацегора, І. І. Приходько, С. Т. Полторац, та ін. – Х. : Акад. ВВ МВС України, 2013. – 127 с.

ISBN 978-966-8671-29-6

Описано сучасну систему підготовки фахівця до дій в екстремальних умовах і його психологічного супроводу. У першому розділі посібника запропоновано триетапну систему психологічної підготовки водіїв внутрішніх військ до керування транспортним засобом в екстремальних умовах. Матеріали розділу можуть бути використані для психологічного лекторію водіїв, які виконують службово-бойові завдання в екстремальних умовах. У другому розділі наводяться методики для визначення негативних станів водіїв внутрішніх військ, у тому числі і станів алкогольного й наркотичного сп'яніння. Третій розділ посібника присвячено питанням психологічної допомоги водіям внутрішніх військ, які потрапили у ситуації загрози життю і здоров'ю.

Для практичних психологів підрозділів екстремальних видів діяльності, викладачів, магістрів, аспірантів, ад'юнктів, курсантів і студентів вищих навчальних закладів – майбутніх психологів, офіцерів – виховних структур, а також слухачів курсів удосконалення кваліфікації офіцерського складу психологічного профілю

Авторський колектив:

Я. В. Мацегора, канд. психол. наук (2.2–2.4, 3.1, висновки) ; **І. І. Приходько**, канд. психол. наук, с.н.с. (1.2, 2.5, 3.2, 3.5) ; **С. Т. Полторац**, канд. пед. наук, доцент, засл. працівник освіти України (1.1, 2.1) ; **В. В. Рютін**, канд. пед. наук (1.3, 2.5); **О. В. Тімченко**, д-р психол. наук, професор (2.1, 3.2–3.5) ; **І. В. Воробйова**, канд. психол. наук, с.н.с. (1.1, 2.2–2.3, 3.6); **М. І. Товма**, канд. психол. наук доцент (вступ, 2.5, 2.6).

ISBN 978-966-8671-29-6

УДК 159.9
ББК 88.4

© Академія внутрішніх військ МВС України, 2013

З М І С Т

В С Т У П	4
Р О З Д І Л 1. ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ВОДІЇВ ВНУТРІШНІХ ВІЙСЬК ДО ДІЯЛЬНОСТІ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ	7
1.1. Формування психологічних знань у водіїв внутрішніх військ.....	7
1.1.1. Психологічне інформування про особливості екстремальних ситуацій.....	7
1.1.2. Увага водія.....	10
1.1.3. Сприймання водія.....	13
1.1.4. Мислення за кермом.....	16
1.1.5. Пам'ять у діяльності водія.....	18
1.1.6. Емоції і воля людини за кермом.....	21
1.2. Відтворення психологічних факторів екстремальної ситуації у процесі тренувань.....	24
1.3. Методи ідеомоторного тренування.....	27
Р О З Д І Л 2. ЗДІЙСНЕННЯ КОНТРОЛЮ ЗА СТАНОМ ВОДІЇВ ВНУТРІШНІХ ВІЙСЬК В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ	32
2.1. Проблеми дослідження екстремальних станів.....	32
2.2. Діагностика стану психічної напруженості.....	35
2.3. Діагностика депресивних станів.....	43
2.4. Ретроспективна діагностика психічних станів у водіїв, які потрапили в екстремальні ситуації.....	50
2.5. Візуальна діагностика стану алкогольного та наркотичного сп'яніння водіїв внутрішніх військ.....	54
2.6. Діагностика суїцидальних тенденцій у військовослужбовців.....	67
Р О З Д І Л 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВОДІЯМ ВНУТРІШНІХ ВІЙСЬК, ЯКІ ПОТРАПИЛИ У СИТУАЦІЇ ЗАГРОЗИ ЇХ ЖИТТЮ ТА ЗДОРОВ'Ю	73
3.1. Види психологічної допомоги водіям, які потрапили в екстремальні ситуації.....	73
3.2. Перша допомога військовим водіям у негативних психічних станах, що виникли внаслідок потрапляння в екстремальні ситуації.....	75
3.3. Зняття гострого стресу і антистресова підготовка до майбутніх екстремальних ситуацій за методом "Ключ".....	83
3.4. Дебрифінг стресу критичних інцидентів як метод попередження постстресових розладів.....	90
3.5. Психологічна діагностика ПТСР.....	93
3.6. Індивідуальна та групова терапія ПТСР.....	109
ВИСНОВКИ	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	119
ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК	

ВСТУП

Сучасні умови, в яких працюють представники багатьох професій, зокрема військовослужбовці внутрішніх військ, Міністерства надзвичайних ситуацій (МНС) і Міністерства оборони, працівники правоохоронних органів, водії автотранспорту, машиністи поїздів, оператори атомних електростанцій і деякі інші, з упевненістю можна назвати особливими, а іноді – й екстремальними. Особливими такі умови є тому, що їм властиві значні психоемоційні навантаження, викликані високою відповідальністю за прийняті рішення, складність виконуваних функцій, прискорений темп діяльності, поєднання в одній діяльності неоднакових за метою дій, оброблення значної за обсягом інформації та дефіцит часу на прийняття рішення. У випадках, коли діяльність супроводжується ще й обґрунтованим ризиком для життя, її називають екстремальною.

Військовослужбовці внутрішніх військ часто потрапляють у складні і часом небезпечні психологічні ситуації у повсякденній службово-бойовій діяльності, які чинять стресогенний вплив на їхню психіку. Тому їх психологічна підготовка повинна спрямовуватися на формування стійкості до:

- негативних чинників службово-бойової діяльності (напруженості, відповідальності, ризику, небезпеки, дефіциту часу, невизначеності, несподіваності і т. ін.);

- факторів, що сильно впливають на психіку (вигляд крові, трупа, тілесних ушкоджень тощо);

- ситуацій протистояння (протистояння психологічному тиску, маніпулюванню з боку як законслухняних громадян, так і правопорушників; несприйняття на провокації тощо);

- конфліктних ситуацій у службово-бойовій діяльності (уміння проаналізувати внутрішні причини конфлікту, розібратись у закономірностях їх виникнення, перебігу і способах вирішення конфліктних ситуацій; уміння володіти собою в напружених, конфліктних ситуаціях і ситуаціях провокацій).

Професійна надійність фахівця, який працює в екстремальних умовах, багато в чому залежить від психічної стійкості, важливими складниками якої є конституціональні індивідуально-психологічні особливості особистості та психологічні якості, які формуються за допомогою спеціальних тренувань.

Конституціональні особливості суб'єкта слід урахувати під час професійного відбору, відсіваючи осіб з недостатньою психологічною стійкістю. Разом із тим тільки можливостями відбору вирішити проблему професійної надійності навряд чи вдасться. У зв'язку з цим значно зростає роль тренувань і методів психічної саморегуляції, за допомогою яких можна формувати необхідні психологічні якості.

Оволодіння військовослужбовцями внутрішніх військ прийомами і методами психічної саморегуляції є вельми актуальним завданням сучасності. Значних успіхів у службовій діяльності досягають ті військовослужбовці, у яких міцніше нерви, хто краще вміє настроїтися на протистояння, раціональніше розпоряджатися не тільки своїми фізичними й розумовими ресурсами, але і

зберігати на оптимальному рівні нервово-психічну активність, проявляти в екстремальних ситуаціях психічну стійкість.

Підбираючи методи для психологічної підготовки військовослужбовців, слід намагатися створити певну систему, враховувати етапність формування готовності до діяльності в екстремальних умовах і типові умови її реалізації.

Так, перший етап підготовки до діяльності в екстремальних умовах потребуватиме інформації про особливості вегетативних реакцій, пов'язаних зі стресом, про їх вплив на емоційно-вольову сферу людини. Корисною буде інформація про пізнавальні процеси (увагу, мислення, пам'ять тощо), про особливості їх функціонування у звичайних та екстремальних умовах, про способи підвищення їх продуктивності. Важливим є й розуміння природи релаксаційних технік, формування вольових якостей тощо.

Другий етап передбачає відпрацювання алгоритму дій в екстремальній ситуації. Спочатку тренування відбувається у звичайних умовах і призначене для запам'ятовування черговості дій, розрахунку сили і часу для їх виконання. Далі відпрацьовується алгоритм дій в обстановці, що імітує екстремальну (але реально безпечну). Після запам'ятовування всіх особливостей виконуваних дій в екстремальних умовах можна використовувати ідеомоторне тренування (третій етап підготовки). Ідеомоторна підготовка, як і інформування на першому етапі, стосується ментальної сфери, проте в такому випадку військовослужбовець, який проходить цей етап підготовки, працює вже не із загальними знаннями про психічні процеси та зміни, що відбуваються в екстремальній ситуації, а зі своїми власними, набутими під час проходження попередніх етапів підготовки. Необхідно добиватись усвідомлення, рефлексії своїх емоційно-вольових і когнітивних процесів, контролю над ними, довільності виконуваних дій (не допускати імпульсивних дій). У деяких випадках тренування продовжують до формування автоматичних дій (до згортання усвідомлення). Утім початкове усвідомлене виконання дій є необхідною умовою підготовки до діяльності в екстремальних умовах, оскільки збої в алгоритмі вирішення проблеми, що виникла, вимагають розгортання усвідомлення (розуміння причинно-наслідкових зв'язків).

У процесі підготовки до діяльності в екстремальних ситуаціях необхідно приділяти увагу не тільки зовнішній стороні діяльності – конкретним діям і операціям, а і внутрішній – мотивації діяльності. Без формування ціннісно-сміслової регуляції життєдіяльності, активної життєвої позиції, усвідомлення і прийняття своєї ролі захисника правопорядку, суспільного ладу, без любові до Батьківщини, без усвідомлення сенсу вибраної професії військовослужбовця і без подолання егоїстичної мотивації неможливе формування готовності до діяльності в екстремальній ситуації, неможливий свідомий ризик своїм життям заради товаришів по службі і цивільного населення. Цей етап формування готовності до діяльності в екстремальних умовах можливий тільки як планомірний постійний виховний вплив на військовослужбовця, що не пов'язаний з очікуванням якої-небудь події, а здійснюється командирами з першого до останнього дня служби військовослужбовця.

Зазначимо, що під час підготовки до дії в екстремальних ситуаціях йдеться про, так би мовити, “типові” екстремальні ситуації. Для військовослужбовців внутрішніх військ досить частими є ситуації безпосередньої загрози їх власному життю і здоров’ю, наприклад, під час охорони громадського порядку при проведенні масових заходів, спроб утечі ув’язнених, що конвоювалися до місць відбування покарання, під час затримання озброєних осіб, при збройному нападі на об’єкт, що охороняється військовослужбовцями.

На основі аналізу існуючого досвіду ефективних дій у подібних ситуаціях, аналізу помилкових дій та іншої інформації розробляється алгоритм дій у таких “типових” ситуаціях, тобто такий порядок дій, слідування якому найімовірніше дозволить виконати поставлені службово-бойові завдання. Навчання дії у таких “типових” екстремальних ситуаціях формує загальну готовність до діяльності в екстремальних ситуаціях.

Однак нові реальні екстремальні ситуації, які виникають, не в усіх рисах повторюють ті, що розігруються на навчаннях. І в цьому випадку мова повинна йти про ситуативну готовність до дій в екстремальних ситуаціях.

У будь-якому разі досягнуте у процесі тренувань володіння своїм тілом, у тому числі й вестибулярним апаратом, а також своєю емоційно-вольовою сферою й пізнавальними процесами позитивно позначається на здатності виконувати поставлені службово-бойові завдання в екстремальних ситуаціях.

Щодо системності формування готовності військових водіїв треба враховувати і той факт, що водій керує не лише власними діями, а й “діями” дорученого йому транспортного засобу. Тому важливим є не тільки опанування інформації про закономірності функціонування власної психіки, але й про технічні характеристики різних транспортних засобів, особливості їх “поводження” у різних умовах (спека, холод, затоплення, зміна ваги вантажу, що перевозиться, особливості ґрунту, траси, використовуваного палива тощо). Крім такої загальної технічної поінформованості водій повинен знати всі особливості свого транспортного засобу. Природно, що підготовка військового водія має включати навчання так званому екстремальному водінню (знання й уміння керувати автомобілем в екстремальних дорожніх ситуаціях, надання допомоги постраждалим в автокатастрофах тощо).

Таким чином, системне формування готовності військового водія до діяльності в екстремальних умовах передбачає вписані в “типові” умови екстремальної ситуації надійність транспортного засобу, володіння водієм цим транспортним засобом і володіння водієм власною психікою.

Такий підхід до підготовки водіїв висуває особливі вимоги до методів і методик психологічної підготовки, покликаних підвищити рівень психологічної готовності до роботи в екстремальних умовах. Ці методи й методики повинні бути не тільки науково обґрунтованими, але, насамперед, практично спрямованими і доступними для вивчення.

Р о з д і л 1. ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ВОДІЇВ ВНУТРІШНІХ ВІЙСЬК ДО ДІЯЛЬНОСТІ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ

1.1. Формування психологічних знань у водіїв внутрішніх військ

1.1.1. Психологічне інформування про особливості екстремальних ситуацій

Як зазначалось у вступному слові, психологічне інформування є важливим етапом підготовки військовослужбовця до дій в екстремальних ситуаціях.

Психологічне інформування як форма психологічної роботи являє собою систематичне й організоване поширення серед військовослужбовців внутрішніх військ психологічної інформації з метою формування у них розуміння закономірностей функціонування людської психіки і поведінки людей в екстремальних умовах, знання шляхів і способів управління можливостями власної психіки і надання психологічної допомоги товаришам по службі.

Практика показує, що найчастіше просте знання тих психологічних явищ, на які може натрапити військовослужбовець у складних умовах, дозволяє психологічно підготуватися до несприятливих подій. Ознайомлення людей з можливими реакціями на стрес-фактори виконує функцію своєрідного “щеплення”, що діє за принципом “попереджений – захищений”. Попереднє ознайомлення військовослужбовців з реальними подіями в екстремальних ситуаціях щодо необхідних службово-бойових дій і психічних переживань є, по суті, попереднім накопиченням досвіду діяльності в екстремальних ситуаціях, а отже, й раціональною роботою зі шкідливим впливом сильних переживань на психіку військовослужбовця при почуттях тривоги і страху.

З огляду на дію психологічної закономірності, вираженої у формулі “чого не знаю, того боюся”, організатори діяльності людей в екстремальних умовах повинні прагнути повною мірою забезпечити їх необхідною інформацією про психологічні особливості цієї діяльності.

Практика показує, що психологічна інформація може доводитися в усній формі (лекції, доповіді, бесіди, виступи учасників та очевидців подій), у друкованій (пам’ятки, листівки, плакати), шляхом перегляду й обговорення документальних зйомок з місць катастроф, зйомок камер відеоспостережень з місць учинення збройних злочинів тощо.

Накопичений військовими психологами досвід показує, що хороший ефект дає використання пам’яток про способи ефективного виживання в екстремальних ситуаціях різного типу.

Наведемо варіант пам’ятки військовослужбовцеві, який готується до виконання службово-бойових завдань в екстремальних умовах.

ПАМ’ЯТКА

Бути військовослужбовцем внутрішніх військ означає бути готовим виконувати службово-бойові завдання у небезпечних для життя ситуаціях. Ці ситуації не завжди наповнені романтикою, не завжди тебе будуть сприймати як

захисника і героя. Охороняючи громадський і правовий порядок в умовах природних і техногенних катастроф, епідемій і масових заворушень, нерідко доводиться захищати людей від них самих: страху, паніки, відчаю, гніву, ненависті, що їх охопили. Подібні екстремальні ситуації є суворим і жорстким випробуванням міцності людського духу, всіх психічних і фізичних можливостей людини. У них кожен може стикнутися з тим, чого не розуміє, відчути те, чого раніше ніколи не відчував. Переживання кожної людини індивідуальні, специфічні, однак є чимало спільного в тих реакціях, якими людина відповідає на небезпеку, брак часу та інформації, а також інші несприятливі фактори. Ця пам'ятка допоможе тобі зрозуміти, що з тобою відбувається, чи нормально це, що потрібно робити, щоб допомогти собі і своїм товаришам. Нормальними переживаннями людини в екстремальній ситуації є не лише бажання врятувати і захистити цивільне населення в ситуації, що загрожує їх життю, безумовне бажання виконати поставлене службово-бойове завдання, а й такі негативні переживання: страх смерті, поранення, каліцтва, боязнь виявитися нездатним виконати службово-бойове завдання і видатися боягузом в очах товаришів. Сьогодні добре відомо, що безстрашних людей не буває. Військовослужбовці також відчувають страх перед лицем смерті і фізичного болю в яскраво вираженій формі. При цьому більшість із них відчувають наче б внутрішнє завмирання, “мурашки” по тілу, “ворушіння” волосся, почастищення серцебиття, нестачу повітря, відчуття фізичної слабкості, спеки або холоду, дискомфорту чи болю у грудях, підвищену пітливість, тремтіння окремих частин або всього тіла.

Іноді у цілком здорових людей може спостерігатися запаморочення, нудота, блювота, нетримання сечі, пронос. Ці явища виявляються не лише в екстремальній ситуації, але і в періоди до і після неї. Потрібно добре розуміти різницю між страхом і боягузством. Боягузом є той, хто безмовно підкоряється страху, не робить зусиль подолати його, припиняє виконання службово-бойового завдання і тим самим наражає товаришів по службі на додаткову небезпеку.

Невпевненість у власних силах, сором за такий стан. Провина за застосування насильства в ситуаціях, які іноді здаються безглуздими. Гнів за те, що саме тобі (як здається) випало найважче випробування, за несправедливість і безглуздя всього, що відбувається. Ці переживання загострюються в міру накопичення втоми, за тривалої дії екстремальних умов, у випадку втрати товаришів по службі, за несприятливого розвитку подій і негативного ставлення населення регіону до частин внутрішніх військ.

Вийти переможцем з екстремальної ситуації нелегко. Це під силу тому, хто може зібрати воєдино всі свої духовні й фізичні сили і направити їх на вирішення службово-бойового завдання. Зроби це і ти. Щоб попередити страх, не раз подумай, як ти діятимеш в екстремальній ситуації, взаємодіятимеш з товаришами по службі. Наміть план і спосіб реалізації своїх дій, продумай деталі. Закрий на хвилину очі, зроби 8–10 коротких енергійних вдихів і повільних тривалих видихів. Кілька разів напруж і розслаб м'язи тіла. Повтори про себе 2–3 рази “формулу безстрашності”:

*Я спокійний і впевнений у собі.
Я впевнений у своїх товаришах, вони ніколи не підведуть мене.
Я рішучий і сміливий.
Я до всього готовий і все зможу.
Я, як сталева пружина – потужна і пружна.
Моє тіло повністю підвладне мені.
Я спокійний і впевнений у собі, я вирішував складніші завдання, вирішу й це.
Я до всього готовий і все зможу.*

Пам'ятай, що страх можна подолати, а боягузтво не забудеться ніколи. Якщо побачиш, що твоїми товаришами заволоділи згадані вище переживання, допоможі їм. Розкажи про те, що відчуваєш сам, як долаєш у собі невпевненість і страх, побудь поряд із ними. У тому випадку, коли хтось із товаришів по службі втратив контроль над своєю поведінкою, безцільно поривається кудись чи, навпаки, застиг у заціпенінні, неадекватно реагує на твої слова і дії, убезпеч його, повідом про це командира, психолога чи медичного працівника.

Зрозуміло, що ознайомлення військовослужбовців з такою інформацією саме по собі не гарантує надійного захисту їх психіки від травмуючого впливу небезпеки, раптовості та інших факторів екстремальної ситуації. Однак це дозволяє попередити перетворення самого сприймання внутрішніх відчуттів і переживань як унікальних на додаткове джерело психотравматизації.

Таким чином, систематичне психологічне інформування військовослужбовців є ефективним способом їх психологічної підготовки до дій в екстремальних ситуаціях.

Ефективність психологічної освіченості підвищується в тому випадку, якщо поширювану інформацію буде конкретизовано згідно зі специфікою майбутньої діяльності, приведено у відповідність до рівня підготовки військовослужбовців і їх настроїв, якщо ця інформація не залякує людей, а дає ключ до розуміння того, що відбувається.

Незважаючи на те, що нашу країну не обходять природні катаклізми, епідемії, техногенні катастрофи і масові безладдя, однак для водіїв внутрішніх військ найімовірнішим є виникнення таких екстремальних ситуацій, як автокатастрофи, ДТП.

Водіям внутрішніх військ корисно знати не тільки те, що вони самі можуть відчувати під час автомобільних катастроф, але і як надати допомогу й підтримку іншим учасникам ДТП. Знаючи правила надання першої допомоги (медичної і психологічної), водій і сам відчуватиме себе впевненіше, що саме по собі є профілактикою посттравматичних стресових розладів, які трапляються з більшістю потерпілих в автомобільних катастрофах.

Однак невиправдано вузьким є уявлення про те, що психологічна освіченість при підготовці до діяльності в екстремальних умовах повинна включати тільки інформування про особливості проживання екстремальних ситуацій. Для ефективного формування готовності до діяльності в екстремальних ситуаціях водієві внутрішніх військ необхідні елементарні знання про особливості

функціонування уваги, пам'яті, мислення, емоційно-вольової сфери тощо. Інформація про пізнавальні процеси та емоційно-вольову сферу, що адекватно донесена психологом, забезпечена необхідними прикладами й поясненнями, допомагає сформуванню довірливості психічних процесів ефективніше. Саме довірливості психічних процесів є важливою умовою ефективної діяльності в екстремальній ситуації.

Нижче наводяться дані про особливості уваги, пам'яті, мислення та емоційно-вольової сфери водіїв. Сподіваємося, що вони будуть цікаві психологам, які допомагають водіям внутрішніх військ формувати готовність до діяльності в екстремальних умовах, а також будуть використані ними як лекційний матеріал для інформування водіїв. Психологам частин рекомендується забезпечити цей лекційний матеріал прикладами, виходячи з особливостей виконуваних у частині службово-бойових завдань, особистісних і вікових особливостей водіїв, їх інтересів тощо. Крім того, психологам рекомендується додатково розробити лекції, темою яких стануть психологічні особливості служби саме в їх частинах.

1.1.2. Увага водія

Увага водія є одним з основних факторів, що забезпечує безпеку руху на дорозі. За даними статистики неуважність найчастіше вказується як причина дорожньо-транспортних пригод.

Увагою називається спрямованість і зосередженість свідомості на певних об'єктах. Увага – не психічний процес, а форма організації свідомості й умова успішного перебігу психічних процесів і станів. Увага не має власного змісту, являє собою дію у зв'язку з відчуттями, сприйняттями, пам'яттю, мисленням тощо. Функції уваги полягають у тому, що людина серед безлічі подразників, які діють на неї, вибирає потрібні, важливі, а інші – гальмує, виробляє таким чином програму дій і зберігає зосередженість, контроль над їх перебігом.

Види уваги класифікують передусім *за особливостями об'єктів*. Залежно від того, належать вони до зовнішнього світу (наприклад, різні предмети сприймання) чи ними є наші відчуття, уявлення, думки, переживання тощо, вирізняють *зовнішню увагу і внутрішню* відповідно.

За характером цільового спрямування і за рівнем вольових зусиль вирізняють мимовільну, довільну та післядовільну увагу.

Мимовільна увага виникає незалежно від наміру й мети людини внаслідок зовнішніх причин, тобто особливостей подразників, що діють на нас, а також внутрішніх спонукань, спрямованості особистості. Наприклад, сильний звук, спалах світла мимоволі привертають увагу людини. Факторами, що зумовлюють мимовільну увагу, є сила й раптовість дії подразника, його новизна, незвичність і контрастність. Викликає увагу рухливість об'єкта, а також початок і припинення дії подразника тощо. Крім зовнішніх причин мимовільну увагу зумовлюють і внутрішні спонукання. Так, увага пов'язана із загальним станом людини, її настроєм, переживаннями, потребами, інтересами.

Довільна увага полягає у свідомому спрямованому і регульованому зосередженні уваги, яке зумовлене потребами діяльності. Таку увагу називають

активною і вольовою. Психологічний зміст довільної уваги пов'язаний із виробленням мети діяльності та вольовим зусиллям. Діяльність з довільною увагою вимагає більшої напруженості порівняно з мимовільною і більшою мірою стомлює людину.

У роботі водія довільна увага відіграє головну роль. Мимовільна ж увага може сприяти або заважати переходу уваги в довільну, тобто вольову увагу. Так, правильно поставлений дорожній знак повинен мимоволі привертати увагу водія, після чого мимовільна увага перейде в довільну. Будь-які об'єкти сприймання на дорозі, що не стосуються керування автомобілем (наприклад, плакати, рекламні стенди), мимоволі відволікають увагу водія від сприймання основних для нього об'єктів: дороги, дорожніх знаків, автомобілів, пішоходів, показань приладів.

Найпотужнішим спонукальним чинником уваги є пізнавальний інтерес, він справляє вирішальний вплив на всю психічну діяльність. Саме він сприяє переростанню довільної уваги у післядовільну.

Післядовільна увага виникає у зв'язку з виниклим інтересом у процесі діяльності. Подібно довільному цей вид уваги має цілеспрямований характер і вимагає первинних вольових зусиль, але потім людина наче "входить" у роботу, цікавими й важливими стають зміст і процес діяльності, а не тільки її результат. Післядовільній увазі властива економність, вона є оптимальною для виконання різних видів діяльності. Примусово викликати її не можна: шлях до післядовільної уваги лежить через захопленість справою.

Усі види уваги – це динамічні процеси, пов'язані взаємними переходами, але завжди якийсь із них на певний час стає домінуючим.

Незважаючи на те, що увага не має власного змісту, а також продукту, у неї свої специфічні властивості.

Обсяг уваги характеризується кількістю об'єктів, які одночасно можуть бути охоплені увагою з достатньою чіткістю. Обсяг уваги визначається низкою чинників, насамперед особливостями об'єктів, що сприймаються. Людина одночасно може охопити на дорозі не більше 3 об'єктів. Наприклад, за наявності пішоходів водій спостерігає, крім того, за зустрічними, попутними автомобілями і за проїжджою частиною. Обсяг уваги залежить від досвіду і практичної діяльності людини.

Під *спрямованістю уваги* розуміють вибірковий (селективний) характер свідомої діяльності. Вибірковість виявляється не тільки в доборі потрібної діяльності чи потрібного об'єкта, а й у відносно тривалому зберіганні їх у свідомості.

Зосередженість уваги як її властивість означає не тільки відволікання від другорядного, а й гальмування побічних подразників, які не стосуються діяльності. Зосередженість та інтенсивність уваги об'єднують, називаючи таку властивість *концентрацією уваги*. Концентрація уваги є умовою успішного виконання діяльності в тому разі, якщо вона поєднується з іншими властивостями, наприклад з обсягом і розподілом уваги.

Інтенсивність уваги – це ступінь її напруження при сприйнятті об'єкта. Так, чим більша інтенсивність уваги, тим повніше й виразніше сприймання об'єкта. Інтенсивність уваги водія не завжди однакова: на перехресті інтенсивність уваги

завжди буде більшою, ніж під час звичайного руху на прямій хорошій дорозі.

Стійкість уваги – це утримання необхідної інтенсивності уваги протягом тривалого часу. За відсутності стійкої уваги знижується якість виконуваної роботи. Високої стійкості уваги водія вимагає їзда вулицями з інтенсивним рухом, їзда по слизькій дорозі тощо.

Коливання (флуктуації) уваги – це періодична короткочасна мимовільна зміна напруження уваги до певного об'єкта або діяльності. Стійка увага може зберігатися впродовж 10–15 хвилин, а короткочасні послаблення уваги не мають значення для діяльності, вони дають змогу зробити маленьку перерву в зосередженості. Отже, тимчасове зниження уваги є короткочасним і необхідним відпочинком, воно непомітне і не руйнує стійкості уваги, але дає змогу зберегти її для певної діяльності протягом 45 хвилин і більше.

Розподіл уваги виявляється як одночасна увага до двох або кількох об'єктів та одночасне виконання дій з ними чи спостереження за ними. Професія водія вимагає неодмінного розподілу уваги.

Розподіл уваги між двома різними діями легко здійснюється тільки тоді, коли одна із суміщених дій добре вивчена, внаслідок чого виконується людиною автоматично. У цьому випадку основна дія знаходиться в центрі свідомості, а інша, автоматична, лише контролюється свідомістю. Водій, приділяючи увагу дорожній обстановці, не стежить за рухом своїх рук при перемиканні важелів передач, бо його дії є наслідком виробленої у минулому навички. Якщо навичка недостатня – увага водія перевантажена. Уміння розподіляти увагу можна розвивати, виконуючи методично правильно відповідні справи. Здатність людини до розподілу уваги залежить від її віку, рівня розвитку особистості та індивідуальних особливостей.

Переключення уваги – це здатність швидко змінювати об'єкти, на які спрямована увага. Наприклад, об'єктами переключення уваги водія на перехресті буде світлофор, транспортні засоби, пішоходи, регулювальник руху та інші, на які він переключає увагу в різному порядку, залежно від дорожньої обстановки.

Переключення і розподіл уваги в поєднанні з правильною послідовністю дій і активністю спостереження є основою обачності – своєчасного визначення можливого ускладнення дорожньої обстановки.

Для водія недостатньо бути просто уважним. У його роботі часті несподівані і складні дорожні ситуації вимагають напруженої стійкої уваги, її розподілу і швидкого переключення. Тому, характеризуючи діяльність водія, слід говорити не про брак уваги взагалі, а про недостатність тієї чи іншої властивості уваги. Так, ситуація, що раптово виникла на прямій дорозі, може виявитися небезпечнішою, ніж на важкій дорозі через різке зниження інтенсивності уваги водія. Належне знання правил обгону ще не гарантує безпеки, якщо водій не вміє правильно розподіляти і переключати увагу. У прямому сенсі неуважність, тобто загальний рух уваги, може спостерігатися при хворобливому стані, вираженому стомленні, при так званому “загальмованому стані”, часто виникає при монотонному русі, заколисуванні.

Зазвичай людина завжди до чогось уважна, але увага може спрямовуватися

на об'єкт, який у цей момент не стосується її діяльності. Тому щити на дорогах, транспаранти, не пов'язані з діяльністю водія, так само, як і велика кількість дорожніх знаків, що надто часто інформують про особливості дороги і не мають суттєвого значення, відволікають увагу водія.

Неуважність може виявлятися у вигляді розсіяності при слабкій довільній увазі, легкого відволікання і повної нестійкості уваги, коли людина дуже зосереджена на одному об'єкті і не здатна помічати нічого іншого внаслідок важкого переключення уваги. Останній тип неуважності може бути у водія під впливом глибоких переживань, на яких він концентрує свою увагу.

У діяльності водія найважливіше значення має організація уваги, тобто вміння користуватись увагою в конкретних випадках. Організація уваги водія передбачає не лише знання об'єктів, на які він повинен розподіляти свою увагу, але й чітке уявлення про послідовність сприймання об'єктів у конкретній обстановці, вміння визначати, який із об'єктів при складних маневрах автомобіля є найважливішим, повинна бути вироблена система розподілу і переключення уваги на ті об'єкти, які в цей момент для водія найважливіші. Так, сувора послідовність у переключенні й розподілі уваги повинна бути встановлена під час обгону між об'єктами сприймання: спідометром; автомобілем, якого обганяють; зустрічним автомобілем, дзеркалом заднього виду, пішоходами, дорожніми знаками і т. ін. Послідовність і повторність сприймання кожного об'єкта в цьому випадку (так само, як і при інших маневрах автомобіля на складному повороті і т. д.) повинні здійснюватися не випадково, а за певною системою. Такій системі розподілу і переключення уваги необхідно навчати з використанням центрального й периферичного зору.

В основу організації уваги водіїв має покладатись вміння в будь-якій ситуації виділяти головне і другорядне, а також доведення до автоматизму найбільшого числа дій. Тренування водіїв з організації уваги у різних складних ситуаціях керування автомобілем, особливо при дефіциті часу, має проводитися на спеціальних тренажерах. Крім установлених вимог кваліфікація водія повинна визначатися також оцінкою якостей його уваги й організацією уваги у процесі професійної діяльності.

1.1.3. Сприймання водія

Знання про зовнішній і свій внутрішній світ людина набуває у процесі чуттєвого й логічного пізнання дійсності за допомогою пізнавальних психічних процесів. Пізнавальна діяльність завжди розпочинається з чуттєвого відображення світу у відчуттях і сприйманні.

Водій за кермом автомобіля утримує в полі свого зору дорогу, бачить перешкоди на ній, пішоходів, транспортні засоби, періодично стежить за показанням приладів на панелі приладів, на слух контролює роботу двигуна, отримує інформацію про виконувані дії щодо керування автомобілем. Усі ці дані – результат впливу різних предметів або явищ на нервові закінчення відповідних органів чуття. Ці збудження передаються у головний мозок, унаслідок чого виникають відчуття, тобто відображення у свідомості людини окремих

властивостей і якостей предметів, які безпосередньо діють на органи чуття. Крім того, відчуття дають інформацію про зміни у власному тілі: людина відчуває порушення у функціонуванні внутрішніх органів, положення і рух свого тіла й окремих його частин.

Відчуття – початкове джерело всіх наших знань. Подальшим етапом оброблення інформації, що надходить, є складніший пізнавальний процес, ніж відчуття, – сприймання, в якому якості та властивості предметів відображаються у взаємодії у вигляді цілісного образу.

Процес сприймання пов'язаний не тільки з відчуттям, а і з дією, необхідною для розуміння сутності предмета чи явища. Водій за кермом автомобіля змушений сприймати велику кількість зорових, звукових та інших подразників. Їх сприймання водієм пов'язано з необхідністю переключати увагу з одного об'єкта на інший залежно від їх важливості і дорожньої обстановки, що складається.

Якість сприймання, тобто його швидкість, повнота і точність, залежить від знань і досвіду водія. Досвідчений водій за одних і тих самих умов побачить більше і швидше, ніж новачок.

Процес правильного сприймання залежить від здатності людини до сприймання простору і часу.

При сприйманні простору (форми, величини, об'єму предмета і відстані між предметами) зорові відчуття пов'язуються із м'язово-руховими уявленнями і уявленнями дотику, що збереглися від минулого досвіду. Для водія найважливішим є сприймання відстаней між предметами, зокрема сприймання віддаленості від нього предметів – глибинний зір. Практично найбільш правильно сприймає простір водій, який знає розміри предметів, що часто зустрічаються в дорозі. Отже, правильне сприймання простору залежить від досвіду водія. Так, водій-початківець через невміння правильно оцінювати ширину дороги необгрунтовано знижує швидкість або навіть зупиняє автомобіль, подає непотрібні звукові сигнали. Лише з досвідом виникає здатність правильно оцінювати відстані. Помилки в оцінюванні ширини проїжджої частини можуть допускатися й досвідченими водіями, коли вони пересідають з малого автомобіля на великий. Зазвичай необхідно 2–3 тижні роботи, щоб з'явилась упевненість у собі і знову досить точно визначалася відстань.

Систематичне тренування у визначенні відстаней розвиває окомір – важливу якість водія. Нижче наводяться деякі об'єкти і відстані (у метрах), з яких вони розрізняються, а саме:

- 1) окремі люди – 2000;
- 2) кілометрові стовпи на шосе, загальний контур людини – 1000;
- 3) рухи рук і ніг людини – 700;
- 4) шапка чи шляпа на голові людини, плетіння вікон – 400;
- 5) голова, плечі, колір одягу – 300;
- 6) обличчя людей, кисті рук – 200;
- 7) цеглини у стіні, форма і колір листя дерев – 100;
- 8) очі, ніс, пальці рук людини – 60;
- 9) повіки очей – 20.

На оцінювання відстані до предметів впливає колір цих предметів. Наприклад, відстань до автомобіля темного кольору (чорного або синього) переоцінюється, тобто автомобіль здається водієві далі, ніж це є насправді, а відстань до світлого автомобіля (особливо жовтого і червоного кольорів), навпаки, недооцінюється.

Відзначається також, що рух темних автомобілів здається повільнішим, аніж насправді. Саме цим пояснюється те, що автомобілі темних тонів в аваріях найчастіше зіштовхуються з такими самими темними автомобілями.

Правильне сприймання часу є не менш важливою якістю водія. Уміння точно оцінювати часові інтервали, особливо мікроінтервали часу при різних маневрах автомобіля на великих швидкостях, у ряді випадків має вирішальне значення в забезпеченні безпеки руху.

Водії, особливо з невеликим стажем роботи, можуть припускатися помилок у сприйманні й оцінюванні коротких часових інтервалів. Найнебезпечніша тенденція до переоцінки часових інтервалів, коли за дефіциту часу водієві здається, що його цілком достатньо для виконання маневру. Така помилка може призвести до фатальних наслідків. На точність сприймання часу також впливають індивідуальні особливості людини, її емоційний стан.

Розвинути відчуття часу у водія можна систематичним тренуванням. Під час керування автомобілем предмети можуть сприйматися водієм у неправильному, викривленому вигляді. Таке сприймання називається ілюзією.

Причини ілюзій різні. Найчастіше ілюзії виникають унаслідок контрастності, цілісності сприймання, ілюзії перспективи, мінливого рельєфу та ін. Так, чим більша швидкість автомобіля, тим сильніше ковзання співвідношення пропорцій навколишніх предметів. Водій, який здійснює обгін на великій швидкості, сприймає дорогу вузькою, ніж вона є насправді, унаслідок чого він може мимоволі відхилитися вбік осьової лінії. Правильне сприймання ширини дороги може також викривлятися перспективою повороту, на якому дорога здається значно вузькою або ширшою, ніж насправді, а також може виникати ілюзорне сприймання підйомів і спусків.

Ілюзорні сприймання дуже небезпечні. Навіть при незначному викривленні дійсності вони можуть призвести до аварійних ситуацій на дорозі.

Ілюзії можуть виникати у водія з різною частотою, в різній формі, з різним ступенем виразності і стійкості. Частота виникнення ілюзій залежить від яскравості уявлень, що виникають у деяких осіб, які відзначають, що варто тільки подумати або засумніватись у правильності сприймання, як виникає ілюзія.

Умовами, що сприяють виникненню ілюзій у водія, можуть бути: негативні емоції (страх, сумнів тощо), ослаблення уваги або його висока концентрація протягом тривалого часу, стомлення, неправильна робоча поза водія та ін.

Серед головних заходів боротьби з ілюзіями відзначають такі:

- створення нормального режиму праці та відпочинку водіїв, особливо у нічний час;
- вивчення причин виникнення ілюзій;
- вироблення твердих навичок у керуванні автомобілем і виправлення

недоліків уваги.

Таким чином, роль відчуття і сприймання для водія є настільки значущою, що існує потреба у підтриманні інформаційного балансу із середовищем, порушення якого призведе до дезорганізації особистості і певних розладів у функціонуванні організму.

1.1.4. Мислення за кермом

У житті перед людиною часто постають завдання, які не можна вирішити, покладаючись тільки на відчуття і сприймання. Для вирішення багатьох питань необхідно аналізувати, узагальнювати інформацію, що надходить, і, використовуючи минулий досвід, робити необхідні висновки. Подібні завдання людина вирішує тільки за допомогою мислення.

Мислення – це вища форма психічного відображення. Пізнання світу починається з відчуттів, сприймань та уявлень, але ця картина світу не дає змоги глибоко і всебічно пізнати його. Зокрема, живе споглядання не спроможне проникнути у складні форми взаємодії явищ, об'єктів, подій, у їх причини й наслідки. Для відображення цих моментів буття необхідний перехід від відчуттів, сприймань до мислення. Шляхом мислення індивід виявляє взаємозв'язки між предметами, подіями і явищами, з'ясовує причини й наслідки цієї взаємодії.

Мислення дає знання про істотні властивості, зв'язки і відношення об'єктивної реальності, здійснює у процесі пізнання перехід від явища до його сутності. На відміну від процесів чуттєвого відображення мислення опосередковано відображає дійсність – через аналіз, синтез, порівняння, тобто через мисленнєві операції, спираючись на знання, що набуває вираження у слові.

Мислення є узагальненим відображенням дійсності. Це процес пошуку істотних ознак, властивостей предметів та явищ і зв'язків між ними, а також характеристик, спільних для однорідних явищ або предметів. Виділені найістотніші ознаки лежать в основі узагальнення.

Мислення має активний, дієвий і цілеспрямований характер. Виникнення у людини відчуттів, сприймань зумовлене зовнішніми чинниками. Ці процеси виникають за безпосередньої дії подразників на органи чуття, незалежно від бажань суб'єкта. Мислення, як правило, актуалізується і спрямовується сутністю і значущістю для людини проблеми.

Мислення нерозривно пов'язане з мовою й мовленням. Думка об'єктивується у мові й мовленні. Мовлення є способом, а мова – засобом вираження думки і формою її існування. Особливу роль у процесі взаємодії мислення і мовлення відіграє внутрішнє мовлення. Воно обслуговує думку, сприяє її виникненню і готує до вираження у зовнішньому мовленні.

Мислення має соціальну природу. Суспільно-історичний характер мислення пояснюється тим, що виникнення і розвиток його зумовлені суспільними потребами. Так, для вирішення проблем люди використовують історичний досвід, засвоюють знання, закріплені у слові. У процесі засвоєння знань розвивається мислення. Отже, мислення є продуктом суспільно-історичного розвитку. Водночас розвиток мислення зумовлює суспільний поступ.

Мислення – це психічний пізнавальний процес узагальненого й опосередкованого відображення істотних елементів, властивостей і зв'язків між ними у предметах і явищах об'єктивної дійсності.

На основі специфічних рис мислення вирізняють його основні функції. Обмежимося виокремленням чотирьох головних функцій (В. Д. Шадріков).

1. *Розуміння* – це і є процеси мислення, спрямованого на розкриття тих або інших об'єктів у їх істотних зв'язках з іншими об'єктами, що досягається на основі включення нового знання у досвід людини.

2. *Розв'язання проблем і задач.* Мислення виникає тоді, коли суб'єктивного досвіду для досягнення мети не вистачає, тобто у проблемній ситуації. Усвідомити і сформулювати питання – це вже певний крок до вирішення проблеми. Розуміння ж того, що відомо і що потрібно шукати, свідчить про перетворення проблемної ситуації на задачу. Уміння знайти зв'язок відомого і невідомого у задачі означає знайти спосіб її розв'язання.

3. *Цілеутворення.* Утворення цілей являє собою процес породження нових цілей, що відбувається у мисленні. Мислення виявляє свої передбачувальні можливості й формує образ кінцевого результату діяльності. Загальна мета мисленням конкретизується у проміжних цілях. Отже, постановка загальної, проміжної і кінцевої цілей і є цілеутворюючим процесом, що відбувається у мисленні.

4. *Рефлексія.* Розглядається як діяльність людини, що спрямована на усвідомлення способів і дій свого пізнання. Самопізнання виконує регулювальну функцію щодо поведінки або діяльності людини.

Розрізняють три форми мислення: поняття, судження і умовивід.

Поняття – це форма мислення, в якій відображається суть предметів і явищ реального світу в їх істотних, необхідних ознаках. Поняття існує і закріплюється у слові. Слово – засіб утворення поняття, елемент мови, а поняття – продукт діяльності мислення, елемент думки. Мислити поняттями – це означає мислити словами, бо поняття формуються через мову на основі сприймань і уявлень.

Судження як форма мислення відображає окремі відношення між предметами і їх ознаками, причому шляхом ствердження або заперечення. Наприклад, при погляді на дорогу у водія виникає судження: “Попереду міст, обганяти не можна”. Судження є найпростішою формою розумового процесу.

Умовивід – це форма мислення, в якій з одного чи кількох суджень виводиться нове судження. Наприклад: “Зараз буде крутий поворот дороги, на повороті слід зменшити швидкість, – отже, мені потрібно зменшити швидкість”. Умовивід лежить в основі прогнозування, тобто здатності досвідченого водія передбачити зміну дорожньої обстановки, щоб відповідними цілеспрямованими діями попередити виникнення небезпечних ситуацій.

Здатність водія до прогнозування свідчить про високий рівень його майстерності.

Залежно від змісту розрізняють три види мислення:

а) наочно-дійове, пов'язане зі здійсненням практичної діяльності (водіння автомобіля);

б) наочно-образне, при якому предмети безпосередньо не сприймаються, а уявляються у пам'яті (наприклад, уявне водіння автомобіля за певним маршрутом або уявні дії у різних дорожніх ситуаціях);

в) абстрактне, коли вивчаються загальні поняття і закономірності явищ (наприклад, освоєння законів динаміки, установлення законів руху матерії).

Розрізняють також репродуктивне і творче мислення за ступенем новизни й оригінальності і практичне й теоретичне мислення – за характером задач.

Для діяльності водія особливо важливим типом мислення є практичне. Воно відбувається у процесі практичної діяльності та спрямоване на вирішення практичних завдань. Для нього характерні: тісний зв'язок, що переходить у єдність, між сприйманням і осмисленням дорожньої обстановки, яка швидко змінюється; безпосереднє включення мислення у практичну діяльність; жорстке обмеження часу, що визначає негайне виконання прийнятих рішень; підвищений емоційний фон діяльності, що вимагає високої нервово-психічної напруженості.

При практичному мисленні водій в умовах жорстко обмеженого часу повинен подумки відтворити й уявити елементи, із яких складається дорожня ситуація (автомобіль, пішохід, інші учасники руху, дорога, середовище руху), надати руху образам цих елементів і на основі їх переміщення побачити план своїх найбільш доцільних дій. При цьому водій повинен урахувувати, як впливатимуть його дії на дорожньо-транспортну обстановку в цілому щодо безпеки всіх учасників руху. Процес практичного мислення у досвідченого водія дуже швидкий. Він уповільнюється під впливом стомлення, хворобливого стану і після вживання алкоголю. Мислення може бути некритичним (за відсутності перевірки припущень), тоді замість корисної швидкості з'являється шкідлива поспішливість мислення і, як наслідок, неправильні дії.

Практичне мислення може поліпшуватися з накопиченням досвіду. Французькі фахівці, наприклад, вважають, що водії-початківці протягом перших 500 км пробігу поглинуті лише своїм автомобілем і не реагують на інших учасників руху. Зі збільшенням пробігу від 500 до 3000 км поведінка водія починає відповідати дорожній обстановці. І тільки після 3000 км навички керування автомобілем настільки стабілізуються, що новачка можна вважати справжнім водієм.

Чим глибшими є знання людини, тим продуктивніше процес мислення. Однак самі по собі знання не можуть забезпечити правильного мислення, якщо людина не вміє ними управляти. Правильне мислення водія визначається його спеціальними знаннями й досвідом, які забезпечують своєчасне вилучення із пам'яті інформації, необхідної для прийняття рішень і виконання дій у конкретній дорожній ситуації.

1.1.5. Пам'ять у діяльності водія

Усе, що людина безпосередньо відображає за допомогою процесів відчуття і сприймання, фіксується, упорядковується, зберігається у її мозку, утворюючи індивідуальний досвід, і за потреби використовується в подальшій діяльності.

Пам'ять має величезне значення в усіх видах людської діяльності. Професія водія вимагає твердих знань правил руху, утворення твердих рухових навичок (а кожна навичка є пам'яттю на рух), запам'ятовування маршрутів руху автомобіля.

Пам'ять – це відображення предметів і явищ дійсності у психіці людини у той час, коли вони вже безпосередньо не діють на органи чуття. Вона являє собою ряд складних психічних процесів, активне оволодіння якими надає людині здатності засвоювати й використовувати потрібну інформацію.

Пам'ять включає такі процеси: запам'ятовування, зберігання, забування та відтворення. Запам'ятовування пов'язане із засвоєнням і накопиченням індивідуального досвіду. Його використання вимагає відтворення запам'ятованого. Регулярне використання досвіду в діяльності суб'єкта сприяє його збереженню, а невикористання – забуванню.

Види пам'яті виділяють за такими критеріями:

а) залежно від того, що запам'ятовується й відтворюється, яка діяльність переважає, пам'ять поділяють на рухову, емоційну, образну, словесно-логічну;

б) за тривалістю закріплення і збереження матеріалу – на короткочасну (оперативну) і довгочасну;

в) залежно від того, які процеси пам'яті включаються у структуру діяльності, як вони пов'язані з її цілями та засобами, – на мимовільну й довільну;

г) за усвідомленням (розумінням) змісту матеріалу пам'яті – на смислову й механічну.

Рухова пам'ять полягає у запам'ятовуванні та відтворенні людиною своїх рухів. Така необхідність виникає переважно у практичній діяльності людини: виробничій, спортивній, навчальній, ігровій та ін. Велике значення цього виду пам'яті пояснюється тим, що вона є основою для різних практичних навичок, особливо трудових, побутових, життєво важливих (навички ходіння, письма, водіння тощо). З руховою пам'яттю пов'язане виконання окремих рухів водія під час роботи з органами керування автомобілем.

Емоційна пам'ять – це запам'ятовування і відтворення своїх емоцій і почуттів. Емоції сигналізують про потреби та інтереси, відображають ставлення людини до оточення. Емоційна пам'ять може виявитися сильнішою за інші. Почуття запам'ятовується ґрунтовно й надовго, але таке почуття не безпредметне. Тому емоції запам'ятовуються не самі по собі, а разом з об'єктами, що їх викликають.

Образна пам'ять полягає в запам'ятовуванні образів, уявлень про предмети та явища навколишнього світу, властивостей і зв'язків між ними. Вона буває зоровою, слуховою, дотиковою, нюховою, смаковою, залежно від аналізаторів, з якими пов'язане її походження. Так, використовуючи зорову пам'ять, водій запам'ятовує орієнтири на дорозі, характер і її особливості. За допомогою слухової пам'яті він контролює на слух роботу двигуна та інших агрегатів і механізмів автомобіля.

Словесно-логічна пам'ять є специфічно людською пам'яттю. Змістом словесно-логічної пам'яті є думки людини, поняття, судження, що відображають предмети і явища з їх загальними властивостями, істотними зв'язками та

відношеннями. Думки не існують без мови, тому таку пам'ять називають не тільки логічною, а й словесною.

Короткочасна пам'ять характеризується швидким запам'ятовуванням матеріалу, негайним його відтворенням і коротким строком зберігання.

Виділяють також *оперативну пам'ять* – запам'ятовування, збереження і відтворення інформації у міру потреби для досягнення мети в конкретній діяльності або виконання окремих операцій. Після завершення діяльності матеріал пам'яті має зразу ж забуватися, інакше він може негативно вплинути на наступні операції. Оперативна пам'ять потрібна водієві для запам'ятовування на короткий час постійно мінливої поточної інформації, що надходить від дороги, середовища руху і свого автомобіля.

Довгочасна пам'ять базується на довгостроковій функції пам'яті, характеризується тривалим зберіганням і наступним використанням інформації у діяльності людини. Довгочасна пам'ять використовується для запам'ятовування на тривалий час різної потрібної інформації, наприклад, водій-початківець надовго запам'ятовує “Правила дорожнього руху” та іншу інформацію, пов'язану зі своїм видом діяльності.

Оперативний, короткочасний і довгочасний різновиди пам'яті пов'язані між собою, що зумовлюється як змістом запам'ятованого, так і цілями й засобами діяльності, в яку включаються процеси пам'яті.

Мимовільна пам'ять полягає в запам'ятовуванні та відтворенні матеріалу без спеціальної мети його запам'ятати або пригадати. Без спеціальних намірів і зусиль людина збагачує пам'ять під час діяльності.

Довільна пам'ять – це запам'ятовування і відтворення, коли людина ставить перед собою мету запам'ятати, коли виникає потреба у навмисному заучуванні.

Смислова пам'ять пов'язана з розумінням того змісту, що запам'ятовується. Вона спирається на смислові зв'язки, які вже утворили системи словесних і образних асоціацій і становлять основу досвіду людини.

Механічна пам'ять діє у тих випадках, коли не досягається розуміння матеріалу, що запам'ятовується, а навмисне чи ненавмисне запам'ятовуються речі, які до кінця не усвідомлюються.

Залежно від того, який зміст матеріалу і з якою метою його запам'ятовує людина, у неї формується професійна пам'ять. У водіїв же частіше буває змішаний тип пам'яті з переважанням зорової.

Продуктивність пам'яті залежить від її якостей, до яких відносять обсяг, швидкість запам'ятовування, точність відтворення, тривалість зберігання і готовність.

Особливо важливе значення для водія має готовність пам'яті. Ця якість характеризується легкістю відтворення інформації, необхідної у кожному конкретному випадку, тобто здатністю людини швидко “витягати” потрібний матеріал зі свого запасу знань у тих випадках, коли цього вимагають обставини. Водій у ряді випадків стикається з необхідністю застосовувати свої знання та використовувати складні навички в умовах браку часу. У таких ситуаціях

своєчасні та правильні дії водія багато в чому залежатимуть від готовності його пам'яті і швидкості мислення.

Необхідні якості пам'яті у водія краще розвиваються при уважній, активній і самостійній діяльності з керування автомобілем.

1.1.6. Емоції і воля людини за кермом

Події життя стають для людини джерелом її переживань. Зрештою формується внутрішнє ставлення людини до того, що відбувається у її житті, до того, що вона пізнає, як діє.

Почуття – стійке емоційне ставлення людини до явищ дійсності, яке відображає значення цих явищ відповідно до її потреб і мотивів.

Почуття виокремлюють у сприйманні та уявній дійсності явища, які становлять для людини стабільну потребово-мотиваційну значущість. Почуття мають виражений предметний характер, тобто пов'язані з конкретним об'єктом (предметом, людиною, подіями життя тощо). Одне й те саме почуття реалізується в різних емоціях.

Емоції – особливий клас психічних процесів і станів, пов'язаних з інстинктами, потребами й мотивами, що відображають у формі безпосереднього тимчасового переживання (задоволення, радості, страху тощо) значущість для життєдіяльності людини явищ і ситуацій, які діють на неї.

Супроводжуючи практично будь-які вияви активності суб'єкта, емоції є одним із головних механізмів внутрішньої регуляції психічної діяльності і поведінки, спрямованих на задоволення актуальних потреб.

Емоції оцінюють дійсність і доводять свою оцінку до організму мовою переживань. Емоції погано піддаються вольовій регуляції, їх важко викликати за своїм бажанням.

Емоційний процес включає три основних компоненти.

1. *Емоційне збудження* – визначає мобілізаційні зміни в організмі. У всіх випадках, якщо подія має значення для людини і констатується у формі емоційного процесу, відбувається підвищення збудливості, швидкості та інтенсивності перебігу психічних, моторних і вегетативних процесів.

2. *Знак емоції*. Позитивна емоція виникає тоді, коли події оцінюються як позитивні; негативна – коли вони оцінюються як негативні. Позитивна емоція спонукає до дій, що підтримують позитивні події, негативна – до дій, спрямованих на усунення контакту з негативною подією.

3. *Ступінь контролю емоцій*. Слід розрізняти два етапи сильного емоційного збудження: афекти (страх, гнів, радість), за яких ще зберігається орієнтація і контроль; крайнє збудження (паніка, жах, екстаз, повний відчай), коли орієнтація і контроль практично неможливі.

Емоції розрізняються за тривалістю: короточасні емоційні стани (хвилювання, афекти) і більш тривалі, стійкі настрої.

Афект – це сильне й водночас короточасне емоційне переживання людини, що виникає раптово й супроводжується різкими руховими змінами та змінами стану внутрішніх органів. Прикладами афектів можуть бути несподівана

сильна радість, вибух гніву, напад страху тощо.

Настрій – це загальний стан людини, що характеризує її життєвий тонус упродовж певного часу. Він є похідним від тих емоцій, які переживає людина. Настрій часто виникає як відгомін сильної емоції, пережитої людиною. Настрій буває радісним, сумним, бадьорим, пригніченим тощо. На настрої людини позначається її фізичний стан, стан здоров'я. Настрій значною мірою залежить від того, як людина усвідомлює ті чи інші події власного і суспільного життя.

Емоції впливають на людей різними шляхами. Одна й та сама емоція неоднаково переживається різними людьми, а також певною людиною в різних ситуаціях. Емоції можуть впливати на всі системи людини.

Емоції і сприймання. Давно відомо, що емоція, як і інші мотиваційні стани, впливає на сприймання. Радісна людина сприймає світ з оптимізмом. Той, хто страждає чи сумує, інтерпретує зауваження інших як критичні.

Емоції і пізнавальні процеси. Емоції впливають на пам'ять, мислення та уяву людини. Ефект “звуженого зору” у сприйманні має свій аналог у пізнавальній сфері. Зляканій людині важко оцінити альтернативні рішення. У розгніваної людини виникають лише “сердиті думки”. У стані підвищеного інтересу або збудження окремі суб'єкти бувають настільки захоплені, що не здатні до діяльності.

Емоції і дії. Емоції чи комплекси емоцій, які переживає людина в певний час, впливають на її навчання, працю. Коли вона реально зацікавлена в діяльності, то має бажання досконало оволодіти цією діяльністю. Відчуваючи до діяльності відразу, вона намагається її уникнути.

У водія крім переживань, властивих кожній людині, можуть виникати виражені емоції у зв'язку з професійною діяльністю. Причинами емоцій, що виникають за кермом, можуть бути: небезпечні аварійні ситуації на дорогах, їзда в умовах поганої видимості, відповідальність за життя і здоров'я пасажирів, незадовільний стан дороги, погані метеорологічні умови (ошелестя, сніг, заметіль, туман), необхідність різкого гальмування або раптова зміна напрямку руху через дорожню обстановку, що створилася.

Зазначені ситуації можуть викликати різні за силою прояву, а іноді й протилежні за характером емоції: позитивні чи негативні, тобто приємні або неприємні переживання.

Керування автомобілем є емоційно насиченим видом людської діяльності. Емоції, що виникають за кермом автомобіля, багато в чому визначають ступінь працездатності водія. Так, небезпечна дорожня ситуація може викликати у водія негативні емоції, що пригнічують її психічну діяльність, знижують працездатність. Однак ця ж сама ситуація може підвищити життєву енергію водія, загострити його кмітливості і винахідливості. Залежно від індивідуально-психологічних особливостей людини емоції можуть бути стійкими або короткочасними. Емоційно стійкі водії зазвичай урівноважені люди зі стійкими настроями, які мають глибокі стійкі інтереси. Емоційно нестійкі водії – емоційно неурівноважені люди. Це може виявлятися у нестійкості емоцій, наприклад у швидкій зміні настроїв або у швидкій емоційній притупленості.

Спеціальні дослідження показали, що емоційно неврівноважені водії значно частіше стають порушниками правил дорожнього руху й учасниками ДТП.

Добре відомо, що для професій льотчика, водія особи з різко вираженою емоційною збудливістю непридатні, так само як і емоційно пасивні особи. Звідси закономірною є вимога систематичного вивчення водіїв у процесі їх професійної діяльності з фіксацією уваги на ступені емоційної збудливості, стійкості емоцій, умінні володіти емоціями і прояві водієм вольових якостей.

Воля – це здатність людини керувати своїми діями і вчинками. Воля не є природженою чи генетично даною здатністю, вона формується у процесі життя, у реальній діяльності. Розвиток волі тісно пов'язаний із розвитком мислення, уяви, емоцій, з розвитком свідомості і самосвідомості, особистості загалом.

Вольові дії завжди спрямовані на досягнення свідомо поставленої мети і виходять з певних мотивів.

Мотив – це відповідь на питання: чому і заради чого людина хоче досягти поставленої мети. Воля тісно пов'язана з почуттями й думками людини.

Вольові дії завжди пов'язані з подоланням внутрішніх або зовнішніх перешкод, тобто з проявом вольового зусилля, що спрямовується на досягнення свідомо поставленої мети.

У всякій вольовій дії виділяють підготовчий період, протягом якого людина внутрішньо готує себе до вчинення вольової дії. Цей період характеризується двома моментами: боротьбою мотивів і рішенням. Якщо виконання завдання для людини не є обов'язковим, то в підготовчому періоді вона оцінює значення кожного мотиву, уявляє собі можливі наслідки при виборі того чи іншого мотиву і тільки тоді приходить до остаточного рішення.

Наприклад, водій постійно вирішує питання: обганяти автомобіль, що їде попереду, чи не обганяти, зменшити швидкість перед великим поворотом дороги або не зменшувати, подолати підйом “з ходу” або перемкнути на нижчу передачу і т. ін. Іноді обставини вимагають миттєвого рішення.

Боротьба мотивів завжди повинна закінчуватися рішенням, але воно є лише поштовхом до дії.

У вольовому акті людини найважливіше значення має виконання прийнятого рішення. Якщо рішення нетверде, то дії може й не бути.

Під час виконання прийнятого рішення можуть несподівано виникати труднощі. Уміння долати їх і характеризуватиме силу волі людини.

Головними вольовими якостями водія є дисциплінованість, рішучість, наполегливість і самовладання.

Вольові якості – це відносно стійкі, незалежні від конкретної ситуації психічні утворення, що засвідчують досягнутий особистістю рівень свідомої саморегуляції поведінки, її влади над собою.

Дисциплінованість – це підпорядкування своїх дій вимогам громадського обов'язку, сумлінне виконання своїх службових обов'язків і, зокрема, суворе виконання водієм правил дорожнього руху.

Дисципліна водія також повинна виявлятися у повазі до водіїв інших транспортних засобів, культурі поведінки, в охайності одягу. Недисциплінованість

за кермом виявляється насамперед у порушенні правил дорожнього руху.

Рішучість – це здатність швидко оцінювати обстановку, приймати рішення і без коливань виконувати його. Рішучість є найважливішою умовою діяльності водія в аварійній ситуації, особливо за дефіциту часу. Стан водія, при якому він не може швидко прийняти рішення і відповідно до цього діяти, називають розгубленістю. У тих випадках, коли для прийняття рішення досить часу, але рішення або не приймається, або змінюється, йдеться про нерішучість.

Наполегливість – це здатність тривало й наполегливо до кінця впроваджувати прийняте рішення. Від наполегливості необхідно відрізнити впертість, тобто необґрунтовану наполегливість, коли людина під час виконання вольової дії не зважає на думку інших і на нові обставини, які вимагають нового рішення.

Самовладання – уміння управляти своєю розумовою діяльністю, почуттями, діями і вчинками, здатність водія в небезпечних ситуаціях не піддаватися страху.

Водій, який уміє володіти собою, зможе не тільки мобілізувати свої сили і можливості у несподіваній складній дорожній обстановці, виявляючи при цьому енергію й активність, але і стримувати себе у разі необхідності.

Самовладання, як і інші вольові якості, формується в колективі у процесі трудової діяльності і в побуті, тобто у повсякденному житті людини.

1.2. Відтворення психологічних факторів екстремальної ситуації у процесі тренувань

Сучасні форми й методи психологічної підготовки досить різноманітні, вони визначаються характером і умовами діяльності, а також тими вимогами, які вона ставить до психологічних якостей особистості. Одним із способів психологічної підготовки є моделювання у процесі тренування (навчання) незвичайних (у тому числі й екстремальних) ситуацій і відпрацювання водночас необхідних дій. Завдяки цьому екстремальна ситуація виникає в реальній дійсності, що для людини вже не настільки несподівана, вона виявляється більш підготовленою до неї.

Для відтворення психологічних факторів екстремальної ситуації використовуються різні прийоми моделювання екстремальної обстановки. Їх прийнято класифікувати за таким:

- засоби моделювання екстремальної ситуації;
- модальність впливу (на зорове, слухове, тактильне або інше сприймання).

За засобами моделювання факторів екстремальної ситуації виділяють такі прийоми психологічної підготовки.

1. Словесно-знакові – вплив на військовослужбовців здійснюється через другу сигнальну систему за допомогою слів, знаків, інформативних жестів. Це може бути розповідь про майбутні важкі умови виконання службово-бойової діяльності, можливості зазнати травми тощо.

2. Наочні – вплив здійснюється шляхом показу різних предметів, наприклад, підірваних на мінах військових транспортних засобів та автомобілів, спотворених

у автомобільних катастрофах, тощо.

3. Комп'ютерні – вплив на військовослужбовців здійснюється шляхом моделювання факторів екстремальної ситуації під час вирішення завдань та ігор при роботі на комп'ютері.

4. Тренажерні – вплив здійснюється шляхом моделювання факторів екстремальної ситуації (наприклад екстремального водіння) з використанням технічних засобів, що сприяють виробленню тих або інших навичок і вмінь.

5. Імітаційні – вплив на військовослужбовців здійснюється з використанням засобів імітації зовнішніх ознак екстремальної обстановки.

6. Екстремальні – вплив здійснюється шляхом моделювання факторів екстремальної ситуації з використанням військової і спеціальної техніки (наприклад водометів), озброєння і підручних засобів, що застосовуються під час дій у тих чи інших екстремальних ситуаціях (наприклад, лебідок, домкратів, вогнегасників, які стають у нагоді під час техногенних і природних катастроф).

За модальністю впливу виділяють такі прийоми психологічної підготовки.

1. Вплив на психіку військовослужбовців через слух. Для цього використовується такий засіб впливу, як крики і стогони. Цей метод застосовується у найбільш напружені моменти навчань: заздалегідь підготовлені військовослужбовці несподівано для інших імітують поранених із вогнепальної зброї чи військовослужбовців, які постраждали у ДТП. Підвищити напруженість можна за допомогою провокаційних вигуків, наприклад, “Попереду розлив аміаку”, “Стовп високої напруги впав на трасу” тощо.

Гонги, сирени, дзвони, записи скандувань зі спортивних і політичних заходів, що передаються через гучномовець. Цей вплив краще застосовувати у невеликому просторі (у приміщеннях, укриттях, моделях кабін автомобілів), бо це підвищує напруженість.

Звукозаписувальні і радіотрансляційні засоби. У цьому випадку відтворюються звуки зіткнення автомобілів під час автокатастроф, руйнування мосту під час потопів та інших екстремальних ситуацій і різні незвичайні звуки (зсув ґрунту на трасу, гуркіт обвалів каміння на гірських трасах, свист ураганного вітру).

Вибухові речовини. Тут ефективність досягається тривалістю впливу, а не його силою.

2. Вплив на психіку військовослужбовців через зір – світлові ефекти (спалахи вибухів, ламп, прожекторів, кольорових мигалок). Засліплення, відволікання уваги за допомогою світлових ефектів у поєднанні з необхідністю виконання поставленого навчального службово-бойового завдання призводить до підвищення психологічної напруженості.

Руйнування, руїни, згаршца, манекени, що імітують загиблих або частини тіл. Викликаючи з їх допомогою почуття відрази, страху, пригніченості і вимагаючи при цьому виконання навчального службово-бойового завдання, можна навчити військовослужбовців долати негативні емоції.

Демонстрація дії зброї і техніки на предмети. Безпосередньо спостерігаючи вплив зброї і техніки на предмети, військовослужбовці виробляють

у себе стійкість до психологічних факторів службово-бойової обстановки.

3. Вплив на психіку військовослужбовців через нюх. Так, навмисно можна створювати ділянки імітації зараження місцевості навчальними рецептурами отруйних речовин (наприклад аміачною водою), ділянки з різкими запахами смороду, гарі, на яких військовослужбовці в засобах захисту чи без них відпрацьовуватимуть питання службово-бойової підготовки. Можливо наблизити умови їх діяльності до реальних, що виникають під час техногенних, природних катастроф та інших екстремальних ситуацій.

4. Вплив на психіку військовослужбовців через тактильні відчуття. Крім того, що військовослужбовець чує, бачить, для формування у нього нових психічних образів велике значення мають тактильні відчуття. Коли військовослужбовець має можливість потримати в руках кулю, осколки саморобного вибухового пристрою, розбите лобове скло автомобіля, відчутти вплив ударної хвилі, діяти в огнищі пожеж, заражень, у нього формується більш повне уявлення про реальну картину екстремальних ситуацій.

5. Вплив на психіку військовослужбовців через вестибулярний апарат. Численні швидкі переміщення, дії у нічних умовах, невеликий, закритий простір броньованих машин, труднощі орієнтації, характерні для багатьох екстремальних ситуацій, пов'язаних з керуванням технікою, висувають підвищені вимоги до вестибулярного апарату. Різні фізичні вправи (перекиди, вправи на брусах, перекладині, дії на обмежених майданчиках, розташованих на висоті, пересування у темряві) зміцнюють вестибулярний апарат, а також формують упевненість у власних силах.

Відзначимо, що для успішного вирішення завдань психологічної підготовки недостатньо лише знати методи моделювання психологічних факторів екстремальної ситуації. Необхідна вміла організаторська робота командирів штабів та органів виховної роботи, які повинні активно впроваджувати обґрунтовані й перевірені на практиці прийоми психологічної підготовки, допомагати офіцерському складу у розробленні нових методів впливу на підлеглих.

Формуючи психологічну готовність особового складу до дій у різних екстремальних ситуаціях, командири повинні враховувати специфіку цих ситуацій. Наприклад, під час ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС джерелом небезпеки була радіація і специфіка діяльності військових частин полягала в тому, що людині психологічно важко усвідомити таку небезпеку: радіації не видно, не чутно, вона не має запаху. Обстановка не містила звичних ознак небезпеки, що зумовлювало можливість спотвореного сприймання особовим складом наявного ризику.

Для успішної діяльності військовослужбовців в екстремальних ситуаціях тренувальна психологічна підготовка має вирішальне значення. Для її ефективності необхідно враховувати специфіку екстремальних умов, в яких належить діяти. При цьому методи моделювання психологічних факторів екстремальної ситуації у процесі навчальної діяльності є різноманітними, і чим більший арсенал засобів і прийомів психологічної підготовки використовує

офіцерський склад, тим вище її ефективність. Крім того, велике значення має досвід організації психологічної підготовки, вміння командирів проводити заняття, а також матеріальне забезпечення психологічної підготовки.

Інший напрям психологічної підготовки пов'язаний з удосконаленням і тренуванням професійно важливих психологічних якостей. Тренуванню насамперед підлягають ті із них, які є найбільш важливими і найбільш легко тренуваними. Для тренування використовуються як спеціальні методичні прийоми (наприклад згадувані вище правила мнемотехніки), так і спеціальні психологічні тренажери. Існують, наприклад, тренажери пам'яті, уваги, реакцій тощо. Така спеціальна психологічна підготовка здійснюється з метою досягнення необхідної дієздатності системи спеціальних знань, умінь, навичок поведінки в екстремальних ситуаціях.

Цільова психологічна підготовка спрямована на формування у військовослужбовців установок на вирішення конкретного службово-бойового завдання, на активізацію, настрой психіки, вироблення психологічної готовності безумовного і якісного її розв'язання. Важливим тут є доцільний розподіл і перерозподіл особового складу по підрозділах, командах, бойових групах з урахуванням вимог службово-бойового завдання до психологічних можливостей, досвіду військовослужбовців і тієї функції, яку вони виконують у колективі.

Військовослужбовці у процесі цільової психологічної підготовки повинні бути адаптовані до природно-географічних (гори, ліс, море тощо), погоднокліматичних (висока, низька температура повітря, високий і низький тиск і т. ін.), техніко-технологічних, режимних та інших умов діяльності.

Важливе значення має адаптація військовослужбовців до системи зв'язків і взаємин, до необхідності неухильно дотримуватися вимог дисципліни, беззаперечного підкорення командирам. Кожен військовослужбовець, який прибув до частини, з перших днів повинен зрозуміти, що таке дисципліна і субординація.

Одним із центральних завдань формування психологічної готовності військовослужбовців до дій в екстремальних умовах є задавання ритму і інтенсивності функціонування їхньої психічної діяльності, що характерні для обстановки техногенних і природних катастроф, масових заворушень тощо. Тому весь уклад життя, розпорядок дня, рівень напруженості навчально-бойової діяльності повинні настільки ж повно задіяти психіку військовослужбовців, як і службово-бойові заняття.

1.3. Методи ідеомоторного тренування

Аналіз діяльності військових психологів показує, що психічна саморегуляція може стати важливим засобом формування психологічної здатності військовослужбовців до службово-бойових дій в екстремальних ситуаціях, оскільки вона відрізняється відносною простотою прийомів і високою ефективністю впливу. Крім того, саморегуляція дозволяє реалізувати ідею активної участі військовослужбовця у процесі психологічної підготовки (як

наслідок, відповідальність за результати такої підготовки бере на себе військовослужбовець).

Для навчання військовослужбовців ефективній психічній саморегуляції використовують метод ментального психотренінгу. Правильно було б говорити про групу методів ментального тренінгу або ментальних методах психотренінгу. У вітчизняній психологічній науці до них прийнято відносити аутогенне тренування, ідеомоторне і сюжетно-рольове тренування, ментальний імаготренінг, а також методи ауто- й гетеросугестії і медитативні методики.

Ці методи не потребують матеріальних витрат. Їх досить просто опанувати, що дає можливість підняти на принципово новий рівень психологічну готовність до професійної діяльності, пов'язану з виконанням роботи в екстремальних умовах.

Розглянемо один із наведених методів, а саме – *метод ідеомоторного тренування*, або метод уявної репетиції.

Ідеомоторне тренування ґрунтується на зв'язку між думкою і рухами. Психологічній науці відомо, що кожний рух, який людина здійснює подумки, супроводжується відповідними мікрорухами м'язів. Тому існує можливість удосконалювати звичні дії, не виконуючи їх насправді.

Наукові дослідження показали: чим яскравіше й повніше особистість уявляє собі бажаний рух, тим легше і точніше він відтворюється у реальному житті. По суті, така уявна репетиція – це програвання передбачуваних дій в уяві. Виклик руху (дій, які складаються з окремих рухів), тобто уявне моделювання образу руху зумовлює відповідний мікрорух, який може не фіксувати зоровий аналізатор і який може не усвідомлюватися. Разом із тим мікрорухи відповідають за повноцінний рух у цілому.

Принцип дії ідеомоторного тренування, як і більшості методів ментального психотренінгу, полягає в механізмі аутосугестії, чи самонавіювання. Будь-яке навіювання, зокрема під час уявної репетиції, відбувається найбільш якісно, якщо особа, відносно якої воно проводиться, перебуває в розслабленому стані, близькому за психофізіологічними показниками до природного сну.

Розслаблення має максимально загальмувати процеси в корі головного мозку, насамперед у тих його ділянках, які не беруть участі у здійсненні тренуваних дій. У такому стані кори великих півкуль у другій сигнальній системі створюються умови, що відрізняються від реальної повсякденної діяльності мозку, виникає домінування другосигнальних процесів над реальним впливом середовища. Безпосереднім результатом цього і є виникнення акту самонавіювання.

Усупереч очевидним позитивним моментам застосування цього методу психологічної підготовки (економії часу, матеріальних витрат тощо), він вимагає уважного і серйозного ставлення, уміння зосереджуватися, мобілізувати уяву й не відволікатися під час заняття.

Уявна репетиція цікава ще й тим, що може проходити як у складі групи під керівництвом психолога, так і індивідуально.

Ідеомоторне тренування сприяє приведенню до стану готовності всього

психофізіологічного апарату особистості й оптимізує стан нервових структур і анатомічних субстратів, відповідальних за реалізацію цілеспрямованих рухових навичок, що відтворюються під час екстремальних дій.

Особливо важливим є те, що під час ідеомоторного тренування особистість зосереджується і конкретизується на правильному виконанні рухів на всіх етапах передбачуваних дій, не торкаючись емоційного боку цього процесу. Під час уявної репетиції у результаті систематичного ідеомоторного тренування поступово формується й оптимальний психічний стан, адже надмірна емоційність може призвести до помилок у правильності вибору дій, що виконуються. Після такого тренування ступінь впливу психоемоційних факторів на дії істотно знижується.

Слід зазначити, що саме по собі ідеомоторне тренування не може повноцінно замінити реально виконувані рухи під час справжніх подій. Проте позитивним є те, що, виконуючи їх подумки, учасники тренінгу повинні виявляти можливі помилки ще під час тренування і засвоювати рухи доти, поки не будуть виконувати їх правильно й вільно.

Ідеомоторне тренування можна проводити за таким сценарієм.

Психолог пропонує групі (або одній людині) зручно лягти чи сісти і розслабитися (розслаблення проводиться за методикою, що описана нижче). За командою психолога пропонується уявити себе за кермом автомобіля. Поступово крок за кроком протягом реального часу подумки звертати увагу на тих, хто “сидить” поруч, “стежити” за показаннями приладів, “мінливим ландшафтом за вікном”, “покласти руку” на важіль перемикання передач, “вижимати” педалі акселератора, гальма тощо.

“Відчути” або “побачити” виникнення позаштатної ситуації і “відпрацьовувати” відповідні дії аж до моменту нормалізації обстановки.

Спочатку ідеомоторне тренування проводиться повільно, потім – швидше, до темпів реального часу.

Необхідно також звернути увагу на так званий ефект “стоноги”, який вивчав у 70-х роках ХХ ст. сучасний український психо- і гіпнотерапевт О. М. Морозов. Якщо діяльність пов’язана з виконанням ряду складних рухів, що відбуваються один за одним, опановувати і відпрацьовувати їх за допомогою ідеомоторного тренування слід поступово. Кожний рух потрібно відпрацьовувати окремо по кілька разів, а потім переходити до наступного. Відпрацювавши наступний, їх об’єднують. Керування автомобілем у позаштатній ситуації здебільшого передбачає достатньо складні комбінації дій, їх також слід відпрацьовувати по черзі, з перервою. Важливо, щоб під час уявної репетиції виникали певні психофізіологічні реакції. Вони супроводжуються прискореним серцебиттям, вегето-судинними проявами тощо. Обов’язково потрібно навчитися докладати вольових зусиль для протистояння таким змінам і регулювати їх – у реальній ситуації застосування вольової регуляції проходитиме значно легше.

Особливу увагу в ході практичного відпрацювання й ідеомоторного тренування потрібно приділити діям в умовах, що пов’язані з відмовою техніки, виникненням різних непередбачених аварій (коли особливі умови стають

екстремальними). Такі нестандартні ситуації у реальному житті пов'язані з великим психоемоційним навантаженням, тому важливо бути психологічно готовим до них.

Крім того, ідеомоторне тренування – хороша база для швидшого засвоєння дієвого методу психологічної підготовки – аутогенного тренування. Його можна застосовувати ще й як сильний психопрофілактичний засіб. Слід зазначити, що психолог, який проводить такі тренування, повинен розуміти тонкощі тієї діяльності, до якої він готує людей. В іншому разі він зобов'язаний лише роз'яснити механізм проведення тренування і навчити розслаблятися, а безпосередньо уявну репетицію фахівець проводить сам, на підставі власних професійних знань і навичок.

Для розслаблення можна використовувати стандартні патерни. Якщо військовослужбовці не мають відповідної підготовки, перші заняття проводять під керівництвом психолога. Психолог пояснює, що він буде давати директивні команди, які наступного разу відтворюватиме той, хто буде проводити тренування для себе від першої особи. Наприклад, психолог каже: “Ви повністю спокійні”, – а військовослужбовець, здійснюючи розслаблення під час наступного тренування, каже: “Я повністю спокійний”. Тренування слід проводити рідною мовою. Це пояснюється тим, що на більш глибокому, психологічному рівні сприйняття іншої мови, хоча й такої, якою особа володіє вільно, відбувається у два етапи – перекладу й усвідомлення, вимагає додаткових психологічних зусиль.

Патерни розслаблення можуть бути такими:

“Ви абсолютно спокійні” (2–3 рази);

“Ваша права рука повністю розслаблена” (2–3 рази), “Ваша рука важчає” (2–3 рази), “Ваша права рука стає теплою” (2–3 рази);

“Ваша ліва рука повністю розслаблена” (2–3 рази), “Ваша ліва рука важчає” (2–3 рази), “Ваша ліва рука стає теплою” (2–3 рази);

“Ваша права нога повністю розслаблена” (2–3 рази), “Ваша права нога важчає” (2–3 рази), “Ваша права нога стає теплою” (2–3 рази);

Потім такі самі фрази повторюють для м'язів тулуба.

Для м'язів обличчя бажано промовляти фрази окремо для кожної групи (наприклад, для м'язів лоба, підборіддя, очей, повік).

Зосереджуватися на м'язах обличчя потрібно тому, що вони більше, ніж інші м'язи тіла, пов'язані з ділянками кори головного мозку, і, розслабляючи їх якомога більше, ми сприяємо процесам гальмування в корі головного мозку, які позитивно позначаються на подальшій сугестії.

Під час проведення ідеомоторного тренування глибокого розслаблення можна й не досягти. Поглиблення такого стану потрібне під час проведення аутогенного тренування і гетеро- або аутогіпнозу.

Готуючись до проведення уявної репетиції, слід змодельовати ситуацію передбачуваних дій. Для цього використовують такі відомі фактори й факти:

- професія і рід занять (того, хто буде проходити підготовку);
- місце і час події;
- деталі виниклої або передбачуваної ситуації;

– інформація про результат, який потрібно отримати.

Таким чином, ідеомоторне тренування, чи уявна репетиція, – повноцінний метод, який у комплексі з іншими або окремо можна використовувати під час проведення психологічної підготовки до дій в особливих та екстремальних умовах. Його застосування не потребує матеріальних витрат, він досить просто опановується і дає можливість підняти на принципово новий рівень психологічної готовності до важливих аспектів професійної діяльності, пов'язаної з виконанням діяльності в особливих і екстремальних умовах.

Запитання для самопідготовки та контролю

1. Назвіть і опишіть етапи психологічного супроводу військовослужбовців, які діють в екстремальних умовах.
2. Назвіть і охарактеризуйте етапи підготовки водіїв внутрішніх військ до дій в екстремальних умовах.
3. Назвіть складники психологічної готовності водіїв внутрішніх військ до дій в екстремальних умовах.
4. Дайте визначення психологічного інформування. Наведіть приклади психологічного інформування, яке має застосовуватися під час підготовки водіїв внутрішніх військ до дій в екстремальних умовах.
5. Опишіть особливості реалізації пізнавальних процесів у звичайних і екстремальних умовах діяльності водія внутрішніх військ.
6. У чому полягають особливості емоційно-вольової сфери водія, який діє в екстремальних умовах?
7. Наведіть приклади моделювання факторів екстремальної ситуації, що можуть використовуватись у процесі підготовки водіїв внутрішніх військ до дій в екстремальних умовах.
8. Опишіть відомі вам методи ідеомоторного тренування водіїв до дій в екстремальних умовах.

РОЗДІЛ 2. ЗДІЙСНЕННЯ КОНТРОЛЮ ЗА СТАНОМ ВОДІВ ВНУТРІШНІХ ВІЙСЬК В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ

2.1. Проблеми дослідження екстремальних станів

Н. Д. Левітов визначає психічний стан як цілісну характеристику психічної діяльності та поведінки за певний період часу, що показує своєрідність перебігу психічних процесів залежно від відображення предметів і явищ дійсності, попереднього стану і психічних властивостей особистості. Психічний стан являє собою своєрідну призму, яка відбиває стійкі індивідуально-психологічні особливості, актуальний психосоматичний статус, з одного боку, і особливості ситуації – з іншого, визначаючи психічну діяльність і поведінку людини.

До екстремальних станів відносять психічну напруженість, фрустрацію, розгубленість тощо.

На думку К. К. Платонова, виражена негативна емоційна реакція, яка виникає в незвичайній, новій або загрозливій ситуації, нерідко непорівнянна з небезпекою, називається емоційною напруженістю. Цей стан може спричиняти емоційно-моторні, емоційно-сенсорні й емоційно-інтелектуальні порушення.

Разом із тим вплив психічної напруженості на діяльність неоднозначний. Дезорганізація психічної діяльності у результаті психічної напруженості може настати відразу (залежно від конкретних умов, а також індивідуально-психологічних особливостей людини), проте може бути й відстроченою. Отже, у відомих обставинах при наростанні психічної напруженості до певного рівня людина проявляє відносну стійкість до стресогенних факторів, але згодом, при подальшому наростанні напруженості, настає дезорганізація діяльності (як результат настання фази виснаження у структурі загального адаптаційного синдрому).

Стан фрустрації характеризується наявністю стимульованої потреби, яка не набула свого задоволення. Причинами виникнення фрустрації є: по-перше, перешкоди, що виключають можливість досягнення суб'єктом своїх цілей; по-друге, приниження, образи за неможливості (реальної або суб'єктивної) діяти відповідно до мотивів; по-третє, фіаско, неадекватність, розчарування в собі.

Фрустрація викликає відому дезорганізацію у перебігу психічних процесів. Це виявляється у помилках сприймання і, в тому числі, у передчасному розпізнаванні, переоцінюванні загрози ззовні. Відзначається також зниження розумової продуктивності, посилення тенденції до фантазування. Виділяють кілька видів фрустраційної поведінки. Це, передусім, безцільне рухове збудження, по-друге, агресія і деструкція; по-третє, апатія і, нарешті, стереотипи і регресія (примітивізація поведінкових реакцій, відповідність поведінкових реакцій більш ранньому рівню, зниження якості виконання). Можна виділити і спосіб поведінки, що знаходиться на стику агресії, апатії та регресії, – суїцид.

Таким чином, на відміну від стану психічної напруженості, яку нерідко ототожнюють із фрустрацією, власне стан фрустрації має однозначно негативний вплив на свідомість і психічну діяльність у цілому.

Розглядаючи екстремальні стани, не можна не зупинитися й на розгубленості. А. Д. Глоточкін і В. Ф. Пирожков відносили її до депресивних станів. На думку К. К. Платонова, розгубленість є близьким до напруженості станом і характеризується первинними порушеннями сприймання, уваги й мислення і вторинністю емоційного компонента. М. Г. Угрехелідзе розглядає розгубленість як розщеплення психіки на кілька установок, спрямованих на різні дії. Ці установки нейтралізують одна одну і в результаті людина виявляє пасивну поведінку в ситуації, що вимагає активності, чи одна з установок починає домінувати і людина діє відповідно до неї, нерідко учиняючи помилкові дії.

Щодо розгубленості слід розглянути поняття, запропоноване А. Б. Леоновою і В. М. Медведєвим, “динамічна неузгодженість”. Воно було введено для класифікації функціональних станів за принципом адекватності відповідної реакції людини вимогам діяльності, що виконується. Динамічна неузгодженість характеризується невідповідністю відповіді організму вимогам середовища. Вона виникає також у тих випадках, коли потрібна відповідь перевищує актуальні психофізіологічні можливості людини. Іншими словами, можна сказати, що динамічна неузгодженість – це результат відсутності адекватної готовності до дій у конкретних умовах.

Отже, розгубленість є самостійним феноменом і її можна визначити як психічний стан, який характеризується невідповідністю між готовністю суб’єкта до дії і вимог конкретної ситуації, що зумовлює пасивність, зниження вольового контролю, втрату гнучкості поведінки аж до повної її дезорганізації.

Якщо виходити з розуміння психічного стану як інтегральної характеристики психічної діяльності, похідної від внутрішніх (індивідуально-психологічних) та зовнішніх (ситуативних) чинників, то діагностика психічного стану вимагає: по-перше, аналізу ситуації щодо її стресового (фрустраційного) впливу, по-друге, дослідження стійких індивідуально-психологічних особливостей учасника стресових подій; по-третє, аналізу специфіки психічної діяльності та поведінки учасника як у період події, так і в наступний період.

Аналізуючи екстремальну ситуацію, треба звертати увагу на такі її характеристики, як конфліктність, несподіваність, реальність, динамізм.

Ситуація є екстремальною через недостатність потенціалу опанування у фруструючих ситуаціях, бо немає досвіду подолання подібних ситуацій (перешкод). Крім того, такі індивідуально-психологічні особливості людини, як прихованість, песимістичність, помисливість, замкнутість, залежність, м’якість, конформність, недостатня активність під час вирішення проблемних і конфліктних ситуацій тісно пов’язані з дефіцитом “опановуючого потенціалу”. Таким чином, психічні стани детермінуються стабільними рисами особистості, які й визначають специфіку симптомокомплексу психічного стану людини в несприятливих умовах. За даними А. В. Махна, найважливішими пристосувальними рисами до комплексу несприятливих факторів є товарицькість, стабільна емоційність, інтроверсія, довірливість у взаєминах, стійкість до несприятливих зовнішніх впливів, самодостатність, незалежність, рішучість, стриманість. Отже, діагностика психічного стану передбачає також і дослідження індивідуальних

особливостей (внутрішнього фактора), що зумовлюють виникнення екстремального психічного стану. Ці дані отримують уже на етапі професійного психологічного відбору водіїв для служби у внутрішніх військах. Так, розроблений у науково-дослідному центрі Академії внутрішніх військ МВС України комп'ютерний пакет психодіагностичного інструментарію для професійного психологічного відбору містить у собі такі методики, як 16-факторний особистісний питальник Р. Кеттела, що дозволяє визначити наявність у обстежуваного зазначених вище особистісних рис, та методику МОО "Адаптивність", яка дає можливість діагностувати нервово-психічну стійкість як конституційну рису.

Дослідження зовнішнього і внутрішнього факторів, що детермінують психічний стан у досліджуваній період, дозволяють зробити висновок про потенційну можливість виникнення екстремального стану у обстежуваної особи в конкретній ситуації.

Складність проблеми діагностики психічного стану визначається кількома причинами. З одного боку, існує континуум психічних станів і тому є ймовірність постійного взаємопереходу одного стану в інший залежно від зміни ситуації, соматичного і психофізіологічного стану організму. Це може ускладнювати діагностику актуального психічного стану людини і ще більшою мірою – ретроспективну діагностику. З іншого боку, це питання психодіагностичного інструментарію. По-перше, методи, що використовують як основний інструмент спостереження, далеко не завжди дозволяють пізнати стан за виразними рухами. Крім того, можливість безпосереднього спостереження за суб'єктом надається не завжди, а в низці випадків (при ретроспективній діагностиці) вона взагалі виключається. По-друге, під час самоспостереження, в ході складання самозвітів людина зазнає значних труднощів в оцінюванні свого стану, що пов'язані як з індивідуальними відмінностями чутливості, особливостями сприйняття і саморозуміння, так і з семантичними труднощами під час опису стану.

Існуючі психофізіологічні методи оцінювання емоційного стану недостатньо тонкі і не дозволяють диференціювати стани, близькі за своїми проявами, енергетикою, але різні за своїм змістом (наприклад, психічну напруженість, фрустрацію). Крім того, будучи відносно інформативними для дослідження актуального стану суб'єкта, вони часто марні при ретроспективній діагностиці.

Певною мірою специфіку стану можуть виявити різні питальники і шкали, проте їх можливості обмежені. Це пов'язано, по-перше, з невеликою кількістю параметрів досліджуваних станів, а по-друге, з тим, що образ стану у людини позбавлений "предметності", слабо вербалізований, менш яскравий порівняно із самим станом. Звідси труднощі під час відповідей на запитання, їх неточність і приблизність. У цю групу методів входять широко відомі питальники: питальник нервово-психічного напруження (Т. А. Немчін), шкала САН, шкала реактивної й особистісної тривожності (Ч. Д. Спілбергер, адаптація Ю. Л. Ханіна), шкала М. Курганського, а також "СУПОС-8".

Найбільш інформативними у дослідженні психічних станів є проєктивні

методи. Серед них можна відзначити тест вибору кольору (ТБК) М. Люшера.

Незважаючи на різну діагностичну цінність тих або інших методик для дослідження станів водіїв в екстремальних ситуаціях, у цьому розділі наведено схеми спостереження, зовнішні ознаки переживання тих чи інших станів, а також питальники та проєктивні техніки. Представлена добірка методик не є вичерпною, але в ній поєднані нові сучасні методики та традиційні для діагностики досліджуваних станів методики. Особлива увага приділяється візуальним ознакам, бо не завжди (в силу розпорядку служби чи в умовах екстремальності ситуації) є можливість проводити обстеження за допомогою питальників або проєктивних тестів.

2.2. Діагностика стану психічної напруженості

Психічна напруженість – психічний стан, обумовлений передбаченням несприятливого розвитку подій. Цей стан супроводжується відчуттям дискомфорту, тривоги, іноді страху. Однак на відміну від тривоги такий психічний стан містить у собі готовність опанувати ситуацію, діяти певним способом.

Ступінь психічної напруженості визначається багатьма чинниками, серед них найважливіші: сила мотивації, значущість ситуації, наявність досвіду подібних переживань, ригідність психічних функціональних структур якогось виду діяльності. Серед чинників, що породжують її, найбільше значення мають фрустрації і конфлікти у сфері взаємин особистості з її соціальним оточенням. Коли психічна напруженість не може реалізуватись у реальній діяльності, вона активує механізми психологічного захисту (наприклад емоційне вигорання). У ряді інтерпретацій психічна напруженість збігається з поняттям психологічного стресу.

Поряд із фізіологічними параметрами під час оцінювання напруженості широко використовуються показники діяльності. Інтерес до них природний, бо в сучасних умовах проблема психічної напруженості вивчається, насамперед у зв'язку з якістю роботи у важких умовах.

У цьому плані особливу увагу було приділено характеру змін у діяльності – поліпшення або погіршення. Так з'явилася підстава для виділення двох видів станів: напруження, яка надає позитивний, мобілізуючий ефект на діяльність, і напруженості, яка характеризується зниженням стійкості психічних і рухових функцій аж до дезорганізації діяльності. Так, П. Б. Зільберман вважає, що стан напруженості має розглядатись як перешкода і в жодному разі не може змішуватись зі станом напруження, що неминучо супроводжує будь-яку складну діяльність, тим більше таку, яка виконується на рівні, близькому до межі певного індивідуума. Отже, термін “напруження” в цьому значенні не містить вказівки на психологічні особливості цього стану і використовується фактично традиційно – для позначення діяльного стану організму (у фізіології і медицині під напруженням розуміють стан підвищеного функціонування організму й особистості, напруження сил).

Використовується й інша термінологія. Так, за характером впливу на ефективність діяльності виділяють *стан операційного психічного напруження*, в

основі якого лежить пріоритет процесуальних мотивів діяльності, що чинить мобілізуючий вплив на індивіда і сприяє зберіганню високого рівня працездатності.

Для *стану емоційної психічної напруженості* характерним є виражене негативне емоційне забарвлення поведінки, ломка мотиваційної структури діяльності, її дезорганізація.

Емоційна напруженість характеризується тимчасовим зниженням стійкості психічних і психомоторних процесів, що, у свою чергу, супроводжується різноманітними достатньо вираженими вегетативними реакціями і зовнішніми проявами емоцій. Тому виявлення стану емоційної психічної напруженості здійснюється переважно шляхом оцінки трьох супроводжуючих його компонентів: зовнішні прояви емоцій, вегетативні фізіологічні реакції і стійкість психічних, психомоторних процесів.

В. Л. Маріщук зі співавторами класифікує напруженість за двома ознаками: 1) характер порушень у діяльності; 2) сила, стійкість цих порушень. За першою ознакою розрізняються такі форми напруженості, як гальмівна, імпульсивна і генералізована.

Гальмівна форма характеризується уповільненим виконанням інтелектуальних операцій, особливо страждає переключення уваги, утруднюється формування нових навичок і перероблення старих, погіршується здатність виконувати звичні дії у нових умовах тощо.

Імпульсивна форма напруженості виявляється переважно у зростанні помилкових дій при збереженні або навіть збільшенні темпу роботи. У цьому випадку характерними є схильність до малоосмислених, імпульсивних дій, помилки у диференціюванні вступних сигналів, забування інструкцій (навіть найпростіших), невиправданий поспіх, метушливість тощо. Такі вияви особливо характерні для осіб із недостатньо сформованими професійними навичками.

Генералізована форма напруженості характеризується сильним збудженням, різким погіршенням виконання, руховою дискоординацією, одночасним зниженням темпу роботи й наростанням помилок, що, врешті, призводить до повного зриву діяльності. Особи, схильні до такої форми напруженості, зазнають нерідко почуття байдужості, приреченості і депресії.

Що стосується форми напруженості за ознакою сили та стійкості порушень, то вона, на думку авторів, буває трьох видів:

- 1) *незначна, яка швидко зникає;*
- 2) *тривала, що помітно позначається на процесах діяльності;*
- 3) *тривала, різко виражена, така, що практично не зникає, незважаючи на профілактичні заходи.*

Іншої термінології дотримується Т. А. Немчин, який на підставі суб'єктивних проявів випробовуваних, дослідження за допомогою питальника, збору анамнестичних даних, медичного обстеження і спостереження виділив три різновиди стану нервово-психічної напруги залежно від інтенсивності її вираження: *слабка, помірна* (відповідає напруженню) і *надмірна* (відповідає напруженості).

Наведемо деякі методики діагностики напруженості.

Методика визначення емоційної стійкості (В. Л. Маріщук, Ю. Я. Кисельов)

Ця методика являє собою схему спостереження за інтенсивністю проявів емоційної напруженості. Схема спостереження наводиться мовою оригіналу.

Бланк схеми спостереження

Признаки эмоциональных проявлений	Балл
Мимика	
– Спокоен, мимика уверенности, дыхание ровное	5
– Слегка взволнован, лоб нахмурен, брови приподняты, уголки губ слегка приподняты, губы сжаты, дыхание учащенное, но ритмичное	4
– Заметно взволнован, брови высоко подняты, зубы сжаты, уголки губ несколько опущены, нарушена симметрия мимики, дыхание учащенное и неритмичное	3
– Сильно взволнован, зубы сжаты, желваки на щеках, рот открыт, заметная ассиметрия мимики, резкое учащение дыхания с сокращением фазы выдоха	2
– Очень напряжен, зубы сжаты, возможен оскал	1
Статические позы	
– Стоит или сидит удобно, непринужденно, занимает позу, оправданную обстоятельствами	5
– Поза оправдана обстоятельствами, но несколько напряжена	4
– Стремится к неоправданной смене положения	3
– Сидит или стоит неудобно, часто меняет позу	2
– Не меняет позу, сидит или стоит неудобно	1
Движения	
– Координированные легкие движения	5
– Координированные движения, но с некоторыми заметными усилиями	4
– Движение заметно напряженное, плечи слегка приподняты, некоторая напряженность в плечах	3
– Заметная скованность движений, движения с несоразмерными усилиями, явная раскоординированность	1-2
Тремор	
– Тремор отсутствует	5
– Небольшой тремор пальцев	4
– Заметный тремор рук (дрожание, выбивание дроби пальцами, постукивания)	3
– Тремор рук и ног (дергание и дрожание ног)	2
– Тремор рук, ног и тик на лице	1
Особенности речи	
– Речь спокойная, тембр и темп речи обычные, естественная жестикуляция, голос достаточно громкий и уверенный	5
– Речь более выразительная, чем обычно, темп слегка ускоренный, жестикуляция обычная, голос громкий	4
– Речь учащенная, усиленная жестикуляция, много междометий, некоторая взволнованность, проглатывание окончаний слов	3
– Речь торопливая, возможна визгливость, чрезмерная жестикуляция и мимика, неуместный смех, заикание, проглатывание слов	2
– Речь замедленная, мало выразительная, голос тихий, длинные паузы, мало жестов	1

Вегетативные сдвиги	
– Пульс и дыхание обычные, цвет лица, тонус мышц без изменений	5
– Пульс и дыхание несколько учащены, кожа лица слегка покрасневшая, тонус мышц обычный или слегка повышенный	4
– Пульс значительно учащен, дыхание частое, поверхностное, заметное покраснение или побледнение кожи лица, повышенное потоотделение, мышцы напряжены, у детей возможен диурез	3
– Пульс и дыхание обычные или очень редкие, побледнение кожных покровов, вялость, недомагание	1–2

Чим менше обстежуваний отримав балів за методикою, тим вираженіша у нього емоційна напруженість. Чим більше набрано балів, тим вираженіша емоційна стійкість.

Питальник нервово-психічного напруження (Т. А. Немчін)

Питальник являє собою перелік ознак нервово-психічного напруження, складений за даними клініко-психологічного спостереження, і містить 30 основних характеристик цього стану, розділених на три ступеня вираженості. Текст питальника нервово-психічного напруження надається мовою оригіналу.

Текст питальника нервово-психічного напруження

Інструкція. “Оцінюючи Ваш стан у цей час, у кожному із 30 пунктів виберіть один із трьох варіантів відповіді (а, б, в).”

1. Наличие физического дискомфорта:

- а) полное отсутствие каких-либо неприятных физических ощущений;
- б) имеют место незначительные неприятные ощущения, не мешающие работе;
- в) наличие большого количества неприятных физических ощущений, серьезно мешающих работе.

2. Наличие болевых ощущений:

- а) полное отсутствие каких-либо болей;
- б) болевые ощущения периодически появляются, но быстро исчезают и не мешают работе;
- в) имеют место постоянные болевые ощущения, существенно мешающие работе.

3. Температурные ощущения:

- а) отсутствие каких-либо изменений в ощущении температуры тела;
- б) ощущение тепла, повышения температуры тела;
- в) ощущение похолодания тела, конечностей, чувство озноба.

4. Состояние мышечного тонуса:

- а) обычный мышечный тонус;
- б) умеренное повышение мышечного тонуса, чувство некоторого мышечного напряжения;
- в) значительное мышечное напряжение, подергивания отдельных мышц лица, шеи, рук (тики, тремор).

5. Координация движений:

- а) обычная координация движений;
- б) повышение точности, легкости, координированности движений во время письма, другой работы;
- в) снижение точности движений, нарушение координации, ухудшение почерка, затруднения при выполнении мелких движений, требующих высокой точности.

6. Состояние двигательной активности в целом:

- а) обычная двигательная активность;
- б) повышение двигательной активности, увеличение скорости и энергичности движений;
- в) резкое усиление двигательной активности, невозможность усидеть на одном месте, суетливость, стремление ходить, изменять положение тела.

7. Ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы:

- а) отсутствие каких-либо неприятных ощущений со стороны сердца;
- б) ощущение усиления сердечной деятельности, не мешающее работе;
- в) наличие неприятных ощущений со стороны сердца – учащение сердцебиений, чувство сжатия в области сердца, покалывание, боли в сердце.

8. Проявления со стороны желудочно-кишечного тракта:

- а) отсутствие каких-либо неприятных ощущений в животе;
- б) единичные, быстро проходящие и не мешающие работе ощущения в животе – подсасывание в подложечной области, чувство легкого голода, периодическое “урчание”;
- в) выраженные неприятные ощущения в животе – боли, снижение аппетита, подташнивание, чувство жажды.

9. Проявления со стороны органов дыхания:

- а) отсутствие каких-либо ощущений;
- б) увеличение глубины и учащение дыхания, не мешающие работе;
- в) значительные изменения дыхания: одышка, чувство недостаточности вдоха, “комки в горле”.

10. Проявления со стороны выделительной системы:

- а) отсутствие каких-либо изменений;
- б) умеренная активизация выделительной функции – более частое желание воспользоваться туалетом при полном сохранении способности воздержаться (терпеть);
- в) резкое учащение желания воспользоваться туалетом, трудность или даже невозможность терпеть.

11. Состояние потоотделения:

- а) обычное потоотделение без каких-либо изменений;
- б) умеренное усиление потоотделения;
- в) появление обильного “холодного” пота.

12. Состояние слизистой оболочки полости рта:

- а) обычное состояние без каких-либо изменений;
- б) умеренное увеличение слюноотделения;
- в) ощущение сухости во рту.

13. Окраска кожных покровов:

- а) обычная окраска кожи лица, шеи, рук;
- б) покраснение кожи лица, шеи, рук;
- в) побледнение кожи лица, шеи, появление на коже кистей рук “мраморного” (пятнистого) оттенка.

14. Восприимчивость, чувствительность к внешним раздражителям:

- а) отсутствие каких-либо изменений, обычная чувствительность;
- б) умеренное повышение восприимчивости к внешним раздражителям, не мешающее работе;
- в) резкое обострение чувствительности, отвлекаемость, фиксация на посторонних раздражителях.

15. Чувство уверенности в себе, в своих силах:

- а) обычное чувство уверенности в своих силах, в своих способностях;
- б) повышение чувства уверенности в себе, вера в успех;
- в) чувство неуверенности в себе, ожидание неудачи, провала.

16. Настроение:

- а) обычное настроение;
- б) приподнятое, повышенное настроение, ощущение подъема, приятного удовлетворения работой или другой деятельностью;
- в) снижение настроения, подавленность.

17. Особенности сна:

- а) нормальный, обычный сон;

- б) хороший, крепкий, освежающий сон накануне;
- в) беспокойный, с частыми пробуждениями и сновидениями сон в течение нескольких предшествующих ночей, в том числе накануне.

18. Особенности эмоционального состояния в целом:

- а) отсутствие каких-либо изменений в сфере эмоций и чувств;
- б) чувство озабоченности, ответственности за исполняемую работу, “азарт”, активное желание действовать;
- в) чувство страха, паники, отчаяния.

19. Помехоустойчивость:

- а) обычное состояние без каких-либо изменений;
- б) повышение помехоустойчивости в работе, способность работать в условиях шума и других помех;
- в) значительное снижение помехоустойчивости, неспособность работать при отвлекающих раздражителях.

20. Особенности речи:

- а) обычная речь;
- б) повышение речевой активности, увеличение громкости голоса, ускорение речи без ухудшения ее качества (логичности, грамотности и т.д.);
- в) нарушения речи – появление длительных пауз, запинок, увеличение количества лишних слов, заикание, слишком тихий голос.

21. Общая оценка психического состояния:

- а) обычное состояние;
- б) состояние собранности, повышенная готовность к работе, мобилизованность, высокий психический тонус;
- в) чувство усталости, несобранности, рассеянности, апатии, снижение психического тонуса.

22. Особенности памяти:

- а) обычная память;
- б) улучшение памяти – легко вспоминается то, что нужно;
- в) ухудшение памяти.

23. Особенности внимания:

- а) обычное внимание без каких-либо изменений;
- б) улучшение способности к сосредоточению, отвлечение от посторонних дел;
- в) ухудшение внимания, неспособность сосредоточиться на деле, отвлекаемость.

24. Сообразительность:

- а) обычная сообразительность;
- б) повышение сообразительности, хорошая находчивость;
- в) снижение сообразительности, растерянность.

25. Умственная работоспособность:

- а) обычная умственная работоспособность;
- б) повышение умственной работоспособности;
- в) значительное снижение умственной работоспособности, быстрая умственная утомляемость.

26. Явления психического дискомфорта:

- а) отсутствие каких-либо неприятных ощущений и переживаний со стороны психики в целом;
- б) чувство психического комфорта, подъема психической деятельности либо единичные, слабо выраженные, быстро проходящие, не мешающие работе явления;
- в) резко выраженные, разнообразные и многочисленные серьезно мешающие работе нарушения со стороны психики.

27. Степень распространенности (генерализованность) признаков напряжения:

- а) единичные, слабо выраженные признаки, на которые не обращается внимание;

б) отчетливо выраженные признаки напряжения, не только не мешающие деятельности, но, напротив, способствующие ее продуктивности;

в) большое количество разнообразных неприятных признаков напряжения, мешающих работе и наблюдающихся со стороны различных органов и систем организма.

28. Частота возникновения состояния напряжения:

а) ощущение напряжения не развивается практически никогда;

б) некоторые признаки напряжения развиваются лишь при наличии реально трудных ситуаций;

в) признаки напряжения развиваются очень часто и нередко без достаточных на то причин.

29. Продолжительность состояния напряжения:

а) весьма кратковременное, не более нескольких минут, быстро исчезает еще до того, как миновала сложная ситуация;

б) продолжается практически в течение всего времени пребывания в условиях сложной ситуации и выполнения необходимой работы, прекращается вскоре после ее окончания;

в) весьма значительная продолжительность состояния напряжения, не прекращающегося в течение длительного времени после сложной ситуации.

30. Общая степень выраженности напряжения:

а) полное отсутствие или весьма слабая степень выраженности;

б) умеренно выраженные, отчетливые признаки напряжения;

в) резко выраженное, чрезмерное напряжение.

Оброблення результатів. Після заповнення бланка проводиться підрахунок набраних випробовуваним балів шляхом їх підсумовування. За вибір пункту “а” нараховується 1 бал, пункту “б” – 2 бали, пункту “в” – 3 бали.

Мінімальна кількість балів, яку може набрати випробовуваний, дорівнює 30, а максимальна – 90.

Оцінювання стану обстежуваного проводиться за такою шкалою:

а) 30–50 балів – слабе, або детенсивне нервово-психічне напруження;

б) 51–70 балів – помірне, або інтенсивне нервово-психічне напруження;

в) 71–90 балів – надмірне, або екстенсивне нервово-психічне напруження.

Інтерпретація отриманих результатів

1. Перший ступінь напруження може бути названий напруженням лише умовно, оскільки, по суті, при цьому його ознак або не спостерігається зовсім, або їх прояви настільки незначні, що обстежувані не схильні вважати свій стан нервово-психічним напруженням. У такому випадку у обстежуваних наче не відбувається “включення” в екстремальну ситуацію, вона не розцінюється ними як складна, як така, що вимагає мобілізації зусиль на її подолання і досягнення поставленої мети. У такому стані відсутні не тільки мотиви для досягнення мети, але й мотиви до діяльності. Обстежувані не відчують необхідності в успішному подоланні труднощів, якими характеризується ситуація об’єктивно, їх не цікавить результат діяльності і не турбують можливі наслідки. Випробовувані не відзначають будь-яких явищ соматичного або психічного дискомфорту чи, навпаки, комфорту і не розцінюють ситуацію, в якій вони опинилися, як екстремальну. У зв’язку з таким ставленням до обставин, до умов діяльності, до завдань, які повинні вирішувати обстежувані, вони не виявляють помітних ознак реагування на ситуацію і тому при об’єктивному дослідженні і суб’єктивних звітах про свій стан і відчуття у них не виявляється істотних змін, які б давали

право розцінювати їх стан як стан напруження. У результаті під час дослідження випробовуваних характеристики їх стану не відрізняються від звичайних, повсякденних характеристик, як соматичних систем, так і психічної сфери.

2. Найбільш загальними характеристиками другого ступеня нервово-психічного напруження є мобілізація психічної діяльності, підвищення активності соматичного функціонування і почуття загального підйому морально-психічних, душевних і фізичних сил. Якщо при цьому і спостерігаються окремі неприємні відчуття з боку соматичних органів і систем, то вони наче б маскуються, затуляються загальним позитивним забарвленням, позитивним емоційним фоном, піднесеним настроєм, активним прагненням подолати труднощі й добитися високих результатів при досягненні мети. Таким чином, при помірно вираженому нервово-психічному напруженні не тільки виразно виявляються мотивація до досягнення мети, прагнення до енергійних дій, але й отримується задоволення від самої діяльності. У обстежуваних не виникає суперечності між ставленням до бажаної мети і ставленням до нелегкої праці на шляху до її досягнення, тому ефективність і продуктивність їх діяльності виявляються високими.

У разі помірно вираженого психічного напруження у психічній діяльності спостерігаються суттєві позитивні зрушення.

По-перше, зростає ефективність основних властивостей уваги: збільшується її обсяг, увага стає більш стійкою, посилюється здатність до концентрації на завданні, що виконується, знижується відволікання. Підвищення продуктивності функцій уваги пов'язано ще й із деяким зменшенням переключення уваги, що забезпечує зосередженість індивіда на вирішенні головних завдань, які стоять перед ним у певній екстремальній ситуації.

По-друге, змінюється функція пам'яті, хоча модифікація мнемічної функції при напруженні не має настільки виразного й цілісного позитивного характеру, як функція уваги. Якщо обсяг короткочасного запам'ятовування збільшується, то здатність індивіда до довготривалого вербального збереження залишається практично незмінною або виявляє тенденцію до зниження.

По-третє, збільшується продуктивність логічного мислення. Природно вважати, що підвищення продуктивності логічного мислення як однієї з найважливіших психічних функцій належить пов'язувати з активізацією інших, розглянутих вище психічних процесів. Можна сказати, що при напруженні другого ступеня спостерігається підвищення ефективності когнітивної діяльності в цілому, незважаючи на неодноспрямованість міжфункціональних характеристик окремих видів когнітивних процесів.

По-четверте, підвищується продуктивність, збільшується точність рухів, зменшується кількість помилок.

Таким чином, помірна ступінь нервово-психічного напруження характеризується практично всеосяжним підвищенням якості й ефективності психічної діяльності і являє собою таку форму психічного стану індивіда, при якій найповніше розкриваються здібності людини до досягнення мети, до виконання тієї або іншої роботи.

При другому ступені нервово-психічного напруження спостерігаються

зміни у динамічних характеристиках нервової системи, котрі в цілому можна кваліфікувати як підвищення рівня її активації.

3. При розгляді структурно-функціональних особливостей надмірно вираженого нервово-психічного напруження (3-й ступінь) як типові спостерігаються дезорганізація психічної діяльності, істотні відхилення психомоторики, глибокі зрушення у нейродинамічних характеристиках і сильні відчуття спільного фізичного і психічного дискомфорту. На перший план виступають скарги на порушення діяльності соматичних органів. Психічні розлади, що також мають місце, залишаються ніби на другому плані, маскуються соматичними скаргами, із яких найчастішими є скарги на порушення з боку серцево-судинної системи, органів дихання та видільної системи й лише потім ідуть скарги на порушення психомоторики і зниження здатності до продуктивної розумової діяльності. Відчуття фізичного дискомфорту супроводжується негативним емоційним фоном, падінням настрою, відчуттям тривоги, неспокою, гострим очікуванням невдачі, провалу та інших неприємних наслідків екстремальної ситуації. Хоча обстежувані з напруженням 3-го ступеня наголошували передусім на соматичних порушеннях, однак найбільш виражені зрушення у них спостерігаються з боку психічної діяльності: погіршення уваги, розумової працездатності, кмітливості, стійкості до перешкод, настрою, емоційної стійкості, координації рухів, невіра у можливість власними силами подолати труднощі і звідси невіра в успіх тощо. При третьому ступені нервово-психічного напруження виявляються виразні ознаки порушень у психічній сфері:

- особливо знижуються обсяг уваги, її стійкість і здатність до концентрації, здатність до переключення уваги;
- істотно знижуються продуктивність короткочасної пам'яті і здатність до довготривалого вербального збереження;
- виявляються яскраво виражені негативні зрушення такої характеристики оперативного мислення, як здатність до розв'язання логічних задач;
- погіршується координація діяльності.

2.3. Діагностика депресивних станів

Депресія (від лат. *Deprimo* – “тиснути”, “придушити”) являє собою психічний розлад, що характеризується депресивною тріадою:

- знижений фон настрою, втрата здатності переживати радість (ангедонія);
- порушення мислення (негативні судження, песимістичний погляд на події);
- рухова загальмованість.

Перша ознака депресії має різний діапазон – від невеликої пригніченості настрою до вираженої туги, що супроводжується фізичними стражданнями, різноманітними больовими синдромами, відчуттям власної нікчемності й непотрібності. Іноді відзначаються значні добові коливання настрою. Можливим є виникнення стану емоційної нечутливості (почуття втрачаються зовсім).

Порушення мислення – ще одна ознака депресії – це убогість або відсутність думок, їх спрямованість на неприємні події і ситуації, зациклення на

певних моментах. Іноді виникають ідеї самозвинувачення, суїцидальні думки. При спілкуванні відзначаються односкладні відповіді і тривалі паузи між ними.

Рухова загальмованість виявляється в уповільненні рухів, мови, міміки, голос стає тихим, можливе тривале застигання у певній позі.

При депресії спостерігається зниження самооцінки, втрата інтересу до життя і звичної діяльності.

Депресія як психічний розлад є порушенням афекту. Коли депресія триває довго (понад 4–6 місяців), вона розглядається як психічне захворювання. Депресія добре піддається лікуванню, більш ніж у 80 % випадків настає повне одужання, тим не менш, наразі саме депресія є найпоширенішим психічним розладом у світі.

Часто депресивні розлади супроводжуються різними вегетативними проявами: різноманітними больовими синдромами, серцебиттям, нестійкістю тиску, пітливістю, втратою апетиту, диспепсичними порушеннями.

Залежно від того компонента, який переважає в захворюванні, виділяють кілька варіантів депресивних порушень (тривожний, тужливий, апатичний). Депресії також можуть маскуватися під різні захворювання, що супроводжуються болями в животі, за грудиною та інших ділянках тіла. У цьому випадку пацієнт постійно відвідує лікарів, шукає у себе найрізноманітніші хворобливі прояви, вимагає призначення лікування.

Причини депресії різноманітні. До них належать психоемоційні навантаження, стреси, підвищені вимоги оточення, зміни життєвих навичок і усталеного життєвого шляху. Причиною депресії можуть бути різні хронічні захворювання: неврологічні і соматичні, травми головного мозку, несприятлива спадковість. Депресія буває також результатом побічної дії деяких ліків (приміром, засобів бета-адреналінової групи, нейролептиків, гормональних препаратів, антибіотиків, анальгетиків, антигіпертензивних засобів, імунодепресивних засобів, хіміопрепаратів) або може проявлятися як симптом соматичних захворювань (наприклад, хвороби Альцгеймера, атеросклерозу артерій головного мозку, черепно-мозкової травми або навіть звичайного грипу).

Важливо пам'ятати: депресія – досить важкий розлад, який необхідно вчасно розпізнати, щоб подальша лікувальна тактика дала швидкі позитивні результати.

Експрес-діагностику депресії можна здійснити за допомогою особистісних питальників, а також за допомогою якісних схем спостереження і клінічної бесіди. При цьому треба зазначити, що останні два методи вимагають високої підготовки психолога-фахівця.

Для діагностики депресії можна використовувати такі питальники: “Методика дифференціальної діагностики депресивних состояний” Цунга (адаптація Т. І. Балашової) і “Методика дифференціальної діагностики депресивних состояний” В. А. Жмурова. При цьому слід пам'ятати, що результатів одних питальників недостатньо для остаточного висновку про стан людини.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів Цунга (адаптація Т. І. Балашової)

Шкала Цунга для самооцінки депресії (англ. Zung Self-Rating Depression Scale) – тест для самооцінки депресії – було розроблено в Університеті Дюка психіатром доктором Вільямом Цунгом. Тест дозволяє оцінити рівень депресії людини і визначити ступінь депресивного розладу.

Тест “Шкала Цунга” має високу чутливість і специфічність, а також дозволяє уникнути додаткових економічних і часових витрат, пов’язаних з медичним обстеженням етичних проблем.

Тест складається із десяти позитивно сформульованих і десяти негативно сформульованих питань. Кожне питання оцінюється за шкалою від 1 до 4 (на основі відповідей “ніколи”, “іноді”, “часто”, “постійно”). Отримані результати методики належать до чотирьох діапазонів:

25–49 балів – нормальний стан;

50–59 балів – легка депресія;

60–69 балів – помірна депресія;

70 – і вище балів – важка депресія.

Повна процедура тестування з обробленням займає 20–30 хвилин. Випробовуваний відмічає відповіді на бланку. Питальник надається мовою оригіналу.

Бланк для відповідей

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як Ви себе почуваєте останнім часом. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

№	Утверждение	Никогда или изредка	Иногда	Часто	Почти всегда или постоянно
1	Я чувствую подавленность	1	2	3	4
2	Утром я чувствую себя лучше всего	1	2	3	4
3	У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4	У меня плохой ночной сон	1	2	3	4
5	Аппетит у меня не хуже обычного	1	2	3	4
6	Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом	1	2	3	4
7	Я замечаю, что теряю вес	1	2	3	4
8	Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9	Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4
10	Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11	Я мыслю также ясно, как всегда	1	2	3	4
12	Мне легко делать то, что я умею	1	2	3	4
13	Я чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14	У меня есть надежда на будущее	1	2	3	4
15	Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16	Мне легко принимать решения	1	2	3	4

17	Я чувствую, что полезен и необходим	1	2	3	4
18	Я живу достаточно полной жизнью	1	2	3	4
19	Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1	2	3	4
20	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1	2	3	4

Оброблення результатів. Рівень депресії (РД) розраховується за формулою

$$РД = \Sigma_{пр.} + \Sigma_{звор.} ,$$

де $\Sigma_{пр.}$ – сума закреслених цифр щодо “прямих” висловлювань № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

$\Sigma_{звор.}$ – сума цифр, що є “зворотними” закресленим раніше, а саме до висловлювань № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Наприклад: у висловлюванні № 2 закреслена цифра 1, ми ставимо в суму 4 бали; у висловлюванні № 5 закреслена відповідь 2 – ставимо в суму 3 бали; у висловлюванні № 6 закреслено відповідь 3 – ставимо в суму 2 бали; у висловлюванні № 11 закреслили відповідь 4 – ставимо в суму 1 бал і т.д.

Інтерпретація результатів. У результаті отримуємо РД, який коливається від 20 до 80 балів. Якщо РД не більше 50 балів, то діагностується стан без депресії. Якщо РД більше 50 і менше 59 балів, то робиться висновок про легку депресію ситуативного чи невротичного генезу. Показник РД від 60 до 69 балів – субдепресивний стан, або маскована депресія. Справжній депресивний стан діагностується при РД більше 70 балів.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів (В. А. Жмуров)

Методика призначена для виявлення у людини депресивного стану. Повна процедура тестування з обробленням займає 30–40 хвилин. Випробовуваний відмічає відповіді на бланку. Питальник надається мовою оригіналу.

Тестовий матеріал

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і виберіть найбільш прийнятний варіант відповіді – 0, 1, 2 або 3.

- 1 0 Моё настроение сейчас не более подавлено (печально), чем обычно.
1 Пожалуй, оно более подавлено (печально), чем обычно.
2 Да, оно более подавлено (печально), чем обычно.
3 Моё настроение намного более подавлено (печально), чем обычно.
- 2 0 Я чувствую, что у меня нет тоскливого (траурного) настроения.
1 У меня иногда бывает такое настроение.
2 У меня часто бывает такое настроение.
3 Такое настроение бывает у меня постоянно.
- 3 0 Я не чувствую себя так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня.
1 У меня иногда бывает такое чувство.
2 У меня часто бывает такое чувство.
3 Я постоянно себя чувствую так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня.
- 4 0 У меня не бывает чувства, будто моя жизнь зашла в тупик.
1 У меня иногда бывает такое чувство.
2 У меня часто бывает такое чувство.
3 Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь зашла в тупик.

- 5** 0 У меня не бывает чувства, будто я состарился(лась).
 1 У меня иногда бывает такое чувство.
 2 У меня часто бывает такое чувство.
 3 Я постоянно чувствую, будто я состарился(лась).
- 6** 0 У меня не бывает состояний, когда на душе очень тяжело.
 1 У меня иногда бывает такое состояние.
 2 У меня часто бывает такое состояние.
 3 Я постоянно нахожусь в таком состоянии.
- 7** 0 Я чувствую себя спокойно за свое будущее, как обычно.
 1 Пожалуй, будущее беспокоит меня несколько больше, чем обычно.
 2 Будущее беспокоит меня значительно больше, чем обычно.
 3 Будущее беспокоит меня намного больше, чем обычно.
- 8** 0 В своем прошлом я вижу плохого не больше, чем обычно.
 1 В своем прошлом я вижу плохого несколько больше, чем обычно.
 2 В своем прошлом я вижу плохого значительно больше, чем обычно.
 3 В своем прошлом я вижу намного больше плохого, чем обычно.
- 9** 0 Надежд на лучшее у меня не меньше, чем обычно.
 1 Таких надежд у меня несколько меньше, чем обычно.
 2 Таких надежд у меня значительно меньше, чем обычно.
 3 Надежд на лучшее у меня намного меньше, чем обычно.
- 10** 0 Я боязлив(а) не более обычного.
 1 Я боязлив(а) несколько более обычного.
 2 Я боязлив(а) значительно более обычного.
 3 Я боязлив(а) намного более обычного.
- 11** 0 Хорошее меня радует, как и прежде.
 1 Я чувствую, что оно радует меня несколько меньше прежнего.
 2 Оно радует меня значительно меньше прежнего.
 3 Я чувствую, что оно радует меня намного меньше прежнего.
- 12** 0 У меня нет чувства, что моя жизнь бессмысленна.
 1 У меня иногда бывает такое чувство.
 2 У меня часто бывает такое чувство.
 3 Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь бессмысленна.
- 13** 0 Я обидчив(а) не больше, чем обычно.
 1 Пожалуй, я несколько более обидчив(а), чем обычно.
 2 Я обидчив(а) значительно больше, чем обычно.
 3 Я обидчив(а) намного больше, чем обычно.
- 14** 0 Я получаю удовольствие от приятного, как и раньше.
 1 Я получаю такого удовольствия несколько меньше, чем раньше.
 2 Я получаю такого удовольствия значительно меньше, чем раньше.
 3 Я не получаю теперь удовольствия от приятного.
- 15** 0 Обычно я не чувствую вины, если нет на это причины.
 1 Иногда я чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).
 2 Я часто чувствую себя, будто в чём-то я виноват(а).
 3 Я постоянно чувствую себя так, будто в чём-то я виноват(а).
- 16** 0 Если что-то у меня не так, я виню себя не больше обычного.
 1 Я виню себя за это несколько больше обычного.
 2 Я виню себя за это значительно больше обычного.
 3 Если что-то у меня не так, я виню себя намного больше обычного.
- 17** 0 Обычно у меня не бывает ненависти к себе.
 1 Иногда бывает, что я ненавижу себя.
 2 Часто бывает так, что я себя ненавижу.
 3 Я постоянно чувствую, что ненавижу себя.

- 18** 0 У меня не бывает чувства, будто я погряз(ла) в грехах.
 1 У меня иногда теперь бывает это чувство.
 2 У меня часто бывает теперь это чувство.
 3 Это чувство у меня теперь не проходит.
- 19** 0 Я виню себя за проступки других не больше обычного.
 1 Я виню себя за них несколько больше обычного.
 2 Я виню себя за них значительно больше обычного.
 3 За проступки других я виню себя намного больше обычного.
- 20** 0 Состояний, когда все кажется бессмысленным, у меня обычно не бывает.
 1 Иногда у меня бывает такое состояние.
 2 У меня часто бывает теперь такое состояние.
 3 Это состояние у меня теперь не проходит.
- 21** 0 Чувства, что я заслужил(а) кару, у меня не бывает.
 1 Теперь иногда бывает.
 2 Оно часто у меня бывает.
 3 Это чувство у меня теперь практически не проходит.
- 22** 0 Я вижу в себе не меньше хорошего, чем прежде.
 1 Я вижу в себе несколько меньше хорошего, чем прежде.
 2 Я вижу в себе значительно меньше хорошего, чем прежде.
 3 Я вижу в себе намного меньше хорошего, чем прежде.
- 23** 0 Обычно я думаю, что во мне плохого не больше, чем у других.
 1 Иногда я думаю, что во мне плохого больше, чем у других.
 2 Я часто так думаю.
 3 Я постоянно думаю, что плохого во мне больше, чем у других.
- 24** 0 Желания умереть у меня не бывает.
 1 Это желание у меня иногда бывает.
 2 Это желание у меня теперь бывает часто.
 3 Это теперь постоянное мое желание.
- 25** 0 Я не плачу.
 1 Я иногда плачу.
 2 Я плачу часто.
 3 Я хочу плакать, но слез у меня уже нет.
- 26** 0 Я не чувствую, что я раздражителен(на).
 1 Я раздражителен(на) несколько больше обычного.
 2 Я раздражителен(на) значительно больше обычного.
 3 Я раздражителен(на) намного больше обычного.
- 27** 0 У меня не бывает состояний, когда я не чувствую своих эмоций.
 1 Иногда у меня бывает такое состояние.
 2 У меня часто бывает такое состояние.
 3 Это состояние у меня теперь не проходит.
- 28** 0 Моя умственная активность никак не изменилась.
 1 Я чувствую теперь какую-то “неясность” в своих мыслях.
 2 Я чувствую теперь, что я сильно “отупел(а)” (“в голове мало мыслей”).
 3 Я совсем ни о чем теперь не думаю (“голова пустая”).
- 29** 0 Я не потерял(а) интерес к другим людям.
 1 Я чувствую, что прежний интерес к людям несколько уменьшился.
 2 Я чувствую, что мой интерес к людям намного уменьшился.
 3 У меня совсем пропал интерес к людям (“я никого не хочу видеть”).
- 30** 0 Я принимаю решения, как и обычно.
 1 Мне труднее принимать решения, чем обычно.
 2 Мне намного труднее принимать решения, чем обычно.
 3 Я уже не могу сам(а) принять никаких решений.

- 31** 0 Я не менее привлекателен (льна), чем обычно.
 1 Пожалуй, я несколько менее привлекателен (льна), чем обычно.
 2 Я значительно менее привлекателен (льна), чем обычно.
 3 Я чувствую, что я выгляжу теперь просто безобразно.
- 32** 0 Я могу работать, как обычно.
 1 Мне несколько труднее работать, чем обычно.
 2 Мне значительно труднее работать, чем обычно.
 3 Я совсем не могу теперь работать (“все валится из рук”).
- 33** 0 Я сплю не хуже, чем обычно.
 1 Я сплю несколько хуже, чем обычно.
 2 Я сплю значительно хуже, чем обычно.
 3 Теперь я почти совсем не сплю.
- 34** 0 Я устаю не больше, чем обычно.
 1 Я устаю несколько больше, чем обычно.
 2 Я устаю значительно больше, чем обычно.
 3 У меня уже нет никаких сил что-то делать.
- 35** 0 Мой аппетит не хуже обычного.
 1 Мой аппетит несколько хуже обычного.
 2 Мой аппетит значительно хуже обычного.
 3 Аппетита у меня теперь совсем нет.
- 36** 0 Мой вес остается неизменным.
 1 Я немного похудел(а) в последнее время.
 2 Я заметно похудел(а) в последнее время.
 3 В последнее время я очень похудел(а).
- 37** 0 Я дорожу своим здоровьем, как и обычно.
 1 Я дорожу своим здоровьем меньше, чем обычно.
 2 Я дорожу своим здоровьем значительно меньше, чем обычно.
 3 Я совсем не дорожу теперь своим здоровьем.
- 38** 0 Я интересуюсь сексом, как и прежде.
 1 Я несколько меньше интересуюсь сексом, чем прежде.
 2 Я интересуюсь сексом значительно меньше, чем прежде.
 3 Я полностью потерял(а) интерес к сексу.
- 39** 0 Я не чувствую, что моё “Я” как-то изменилось.
 1 Теперь я чувствую, что мое “Я” несколько изменилось.
 2 Теперь я чувствую, что мое “Я” значительно изменилось.
 3 Мое “Я” так изменилось, что теперь я не узнаю себя сам(а).
- 40** 0 Я чувствую боль, как и обычно.
 1 Я чувствую боль сильнее, чем обычно.
 2 Я чувствую боль слабее, чем обычно.
 3 Я почти не чувствую теперь боли.
- 41** 0 Некоторые расстройства (сухость во рту, сердцебиение, запоры, удушье) у меня бывают не чаще, чем обычно.
 1 Эти расстройства бывают у меня несколько чаще обычного.
 2 Некоторые из этих расстройств бывают у меня значительно чаще обычного.
 3 Эти расстройства бывают у меня намного чаще обычного.
- 42** 0 Утром мое настроение обычно не хуже, чем к ночи.
 1 Утром оно у меня несколько хуже, чем к ночи.
 2 Утром оно у меня значительно хуже, чем к ночи.
 3 Утром мое настроение намного хуже, чем к ночи.
- 43** 0 У меня не бывает спадов настроения весной (осенью).
 1 Такое однажды со мной было.
 2 Со мной такое было два или три раза.

3 Со мной было такое много раз.

44 0 Плохое настроение у меня бывает, но это длится недолго.

1 Подавленное настроение у меня может длиться по неделе, до месяца.

2 Подавленное настроение у меня может длиться месяцами.

3 Подавленное настроение у меня может длиться до года и больше.

Оброблення результатів. Визначається сума зазначених номерів відповідей (водночас вони є балами).

Інтерпретація результатів:

1–9 балів – депресія відсутня, або незначна;

10–24 балів – депресія мінімальна;

25–44 балів – легка депресія;

45–67 балів – помірна депресія;

68–87 балів – виражена депресія;

88 і більше балів – глибока депресія.

2.4. Ретроспективна діагностика психічних станів у водіїв, які потрапили в екстремальні ситуації

Іноді для визначення причин ДТП, автомобільних катастроф потрібно з'ясувати, в якому стані перебував водій напередодні і під час цих подій, навіть якщо з моменту цих подій пройшов деякий час.

Специфіка ретроспективного характеру дослідження полягає в тому, що на підставі всебічного вивчення обстежуваного робиться висновок про його психічну діяльність у значущій ситуації у минулому (у тому числі й суттєво віддаленому від моменту дослідження). Подібний характер дослідження ставить питання про уточнення поняття його об'єкта. Центральним об'єктом у такому випадку є психічний стан людини у значущій ситуації. Тут слід уточнити, що психічний стан розглядається не як емоційний складник дій і поведінки, а як інтегративна характеристика психічної діяльності, похідна від стійких індивідуально-психологічних особливостей суб'єкта і особливостей конкретної ситуації. Саме таке розуміння психічного стану дозволяє на практиці реалізовувати завдання ретроспективної діагностики психічного стану обстежуваного.

Як уже зазначалося, найбільш інформативними у дослідженні психічних станів є проєктивні методи. Серед них виділяється *тест вибору кольору* (ТВК) М. Люшера. За визначенням Н. М. Пуховського, він є майже ідеальним неструктурованим проєктивним тестом, оскільки випробовуваний, здійснюючи вибір стимульного матеріалу, що практично не має форми, керується власними критеріями симпатії (антипатії) до кольору. У процесі виконання тесту людина проєктує свій індивідуальний стиль емоційно-потребової та пізнавальної позиції діяльності. При цьому колір як стимул асоціюється з тими чи іншими предметами і явищами, висловлюючи тим самим ставлення суб'єкта до цих явищ і предметів. ТВК дозволяє діагностувати стан людини, включаючи такі параметри, як актуальні потреби і проблеми, суб'єктивна оцінка існуючого стану справ, стримувані тенденції, а також джерела стресу (у широкому значенні).

Інтерпретація ТВК ґрунтується на припущенні про те, що кожному кольору

властиве певне символічне значення незалежно від віку, статі, соціальної і національної належності обстежуваного. Наприклад, синій колір (1) означає цілковитий спокій, психологічно – почуття задоволення, спокою. Зелений (2) відображає фізіологічно “еластичне напруження”. Психологічно це виражається в діяльності, вольовому зусиллі, завзятості, цілеспрямованості, а також в опорі змінам. Можна говорити і про постійність, самоствердження. Червоний колір (3) відображає витрачання енергії та психологічно – збудження, активність, діяльність, домінування, прагнення, а також мужність. Жовтий колір (4) пов’язаний із розкутістю, сподіваннями, надією, позитивними емоціями. Активність у цьому разі порівняно з червоним кольором має менш визначений характер, виявляючи недолік послідовності. Фіолетовий колір (5) відображає сугестивність, інфантильність, потребу в підтримці, опорі. Коричневий колір (6) пов’язаний із прагненням до простих інстинктивних переживань, примітивних чуттєвих радощів. Чорний колір (7) показує негативний тонус, загальний психоенергетичний рівень, а також наявність кризового стану, агресії у ставленні до навколишнього світу або до себе. Нарешті, сірий колір (8) відображає прагнення відгородитися, сховатися від усяких зовнішніх впливів або стимулів.

У процесі вивчення й уточнення символічних значень кольорів шляхом з’ясування їх переваги в різних емоційних станах (за допомогою сугестивної методики) було виявлено, що ТВК М. Люшера значущо диференціює різні емоційні стани обстежуваних, а також те, що різним емоційним станам відповідає різний характер кольорних переваг. Наприклад, радість пов’язана з жовтим і червоним кольорами, але не з синім, коричневим і чорним. Пригніченість – з сірим і синім, але не з червоним і жовтим кольорами. Небезпека пов’язана із зеленим кольором, але при цьому відкидаються чорний і коричневий кольори. Стан сп’яніння пов’язувався з жовтим і червоним кольорами при неприйнятті коричневого і чорного кольорів.

У дослідженні, використовуючи ТВК, можна розбивати екстремальну ситуацію (наприклад ситуацію автокатастрофи) на велику кількість етапів (але обов’язково ключових). Наприклад, стан до події, стан під час події, стан після події. Можлива дрібніша градація. Отже, потрібно виділити ті стадії, на яких зазвичай відбуваються якісні зміни у динаміці і змісті психічного стану обстежуваного. Виділення цих стадій здійснюється на підставі всебічного аналізу матеріалів, зібраних щодо автокатастрофи, яка аналізується (свідчення всіх учасників, потерпілих, свідків; протоколи огляду місця події тощо), та результатів докладної бесіди з обстежуваним. При цьому пріоритет віддається тій стадійності, яка склалась у свідомості обстежуваного (суб’єктивній стадійності), а не тій, що об’єктивно існує. Нав’язування стадійності може відчутно вплинути на результати обстеження. Обстежуваного просять описати свій стан за допомогою кольорів, підбираючи їх таким чином, щоб перший колір найбільше відповідав тому стану, який переживала людина, і далі в порядку зменшення. Таким чином, отримується набір ранжувань основного варіанта ТВК. Оброблення результатів проводиться згідно з відомою процедурою. Слід підкреслити, що на відміну від класичної схеми двократного вибору кольорів, при ретроспективному аналізі проводиться

одноразовий вибір кольорів.

ТВК М. Люшера дає можливість досить повно описати стан людини у певний період часу. Проте одержувана з його допомогою характеристика дуже узагальнена, не дозволяє детальніше виділити так званий спектр стану, що варіює на різних стадіях розвитку ситуації і залежить від великої кількості змінних як зовнішніх, так і внутрішніх.

Для більш поглибленого аналізу стану в конкретний період, його динаміки в ході досліджуваної ситуації С. С. Шипшин розробив *метод опосередкованої ретроспективної діагностики станів* (ОРДС). У його основу було покладено кольороасоціативний експеримент, а також результати проведеного дослідження емоційного спектру екстремальних станів. Як стимульний матеріал використовувався основний набір ТВК М. Люшера.

Методика опосередкованої ретроспективної діагностики стану має кілька етапів. Так, на першому етапі виділяються ключові стадії розвитку екстремальної ситуації. Залежно від конкретної ситуації їх кількість може значно варіювати. Стосовно дослідження стану під час ДТП чи автокатастрофи доцільно розглянути стадію виникнення небезпеки, стадію безпосередньо ДТП, а також наступну стадію. Важливо проаналізувати і стан на момент дослідження.

На другому етапі випробовуваний ранжує кольори ТВК відповідно до образу стану, який відзначався у нього на кожній стадії розвитку ситуації. Так, перший колір в уявленні обстежуваного максимально відображає (описує) стан. Потім обстежуваний підбирає другий колір, третій і так далі. Така процедура проводиться відносно стану суб'єкта на кожній стадії розвитку ситуації. Таким чином, отримуються кольороасоціативні ряди, що відображають динаміку психічного стану обстежуваного у досліджуваній ситуації.

На третьому етапі обстежуваному пропонується перелік емоцій, переживань і станів, що відображають емоційний спектр екстремальних станів (афект, фрустрація, психічна напруженість, розгубленість тощо). У перелік включаються і ті емоції й переживання, які називав обстежуваний у самозвіті (під час бесіди), що індивідуалізує процедуру дослідження. Зазвичай пред'являється набір із 16–22 емоцій і станів. Вони є своєрідними еталонами, з якими згодом будуть зіставлятися раніше отримані ранжування. Можна запропонувати взяти такі параметри станів як еталонні: активність, небезпека, апатія, тривога, готовність діяти, напруженість, слабкість, відчай, страх, відраза, безвихідність, спокій, пригніченість, жах, потрясіння. Обстежуваний оцінює наведені емоції за допомогою основного набору ТВК. Отримані таким чином ранжування розглядаються як властиві йому еталонні кольороасоціативні уявлення про ті чи інші емоції, стани і переживання.

На четвертому етапі проводиться зіставлення кольороасоціативного ряду, що відповідає стану обстежуваного на певній стадії розвитку досліджуваної ситуації, з еталонними рядами емоцій, станів і переживань. Для цього використовується формула обчислення коефіцієнта рангової кореляції Ч. Спірмена:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)},$$

де d – різниця рангів i -характеристик у ряді стану на досліджуваному етапі екстремальної ситуації і в еталонному ряді; $n = 8$ (число рангів, відповідних основному набору ТВК).

Ця процедура проводиться стосовно кожної стадії. Отримані значення коефіцієнта рангової кореляції свідчать про близькість стану суб'єкта до тих чи інших емоційних переживань і станів, узятих як параметри досліджуваного стану. Ураховуються як позитивні, так і негативні коефіцієнти кореляції у діапазоні 0,26–1,00. Під час аналізу кожного параметра стану в динаміці на різних стадіях розвитку екстремальної ситуації, значення коефіцієнта кореляції будуть різними, що може бути показником посилення або ослаблення впливу кожного складника емоційного спектру стану людини й визначати специфіку стану на кожній конкретній стадії.

Таким чином, метод ОРДС, по-перше, достатньо захищений, оскільки сама процедура виявлення уявлень про еталонні і про досліджувані стани на різних стадіях розвитку досліджуваної ситуації ведеться у паралельному напрямку, а кінцевий результат не впливає безпосередньо із отриманих даних, а обчислюється за допомогою математичних методів. По-друге, проєктивний і невербальний характер методу дозволяє дослідити глибинні рівні емоційних ставлень обстежуваного до аналізованих подій, а також працювати з обстежуваним різного соціального, освітнього та культурного рівня.

Експрес-варіант методу ОРДС. На підставі аналізу частоти зустрічальності було отримано узагальнену “кольорову” картину станів, переживань та емоцій, що найчастіше використовуються як еталонні параметри психічного стану людини при проведенні обстеження.

У результаті досліджень було встановлено, що “кольорова” картина емоцій, переживань і психічних станів досить точно відображає їх зміст. Наприклад, стан активності асоціюється у обстежуваних переважно з фіолетовим, червоним кольорами, але не з чорним і сірим. Відповідно до символіки кольору це означає силу, енергію, жвавість, орієнтацію на досягнення успіху, потребу у здійсненні впливу на інших людей, на ситуацію, прагнення проявити себе. При цьому відкидається чорний і сірий, які символізують потребу в подоланні ізоляції, напружену діяльність, залученість у ситуацію. Психічна напруженість асоціюється з червоним і фіолетовим кольорами, при цьому відкидається сірий колір. Символіка кольору відображає специфіку такого стану: збудження, енергійність, потреба в діяльності, що спрямована на досягнення успіху поряд із підвищеним залученням у ситуацію і посиленням чутливості до зовнішніх впливів. Заперечення сірого кольору означає граничну активність (на межі нервового виснаження). Тривога асоціюється з чорним і червоним кольорами з відкиданням зеленого, сірого й жовтого кольорів. Це виявляється у підвищеній активності у зв'язку з протестною гіперстенічною реакцією, що супроводжується високим внутрішнім напруженням, підвищенням вимог до себе. Збільшується ризик імпульсивної поведінки при явному нехтуванні умовностями. Все це

відбувається на тлі тиску з боку ситуації. Фрустрація асоціюється з чорним і синім кольорами при відкиданні жовтого і зеленого. Виходячи з колірної символіки, це – екстремальний стан нестійкості, в якому відзначається виражена протестна реакція на обставини, що блокують потреби, і наявний конфлікт між упевненістю в саморозв'язуваності проблеми і реальною ситуацією. Це обумовлює поєднання тривожної невпевненості, спричиненої сприйняттям ситуації як безвихідної, і готовністю діяти необачно й безрозсудно і з явним переважанням екстрапунітивності.

Усе це дозволило використовувати ці результати у створенні методу експрес-діагностики психічного стану людини. До уваги бралися тільки ті кольори, питома вага яких була найбільшою на двох перших і двох останніх позиціях у ранжуваннях. Під час експрес-діагностики порівнюються ранжування основного набору ТВК М. Люшера, що відповідають уявленням обстежуваного про його стан на ключових стадіях екстремальної ситуації, з так званими кольороасоціативними еталонами станів. Практика свідчить, що експрес-діагностика досить адекватно відображає зміст стану людини в динаміці на ключових стадіях розвитку ситуації.

Підводячи підсумок, можна сказати, що метод ОРДС при оцінюванні емоційних станів дозволяє: по-перше, простежити динаміку психічного стану людини на різних стадіях розвитку екстремальної ситуації, по-друге, наочно показує емоційний спектр стану обстежуваного на різних стадіях, виявляє питому вагу тих або інших емоцій, переживань у процесі розвитку стану; по-третє, відображає специфіку екстремального стану (його зміст і динаміку), як з точки зору складників емоційного спектру, так і щодо символіки кольору. Водночас, незважаючи на діагностичні можливості методу ОРДС, не можна забувати, що він є одним із методів експертного дослідження стану.

Очевидно, що описані вище методи можуть використовуватися й у дослідженні учасників екстремальних ситуацій з метою виявлення глибини психотравми для подальшого терапевтичного впливу. У такому випадку предметом дослідження буде ступінь негативних змін у учасника через факт проживання екстремальної ситуації, а також потенціал опанування стресогенними факторами.

2.5. Візуальна діагностика стану алкогольного й наркотичного сп'яніння водіїв внутрішніх військ

Стани алкогольного і наркотичного сп'яніння, зрозуміло, не належать до психічних екстремальних станів. Проте вони досить часто супроводжують їх, пов'язуються з ними причинно-наслідковим зв'язком. Так, переживаючи негативні стани, особи намагаються досягнути релаксаційної дії за допомогою алкоголю, наркотиків або, навпаки, сп'яніння водія може призвести до автокатастроф, ДТП і викликати тим самим екстремальні емоційні стани, ускладнити вихід із них.

Зазначимо, що керування автотранспортом у стані алкогольного сп'яніння є

однією з основних причин дорожньо-транспортних пригод. Щорічно близько 20 % випадків ДТП відбуваються через порушення правил дорожнього руху водіями у стані сп'яніння. Особливо тривожить той факт, що за останні роки у 3–4 рази зросла кількість водіїв, які керують транспортними засобами у стані наркотичного сп'яніння та під дією інших психоактивних речовин. Своєчасне виявлення у водіїв автотранспортних засобів фізіологічних і функціональних відхилень, що виникають при споживанні різних алкогольних і психоактивних речовин, є одним із найважливіших завдань у забезпеченні безпеки дорожнього руху.

Об'єктивна перевірка тверезості водія є одним із важливих методів боротьби з ДТП. Важливе значення у попередженні випадків керування автомобілем водіями у нетверезому стані має знання про вплив алкоголю на організм людини.

Так, після прийому алкоголю порушується перебіг психофізіологічних процесів, що визначають своєчасність і правильність дій водія у складних дорожніх умовах. Знижується гострота зору і здатність розрізняти кольори, що уповільнює сприйняття швидко мінливої дорожньої обстановки. Збільшується час відновлення функцій зору після засліплення світлом фар зустрічних автомобілів. Відзначається порушення глибинного зору, що ускладнює водійський розрахунок. Після прийому алкоголю порушуються функції уваги, оперативної пам'яті, сповільнюються процеси мислення, зменшується м'язова сила, порушується координація рухів, збільшується час сенсомоторних реакцій. У результаті водієві потрібно більше часу для оцінки дорожньої обстановки, прийняття рішення й виконання необхідних керуючих дій. Прийом алкоголю порушує суб'єктивний контроль за стомленням. Вираженість усіх цих порушень залежить від дози прийнятого алкоголю.

Установлена така залежність збільшення загальної реакції водіїв від кількості прийнятого алкоголю: при прийомі 75 г чистого алкоголю час реакції збільшується в 2–2,5 рази; при прийомі 100 г – у 2–4 рази; 140 г – у 3–5 разів і більше 165 г – у 6–9 разів.

Вплив алкоголю також залежить від індивідуальної переносності, віку, статі, маси тіла та ступеня звикання. Дія алкоголю залежить і від стану, в якому перебуває людина: хворобливість, стан збудження, пригнічення, стомлення.

Тому прийом однакової дози алкоголю спричиняє неоднакове сп'яніння у різних людей, а також у однієї і тієї самої людини залежно від її стану в певний час.

Усі без винятку водії у загальних рисах знають, як впливає алкоголь на психофізіологічні процеси людини, проте значна кількість водіїв самовпевнено вважає, що алкоголь може завдати шкоди лише у великій дозі. Вони переконані, що якщо молодий і здоровий водій випив трохи, то його професійні якості погіршуються незначно, що нерідко сприймається водіями як дрібниця, котрою можна знехтувати. Така установка дуже небезпечна.

Наприклад, більшість дорожніх пригод, пов'язаних з алкогольним сп'янінням, виникає саме при невеликих дозах. Причина в цьому випадку не тільки у зниженні сенсомоторних можливостей, а й у дії психологічного фактора.

Так, коли людина випиває значну дозу алкоголю, вона відчуває стан сп'яніння і зазвичай не сідає за кермо. Якщо ж знаходиться такий “відважний” водій, який вважає за можливе у такому стані керувати машиною, він уже намагається їхати якомога обачніше, уважніше, щоб таким чином хоча б якось компенсувати зниження своїх фізичних можливостей.

При малих дозах водій зазвичай не відчуває сп'яніння, але така доза алкоголю все ж тонізує організм. Людина починає відчувати підйом сил і, що найстрашніше, починає переоцінювати свої можливості й недооцінювати складність і небезпеку ситуацій, що складаються на дорозі.

Сильно п'яного водія видно неозброєним оком і оточення примусово утримують його від водіння. Незначне сп'яніння не тільки не впадає в очі, а й ретельно приховується (маскується) водіями. Наприклад, водії жують жувальну гумку, намагаючись перебити запах алкоголю, який є однією з явних зовнішніх ознак.

Під час обстеження для встановлення факту алкогольного сп'яніння, необхідно звертати увагу на поведінку і зовнішній вигляд обстежуваного, на фізіологічні функції його організму, проаналізувати стан уваги й мислення, дослідити вегетативні функції, провести координаційні проби. Так, симптомокомплекс алкогольного сп'яніння складається із 3 груп симптомів.

1-ша група. Порушення психічної сфери (емоційні та поведінкові зміни).

1. Алкогольна ейфорія. Виникає після прийому відносно невеликих доз алкоголю і триває 1–2 години. Часто ейфорія нестійка і легко змінюється дисфоричними спалахами. Для ейфорії характерні: підвищені мовна активність, ексцентричність поведінки, відволікання, розгальмовування, підвищення самооцінки.

2. Дисфоричний стан. Часто виникає на виході з алкогольного сп'яніння або в умовах психогеній. Характеризується дратівливістю, невдоволенням, легко виникає почуття ураженої гідності. Особи, які перебувають у стані дисфорії, похмурі, озлоблені, дратівливі, схильні до імпульсивних агресивних реакцій з незначних приводів.

3. Психомоторна загальмованість. Виникає при вживанні великих доз алкоголю або за підвищеної чутливості до нього. Характеризується зниженням спонукань і активності, млявістю, повільністю, наростаючою сонливістю. Відзначається збіднення мовної продукції, уповільнення мислення, порушення пам'яті. Важливу інформацію про стан обстежуваного дає спостереження за його вимовою: вимовою окремих звуків, словосполучень, емоційною модуляцією голосу.

2-га група. Неврологічні порушення.

1. Порушення ходи. Це високочутливий і надійний показник. Нестійка хода, розкидання ніг під час ходьби властиві особам з алкогольним сп'янінням. Для виявлення цих порушень застосовується функціональна проба “ходьба зі швидкими поворотами”. Обстежуваному пропонують зробити 5–6 кроків в одному напрямі, швидко розвернутись і зробити стільки ж кроків у зворотному напрямку.

2. **Порушення координації рухів.** Виявляються досить легко під час проведення простих координаційних проб: підняття дрібних предметів з підлоги, пальценосової проби, зведення при закритих очах кінчиків указівних пальців. До цінних діагностичних симптомів відносять порушення при утриманні рівноваги в позі Ромберга (рис. 2.1), особливо сенсibiliзованої.



Рис. 2.1. Проба Ромберга

Проба Ромберга використовується для перевірки обстежуваного на координацію і стійкість, і передбачає дослідження у простій позі (поза Ромберга I) і ускладнених (поза Ромберга II і III).

У позі Ромберга I обстежуваний стоїть, зімкнув ступні ніг (п'яти і носки разом), очі закриті, руки витягнуті вперед, пальці дещо розведені. Визначається час стійкості в цьому положенні до втрати рівноваги. Слід зауважити, що позу Ромберга I застосовують звичайно у клініці під час обстеження хворих. Для осіб з доброю фізичною підготовкою рекомендовано використовувати ускладнені пози.

У позі Ромберга II обстежуваний повинен стояти так, щоб його ноги були на одній лінії (при цьому п'ята однієї ноги торкається носка іншої), в іншому положення обстежуваного таке саме, що і при простій позі Ромберга, тобто руки витягнуті вперед, пальці розведені й очі закриті. Час стійкості в позі Ромберга II у здорових нетренованих осіб коливається зазвичай у межах 30–55 секунд; тремор (тремтіння) пальців рук і повік відсутній. У фізично підготовлених осіб час стійкості значно більший і може становити 100–120 секунд і більше.

Поза Ромберга III: обстежуваний стоїть на одній нозі, стопа другої притиснута до колінної чашки опорної ноги. Стійкість у такому положенні повинна бути не менше 15 секунд.

Пальценосова проба – проба, що дає можливість виявити динамічну атаксію. Обстежуваному пропонується торкнутися вказівним пальцем кінчика власного носа і повторити цей рух із закритими очима. Зазвичай ця проба виконується в позі Ромберга.

3. **Поява ністагму** закономірна вже в легких формах алкогольного сп'яніння.

Ністагм – мимовільні коливальні рухи очей високої частоти (до кількох сотень на хвилину). Походить від грец. *nystagmos* – дрімота. Ністагм являє собою ритмічні рухи очних яблук. При дослідженні рухів очей виявляється горизонтальний установочний ністагм при фіксації погляду у крайніх відведеннях.

Більш чутливою є *проба Ташена*. Обстежуваний робить 5 обертів навколо власної осі за 10 секунд, потім його зупиняють і просять зафіксувати погляд на

якому-небудь предметі, який тримають перед його обличчям на відстані 35 см, потім визначається тривалість ністагму (у нормі – не більше 10 секунд).

3-тя група. Вегето-судинні зміни. У сукупності з іншими ознаками виявляються лабільність пульсу, артеріального тиску, дихання, полегшується формування колаптоїдних станів, особливо при різкій зміні положення тіла: гіперемія склер; тахікардія (100 ударів на хвилину); гіперемія шкірних покривів; підвищення артеріального тиску, частоти дихання, температури тіла. Ці ознаки більшою мірою схильні до коливань і можуть відобразити неспецифічні реакції обстежуваного.

Запах алкоголю з рота практично обов'язковий у стані алкогольного сп'яніння. Однак суб'єктивна оцінка наявності або відсутності запаху алкоголю з рота нерідко призводить до помилок. Варто диференціювати запах алкоголю із запахами інших летючих харчових, лікарських або косметичних речовин, які можуть нагадувати алкоголь. Крім того, нерідко запах алкоголю можуть давати одяг, просочений спиртними напоями, пов'язки і рани, оброблені алкогольними препаратами. Тому запах алкоголю слід визначати за глибоким видихом обстежуваного з близької відстані.

Ознаки сп'яніння при різних його ступенях.

Для I (легкого) ступеня сп'яніння ознаки будуть такими: з рота запах алкоголю нерізкий, часто короткочасний, хода досить чітка, деколи можливі спотикання, свідомість ясна. Сп'янілий осмислено, жваво розмовляє, лише зрідка мова стає плутаною; мислення прискорене, асоціації виникають іноді за суміжністю, співзвучністю; у поведінці відчувається легке збудження. Тонус м'язів злегка підвищений, реакція на больові подразники виразна, сухожилісні рефлекси звичайні. У позі Ромберга відзначається легке похитування, а у пробі з присіданнями з закритими очима також легке похитування. Почерк може бути з невеликими порушеннями (кривий рядок, різнокаліберні літери). На запах нашатирного спирту реакція нормальна. Зіниці звичайні або злегка розширені; ністагм відсутній.

У цій стадії переважає ослаблення внутрішнього диференційованого гальмування, внаслідок чого розгальмовуються вітальні почуття (процеси, необхідні для життєдіяльності організму): підвищуються апетит, лібідо, примітивна емоційність. У цілому описану картину сп'яніння можна назвати ейфорійною формою сп'яніння. Існує також дисфорична форма, для якої характерні: переважання поганого настрою; схильність до конфліктності, агресивності; прискіпливість; суїцидальні думки і спроби.

Головні ознаки, що характеризують II (середній) ступінь сп'яніння: явний запах алкоголю з рота, хода хитка, обстежуваний тримається нестійко, увага привертається із зусиллям, свідомість ясна, але можливі початкові ознаки оглушення (обнубіляція, рідко гіперсомнія). Може настати дезорієнтування із втратою контролю над власною поведінкою (звідси цинічна лайка, втрата сором'язливості, відкрите відправлення фізіологічних потреб). Середній ступінь алкогольного сп'яніння характеризується, перш за все, гальмуванням вищих відділів центральної нервової системи. При цьому спостерігається загальна

млявість, зниження темпу мислення. Мова “змазана”, з персеверацією (безглузде, нав’язливе повторення слів, фраз або рухів). Крім зниження темпу мислення характеризується застряганням, асоціації застійні, одноманітні. Тонус м’язів іноді може бути підвищений, проте частіше буває знижений. Людина млява, больові реакції ослаблені. У позі Ромберга наявне виражене похитування, у пробі з присіданнями з закритими очима – різке похитування. Почерк змінений, стає розгонистим, помітне тремтіння пальців, рядки криві. На запах нашатирного спирту реакція знижена. Сухожильні рефлекси трохи ослаблені, зіниці, як правило, розширені і мляво реагують на світло, акомодация і конвергенція не змінені, може бути легкий ністагм.

III (глибокий) ступінь сп’яніння – це стан, в якому можна спостерігати різні, але глибокі форми розладнаної свідомості. Людина не може самостійно триматися на ногах. Увагу можна привернути лише зусиллям. Мова невиразна. По суті, контакт з людиною неможливий, вона щось нерозбірливо бурмоче, повторює окремі слова, фрази, стан мислення визначити практично не вдається. Можлива млявість, загальмованість або, навпаки, невмотивоване збудження. Емоційна сфера пригнічена. Реакція на больові подразники значно знижена. Порушена тонка моторика, писати зовсім не може. Реакція на запах нашатирного спирту короткочасна, а найчастіше відсутня. Глибокий ступінь сп’яніння у зв’язку з важкою інтоксикацією може перейти у коматозний стан. Настає м’язова гіпотонія, температура тіла знижується, згасають рефлексорні реакції; відзначаються мідріаз і ністагм; гіпостезія аж до повного зникнення больових відчуттів. Шкіра стає блідою і холодною. Можуть виявлятися пірамідні знаки, явища орального автоматизму. Останні характерні для алкогольної коми. Смерть може настати від паралічу дихального центру.

Під час обстеження при легкому ступені сп’яніння, коли *обстежуваний навмисно намагається приховати факт сп’яніння*, також можна спостерігати певні особливості поведінки. Так, спостерігається навмисна стриманість, замкнутість. Мовленнєва продукція збіднена. Відзначається емоційна напруженість. Одні особи є обережними у висловлюваннях, обмірковують відповіді, прагнуть приховати факт сп’яніння. Інші протестують проти того, що їх підозрюють у вживанні спиртного. З емоційних реакцій, крім напруженості, демонстративної поведінки, можуть спостерігатися ейфоричність, нестійкість настрою, дратівливість, апатія, тривожність. Виявляється нечіткість вимови слів під час відповідей на запитання і, особливо, при виконанні тестів з рахунком. Легке сп’яніння супроводжується похитуванням при ходьбі, відхиленнями у бік при швидких поворотах. Виявляються порушення міміки, дрібних рухів, утримання вертикальної пози. Спостерігається горизонтальний ністагм при крайніх відведеннях очних яблук вбік. Прояви емоцій і вегетативних реакцій тим бідніші, чим вище рівень алкоголю в крові.

У разі наявності декількох ознак алкогольного сп’яніння за відсутності запаху алкоголю з рота можна припустити наявність наркотичного сп’яніння.

Розглянемо конкретніше ознаки наркотичного сп’яніння.

Непрямі ознаки вживання наркотиків і наркотичної залежності.

Непрямі ознаки наркотизації можуть бути специфічними для окремих препаратів і загальними, характерними для всіх наркотиків.

Основні ознаки порушення поведінки у осіб, які розпочали вживати наркотики.

1. Наростання прихованості (на перших етапах можливе без погіршення стосунків). Часто прихованість супроводжується почастиванням і збільшенням часу усамітнення.

2. Почастішання запізнь на службу.

3. Падіння інтересу до діяльності і звичних захоплень.

4. Зниження ефективності діяльності.

5. Збільшення фінансових запитів, без покращення якості матеріально-побутових умов, почастивання позичань грошей у борг.

6. Настрій – дуже важлива ознака – міняється з незрозумілих причин, дуже швидко і часто не відповідає ситуації: добродушність і млявість у скандалі або, навпаки, дратівливість у спокійній ситуації.

7. Сліди ін'єкцій (тобто уколів) за напрямком вен на руках.

8. З'являються нові підозрілі друзі (але спочатку зустрічі відбуваються з вельми пристойними на вигляд наркоманами) або поведінка старих приятелів стає підозрілою. Розмови з ними ведуться пошепки, незрозумілими фразами або на самоті. Різко збільшується кількість телефонних дзвінків.

Наркомани зі стажем нерідко є розповсюджувачами наркотиків, таким чином заробляючи собі на “дозу”. Поява таких осіб в оточенні людини може свідчити про вживання нею наркотиків.

Упізнати наркомана “зі стажем” можна за такими ознаками:

1) завжди довгі рукави одягу незалежно від погоди і обстановки;

2) неприродно вузькі або широкі зіниці незалежно від освітлення;

3) відчужений погляд;

4) часто неохайний вигляд, сухе волосся, затерплі кисті рук; темні, зруйновані, “обламані” зуби;

5) постава частіше сутула;

6) невиразна, “розтягнута” мова;

7) незграбні й уповільнені рухи за відсутності запаху алкоголю з рота;

8) явне прагнення уникати зустрічей з командиром, начальником;

9) дратівливість, різкість і неповага у відповідях на запитання;

10) після появи наркомана у службових приміщеннях, приватних квартирах зникають речі або гроші;

11) сліди уколів наркомани зазвичай не показують, але іноді їх можна помітити на тильній стороні кистей.

Наркомани зі стажем роблять собі ін'єкції куди завгодно, і сліди потрібно шукати на всьому тілі, не виключаючи шкіри на голові під волоссям. Часто сліди уколів виглядають не просто як множинні червоні точки, а зливаються у щільні синювато-червоні тяжі по ходу вен.

Поведінка і зовнішній вигляд людини, сп'янілої від наркотику, має такі характеристики.

1. Зовнішній вигляд і поведінка сп'янілої від наркотику людини тією чи іншою мірою нагадують стан алкогольного сп'яніння, але за відсутності або при слабкому запаху алкоголю з рота, що не відповідає стану людини. Зміна свідомості: звуження, спотворення або затьмарення. Зміна настрою: безпричинна веселість, смішливість, балакучість, злостивість, агресивність. Зміна рухової активності: підвищена жестикуляція, надмірність рухів, непосидючість або ж, навпаки, відсутність рухів, млявість, розслаблення, прагнення до спокою (незалежно від ситуації). Зміна координації рухів: плавність, швидкість, розмашистість, різкість, неточність, нестійкість при ходьбі, похитування тулуба навіть у положенні сидячи (особливо явне при закритих очах). Завжди порушений почерк.

2. Зміна кольору шкірних покривів: блідість обличчя і всієї шкіри або, навпаки, почервоніння обличчя і верхньої частини тулуба. Блиск в очах; сильно звужені або сильно розширені зіниці, що не реагують на світло. Зміна слиновиділення: підвищене слиновиділення або, навпаки, сухість у роті, сухість губ, осиплість голосу.

3. Зміна мови: прискореність, підкреслена виразність або ж уповільненість, нечіткість вимови (“каша у роті”).

Специфічні ознаки зловживання окремими наркотиками. Припустити вживання конкретного наркотику або психоактивного засобу можна як за ознаками інтоксикації, так і за проявами синдрому відміни наркотиків (правда, тільки для деяких речовин). Усі ці ознаки розглянуті нижче окремо:

- для похідних конопель;
- для опіатних наркотиків;
- для психостимуляторів;
- для галюциногенів;
- для снодійно-седативних препаратів;
- для летючих речовин.

Непрямі ознаки зловживання коноплями. Ознаки сп'яніння препаратами конопель (“марихуана”, “анаша”, “план”, “гашиш”, “шишки”, “травка”) багато в чому залежать від дози, кількості прийнятого наркотику. Зазвичай сп'яніння невеликими і середніми дозами характеризується розширенням зіниць, сухістю в роті, почервонінням обличчя, губ і склер очей. У цьому стані сп'янілі стають рухливими, балакучими. Багато сміються. Рішення приймають легко і бездумно. Мова часто прискорена, багатослівна, нечітка. Коноплі та їх похідні зазвичай називають “груповим наркотиком” тому, що настрої сп'янілого здебільшого повторює настрої його оточення. Якщо всім навколо весело, він сміється, якщо сумно – плаче. Дуже характерною ознакою інтоксикації препаратами конопель є підвищений апетит. Під кінець сп'яніння людина легко може за один раз з'їсти, наприклад, каструлю борщу чи буханець хліба. Наприкінці сп'яніння з'являється виражена сонливість.

Якщо доза наркотику велика, обличчя сп'янілого може бути блідим, зіниці –

вузькими, губи – сухими. При цьому він досить млявий, загальмований, занурений у себе. Говорить “язиком, що заплітається”. На запитання відповідає із затримкою, іноді невпадат, односкладно. Від нього можна почути виразний запах коноплі. Рухи незграбні і розмашисті через те, що порушена їх координація. Зазвичай у такому стані наркоман прагне, щоб ніхто не заважав йому і не “діставав” розмовами і проханнями – він все одно не у змозі їх виконати. Передозування препаратами конопель здатне викликати гострий психоз.

Непрямі ознаки вживання опіатів. Упізнати людину, яка перебуває під впливом опіатів (морфін, кодеїн, героїн, метадон, “макова соломка”, “солома” або “сіно”, “черняшка”, “ханка”), можна за такими ознаками.

1. Незвичайна сонливість у самий невідповідний час. Якщо залишити сп’янілого у спокої, він починає засинати у будь-якій позі і клювати носом, періодично прокидаючись. Якщо його гукнути, він відразу включається в розмову, ніби й не спав.

2. Мова сповільнена, слова розтягуються. Сп’янілий починає говорити на тему, яку вже давно обговорили й забули, кілька разів може розповісти одне й те саме. Може бути жвавим, дотепним, легким у спілкуванні.

3. Дуже добродушний, покладливий, поступливий і послужливий.

4. Справляє враження вкрай розсіяного або задумливого.

5. Засинаючи, може забути про недопалок сигарети і випустити його або обпалити руку. Тому на одязі часто видно дірки з обгорілими краями.

6. Прагне усамітнитися (краще в окремому приміщенні, включити там радіо, програвач і заснути). Іноді, навпаки, сп’янілий бажає бути в товаристві, навіть якщо його і не просять. Нав’язливий.

7. Зіниці (вкрай важлива ознака) у цей час незвично вузькі і зовсім не розширюються у темряві. Так, при сутінковому освітленні гострота зору помітно знижується.

8. Шкіра бліда, суха і тепла.

9. Больова чутливість знижена. Наркоман може обпектися сигаретою або гарячою сковородою і не відчути болю.

10. Сп’янілого важко вкласти спати в кімнаті з вимкненим світлом до пізньої ночі (іноді до 2–4 годин ночі).

Стан сп’яніння не триває довше 8–12 годин, а іноді – всього 4–5 годин. Коли воно проходить, поступово з’являються ознаки синдрому відміни. У цей час наркоман неспокійний. Він напружений, дратівливий без причини, нервує. Йому необхідно знайти наркотики, тому він нетерплячий. Якщо до нього підійти з питаннями, він розлютиться і нагрубіє.

Наркомани-початківці, у яких ще не сформувалася важка фізична залежність, здатні переносити “ломки” на ногах. У цьому випадку вони можуть сказатися “хворими”. І дійсно, картина опіатного синдрому відміни у легкій формі нагадує ГРЗ або розлад шлунка: починається все з різкого розширення зіниць, млявості, нездужання, ознобу, чхання, сильної пітливості та зниженого настрою. Наркомани кутаються в теплі речі, включають обігрівачі, навіть якщо у приміщенні нехолодно. Їх мучить нежить, а деякі постійно чхають. Їх нудить,

може початися і блювота. Болить живіт, у деяких буває пронос. У цей час наркомани майже не сплять ночами, лежати нерухомо не можуть, хоча й намагаються. Їх турбує болісне “ламання” в руках, ногах, спині, у м’язах і суглобах. Переносити такий стан (а пройде не менше ніж 3–4 доби, поки стане хоч трохи легше) можуть лише ті, хто зловживає наркотиками недовго. Повторний прийом наркотиків призводить до раптового “закінчення хвороби”.

Ці ознаки характерні для середньої та легкої картини “ломок”. У наркоманів-початківців багато що з цих розладів, особливо більш важких (пронос, блювота, підвищення температури), відсутні.

Непрямі ознаки вживання психостимуляторів. Під час сп’яніння психостимуляторами (кокаїн, крэк, ефедрин, фенамін, первітин – “гвинт”, “чифір”, “екстазі”) наркомани надзвичайно жваві, стрімкі в рішеннях і вчинках. Рухи поривчасті, різкі. Швидко виконують всі справи, не можуть ні хвилинки посидіти на місці (у буквальному сенсі – міняють позу кожні 20 секунд). Періодично починають кудись збиратися, але можуть так нікуди й не піти. У розмові швидко говорять і перескакують з однієї теми на іншу. Кожної хвилини змінюють свої наміри. У них розширені зіниці, суха шкіра, дуже частий пульс і (якщо це можливо перевірити) підвищений артеріальний тиск. Нерідко виникає підвищене прагнення до діяльності. Протягом кількох годин можуть, наприклад, безцільно розбирати і збирати будь-який технічний пристрій (чи навіть будильник) або щось писати, малювати. У силу специфіки дії препаратів, якщо наркоман має достатню кількість грошей або наркотиків, він може перебувати у стані сп’яніння безперервно протягом кількох діб. Увесь цей час наркоман може не спати і майже нічого не їсти. Саме через такий ефект цей вид наркотику є поширеним у далекобійників і інших водіїв, для яких характерними є тривалі періоди інтенсивної праці.

Після того, як сп’яніння пройшло, настають млявість, уповільнення реакцій, дратівливість. Настрій зазвичай знижений, але разом із цим наркомани тривожні, насторожені, лякаються гучних звуків або навіть негучних, якщо вони прозвучали у тиші. У наркоманів-початківців справа цим і обмежується, а у хворих зі стажем можливий розвиток тривалого депресивного стану з тугою і страхітливими галюцинаціями, мареннями переслідування. Шкіра бліда, вкрита потом, рухи погано координовані, невпевнені. Пульс залишається частим.

У наркоманів, які зловживають ефедромом або ефедрином (до недавнього часу був найпоширенішим із психостимуляторів), часто спостерігається гладкий трохи набряклий язик яскраво-малинового забарвлення.

Особливе місце серед психостимуляторів займає порівняно новий для нашої країни наркотик “екстазі”. Цей наркотик продається у вигляді таблеток або капсул різного кольору і форми. Називаються вони по-різному: “серце”, “дельфін” або “голуб”. Активна речовина, що міститься у них, – метілендіоксиметамфетамін – має подвійний ефект, поєднуючи в собі стимулюючі і виражені галюциногенні властивості. Стимулюючий ефект препарату дозволяє бути активним усю ніч безперервно, без втоми, відчувати приплив енергії, невимушено розмовляти з оточенням. Дія “екстазі” проявляється через 12–60 хвилин після прийому таблетки

або капсули і може тривати від чотирьох до восьми годин, поступово слабнучи. Після прийому “екстазі” виникають певні фізичні ефекти: частішання серцебиття, розширення зіниць, підвищення кров’яного тиску і температури. Останній чинник за певних умов – у погано провітрюваному приміщенні і при інтенсивних навантаженнях – може призвести до перегріву організму. Крім того, препарат викликає відчуття оніміння щелеп, сухість у роті і горлі. Іноді ускладнюється контроль рухів, з’являється нудота. Зазвичай ці симптоми швидко проходять.

Психічні ефекти, що викликаються “екстазі”, включають приплив енергії, відчуття ясності свідомості, розслабленості, спокою і свободи. Зникає втома. Унаслідок ефекту зміни свідомості відступає занепокоєння, зумовлене різними негараздами. Сприймання стає насиченішим. Може виникнути тепле почуття любові (що ніби охоплює весь світ), відчуття тісного зв’язку з іншими людьми, довіри до них.

Залишкові явища на наступний день у різних людей можуть бути різними: в одних зберігається той самий приємний стан, що й напередодні, а в інших він змінюється відчуттям порожнечі і втомою, що іноді супроводжується запамороченнями і головним болем. Ці відчуття можуть зберігатися кілька днів.

Унаслідок уживання “екстазі” людина стає злобною або постійно відчуває тривогу і страх. Інколи повністю втрачається зв’язок із реальністю, розвивається психоз. Нерідко виникають розлади сну, панічні реакції, депресія, галюцинаторні видіння. Навіть через кілька днів або тижнів після вживання великих доз “екстазі” можуть проявлятися так звані “флешбеки” (затримані реакції): раптово виникають такі самі переживання, що й після прийому наркотику. При регулярному використанні “екстазі” ефект зміни свідомості починає виявлятися слабкіше. У таких випадках у багатьох виникає спокуса прийняти більшу кількість таблеток, а це може спричинити передозування.

Непрямі ознаки зловживання галюциногенами. Сп’яніння галюциногенами можна спостерігати вкрай рідко: гриби роду *Psilocybe*, ЛСД (діетіламід лізергінової кислоти), РСР (фенциклідін). У цьому стані наркомани занадто привертають до себе увагу, тому що здійснюють безглузді вчинки, прислухаються до неіснуючих голосів або протягом тривалого часу роздивляються малюнки на шпалерах (вони вважаються їм шедеврами живопису чи навіть мультфільмами). Тому вони намагаються перечекати сп’яніння далеко від людей або приймають наркотики тоді, коли не збираються ні з ким зустрічатися.

Фізичні ознаки синдрому відміни також не дуже помітні у осіб, які приймають галюциногени.

Можна підозрювати зловживання галюциногенами, якщо обстежуваний справляє враження людини “не від світу цього”: багато уваги приділяє загальним питанням філософії, релігії і світобудови, висуває нетривіальні психологічні або соціальні ідеї, надто захоплений модерністським мистецтвом. Може відчувати труднощі у налагодженні дружніх стосунків із малознайомими людьми; сторониться веселих компаній, замкнутий; несміливий із протилежною статтю. Перераховані якості ніяк не можна назвати поганими або такими, що рідко зустрічаються. Саме тому діагностика зловживання

галюциногенами є дуже складною. Зазвичай самі наркомани розповідають про свої пригоди, коли починаються ускладнення наркотизації: психози, депресії і апатія. Якщо людина подібних проблем не має, то навіть фахівець не поставить діагноз (якщо не буде проведено лабораторний аналіз протягом 1–2 діб після прийому наркотику).

Непрямі ознаки вживання снодійних і заспокійливих препаратів. До снодійних (похідні барбітурової кислоти, барбітурати) і заспокійливих засобів (транквілізаторів) належить безліч препаратів: барбаміл, фенобарбітал, реладорм, феназепам, радедорм, реланіум, еленіум, ноксірон, імован, донорміл, оксibuтират натрію тощо. Картина сп'яніння ними приблизно однакова і дуже нагадує алкогольне, тільки запаху не відчувається.

Вживання малих доз за зовнішніми ознаками діагностувати важко. При вираженому сп'янінні інтоксикація супроводжується зниженням гостроти сприймання навколишнього світу (“оглушення”), минуцим пригніченням розумових здібностей і втратою морально-етичних орієнтирів. Це виявляється в розгнуданій поведінці, відсутності почуття такту і ввічливості, поспішності й легковажності у прийнятті рішень. При використанні снодійних препаратів наркомани часто агресивні і легко лізуть у бійку.

Зіниці зазвичай розширені. Шкіра, як правило, бліда (а не червона, як у алкоголіків). Частота пульсу підвищена. Координація рухів різко порушена (вони розмашисті, надлишкові, незграбні). Увага нестійка. Язик “заплітається”, мова невиразна, занадто гучна.

Через 2–4 години наркомани стають млявими, сонливими і потім можуть заснути. Сон триває недовго (2–4 години), зазвичай важкий, часто з хропінням, схожий на сон алкоголіка. Після пробудження болить голова, відчувається слабкість і нездужання. Настрій знижений. Наркомани дратівливі й похмурі. Закінчується все пошуком чергової дози снодійного або спиртного. У разі залежності від оксibuтирату натрію тривалість фаз сп'яніння може бути коротшою.

Синдром відміни у наркоманів, залежних від снодійних, дуже важкий. Людина відчуває сильну слабкість, її нудить; тіло вкриває холодний піт, спостерігається велике тремтіння, що нерідко буває й у алкоголіків. Голова крутиться. Розвивається виражена тривога за своє життя і стійке болісне безсоння. Досить часто виникають психози з галюцинаціями, маренням переслідування. Характерними є “ламання” у суглобах. Дуже частий і небезпечний розлад – судомні напади з втратою свідомості, такі ж самі, як у епілептиків.

Непрямі ознаки зловживання летючими речовинами наркотичної дії. Інтоксикація такими летючими речовинами наркотичної дії (ЛРНД), як бензин і різноманітні розчинники препаратів побутової хімії, спостерігається при їх вдиханні. При цьому розчинник поміщають у поліетиленовий мішок і вдихають пари розчинника. Схожі речовини входять і до складу клеїв типу “Момент”.

Інтоксикація ЛРНД зовні дуже нагадує сп'яніння алкоголем. Відмінностей небагато:

– сп’яніння ЛРНД досить часто є “професійним” у осіб за професіями, що пов’язані з цією хімією, в тому числі й у водіїв;

– зазвичай люди під дією ЛРНД ведуть себе вкрай зухвало й гамірно: голосно кричать, сміються, заїдаються, якщо прийнята доза була невеликою;

– запах алкоголю при цьому відсутній, але іноді можна відчутти слабкий запах розчинника, ацетону або бензину від волосся або одягу;

– після сп’яніння іноді можна помітити “провали” у пам’яті;

– при систематичному вживанні ЛРНД перші зміни проявляються у розумовому відставанні, уповільненні мислення; змінах у поведінці; це пов’язано з тим, що наведені зміни і порушення відбуваються поступово, а не у вигляді стрибка;

– у осіб, які систематично зловживають ЛРНД, шкіра землистого відтінку, перенісся і підвіки дещо набряклі, волосся і нігті сухі й ламкі.

Ураховуючи, що сп’яніння ЛРНД є “професійним”, необхідно приділяти визначенню його ознак особливу увагу.

Таким чином, знаючи зовнішні ознаки різних видів сп’яніння, для встановлення факту сп’яніння (без використання лабораторних тестів) можна використовувати такий *план обстеження*.

1. Зовнішній вигляд обстежуваної особи: стан одягу, шкіри, наявність ушкоджень (поранення, забиті місця, точна локалізація, характер ушкодження тощо).

2. Поведінка обстежуваної особи: напружена, замкнута, роздратована, збуджена, агресивна; ейфорійна, балакуча, метушлива; настрої нестійкий, млявий, загальмований, скарги на свій стан (на що саме).

3. Стан свідомості, орієнтування на місці, у часі і власній особистості.

4. Мовна здатність: зв’язаність висловлень, порушення артикуляції, “змазаність” мови тощо.

5. Вегетативно-судинні реакції:

– стан шкірних покривів, слизових оболонок очей, язика, спітніння, слинотеча;

– дихання: прискорене, уповільнене, кількість подихів на хвилину;

– пульс: прискорений, уповільнений;

– артеріальний тиск: високий, низький;

– зіниці: звужені, розширені; реакція на світло: жива, млява;

– ністагм при погляді вбік.

6. Рухова сфера:

– міміка: млява, жвава;

– хода: хитка, розкидування ніг під час ходи, хода зі швидкими поворотами (без хитань, хитання при поворотах), поза Ромберга;

– точність рухів: підняти монету з підлоги, пальценосова проба;

– тремтіння повік, язика, пальців рук.

7. Відомості про останнє вживання алкоголю або наркотичних речовин чи лікарських препаратів, що знижують увагу і швидкість реакції: суб’єктивні й об’єктивні.

8. Запах алкоголю з рота.

Установивши візуально (чи запідозривши) стан сп'яніння, необхідно відправити водія до медичного працівника на наркологічну експертизу.

2.6. Діагностика суїцидальних тенденцій у військовослужбовців

Суїцид – акт самогубства, що скоюється людиною у стані сильного душевного розладу або під впливом психічного захворювання; усвідомлений акт позбавлення себе життя під впливом гострих травмуючих ситуацій, при яких власне життя як вища цінність втрачає для людини сенс.

Серйозну проблему становлять і замах на своє життя, число яких значно перевищує кількість випадків завершення суїцидів. Вони спричиняють незворотні порушення здоров'я людини, нездатність виконувати професійні обов'язки і призводять до звільнення.

Існує спрощене ставлення до фактів самогубств, прагнення пояснити їх виключно впливом психічних розладів. Однак вивчення обставин суїцидальних випадків показало, що понад 80 % військовослужбовців, які позбавили себе життя, – це здорові люди, котрі потрапили в гострі психотравмуючі ситуації.

Очевидно, що незалежно від того, чи йдеться про самогубство, чи про незавершену спробу, основний практичний і теоретичний інтерес становить період життя і діяльності людини, що передує суїцидальному акту. Цей період часу (пресуїцид) характеризується особливим психічним станом особистості, що зумовлює підвищену ймовірність суїцидальної дії.

Пресуїцидальний період визначається винятковою емоційною напруженістю для суїцидента. У цей період у людини спостерігається фіксація уваги на труднощах у роботі, на думках про відсутність потенційних можливостей вирішення проблем, що виникли. Характерною особливістю цього періоду є підвищена потреба в установленні неформальних контактів, співпереживанні, емоційній підтримці (“пошук опори”). Практично всі суїциденти відзначають, що їм дуже хотілося знайти підтримку, поділитися своїми переживаннями, розділити тривогу.

У разі неможливості або недостатній спроможності людини встановити глибокий душевний контакт у колі товаришів по службі, а також, якщо людині не було своєчасно надано допомогу й підтримку, відбувається прогресуюче поглиблення пригніченого стану. При цьому виникає одне з найболючіших переживань, які часто спостерігаються у суїцидентів, – почуття самотності, відчуженості, ізоляції у колективі. На основі подібних станів з'являються суїцидальні думки, а пізніше й обдумування способу позбавлення себе життя.

Суїцидальний період, початок якого пов'язаний з появою думок про самогубство, триває аж до замаху на своє життя. Саме прийняття рішення про самогубство, навіть у результаті “обмірковування”, свідчить про переживання незвичайної глибини і сили. Характерні особливості поведінки людини в цей період: замкнутість, прагнення до самотності (аж до повної ізоляції), утрата інтересу до всього, що діється. Людина нібито відділена психологічним бар'єром

від інших людей, повністю занурена у своє “Я”, болісні переживання.

В основі суїцидальної поведінки лежить *конфлікт*. Конфліктна ситуація набуває характеру суїцидонебезпечної, коли людина усвідомлює її як високозначущу, занадто складну, свої можливості – як недостатні, а вибір суїцидальної дії – як єдино можливий для себе вихід.

Суїцидонебезпечні реакції, зниження або втрата інтересу до життя не можуть не зумовлюватися особистісними особливостями.

Необхідно зазначити, що єдиної особистісної структури, специфічної для суїцидальної поведінки і досить виразної, щоб указувати на ймовірність її виникнення, виявлено не було.

До характерних особистісних особливостей суїцидентів можна віднести: низький або занижений рівень самооцінки, невпевненість у собі, високу потребу в самореалізації, низький рівень оптимізму й активності у складній ситуації, тенденція до перебільшення своєї провини, високий рівень тривожності тощо.

Знання про характер конфліктної ситуації, яка створила передумови для виникнення психологічної кризи, а також про особистісні характеристики людини дає деякі підстави для визначення суїцидального потенціалу особистості.

Визначення ризику можливого суїциду – завдання надзвичайно складне. Питання про те, кого слід вважати потенційним суїцидентом, з якого моменту і за яких умов людину може бути включено до “групи ризику”, не мають однозначних відповідей.

Застосування психологічного підходу до визначення суїцидального ризику дозволяє встановити групові та індивідуально-психологічні фактори ризику.

До групових факторів, які визначають підвищену ймовірність виникнення суїцидальної поведінки (тобто загальний суїцидальний ризик), належать такі:

– соціально-психологічні: важка морально-психологічна обстановка у військовому колективі, зумовлена, зокрема, нестатутними взаєминами між військовослужбовцями, порушенням дисциплінарної практики командирами й начальниками.

– професійні: початковий період професійної діяльності.

– вікові особливості людини.

– хронологічні ознаки: пора року, дні тижня, час доби.

На індивідуально-особистісному рівні факторами, що визначають загальний суїцидальний ризик, є: умови сімейного виховання; часта зміна місця проживання, навчання, роботи, служби; активне вживання алкоголю та інших наркотичних засобів; учинення суїцидальних спроб.

Аналіз досліджень показав, що на основі різних поведінкових проявів можна своєчасно виявити осіб із високою ймовірністю реалізації суїцидальних дій. До числа таких ознак можна віднести відкриті висловлювання про бажання покінчити собою (товаришам по службі, керівництву, у листах родичам).

На можливість суїцидальних дій указують і непрямі натяки (наприклад, поява в колі товаришів по службі з петлею на шії із ремня брюк, мотузки, телефонного дроту тощо; публічна демонстрація петлі із будь-яких гнучких предметів; гра зброєю з імітацією самогубства і т. ін.

Зазвичай спробі самогубства передую активна попередня підготовка, цілеспрямований пошук засобів покінчити собою (збирання таблеток, пошук і зберігання отруйних рідин тощо). Керівництво мають насторожувати й надзвичайно наполегливі прохання про переведення в інший підрозділ, відділ тощо; про госпіталізацію; про надання відпустки за сімейними обставинами. Не можуть також не викликати стурбованості прагнення людини до усамітнення, звуження кола контактів у колективі. Про ймовірність реалізації суїцидальних дій свідчать несподіваний прояв не властивих людині раніше рис акуратності, відвертості, щедрості (роздавання особистих речей, фотоальбомів, годинників, радіоприймачів тощо). Роздуми на тему самогубства можуть набувати художнього оформлення: у записній книжці, де зображуються малюнки, що ілюструють депресивний стан (наприклад, труни, хрести, шибениці).

Безумовно, ефективність попередження насамперед, залежить від повноти та своєчасності виявлення потенційних суїцидентів. Однак цілком очевидно, що профілактика суїцидальної, як і будь-якої іншої поведінки, що відхиляється, не може обмежуватися лише цим. Вона повинна являти собою багаторівневу систему, що поєднує заходи соціального, психологічного, медичного, правового й педагогічного характеру. До цих заходів слід віднести таке.

1. Правильне й чітке планування та організація повсякденного життя, навчання і служби військовослужбовців, їх побуту й дозвілля.

2. Організація заходів психогігієнічного і психопрофілактичного характеру, що забезпечують збереження психічного здоров'я військовослужбовців.

3. Забезпечення соціальної захищеності військовослужбовців, дотримання їхніх конституційних прав.

4. Попередження нестатутних взаємин у військових колективах.

5. Виявлення груп високого суїцидального ризику серед військовослужбовців.

6. Уміння посадових осіб розпізнавати потенційних самовбивць (ранні ознаки суїцидальної поведінки повинні знати командири, начальники, посадові особи структур з виховної роботи).

7. Адекватна психологічна допомога людині, яка перебуває у стані гострої особистісної кризи.

Таким чином, гострота й актуальність проблеми суїцидальної поведінки військовослужбовців вимагає від усіх посадових осіб розуміння сутності цього явища, володіння основними методами його діагностики та організації профілактичної роботи.

Питальник суїцидального ризику (О. Г. Шмельов)

Ця методика застосовується в тому випадку, коли психолог на основі попереднього дослідження виявив високу ймовірність суїцидальної поведінки. Тестуванню має передувати бесіда, під час якої психолог проявляє максимум уваги і співчуття. Питальник надається мовою оригіналу.

Текст питальника

Інструкція. Перед Вами список із 29 тверджень. Вам необхідно на них відповісти. Уважно прочитайте ці твердження. У бланку для відповідей у разі згоди з твердженням поставте "+", у разі незгоди з твердженням "-". Працюйте не поспішаючи.

1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.

2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определенно не везет в жизни.
6. Работать Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью более, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.
12. Вы считаете себя обреченным человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя ставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете мысли об этом выкинуть из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Інтерпретація діагностичних шкал

1. *Демонстративність (Д)*. Бажання привернути увагу оточення до своїх нещастя, добитися співчуття і розуміння. Оцінювання із зовнішніх позицій, інколи як “шантаж”, “істероїдне випинання труднощів”, демонстративна суїцидальна поведінка переживається зсередини як “прохання про допомогу”. Найбільш суїцидонебезпечним є поєднання з емоційною ригідністю, коли “діалог зі світом” може зайти надто далеко.

До цієї субшкали відносять пункти № 12, 14, 20, 22, 27 питальника.

2. *Афективність (А)*. Домінування емоцій над емоційним контролем в оцінюванні ситуації. Готовність реагувати на психотравмуючу ситуацію безпосередньо, емоційно. Крайній варіант – блокада інтелекту.

Пункти № 1, 10, 20, 23, 28, 29.

3. *Унікальність (У)*. Сприймання себе, ситуації і, можливо, власного життя в цілому як виняткового явища, не схожого на інші і, отже, беруться до уваги виняткові варіанти виходу, зокрема суїцид. Ця шкала тісно пов'язана з феноменом

непроникливості для досвіду, тобто з недостатнім умінням використовувати свій і чужий життєвий досвід.

Пункти № 1, 12, 14, 22, 27.

4. *Неспроможність (Н)*. Негативна концепція власної особистості. Уявлення про свою неспроможність, некомпетентність, непотрібність, “виключення” зі світу. Ця субшкала може бути пов’язана з уявленнями про фізичну, інтелектуальну, моральну та іншу неспроможність. Неспроможність виражає інтрапунітивний радикал. Формула внутрішнього монологу “Я – поганий”.

Пункти № 2, 3, 6, 7, 17.

5. *Соціальний песимізм (СП)*. Негативна концепція навколишнього світу. Сприйняття світу як ворожого, що не відповідає уявленням про нормальні або задовільні для людини стосунки з оточенням. СП тісно пов’язаний з екстрапунітивним стилем каузальної атрибуції. Екстрапунітивність визначається за формулою внутрішнього монологу “Ви всі мене не гідні”.

Пункти № 5, 11, 13, 15, 17, 22, 25.

6. *Злам культурних бар’єрів (ЗКБ)*. Культ самогубства. Пошук культурних цінностей і нормативів, які виправдовують суїцидальну поведінку або навіть роблять її якоюсь мірою привабливою. Запозичення суїцидальних моделей поведінки з літератури й кіно. Крайній варіант – інверсія цінності життя і смерті. За відсутності виражених піків за іншими шкалами це може свідчити лише про “естетизацію смерті”. Одна з можливих внутрішніх причин культу смерті – доведена до патологічного максималізму смислова установка на самостійність: “Вершитель власної долі сам визначає кінець свого існування”.

Пункти № 8, 9, 18.

7. *Максималізм (М)*. Інфантильний максималізм ціннісних установок. Максималізація цінностей значущості найменшої втрати з одночасною мінімалізацією цінностей значущості наявних досягнень. Поширення на всі сфери життя змісту локального конфлікту з якоюсь однієї сфери. Неможливість компенсації. Афективна фіксація на невдачах.

Пункти № 4, 16.

8. *Тимчасова перспектива (ТП)*. Неможливість конструктивного планування майбутнього. Це може бути наслідком сильної заглибленості у справжню ситуацію, трансформацією почуття нерозв’язності поточної проблеми, глобального страху невдач і поразок у майбутньому.

Пункти № 2, 3, 12, 24, 25, 27.

9. *Антисуїцидальний фактор (АФ)*. Навіть за високої вираженості всіх інших факторів є фактор, який знижує глобальний суїцидальний ризик. Це глибоке розуміння почуття відповідальності за близьких, почуття обов’язку. Це уявлення про гріховність самогубства, його антиестетичність, боязнь болю і фізичних страждань. У певному сенсі це показник наявного рівня передумов для психокорекційної роботи.

Пункти № 19, 21.

Бали підраховуються окремо за кожним фактором. За відповідь “так”

нараховується 1 бал. Кількість тверджень за кожним фактором приймається за 100 %. Кількість балів переводиться у відсотки. За відсотковим співвідношенням визначається індивідуальний стиль суїцидальної динаміки.

Запитання для самопідготовки та контролю

1. Які Ви бачите основні складності діагностики станів водіїв внутрішніх військ, які діють в екстремальних умовах? Визначте принципи добору психодіагностичного інструментарію для діагностики станів водіїв внутрішніх військ, які діють у таких умовах.

2. Дайте визначення стану психічної напруженості, його небезпеки для водія, який діє в екстремальних умовах. Назвіть способи розпізнавання цього стану.

3. У чому полягає небезпека стану депресії для водіїв, які керують транспортним засобом? Назвіть причини, методи й охарактеризуйте процедуру діагностики цього стану.

4. Опишіть процедуру і принцип дії методу опосередкованої ретроспективної діагностики станів, що використовується для визначення станів водіїв у момент потрапляння в ДТП.

5. Наведіть зовнішні ознаки стану алкогольного сп'яніння.

6. Які зовнішні ознаки стану наркотичного сп'яніння різними психоактивними речовинами?

7. Дайте визначення і вкажіть причини суїцидів серед військовослужбовців. Наведіть способи визначення суїцидального ризику військовослужбовця-водія внутрішніх військ.

Р о з д і л 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВОДІЯМ ВНУТРІШНІХ ВІЙСЬК, ЯКІ ПОТРАПИЛИ У СИТУАЦІЇ ЗАГРОЗИ ЇХ ЖИТТЮ ТА ЗДОРОВ'Ю

3.1. Види психологічної допомоги водіям, які потрапили в екстремальні ситуації

Психотравми, пов'язані з автомобільними аваріями, техногенними і природними катастрофами, з іншими небезпечними для життя людини подіями, практично завжди завдають відчутного удару по основному, базовому інстинкту людської психіки – інстинкту збереження життя. Хто і як “тримає” цей удар – залежить від індивідуальних психологічних особливостей конкретної людини. Психічні та поведінкові наслідки таких ударів можуть бути різноманітними і непередбачуваними.

Подібні ситуації передусім характеризуються своїм впливом на психіку потерпілого, викликаючи у нього психотравмуючий стрес, психологічні наслідки якого часто виявляються як відстрочена у часі, затяжна реакція на ситуацію, пов'язану із загрозою для життя, благополуччя або здоров'я. В результаті завжди істотно погіршується самопочуття і психоемоційний стан. Переважають знижений емоційний фон і пригнічено-депресивні тенденції. З часом фактори, що травмують психіку та пов'язані з гострою стресовою подією, можуть ставати хронічними й набувати характеру стійких психогенних розладів. Їх особливістю є наявність вираженої неспокійно-тривожної напруженості, страху, тілесних неприємних відчуттів, неконтрольованих уявлень, спогадів, що лякають, або відчуттів, пов'язаних з подією. Все це часто згодом породжує різні психосоматичні розлади і захворювання, список яких вельми широкий.

Для розвитку подальшого хронічного посттравматичного стресового розладу (ПТСР) не має значення той факт, які конкретно травмуючі психіку події відбувалися і спричинили психологічні або психічні порушення. Головним є те, що ці події мали екстремальний характер, могли виходити за рамки звичайних людських переживань і викликали інтенсивний страх за своє здоров'я чи життя.

У більшості випадків наслідками психотравмуючого стресу, пов'язаного з переживанням екстремальної ситуації, стають такі форми відреагування на те, що трапилося, як вживання алкоголю (наркотиків) або зловживання лікарськими препаратами. Алкоголь або наркотик використовуються як засоби релаксації, які дозволяють частково зняти відчуття внутрішнього дискомфорту, напруженості, тривоги, страху і тимчасово відводять від вкрай неприємних, страхітливих спогадів, уявлень або думок.

Наразі повне усунення наслідків психотравмуючого гострого стресу, психоемоційного або шокowego потрясіння здійснюється за методиками сучасної короткострокової (швидкодіючої) психотерапії, які поширені у розвинених країнах світу вже більше 30 років. Полягає вона у психотерапевтичній переробці й повному усуненні страхів або тривожних станів, що виникають під час водіння автомобіля, нав'язливих спогадів про пережиті автокатастрофи, неконтрольованих

уявлянь того, що трапилося під час ДТП чи в інших екстремальних ситуаціях.

У результаті психотерапевтичної роботи будь-яка психотравмуюча ситуація згладжується, втрачає свою значущість і силу впливу на психічну сферу потерпілого. Мимовільні нерегульовані спогади про те, що трапилося, наче проходять, усуваються із підсвідомої, неусвідомлюваної пам'яті, так само паралельно всі провоковані ними негативні відчуття і стани: страх, тривога, психоемоційна напруженість та інші порушення психологічного стану.

У США і країнах Заходу такі шляхи усунення проблеми є звичайною практикою. Там не люблять (і ніхто не буде) “геройно” страждати і терпіти. А, власне кажучи, в ім'я чого? Адже справжня розплата за такий “героїзм”, як правило, занадто дорога – це органічні захворювання та емоційно-психічні відхилення, порушення і перебої у сфері індивідуальної сексуальної, соціальної, харчової поведінки тощо.

Необхідно зазначити, що в нашій країні й у сусідній Росії також розробляються власні чи адаптуються відомі методи короточасної терапії, які уможливають повне позбавлення від негативних психологічних наслідків надзвичайних, кризових і екстремальних ситуацій і подій. Проте ще й досі серед осіб, які пережили екстремальні ситуації, поширеним є “лікування” терпінням “до останнього”, горілкою і часом, хоча алкоголь тимчасово поліпшує настрій, але не усуває саму суть проблеми.

Медицина у подібних випадках може запропонувати тільки психофармакологічні засоби: нейролептики, транквілізатори тощо. Ці препарати мають заспокійливо-релаксаційну дію на психіку, однак проблему теж не вирішують. Крім того, практично всі вони без винятку мають масу побічних явищ (млявість, загальмованість, сонливість) і формують звикання й залежність.

У більшості випадків після припинення прийому препаратів симптоми знову повертаються.

Що стосується ПТСР, то його важко вилікувати будь-якими ліками, та й застосовують їх лише у самих крайніх випадках і в разі переростання цього розладу в інші захворювання. Найкращі результати наразі дають лише спеціально розроблені для таких випадків методики індивідуальної і групової психотерапії.

Проте зазначимо, що завдання психолога військової частини, який здійснює психологічне супроводження військовослужбовців “до”, “на момент” та “після” виконання службово-бойових завдань в умовах екстремальної ситуації, полягає у докладанні необхідних зусиль для попередження розвитку ПТСР. Для цього він повинен надавати психологічну допомогу військовослужбовцям, які мають виразні ознаки негативних станів під час екстремальної ситуації (чи навчити деяким прийомам першої психологічної допомоги самих військовослужбовців і їхніх командирів); здійснювати індивідуальну і групову оперативну допомогу безпосередньо після закінчення виконання службово-бойових завдань в екстремальних умовах. Психолог повинен регулярно спостерігати за станом військовослужбовців, що будь-коли потрапляли в екстремальні ситуації, з метою своєчасного визначення ознак розвитку ПТСР. Установивши ознаки ПТСР у військовослужбовця, психолог має рекомендувати йому пройти індивідуальну чи

групову терапію.

Нижче наведено матеріали, які покликані допомогти психологу військової частини у реалізації цих завдань. Матеріали, представлені у цьому розділі, підібрано таким чином, щоб вони легко застосовувались у роботі з наслідками різних за змістом екстремальних ситуацій.

3.2. Перша допомога військовим водіям у негативних психічних станах, що виникли внаслідок потрапляння в екстремальні ситуації

Екстремальні ситуації викликають у людини сильний стрес, призводять до значної нервової напруженості, порушують рівновагу в організмі, негативно позначаються на здоров'ї у цілому – не тільки фізичному, але і психічному. Кожна людина в таких ситуаціях реагує по-різному. Процедура надання психологічної допомоги в екстремальних ситуаціях має свою специфіку. Усе залежить від мети психологічного впливу: в одному випадку треба підтримати, допомогти, в іншому – припинити.

У потерпілого в надзвичайній ситуації можуть з'являтися реакції, викликані травмою – емоційним шоком, що розрізняються у динаміці психічних станів: страх, апатія, ступор, рухове збудження, агресія, нервові тремтіння, плач, істерика, паніка.

Апатія може бути однією з реакцій на нервову напруженість, коли виникає таке відчуття втоми, що не хочеться ні рухатися, ні говорити, рухи і слова даються з великим зусиллям.

Ознаками апатії є:

- байдуже ставлення до оточення;
- млявість, загальмованість;
- мова повільна, з паузами.

Психологічна допомога при апатії: слід поговорити з потерпілим, поставити йому кілька простих запитань залежно від того, знайомий він чи ні:

- “Як тебе звати?”
- “Як ти себе почуваєш?”
- “Хочеш їсти?” тощо.

Проведіть потерпілого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися (обов'язково знявши взуття). Візьміть потерпілого за руку або покладіть свою руку йому на чоло. Дайте потерпілому поспати або просто полежати.

Якщо немає можливості відпочити (подія на вулиці, у громадському транспорті), то більше говоріть із ним, втягуючи його в будь-яку спільну діяльність.

Ступор – одна з найсильніших захисних реакцій організму. Відбувається після великих нервових потрясінь, коли людина витратила стільки енергії на виживання, що сил на контакт із навколишнім світом у неї вже немає. Через брак контакту з навколишнім світом потерпілий не помічає небезпеки і не починає дій, щоб її уникнути.

Ознаки ступору:

- різке зниження або відсутність довільних рухів і мови;
- відсутність реакції на зовнішні подразники (шум, світло, дотики);
- “заціпеніння” у певній позі, стан повної нерухомості.

Психологічна допомога при ступорі: зігніть потерпілому пальці на обох руках і пригорніть їх до основи долоні. Великі пальці повинні бути виставлені назовні. Кінчиками великого і вказівного пальців масажуйте потерпілому точки на чолі, над очима рівно посередині між лінією росту волосся і бровами, чітко над зіницями.

Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Підстройте свій подих під ритм його дихання. Людина, перебуваючи у ступорі, може чути, бачити. Тому говоріть йому на вухо, тихо, повільно й чітко те, що може викликати сильні емоції (краще – негативні).

Пам’ятайте, що необхідно будь-якими засобами домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння.

Рухове порушення – іноді потрясіння від критичної ситуації настільки сильні, що людина просто перестає розуміти, що відбувається навкруги. Вона не в змозі визначити, де вороги, а де свої, де небезпека, а де порятунок. Людина втрачає здатність логічно мислити і приймати рішення, стає схожою на тварину, що бігає в клітці.

Ознаки рухового порушення:

- різкі рухи, часто безцільні й безглузді дії;
- ненормально голосна мова або підвищена мовна активність (людина говорить без зупинки, іноді абсолютно безглуздо);
- часто відсутня реакція на оточення (на зауваження, прохання, накази).

Психологічна допомога при руховому порушенні: зведіть до мінімуму кількість людей, які оточують постраждалого. Дайте йому можливість “випустити пару” (наприклад, виговоритися або “побити” подушку). Доручіть йому роботу, пов’язану з високим фізичним навантаженням.

Масажуйте постраждалому “позитивні” точки. Говоріть спокійним голосом про те, що він відчуває: “Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося”, “Ти хочеш сховатися від того, що відбувається”. Не сперечайтесь, не задавайте питань, у розмові уникайте фраз із часткою “не”, що ставляться до небажаних дій: “Не біжи”, “Не розмахуй руками”, “Не кричи”.

Рухове порушення звичайно триває недовго і може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивною поведінкою.

Агресивна поведінка – один із мимовільних способів, яким організм намагається знизити високу внутрішню напруженість. Прояв злості або агресії може зберігатися досить тривалий час і заважати самому потерпілому і його оточенню.

Ознаки агресивної поведінки:

- роздратування, невдоволення, гнів (з будь-якого, навіть незначного приводу);
- завдання оточуючим ударів руками або якими-небудь предметами;

- словесна образа, лайка;
- м'язова напруженість;
- підвищення кров'яного тиску.

Якщо не надати допомогу розлютованій людині, це призведе до небезпечних наслідків: через знижений контроль за своїми діями людина буде робити необдумані вчинки, може заподіяти шкоду собі та/або іншим.

Психологічна допомога при агресивній поведінці: використовуйте прийом “захоплення” (перебуваючи позаду, просуньте свої руки потерпілому під пахви, пригорніть його до себе й злегка перекиньте на себе). Ізолюйте потерпілого від оточення. Демонструйте доброзичливість, навіть якщо Ви не згодні з потерпілим, не обвинувачуйте його, а висловлюйтеся з приводу його дій. Інакше агресивна поведінка буде спрямована на Вас. Не можна говорити: “Що ж ти за людина!”, а необхідно говорити: “Ти дуже злишся, тобі хочеться все рознести вщент. Давай разом спробуємо знайти вихід із цієї ситуації”. Намагайтеся розрядити обстановку смішними коментарями або діями.

Страх. Панічний страх, жах може спонукати до втечі, викликати заціпеніння або, навпаки, порушення, агресивну поведінку. При цьому людина погано контролює себе, не усвідомлює, що вона робить і що відбувається навколо.

Ознаки страху:

- напруженість м'язів (особливо м'язів обличчя);
- сильне серцебиття;
- прискорене поверхнєве дихання;
- знижений контроль власної поведінки.

Психологічна допомога при страху: покладіть руку постраждалого собі на зап'ястя, щоб він відчув Ваш спокійний пульс. Це буде для нього сигналом: “Я зараз поряд, ти не один”. Дихайте глибоко й рівно. Спонукайте потерпілого дихати в одному з Вами ритмі. Якщо потерпілий говорить, слухайте його, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття. Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

Нервове тремтіння. Після екстремальної ситуації з'являється неконтрольоване нервове тремтіння (людина за власним бажанням не може припинити цю реакцію). Таким чином організм скидає напруженість. Якщо цю реакцію зупинити, то напруженість залишиться всередині, у тілі і викличе м'язові болі, а надалі може призвести до розвитку серйозних захворювань (гіпертонія, виразка тощо).

Ознаки нервового тремтіння:

- тремтіння виникає раптово – відразу після інциденту або через якийсь час;
- виникає сильне тремтіння всього тіла або окремих частин (людина не може втримати в руках дрібні предмети, запалити сірник);
- реакція триває досить довгий час (до кількох годин), потім людина відчуває сильну втому й потребує відпочинку.

Психологічна допомога при нервовому тремтінні: потрібно підсилити тремтіння. Візьміть потерпілого за плечі й сильно, різко потрясіть протягом 10–15 секунд. Продовжуйте розмовляти з ним, інакше він може сприйняти Ваші дії як

напад. Після завершення реакції необхідно дати потерпілому можливість відпочити. Бажано вкласти його спати.

Під час нервового тремтіння не можна робити такі дії:

- обіймати потерпілого або притискати його до себе;
- укривати постраждалого чимось теплим;
- заспокоювати потерпілого, говорити, щоб він узяв себе в руки.

Плач. Ця реакція зумовлена фізіологічними процесами в організмі. Коли людина плаче, у неї всередині виділяються речовини, які мають заспокійливу дію.

Ознаки плачу:

- людина вже плаче або готова розридатися;
- тремтять губи;
- спостерігається відчуття пригніченості;
- на відміну від істерики немає порушень у поведінці.

Психологічна допомога при плачі: не залишайте постраждалого наодинці. Установіть фізичний контакт із постраждалим (візьміть за руку, покладіть свою руку йому на плече або спину, погладьте по голові). Дайте йому відчуття, що Ви поруч.

Застосовуйте прийоми “активного слухання” (вони допоможуть потерпілому виплеснути своє горе):

- періодично вимовляйте “так”, киваючи головою, тобто підтверджуйте, що слухаєте і співчуваєте;
- повторюйте за постраждалим уривки фраз, у яких він виражає почуття; говоріть про свої почуття й почуття потерпілого.

Не намагайтеся заспокоїти потерпілого. Дайте йому можливість виплакати й виговоритися, “виплеснути” із себе горе, страх, образи. Не ставте запитань, не давайте порад. Пам’ятайте, ваше завдання – вислухати.

Істеричний припадок триває кілька годин або кілька днів.

Ознаки істеричного припадку:

- зберігається свідомість;
- надмірна рухливість, безліч рухів, театральні пози;
- мова емоційно насичена, швидка;
- елементи ридання.

Психологічна допомога при істеричному припадку: видаліть сторонніх, створіть спокійну обстановку. Залишайтеся з постраждалим наодинці, якщо це не небезпечно для Вас.

Зненацька зробіть дію, яка може дуже здивувати (дати ляпас, облили водою, з гуркотом упустити предмет, різко крикнути). Говоріть з потерпілим короткими фразами, упевненим тоном (“Випий води”, “Умийся”).

Після істерики настає занепад сил. Укладіть потерпілого спати, до прибуття фахівця спостерігайте за його станом. Не потурайте бажанням потерпілого.

Смерть товариша викликає реакцію *горя*.

Переживання горя внаслідок смерті товариша має кілька фаз.

1. Шок і заціпеніння – триває від кількох секунд до кількох тижнів.

Ознаки:

- відчуття нереальності;
- відчуття збільшення емоційної дистанції від оточення;
- сердечне оніміння й нечутливість;
- мала рухливість, що змінюється на хвилини метушливої активності;
- переривчасте дихання, особливо на вдиху;
- втрата апетиту;
- труднощі із засинанням;
- поява манери поведінки померлого (загиблого).

2. Фаза страждання триває 6–7 тижнів.

Ознаки:

- відчуття присутності померлого;
- ідеалізування померлого;
- драгітлівість, злість, відчуття провини стосовно померлого;
- ослаблення уваги, неможливість на чому-небудь сконцентруватися, порушення пам'яті на поточні події;
- тривога, бажання усамітнитися;
- порушення сну;
- сексуальні порушення;
- млявість, відчуття порожнього шлунка, кому в горлі;
- підвищена чутливість до заходів.

3. Фаза прийняття – звичайно закінчується через рік після втрати.

Ознаки:

- відновлюється сон і апетит;
- втрата перестає бути головною подією в житті;
- іноді можуть виникати гострі приступи горя;
- з'являється здатність планувати своє життя з урахуванням втрати.

4. Фаза відновлення – триває від 18 до 24 місяців.

Ознаки:

- горе змінюється сумом;
- втрата сприймається як щось неминуче.

На кожній фазі переживання горя у зв'язку з загибеллю товариша є свої особливості психологічної допомоги.

Психологічна допомога на фазі шоку.

1. Не залишайте постраждалого на самоті.
2. Говоріть про померлого в минулому часі. Частіше торкайтеся до постраждалого (обіймайте, кладіть руку на плече, беріть його руку у свою).
3. Дайте йому можливість відпочити. Стежте за тим, щоб він їв.
4. Допомагайте потерпілому приймати необхідні рішення. Залучайте потерпілого до організації похорону.
5. Не кажіть “Від такої втрати ніколи не оправитися, тільки час лікує, на все воля Божа” тощо.
6. Переконайте потерпілого по можливості відмовитися від психотропних засобів.

Психологічна допомога на фазі страждання

1. Дайте потерпілому можливість побути наодинці, відпочити. Не намагайтеся припинити плач, не заважайте виявляти злість.
2. Розмову про померлого переведіть в область почуттів. Давайте пити багато води (до двох літрів на день).
3. Забезпечте потерпілому фізичні навантаження (прогулянки по 45 хвилин).
4. Запевніть, що страждання буде не завжди, все можна пережити, що втрата – це не покарання, а частина нашого життя, що у втратах немає рації, мети, плану, не треба їх шукати. Ставтеся до потерпілого з увагою, але будьте з ним суворі.
5. Поясніть, що поховати близьку людину – це не те ж саме, що її забути.

Психологічна допомога на фазі прийняття.

1. Переведіть розмову про померлого на тему майбутнього.
2. При хворобливих реакціях горя й “застигань” на тривалий час у фазі страждання необхідна індивідуальна психотерапія.

Консультативна допомога особам, які переживають втрату товариша (друга), будується, як уже зазначалося, на принципах, запропонованих в екзистенційно-гуманістичній психотерапії. Зарубіжні психологічні (кризові) служби виділили деякі кліше, яких рекомендується уникати в роботі з людьми, що переживають горе.

1. *“На все воля Божя”*. Не настільки всевідаючою є людина, щоб визначати Божу волю, до того ж це не дуже гарно.

2. *“Мені знайомі ваші почуття”*. Кожна людина унікальна, і кожен стосунки єдині у світі. Ми не можемо знати, що відчуває інша людина, стикнувшись зі смертю, оскільки ніколи не зможемо пережити її почуття.

3. *“Уже минуло три тижні з його (її) смерті. Ви ще не заспокоїлися?”* Не існує ліміту часу, відпущеного на страждання. Прийнято вважати, що переживання горя може тривати від шести місяців до двох років, хоча не виключені відхилення і в той, і в інший бік.

4. *“Дякуйте Бога, що у вас є ще друзі”*. Навіть якщо у людини ще є друзі, важко переносити загибель товариша (друга). Переживання горя не нівелює ставлення до інших товаришів, а просто відображає втрату конкретних стосунків.

5. *“Бог обирає найкращих”*. Це означає, що всі, хто живе на землі, включаючи і цю конкретну людину, не настільки гарні в очах Бога, крім того, виходить, що Бога не засмучує страждання, які завдає близьким.

6. *“Він (вона) прожив(ла) довге і чесне життя і ось прийшла його (її) година”*. Не існує часу, потрібного для того, щоб померти. Скільки б років не прожила людина, смерть – це завжди горе. Незважаючи на те, що смерть часто несе з собою позбавлення від страждань, фізичних або душевних, близькі люди переживають це також сильно.

7. *“Мені дуже шкода”*. Це дуже поширена автоматична реакція на повідомлення про чийсь смерть. Ми просимо вибачення за те, що життя закінчене, що люди переживають горе, за те, що нам нагадали про те, що всі ми смертні. Однак від людини, яка переживає втрату близької людини, ці слова вимагають відповіді, яка пролунала б недоречно. Що може людина сказати у

відповідь – “дякую”, “все гаразд”, “розумію”? У цій ситуації немає адекватної відповіді, і коли людина знову і знову чує подібні співчуття, ці слова швидко стають порожніми і безглуздими.

8. *“Зателефонуйте мені, якщо щось знадобиться”*. Якщо ми вибираємо цей варіант, то повинні бути готові відповісти на телефонний дзвінок у будь-який час дня і ночі. Несправедливо зробити таку заяву, а потім визнати недоречним дзвінок, що пролунав о 3-й годині ранку. Страждання не регулюються боєм настінних годинників, і часто найважчий час – між північчю і шістьма годинами ранку. Весь світ спить, не сплять лише скорбота й горе.

9. *“Ви повинні бути сильними заради своїх товаришів, дружини та дітей загиблого тощо”*. Людині, що страждає, немає необхідності бути сильною заради будь-кого, не виключаючи й саму себе. Переконаючи людей бути сильними, ми тим самим умовляємо їх зректися реальних емоцій. Це може призвести до інших проблем.

Психологи відзначають, що *бажання людей, які переживають горе, і відповідна допомога їм, як правило, стосується таких тем.*

1. *“Дозвольте мені просто поговорити”*. Ці люди хочуть говорити про померлого, причини смерті, про свої почуття у зв’язку з подією. Їм хочеться проводити довгі години у спогадах, сміючись і плачучи, розповісти про його життя – все одно кому, аби слухали. Їм необхідно ще раз перебрати всі найдрібніші подробиці до тих пір, поки вони не перестануть лякати їх і не залишать їх у спокої, і тоді вони зможуть оплакувати свою втрату.

2. *“Запитайте мене про нього”*. Ми часто уникаємо розмов про померлого, але близькі інтерпретують таку поведінку як забуття або небажання обговорювати саму смерть. Це демонструє рівень нашого дискомфорту, але не нашої турботи про близьких померлого. *“На кого він був схожий?”*, *“Чи є у вас фотографія?”*, *“Що він любив робити?”*, *“Які найприємніші ваші спогади пов’язані з ним?”* Це тільки деякі з питань, задавши які, ми можемо проявити свій інтерес до прожитого життя.

3. *“Підтримайте мене і дозвольте мені виплакати”*. Немає більшого подарунку, який ми можемо зробити вбитій горем людині, ніж сила наших рук, обхопивши її за плечі. Дотик – це диво терапії; так ми висловлюємо свою турботу й увагу, коли слова нам непідвладні. Навіть просто підтримка за лікоть краще, ніж холодна ізоляція. Люди плачуть, їм необхідно плакати, і набагато краще робити це у теплій обстановці розуміння, ніж наодинці. Людина, яка страждає, завжди має право не прийняти нашу руку, що не заважає нам, принаймні, запропонувати її.

4. *“Не лякайтеся мого мовчання”*. Бувають випадки, коли люди, що перенесли втрату, наче б завмирають, беззвучно дивлячись у простір (не плутати з реакцією ступору). Немає потреби заповнювати тишу словами. Психолог повинен дозволити їм зануритись у свої спогади, наскільки б болючими вони не були, і бути готовим продовжити розмову, коли вони повернуться у стан “тут-і-зараз”. Нам не потрібно знати, де вони були і про що думали; ми повинні потурбуватися, щоб людині було комфортно. Більшу частину часу вони навряд чи зможуть втілити свої спогади у відповідні слова і будуть вдячні за те, що ви просто з ними

поруч у цій тиші.

Для “одужання” від горя також прийнятні такі рекомендації.

1. Прийміть своє горе. Прийміть з готовністю тілесні й емоційні наслідки смерті близької людини. Скорбота є ціною, якою ви розраховуєтеся за дружбу, теплі стосунки. На вирішення цієї проблеми може піти багато часу, але будьте наполегливі у намаганнях.

2. Проявляйте свої почуття. Не приховуйте відчаю. Плачте, якщо хочеться; смійтеся, якщо можете. Не ігноруйте своїх емоційних потреб.

3. Стежте за своїм здоров'ям. За можливості, добре харчуйтеся, бо ваше тіло після виснажливого переживання горя потребує підкріплення. Депресія може зменшитися за належної активності.

4. Урівноважте роботу й відпочинок. Пройдіть медичне обстеження і розкажіть лікарю про пережиту втрату. Ви й так досить постраждали. Не чиніть ще більшої шкоди собі та оточенню, нехтуючи своїм здоров'ям.

5. Проявіть до себе терпіння. Вашому розуму, тілу й душі потрібен час і зусилля для відновлення після пережитої трагедії.

6. Поділіться болем утрати з друзями. Ставши на шлях мовчання, ви відмовляєте друзям у можливості вислухати вас і розділити ваші почуття, і прирікаєте себе на ще більшу ізоляцію і самотність.

7. Відвідайте людей, які також сумують. Знання про подібні переживання інших можуть підвести до нового розуміння власних почуттів, а також дати їм підтримку і дружбу.

8. Можна шукати розради в релігії. Навіть якщо ви запитуєте з докором: “Як Бог міг допустити це?” – жаль є духовним пошуком. Релігія може стати вам опорою в переживанні горя.

9. Допмагайте іншим. Спрямовуючи зусилля на допомогу іншим людям, ви навчаетесь краще ставитися до них, повертаючись обличчям до реальності, стаєте незалежнішими і, живучи в цьому, відходите від минулого.

10. Робіть сьогодні те, що необхідно, але відкладіть важливі рішення. Почніть із малого – виконання повсякденних домашніх справ. Це допоможе вам відновити почуття впевненості, втім утримайтеся від негайних рішень продати будинок або змінити роботу.

11. Прийміть рішення знову розпочати життя. Відновлення не настає протягом однієї ночі. Тримайтеся за надію і продовжуйте намагатися адаптуватися знову.

Психолог-консультант не виступає лише як транслятор перерахованих вище або подібних рекомендацій. Їх варто знати для того, щоб розвивати діалог з людиною, яка переживає горе, у потрібному ключі. При цьому слід пам'ятати, що важливим є співпереживання, проживання з людиною його втрати. У більшості випадків втрата переживається, настають інші часи і інші почуття приходять на зміну горю, проте допомогти людині в найбільш гострі моменти шляху “проживання” необхідно.

3.3. Зняття гострого стресу і антистресова підготовка до майбутніх екстремальних ситуацій за методом “Ключ”

Метод керованої психофізіологічної саморегуляції “Ключ” було описано, науково обґрунтовано й перевірено на ефективність Х. М. Алієвим, А. В. Захаровим, Н. В. Степановим, К. А. Віржанською. Його прийоми знімають стрес автоматично, бо засновані на ідеомоторних рефлексах, що викликають міжрівневі узгодження психічних і фізіологічних процесів. Метод керованої психофізіологічної саморегуляції “Ключ” було опрацьовано під час трагедії у м. Беслані.

Як показала практика, застосування методу дає виражений психотерапевтичний ефект – корінна позитивна зміна функціонального стану потерпілих вже під час першої процедури, що реалізується в умовах обмеженого часу і відсутності спеціальних умов. Важливим є також і те, що використання методу не вимагає обов’язкового традиційного психологічного тестування і тривалої психотерапевтичної бесіди з постраждалими.

Механізм керованих ідеомоторних прийомів.

1. “Ключовий” керований ідеомоторний прийом – це рефлексорна реакція організму з моторним компонентом, що виникає у відповідь на її образну модель.

2. Механізм керованого ідеомоторного руху заснований на явищі генералізації вольового імпульсу в корі головного мозку з іррадіацією на рухові центри з відключенням конкуруючих сигналів.

3. Реалізація керованого ідеомоторного руху відбувається на основі одночасної синхронної активності двох півкуль мозку, за рахунок чого відбувається узгодження їх діяльності і, як наслідок, – рефлексорно-автоматичне зниження стресу.

Положення тіла і перешкоди під час навчання. На відміну від методу аутогенного тренування, де формування навичок саморегуляції проводиться у пасивній комфортній позі у положенні “сидячи” або “лежачи”, ідеомоторні прийоми методу “Ключ” частіше рекомендується виконувати у положенні “стоячи”. Цим забезпечується зовнішній візуальний контроль для фахівця, який проводить навчання, і самоконтроль учня, який відразу переконується у високій ефективності прийомів, тому що вони дозволяють досягти комфортного стану без потреби у зручній позі. При цьому навчання може проводитися на тлі шуму та інших перешкод, що сприяє ліпшому закріпленню вироблених навичок саморегуляції і можливості їх застосування у реальній обстановці.

“Тест на затиснутість” і принцип зниження рівня нервово-психічної напруженості. Шляхом апробації трьох базових прийомів або прийомів, створених особою, яка навчається, за принципом ідеорефлексорного автоматизму, вона визначає той, що у неї краще виходить.

Базові ідеомоторні прийоми:

- 1) розведення рук;
- 2) зведення рук;
- 3) піднімання руки, рук.

Якщо у учасника реабілітаційного навчально-тренувального процесу не реалізується жоден із рефлексорних ідеомоторних рухів, це свідчить про наявність високого рівня нервово-психічної напруженості, про стан скутості.

Для зниження напруженості та скутості необхідне підключення додаткових компонентів: розминка, що розслабляє і виконується шляхом будь-яких фізичних вправ, потім знову “Тест на затиснутість” – повторення ідеомоторних прийомів.

Військовослужбовцям, які навчаються методиці “Ключ”, повідомляється, що, коли прийоми почали виходити, то ступінь скутості зменшився, психофізіологічний баланс відновлено.

Так, особа, яку навчають перевіряти себе на “затиснутість” і розслаблення, тобто, здійснюючи поперемінно напруження і розслаблення, тренує у себе здатність керувати своїм функціональним станом.

Підбір індивідуального “Ключа” для саморегуляції. Підбір індивідуального “ключового” ідеомоторного прийому здійснюється за принципом: “робити те, що виходить, ігноруючи те, що не виходить”, тобто, якщо один прийом не вийшов, рекомендують перейти до реалізації наступного.

Нижче наводяться певні рекомендації військовослужбовцям, які навчаються методиці “Ключ”.

1. Розведення рук. Слід тримати руки вільними перед собою. Голову рекомендується тримати зручно і дати уявну команду рукам, спрямовану на те, щоб руки почали розходитися вбік наче б автоматично, без м'язових зусиль. Потрібно підібрати для цього оптимальний спосіб, що допомагає домогтися такого рефлексорного руху. Варто уявити собі, наприклад, що руки відштовхуються одна від одної, як відштовхуються один від одного однополюсні магніти, або який-небудь інший образ (як зручніше). Можете почати з того, що намагайтеся розводити руки звичайним механічним рухом, а потім – ідеомоторно. Для того щоб воля спрацювала і руки почали розходитися, потрібно зняти “перешкоди” між волею і організмом (створити зв'язок між свідомістю і організмом), тобто знайти в собі стан внутрішньої рівноваги. Для цього потрібно внутрішньо розслабитися, відчути в собі комфорт. Рекомендується знайти в собі стан внутрішнього розслаблення, при якому виходить бажаний ідеомоторний рух. Слід робити це якомога приємніше, перебирати варіанти (відхилити чи схилити голову, зробити глибокий вдих або видих, затримати на мить дихання, закрити очі тощо), головне – прагнути знайти таке відчуття внутрішнього комфорту, при якому воля почне впливати на автоматику руху. Реалізація бажаного ідеомоторного руху буде свідчити про те, що потрібний стан знайдено, інакше цей рух не вийшов би.

Спосіб для перевірки на затиснутість: якщо руки залишаються нерухомими, слід зробити кілька звичайних фізичних вправ, аби зняти нервові затиснення, а потім ще раз повторити цей ідеомоторний прийом.

Якщо руки втомлюються, слід опустити їх, струсити, а потім рекомендується повторити прийом.

Якщо один прийом не виходить, слід перейти до іншого.

2. Зведення рук. Слід розвести руки вбік звичайним механічним способом, а

потім налаштуватися на їх зворотний рефлекторно-автоматичний рух одну до однієї. Якщо прийом виходить, рекомендується повторити його кілька разів. Це розвиває бажаний стан саморегуляції – “зворотний внутрішній зв’язок”. Потім, незалежно від того, чи вийшов прийом, рекомендується знову виконати перший прийом – розвести руки в боки.

Іноді при виконанні цих рухів виникає відчуття, що руки тягне якась сила. Підключення фізичних тілесних відчуттів свідчить про глибину наступаючої психічної релаксації і розвитку зв’язку розуму й тіла.

Розведення і зведення рук слід повторити кілька разів, домагаючись безперервності руху.

У моменти, коли руки наче б застрягають, можна злегка підштовхнути їх, або посміхнутися, або зітхнути.

Якщо у людини настав бажаний стан внутрішнього розслаблення, але руки втомились і не хочеться виконувати рухи, тоді слід їх опустити і побути в цьому стані, щоб його запам’ятати.

3. Левітація руки. Руки опущено. Можна дивитися на руки (тоді це потрібно робити невідривно, або ж закрити очі). Важливо не бігати очима по сторонах, інакше людина втрачає наступаючий гармонізуючий стан, внутрішній “контакт із самим собою”. Рекомендується налаштуватися на те, щоб рука почала підніматися, спливати. Коли рука починає спливати, виникають нові і приємні відчуття. У перший раз ці відчуття настільки несподівані, що мимоволі викликають усмішку.

Цей прийом “левітації руки” може вийти або відразу, або безпосередньо після попередніх вправ, чи після розминки. Коли він не виходить, варто знову розвести і звести руки, а потім спробувати ще раз. Якщо прийом не вийшов, потрібно шукати інший рух, а якщо прийом вдається після інших прийомів, то ті прийоми слід повторити ще раз. Згодом людина зможе контролювати стрес уже без допомоги цих прийомів.

4. “Автоколивання тіла”. Під час виконання “ключових” прийомів разом із розслабленням виникає явище автоколивання тіла. Це природно, оскільки у розслабленому стані людина похитується. При автоколиванні тіла руки можна опустити і просто погойдуватися на хвилях цього “гармонізуючого біоритму”. Коли людина знаходить свій ритм, похитування тіла стає красивим, гармонійним.

Очі можна закрити або залишити відкритими (як приємніше). Цей прийом з автоколиваннями тіла тренує й координацію. Людина з доброю внутрішньої координацією є більш стійкою до стресів, менше за інших піддається зовнішнім впливам, володіє більшою самостійністю мислення, швидше знаходить вихід у самих складних ситуаціях. Тому вправи, спрямовані на розвиток координації, формують і стійкість до стресу. Якщо в результаті ідеомоторних прийомів явище автоколивання тіла не настало, можна ініціювати ці похитування тіла навмисно механічно, злегка так підштовхуючи корпус, як приємніше, наприклад, вперед-назад або круговими рухами. Руки при цьому можна опустити, скласти на грудях або тримати як зручно. Після кількох повторів ця вправа починає легко виходити. Головне – знайти такий ритм, із якого не хочеться виходити, тому що при цьому

відбувається зняття нервових затиснень, виникає відчуття глибокого душевного й фізичного спокою, внутрішньої рівноваги, думки починають текти рівно і спокійно. На цьому фоні легко і спокійно думається, навіть про найскладніші речі, природним шляхом вирішуються болючі психологічні проблеми. Ніхто ніколи при цьому не падає. Проте, якщо людина боїться впасти, може поставити ноги ширше або стати спиною до стіни, дивана.

Якщо при похитуванні проявляється слабкість координації, то шляхом тренування за допомогою цього ж самого прийому відбувається поліпшення координації. Дуже скоро зникне і страх падіння.

5. “Рухи головою”. Стоячи або сидячи необхідно опустити голову, розслабивши шию, або відкинути голову, як приємніше, і, згадавши досвід з ідеомоторними рухами рук, викликати ідеомоторні повороти головою у зручному напрямку. Якщо не виходить, варто механічно обертати головою у приємному ритмі по лінії приємних точок повороту. Це такий ритм, при якому рух хочеться продовжувати і напруженість у шії слабшає. Слід знайти момент, коли голову можна наче б відпустити і далі вона рухатиметься ідеомоторно-автоматично.

Треба обходити больові або напружені точки, а якщо вони активно проявляються, то ці больові ділянки слід злегка промасажувати. Коли людина, рухаючи головою, знаходить приємну точку повороту, слід залишити голову в такому положенні. Приємна точка повороту – це точка розслаблення.

Після того, як людина виконала ідеомоторні прийоми (вийшли вони чи ні), відразу ж необхідно сісти або лягти, адже саме зараз настає бажаний результат – відчуття полегшення, внутрішньої свободи. Вас відпустило. Стрес знято. Голова стала ясною. Людина відчуває свіжість, бадьорість, повноту сил. Підібрано індивідуальний “ключовий” прийом. Той прийом, який виконувався найлегше, військовослужбовець може потім використовувати окремо, без виконання всієї процедури саморегуляції. Звичайно, що глибина розслаблення буде не настільки повною, але й одного прийому буде цілком достатньо, щоб у потрібний момент у відповідальній ситуації однією непомітною короткою дією зняти небажані “нервові затиснення”, скинути нервові перенапруження, швидко опанувати самоконтролем, відчути впевненість у собі.

Під час виконання “ключових” прийомів, особливо в положенні стоячи, розслаблення супроводжується мимовільними автоколиваннями тіла, що є одним із контрольних ознак релаксації. Ритмічне приємне погойдування – закономірна реакція розслаблення і її не слід стримувати, а необхідно “лягти” на ці автоколивання, як на хвилю. Це хороший прийом для тренування проти захитування й для вироблення високих координаційних якостей.

Вихід із режиму саморегуляції – мобілізація. Виходити зі стану саморегуляції легко, досить цього побажати, але, якщо людині хочеться побути в такому стані ще кілька хвилин, то слід зробити це. Виходячи з цього стану, потрібно настроїтися на те, що голова ясна, а тіло наповнене свіжими силами.

Можна згадати, наприклад, те, що зазвичай бадьорить: чашка кави, контрастний душ, лижна прогулянка. Рекомендується потягнутися, зробити кілька підбадьорюючих рухів. Тоді людина буде відчувати себе свіжою й бадьорою,

навіть після цілого дня напруженої праці. Такий вихід із освіженням слід робити тоді, коли потрібен бадьорий настрій. Якщо людина робить це перед сном, то при виході зі стану саморегуляції їй необхідно настроїтися на приємний сон.

“Стадія післядії”. У перші два-три дні тренувань після виконання ідеомоторних прийомів потрібно сісти і просто посидіти кілька хвилин пасивно, нейтрально (очі заплющувати слід не відразу, а тільки якщо вони самі заплющуються). При цьому виникає явище характерного відчуття порожнечі в голові. Це реабілітаційний стан (як режим перезавантаження у комп’ютері), під час якого відбувається психологічне розвантаження і накопичення нових сил. У цей час необхідно настроїтися на відчуття свіжості.

Додаткові компоненти. Якщо ідеомоторні прийоми не виходять, слід застосовувати додаткові компоненти у процедурі саморегуляції. Їх кількість регулюється залежно від вихідної напруженості за допомогою “Тесту на затиснутість” і скорочується в міру вироблення навичок саморегуляції.

Загальні додаткові компоненти.

1. Фізичні вправи. Якщо виконання ідеомоторних прийомів блокується нервово-м’язовою напруженістю, слід виконати кілька простих фізичних вправ, які знімають цю напруженість.

2. Самомасаж. Легкими рухами рук, не завдаючи собі болю, слід промасажувати найбільш напружені або больові ділянки шиї. Якщо руки при цьому втомлюються, їх слід струсити. Продовжуйте самомасаж протягом п’яти хвилин.

3. Вправа “Сканування”. Ця вправа містить спеціальну послідовність повторюваних циклічних механічних рухів, які дозволяють виявити саме той рух, який більшою мірою підходить для розслаблення і переходу до керованих ідеомоторних прийомів:

– протягом півхвилини слід виконати будь-які легкі і приємні повторювані кругові повороти головою;

– протягом півхвилини слід виконати будь-які легкі і приємні повторювані рухи плечового поясу;

– протягом півхвилини слід виконати будь-які легкі і приємні повторювані кругові рухи стегнами, на зразок обертання обруча;

– протягом півхвилини слід виконати будь-які легкі і приємні повторювані рухи на рівні колін;

– рух, що здався самим легким і приємним, необхідно повторити протягом півхвилини; це і є індивідуальний “ключовий” рух, можливо, він виявиться знайомим у повсякденному житті – саме цей рух виконується мимоволі в моменти нервового напруження.

Спеціальні додаткові компоненти (поєднання методів).

1. Психологічна консультація, зокрема, корекція “моделей очікування”, виявлення підсвідомих блокуючих установок.

2. Медична діагностика з виявленням, зокрема, ознак внутрішньочерепного тиску, остеохондрозу.

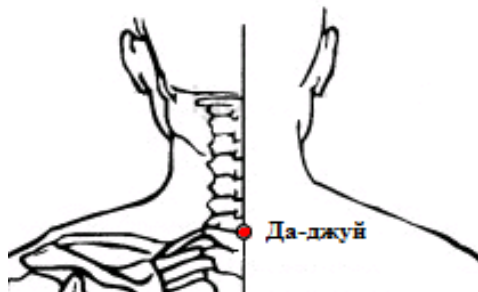
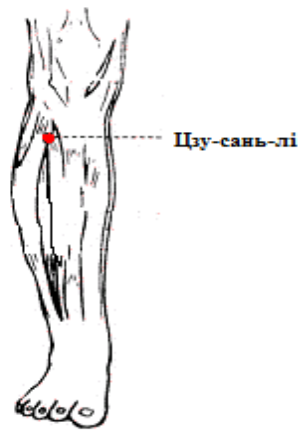
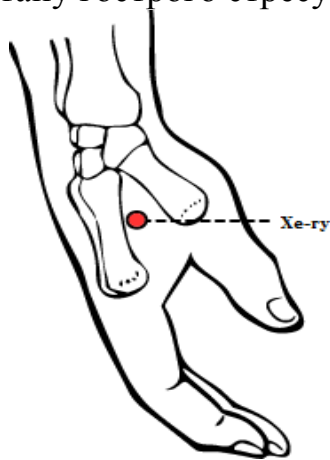
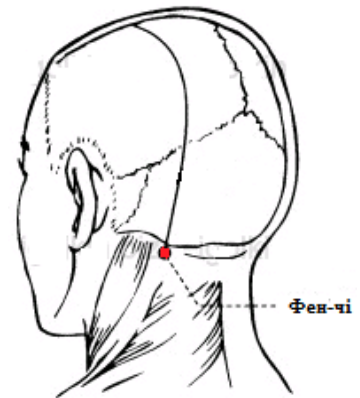
3. Психотерапевтична корекція, що регулює, зокрема, почуття тривожності, елементів депресії.

4. Мануальна корекція.

5. Масаж точок “Фен-чі” у ділянці потилиці, що знімає спазми судин мозку і покращує венозний відтік. Методика проводиться приблизно за десять хвилин до навчально-реабілітаційного тренування.

6. Релаксуючий масаж або масаж шиї у найбільш напружених ділянках (методика проводиться за 10 хвилин до процедури лікувально-реабілітаційного тренування).

7. Акупунктурна рефлексотерапія (точки “Хе-гу”, “Цзу-сань-лі”, “Да-джуй”, “Ней-гуань”). Для купірування стану гострого стресу – експозиція до тридцяти хвилин.



Для досягнення режиму саморегуляції після проведення зазначених процедур і методичних прийомів приступають до вироблення керованих ідеомоторних прийомів.

Завдання для самостійного закріплення навичок. Самостійне навчально-реабілітаційне тренування з ідеомоторними прийомами рекомендується здійснювати протягом п'яти днів по тридцять хвилин у зручний час. Після п'яти днів уже можна користуватися за бажанням повним тренуванням або окремими компонентами (ідеомоторними прийомами або тільки пам'яттю про їх ефект) у потрібний для себе момент.

Кількість застосовуваних компонентів регулюється залежно від вихідного рівня нервово-психічної напруженості, складності психологічного завдання, що виконується. Наприклад, якщо завтра потрібно їхати у відрядження, брати участь у бойових діях тощо і наявний високий ступінь психоемоційної

напруженості, а застосування одного або двох “ключових” прийомів не дають негайного ефекту розслаблення і впевненості в собі, слід згадати, розширити обсяг використання додаткових компонентів, поєднати “ключові” прийоми з розминкою фізичними вправами, підключити самомасаж точок “Фен-чі”, “Хе-гу”, м’язів шиї і т. ін.

Антистрессова підготовка за допомогою методики “Ключ”. Антистрессова підготовка (АСП) складається із двох функціональних блоків.

У *першому блоці* проводиться нейтралізація наявного стереотипу реагування на передбачувану стресову ситуацію.

Відомо, що здатність керувати своїм функціональним станом знижується, якщо до емоцій, включених у відповідь на образ стресового подразника, підключаються вегетативні реакції (наприклад, серцебиття, головний біль, відчуття важкості або “ватності” в руках, ногах тощо).

Вегетативні реакції, викликані емоціями, є матеріальними процесами, розгортаються в реальному масштабі часу і, завантажуючи мозок, звужують вільне поле свідомості, що необхідна для прийняття оптимальних рішень і подолання стресу. Для того, щоб розірвати це коло, необхідно викликати за допомогою ідеомоторних прийомів стан релаксації, в якому закономірно відключається емоційний супровід розумових процесів. Військовослужбовець, який навчається “Ключу”, моделює образ стресової ситуації і виробляє самостійне зняття реакцій організму, що виникають у відповідь на стресовий подразник (емоції страху, вегетативні прояви), за допомогою відповідних стану керованих ідеомоторних прийомів. Після декількох повторень образ стресової ситуації перестає викликати у людини стресовий стан, що виникав раніше, і відбувається підвищення рівня психофізіологічної стійкості.

У *другому блоці* здійснюється формування бажаного нейродинамічного стереотипу реагування на образ стресових ситуацій. Для цього на фоні релаксації моделюється образ того емоційного стану й поведінки, які бажано мати у майбутній стресовій ситуації. У результаті кількох повторень образного уявлення стресового подразника у поєднанні із бажаною реакцією формуються і закріплюються необхідні нові умовно-рефлекторні зв’язки.

Для підвищення стійкості антистрессового ефекту під час моделювання позитивного стану користуються додатковими компонентами, що підкріплюють і підвищують, наприклад, працездатність, почуття комфортності. При цьому виробляють “консервацію” отриманого позитивного стану шляхом його запам’ятовування і установки на майбутню реалізацію в потрібний момент.

До групи станів, що виникають після курсу антистрессової підготовки, можна віднести:

- нормалізацію настрою;
- підвищення впевненості в собі;
- наявність почуття внутрішньої розкнутості;
- відсутність вираженої емоційної реакції на ситуації, що хвилювали раніше, відчуття захищеності, відчуття захисної стіни, що відокремлює від травмуючої ситуації;

- зниження тривоги;
- підвищення активності і працездатності;
- нормалізацію сну (легке засинання, рівний глибокий сон, відчуття задоволення якістю і тривалістю сну вранці).

Надаючи загальну оцінку використання “Ключа”, його розробники зазначають таке.

1. Вправи методики “Ключ” досить швидко засвоюються (на відміну від аутогенного тренування, на засвоєння якого витрачається до півроку). Вони можуть проводитись у групі з досить великою кількістю осіб і дають швидкий і значний антистресовий ефект.

2. Використання “ключових” керованих ідеомоторних прийомів значно підвищує стресостійкість особистості в екстремальних умовах діяльності, оскільки вони дозволяють знизити нервово-психічне напруження в короткі терміни і підвищити здатність людини до управління своїм функціональним станом, що виявляється в позитивній динаміці психологічних і психофізіологічних показників у випробовуваних.

3. Ці вправи показують добрий результат при використанні під час психологічного супроводу реабілітаційних процесів у стадії стресової післядії.

3.4. Дебрифінг стресу критичних інцидентів як метод попередження постстресових розладів

Зазвичай у гострій фазі постстресових порушень групові стратегії не використовуються, тому що постраждалі перебувають на різних стадіях стресу і часто просто не готові обговорювати свої почуття в групі.

Групові методики показані у випадках, коли люди спільно пережили психотравму, наприклад, у складі групи, наряду або цілого підрозділу.

У таких випадках поблизу від місця подій можуть проводитися сеанси декомпресії і розрядки, спрямовані на зняття психічної напруженості, викликаної травмою. Ці сеанси являють собою скорочені дебрифінги, що включають в себе короткий вступ, обговорення фактів, надання інформації. Їх завдання – виключити необхідність у подальшому “повному” дебрифінгу або, навпаки, стимулювати участь у ньому, якщо така потреба виникне.

Після закінчення періоду участі проводиться так звана деескалація, або демобілізація – зменшення дистресу, що пов’язаний із поверненням до повсякденного життя й діяльності. У рамках короткої 10-15-хвилинної бесіди обговорюються симптоми постстресових реакцій, способи їх зменшення, даються відповідні рекомендації. Наприкінці бесіди начальник віддає розпорядження про порядок подальшої організації служби та проходження реабілітаційного періоду, якщо це передбачено у такому випадку. Наприкінці дається необхідна інформація про час і місце проведення психодіагностичного обстеження та (або) повного психологічного дебрифінгу.

У найбільш структурованому вигляді процес роботи з наслідками колективної психічної травми відображає метод дебрифінгу стресу критичного

інциденту, розроблений американським психологом Дж. Мітчелом у 1983 р.

Психологічні дебрифінги як форма надання допомоги у кризових ситуаціях проводяться з групами людей, які спільно пережили стресові або трагічні події. Це можуть бути групи, утворені за ознакою професійної належності чи просто об'єднані спільністю пережитої ситуації. Підкреслюється, що дебрифінги не замінюють собою власне лікування, яке буває необхідним у деяких випадках. Їх мета – мінімізувати небажані психологічні наслідки і попередити розвиток синдрому посттравматичних стресових розладів.

Ця мета досягається шляхом:

- “вентиляції” вражень і емоцій;
- когнітивної організації досвіду;
- зменшення тривоги і напруженості;
- розуміння універсального характеру індивідуальних реакцій, що досягається у процесі інтенсивного “обміну” почуттями;
- мобілізації ресурсів для соціальної підтримки, посилення групової солідарності і згуртованості;
- підготовки учасників до правильного сприйняття свого подальшого стану і використання різних стратегій психологічної допомоги.

Процес дебрифінгу зазвичай складається із трьох основних частин:

- “вентиляція” почуттів у групі й оцінювання стресу ведучими;
- докладне обговорення “симптоматики” та психологічної підтримки;
- мобілізація ресурсів, надання інформації і планування подальшої допомоги.

Виділяють від 5 до 7 обов'язкових фаз, через які проходить група.

А. Вступна: представлення ведучого, роз'яснення цілей, завдань і правил, зняття тривоги в учасників з приводу незвичності процедури.

Основні правила, яких дотримуються і ведучі, і учасники, такі.

1. Не змушувати нікого з групи говорити або обговорювати те, чого вони не захочуть. Єдина вимога – назвати своє ім'я і характер участі в інциденті. Всі уважно вислуховують те, що говорить кожен з учасників.

2. Дотримуватися конфіденційності: те, що відбувається або обговорюється у групі, призначено тільки для групи і не виноситься назовні.

3. Не допускати критичних суджень стосовно іншої людини: ніхто не повинен розглядати те, що відбувається, як “розбір” або “трибунал” – для них знайдеться інше місце.

4. Кожен може говорити лише про свої переживання, вчинки (від першої особи), а не про чужі.

5. Учасники попереджаються про те, що вони можуть знову пережити негативні почуття, що природно, бо йдеться про дуже болісні речі. Однак завдання дебрифінгу саме й полягає в тому, щоб навчитися справлятися з реальними негативними емоційними станами.

6. Група працює без перерв, що не означає неможливості залишати її на певний час з тим, щоб все ж таки повернутися, якщо цьому не заважають невідкладні обставини.

Б. Факти: кожен розповідає про те, що відбувалося з ним (що бачив, де знаходився, що робив). Відновлюється повна картина події і хронологія подій. Узгодженість фактів сприяє когнітивній організації досвіду. Вираження емоцій на цій фазі допускати не слід.

В. Думки, емоції, почуття: ведучий просить перейти від опису подій до розповіді про внутрішні психологічні реакції на них. Дуже важливо пригадати найперші враження, думки, імпульсивні вчинки й емоційні реакції. Незважаючи на те, що розповіді можуть набувати досить драматичного характеру, не можна допускати, щоб домінували почуття кого-небудь із учасників, а всі інші перетворилися на слухачів (кожен повинен отримати можливість висловитися). Ведучий підтримує в групі розуміння того, що висловлюючись, учасники знову переживають сильний стрес, однак це відбувається в ситуації, коли реальна небезпека минула, а їхні почуття знаходять розуміння і підтримку групи.

Г. Симптоми: обговорюються актуальні емоційні, когнітивні та соматичні прояви посттравматичного стресу, а також зміни у сприйнятті свого “Я” і поведінки, відзначені учасниками. Складається перелік симптомів, що описує спектр психологічних наслідків критичного інциденту у конкретній групі.

Кожен учасник отримує можливість краще розібратись у своєму стані, відзначаючи й ті симптоми, про які в силу різних причин він не висловлювався.

Д. Освіченість (інформування): роз’яснення учасникам природи постстресових станів як “нормальних реакцій на екстремальну ситуацію”; обговорення варіантів і способів подолання негативних психологічних наслідків, які вже мають місце, і тих, що можливі у майбутньому.

Є. “Закриття минулого” і новий початок: підводиться своєрідний підсумок під тим, що було пережито. Минуле не можна просто забути, воно вимагає активного до себе ставлення з тим, щоб знайти в собі сили для нового життя. Ритуали “закриття минулого” вироблено в культурі (поминання, річниці, відвідування місць, пов’язаних з подіями), але вони припускають і власну творчу участь: наприклад, багато людей, які пережили катастрофу, присвячують себе тому, щоб допомогти уникнути нових катастроф або зменшити їх травматичні наслідки, використовують свій досвід при наданні допомоги, беруть участь у діяльності добровільних рятувальних бригад.

Формально *процедура дебрифінгу завершується* запитаннями учасників до ведучих, порадами щодо того, як вести себе в майбутньому, де шукати джерела психологічної підтримки або професійної допомоги, а також роздаванням пам’яток, листівок (якщо вони заздалегідь підготовлені).

Закінчення дебрифінгу завжди спеціально акцентується, що додає процесу завершеності і логічності. При цьому ведучий роз’яснює, в яких випадках слід звернутися за професійною допомогою. Це можуть бути такі випадки:

- стан не покращується в найближчі шість тижнів;
- стан починає раптово погіршуватися;
- виникають труднощі під час виконання звичної роботи або знижується працездатність.

За даними зарубіжних авторів, до 75 % осіб, які пройшли психологічні

дебрифінги, відзначають їх високу ефективність і корисність.

Переваги методу полягають у такому:

1) надає можливість взаємного навчання людей тому, як краще мобілізувати свої ресурси для подолання стресу;

2) дозволяє краще зрозуміти природу травматичного стресу, його прояви та способи подолання з тим, щоб використовувати ці знання при можливих нових драматичних інцидентах;

3) надає умови для самовираження і набуття впевненості у собі в умовах взаємної підтримки та професійної участі фахівців-психологів.

Дебрифінги проводяться по завершенні надзвичайних подій. В окремі види виділяються дебрифінги, що проводяться по закінченні надзвичайних подій, які пов'язані із втратами особового складу.

Наприкінці опису такого методу групової психологічної роботи з особовим складом, як дебрифінг, відзначимо, що його дієвість було підтверджено вітчизняними психологами під час надання медико-психологічної допомоги особам, які постраждали від землетрусу у Вірменії, від аварії з радіоактивними елементами у м. Гоянія у Бразилії, від природних катастроф на острові Монтесерата (Алексіс Лоренсо Руїс), у процесі проведення реабілітаційних заходів з особовим складом сил ООН, що знаходяться у Боснії (О. О. Теличкін), і Вітебському реабілітаційному центрі (Н. В. Якушкін).

Наведені методи і процедури психологічної допомоги призначені насамперед для попередження розвитку ПТСР. Однак вони можуть не бути вчасно проведеними з об'єктивних або суб'єктивних причин і навіть їх своєчасне проведення не гарантує уникнення ПТСР.

Психолог військової частини повинен бути готовим діагностувати ПТСР у військовослужбовців, які потрапили в екстремальні ситуації із загибеллю товаришів, цивільних осіб чи була реальна загроза такої загибелі. У разі наявності симптомів посттравматичного синдрому психолог повинен уміти організувати і провести індивідуальну чи групову реабілітаційну роботу.

3.5. Психологічна діагностика ПТСР

Після досліджень ветеранів війни у В'єтнамі посттравматичний стресовий розлад (post-traumatic stress disorder) було включено у DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – класифікаційний психіатричний стандарт, підготовлений Американською психіатричною асоціацією). У 1995 р. у США введено нову, четверту редакцію – DSM-IV.

До недавнього часу діагноз ПТСР як самостійна нозологічна форма у групі тривожних розладів існував тільки у США. У 1995 р. цей розлад і його діагностичні критерії з DSM було введено в десяту редакцію Міжнародного класифікатора хвороб МКХ-10, основного діагностичного стандарту в європейських країнах, включаючи Росію та Україну.

Діагностичні критерії ПТСР у класифікаціях психічних і поведінкових розладів

Критерії ПТСР в МКХ-10 визначені таким чином:

1. (А) Хворий повинен бути схильний до дії стресорної події або ситуації (як короткострокової, так і тривалої) виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, що здатні викликати загальний дістрес майже у будь-якого індивідуума.

2. (Б) Стійкі спогади або “оживлення” стресора у нав’язливих ремінісценціях, яскравих спогадах чи повторюваних снах, повторне переживання горя при впливі ситуацій, що нагадують або асоціюються зі стресором.

3. (В) Хворий повинен виявляти фактичне уникнення чи прагнення уникнути обставини, що нагадують або асоціюються зі стресором.

4. (Г) Будь-яке з двох:

1) психогенна амнезія, часткова чи повна щодо важливих аспектів періоду впливу стресора;

2) стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (не спостерігалися до дії стресора), представлені будь-якими двома із таких:

- утруднення засинання чи збереження сну;
- дратівливість або вибухи гніву;
- утруднення концентрації уваги;
- підвищення рівня безсоння;
- посилений рефлекс четверохолмія.

5. Критерії Б, В і Г виникають протягом 6 місяців після стресогенної ситуації або в кінці періоду стресу (для деяких цілей початок розладів, відстрочений більше ніж на 6 місяців, може бути включено, але ці випадки мають бути точно визначені окремо).

Критерії посттравматичного стресового розладу за DSM-IV:

1. (А) Індивід перебував під впливом травмуючої події, причому повинні виконуватися обидва пункти, наведені нижче:

– індивід був учасником, свідком або зіткнувся з подіями, що включають смерть, загрозу смерті, загрозу серйозних ушкоджень або загрозу фізичної цілісності інших людей (або власної);

– реакція індивіда включає інтенсивний страх, безпорадність або жах.

2. (В) Травматична подія наполегливо повторюється у переживанні одним (або більше) із таких способів:

– періодичне і нав’язливе відтворення події, відповідних образів, думок, що викликають важкі емоційні переживання;

– повторювані важкі сни про подію;

– такі дії або відчуття, наче травматична подія відбувалася знову (відчуття “оживлення” досвіду, ілюзії, галюцинації і дисоціативні епізоди – “флешбек”-ефекти, включаючи ті, які з’являються у стані інтоксикації);

– інтенсивні важкі переживання, які були викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх;

– фізіологічна реактивність у ситуаціях, які зовні або внутрішньо символізують аспекти травматичної події.

3. (C) Постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, і numbing – блокування емоційних реакцій, заціпеніння (не спостерігалось до травми). Визначається за наявністю трьох (або більше) з перерахованих нижче особливостей:

- зусилля з уникнення думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою;
- зусилля з уникнення дій, місць або людей, які пробуджують спогади про травму;
- нездатність згадати про важливі аспекти травми (психогенна амнезія);
- помітно знижений інтерес або участь у раніше значущих видах діяльності;
- почуття відстороненості або відокремленості від інших людей;
- знижена вираженість афекту (нездатність, наприклад, до почуття любові);
- почуття відсутності перспективи у майбутньому (наприклад, відсутність очікувань з приводу кар'єри, одруження, дітей або побажання довгого життя).

4. (D) Постійні симптоми зростаючого порушення (які не спостерігалися до травми). Визначаються за наявністю, принаймні, двох із наведених нижче симптомів:

- труднощі із засипанням або поганим сном (ранні пробудження);
- дратівливість або вибухи гніву;
- труднощі із зосередженням уваги;
- підвищений рівень настороженості, гіперспостережливість, стан постійного очікування загрози;
- гіпертрофована реакція переляку.

5. (E) Тривалість перебігу розладу (симптоми у критеріях B, C і D) більше ніж 1 місяць.

6. (F) Розлад викликає клінічно значущий важкий емоційний стан або порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності.

Як видно з опису критерію A, визначення травматичної події належить до першочергових при діагностиці ПТСР.

Травматичні ситуації – це такі екстремальні критичні події, які мають потужний негативний вплив, ситуації загрози, що вимагають від індивіда екстраординарних зусиль з подолання наслідків впливу.

Вони можуть набувати форми незвичайних обставин або ряду подій, які чинять на індивіда екстремальний, інтенсивний, надзвичайний вплив, загрожують життю або здоров'ю як самого індивіда, так і його значущих близьких, докорінно порушуючи почуття безпеки індивіда. Ці ситуації можуть бути або нетривалими, але надзвичайно потужними за силою дії (тривалість цих подій від кількох хвилин до кількох годин), або тривалими чи регулярно повторюваними.

Типи травматичних ситуацій

Тип 1. Короткострокова, несподівана травматична подія. Приклади: сексуальне насильство, природні катастрофи, ДТП, снайперська стрільба.

1. Поодинокий вплив, що несе загрозу і потребує механізмів подолання, які переважають можливості індивіда.

2. Ізольоване, досить рідкісне травматичне переживання.

3. Несподівана, раптова подія.

4. Подія залишає незабутній відбиток у психіці індивіда (індивід часто бачить сни, в яких є ті або інші аспекти події), відбитки у пам'яті мають більш яскравий і конкретний характер, аніж спогади про події, що належать до типу 2.

5. З великим ступенем імовірності спричиняють виникнення типових симптомів ПТСР: нав'язливої розумової діяльності, що пов'язана з цією подією, симптомів уникнення і високої фізіологічної реактивності.

6. З великим ступенем імовірності проявляється класичне повторне переживання травматичного досвіду.

7. Швидке відновлення нормального функціонування рідко і малоімовірно.

Тип 2. Постійний і повторюваний вплив травматичного стресора – серійна травматизація або пролонгована травматична подія. Приклади: повторюване фізичне або сексуальне насильство, бойові дії.

1. Варіативність, множинність, пролонгованість, повторюваність травматичної події або ситуації, передбачуваність.

2. Імовірніше, ситуація створюється свідомо.

3. Спочатку переживається як травма типу 1, але в міру того, як травматична подія повторюється, жертва відчуває страх повторення травми.

4. Почуття безпорадності в запобіганні травми.

5. Для спогадів про такого роду події характерним є їх неясність і неоднорідність чинності дисоціативного процесу; з часом дисоціація може стати одним з основних способів подолання травматичної ситуації.

6. Результатом впливу травми типу 2 може стати зміна “Я”-концепції та образу світу індивіда, що може супроводжуватися почуттями провини, сорому і зниженням самооцінки.

7. Висока ймовірність виникнення довгострокових проблем особистісного та інтерперсонального характеру, що виявляється у відстороненні від інших, у звуженні і порушенні лабільності і модуляції афекту.

8. Дисоціація, заперечення, відсторонення, зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами, можуть мати місце спроби захисту від нестерпних переживань.

9. Призводить до того, що іноді позначають як комплексний ПТСР чи розлад, обумовлений впливом екстремального стресора.

Епідеміологія

Поширеність ПТСР серед популяції залежить від частоти травматичних подій. Так, можна говорити про травми, типові для певних політичних режимів, географічних регіонів, в яких особливо часто відбуваються природні катастрофи, тощо. У 90-ті рр. показники частоти виникнення ПТСР значно зросли: якщо у 80-х рр. вони відповідали 1–2 %, то в недавніх дослідженнях, опублікованих у США, – 7,8 %, причому є виражені статеві відмінності (10,4 % – для жінок і 5,0 % – для чоловіків).

Аналіз результатів епідеміологічних досліджень показує, що схильність до ПТСР корелює з певними психічними порушеннями, які виникають унаслідок травми чи наявні відпочатку. До таких порушень належать: невроз тривоги; депресія; схильність до суїцидальних думок або спроб; медикаментозна,

алкогольна або наркотична залежність; психосоматичні розлади; захворювання серцево-судинної системи. Дані свідчать про те, що у 50–100 % пацієнтів, які страждають ПТСР, є будь-яке із перерахованих супутніх захворювань, а найчастіше – два або більше. Крім того, у пацієнтів з ПТСР особливу проблему становить високий показник самогубств або їх спроб.

Широке обстеження населення виявило, що відсоток поширеності ПТСР коливається в діапазоні від 1 до 14 % з варіативністю, зумовленою методами обстеження та особливостями популяції. Обстеження індивідів із групи ризику (наприклад, ветеранів В'єтнаму, постраждалих від вивержень вулкана або кримінального насильства) дало очевидне підвищення норм поширеності діагнозу від 3 до 58 %. Інтенсивність психотравмуючої ситуації є фактором ризику виникнення ПТСР. Інші чинники ризику такі: низький рівень освіти; соціальний стан; попередні травматичні події; психіатричні проблеми; наявність близьких родичів, які страждають психіатричними розладами; хронічний стрес. Варто зазначити, що досить часто індивіди з ПТСР переживають вторинну травматизацію, яка виникає в результаті негативних реакцій інших людей, медичного персоналу та працівників соціальної сфери на проблеми, з котрими стикаються люди, які перенесли травму. Негативні реакції виявляються у запереченні самого факту травми, зв'язку між травмою і стражданнями індивіда, у звинуваченнях і навіть зневажаннях жертв, у відмові надати допомогу. В інших випадках вторинна травматизація може виникати в результаті гіперопіки постраждалих, навколо яких оточення створює “травматичну мембрану”, що відгороджує їх від зовнішнього світу, і виводить з-під впливу стресорів повсякденного життя.

Характеристика психічних функцій при ПТСР

Описуючи спогади хворих про травматичні події, Жан-Мартен Шарко назвав їх “паразитами розуму”. У людей з ПТСР порушена здатність до інтеграції травматичного досвіду з іншими подіями життя. Їх травматичні спогади існують у пам'яті не у вигляді пов'язаних оповідань, а складаються з інтенсивних емоцій і тих соматосенсорних елементів, які актуалізуються, коли особа, яка страждає на ПТСР, перебуває у збудженому стані чи піддається впливу стимулів або ситуацій, що нагадують про травму. В силу того, що травматичні спогади залишаються неінтегрованими в когнітивну схему індивіда і практично не змінюються з часом (що становить природу психічної травми), жертви залишаються “застиглими” у травмі, як в актуальному переживанні, замість того, щоб прийняти її як минуле.

Тілесні реакції індивідів з ПТСР на певні фізичні й емоційні стимули набувають такої форми, наче досі перебувають в умовах серйозної загрози, вони страждають від гіперспостережливості, перебільшеної реакції на несподівані стимули і неможливості релаксації. Дослідження показали, що люди з ПТСР страждають від обумовленого збудження вегетативної нервової системи на пов'язані з травмою стимули. Феномени фізіологічної гіперзбудливості є складними процесами, в яких постійне передбачення (антиципація) серйозної загрози становить причину такого, наприклад, симптому, як труднощі з концентрацією уваги або звуження кола уваги, що направлено на джерело

передбачуваної загрози.

Одним із наслідків гіперзбудження є генералізація очікуваної загрози. Світ стає небезпечним місцем: нешкідливі звуки провокують реакцію тривоги, звичайні явища сприймаються як провісники небезпеки. З точки зору адаптації збудження вегетативної нервової системи являє собою дуже важливу функцію мобілізації уваги та ресурсів організму в потенційно значущій ситуації. Однак у людей, які постійно перебувають у стані гіперзбудження, ця функція втрачається значною мірою: легкість, з якою у них запускаються соматичні нервові реакції, робить для них неможливим покладання на свої тілесні реакції – систему ефективного раннього оповіщення про те, що насувається загроза. Стале іррелевантне продукування попереджувальних сигналів призводить до того, що фізичні відчуття втрачають функцію сигналів емоційних станів і, як наслідок, вони вже не можуть бути орієнтирами для якої-небудь активності або діяльності. Таким чином, подібно до нейтральних стимулів навколишнього середовища нормальні фізіологічні відчуття можуть бути наділені новим загрозливим змістом.

Власна фізіологічна активність стає джерелом страху індивіда. Люди з ПТСР відчувають певні труднощі у розмежуванні релевантних і іррелевантних стимулів; вони не у змозі ігнорувати несуттєве і вибирати з контексту найбільш релевантне (це викликає зниження залученості у повсякденне життя і підсилює фіксацію на травмі). У результаті втрачається здатність гнучкого реагування на зміни навколишнього середовища, що може виявлятися в труднощах у діяльності і серйозно порушити здатність до засвоєння нової інформації.

Сімейний та інтерперсональний контекст

ПТСР – це синдром, який з'являється з різних причин і зумовлений природою події, що сталася, характеристиками травмованої особи і якістю оточення, що впливає на процес одужання. Важливо розуміти, що, незважаючи на свою хворобливість, симптоми можуть вносити позитивні зміни у сфері соціальних ролей індивіда. Відомий випадок, коли людина, яка страждала від нав'язливих спогадів війни, стала президентом США – це Джон Кеннеді. Як зазначалося вище, деякі люди мають позитивну адаптацію до травми, використовуючи досвід її переживання як джерело мотивації. Для інших робота стає методом руйнування і засобом відходу від минулого. Хоча їх кар'єра може бути дуже успішною, цей успіх часто досягається за рахунок руйнування сім'ї або міжособистісних зв'язків. Такі люди стають каліками через нав'язливість минулого і нездатність концентруватися на сьогоденні.

Американські вчені Рейкер і Кармен писали, що насильство порушує самі базисні переконання індивіда щодо його самості як невразливої і такої, що має цінність, а також щодо світу як безпечного і справедливого. Після акту насильства погляди жертви на себе і на навколишній світ драматично змінюються і вже ніколи не будуть колишніми: погляди повинні бути змінені для того, щоб з'явилася можливість інтегрувати травматичний досвід. Для того щоб функціонувати відповідним чином, людині необхідно визначити свої потреби, бути здатною передбачати те, яким чином їх задовольнити, а також скласти план відповідних дій. Для виконання цього, насамперед, індивід

повинен бути у змозі розглянути умоглядно весь спектр своїх можливостей до початку яких-небудь дій: провести уявний експеримент. Люди з ПТСР втрачають цю здатність, вони відчують певні труднощі у фантазуванні і програванні в уяві різних варіантів. Дослідження показали, що коли травмовані люди дозволяють собі фантазувати, то у них з'являється тривога щодо руйнування споруджених ними бар'єрів від усього, що може нагадати про травму. Для того щоб запобігти цьому руйнуванню бар'єрів, вони організовують своє життя так, щоб не відчувати і не розглядати умоглядно різні можливості оптимального реагування в емоційно заряджених ситуаціях. Такий патерн стримування своїх думок для того, щоб не відчувати збудження, є істотним внеском в імпульсивну поведінку цих індивідів.

Травмовані індивіди схильні звинувачувати самих себе за те, що трапилося з ними. Взяття відповідальності на себе в цьому разі дозволяє компенсувати (або заміщувати) почуття безпорадності та вразливості ілюзією потенційного контролю. Компульсивне повторне переживання травматичних подій – поведінковий патерн (що часто спостерігається у людей, які зазнали психічної травми) не знайшов відображення у діагностичних критеріях ПТСР. Виявляється він у тому, що несвідомо індивід прагне до участі в ситуаціях, які схожі з початковою травматичною подією в цілому або якимось її аспектом. Цей феномен спостерігається практично при всіх видах травматизації. Наприклад, ветерани стають найманцями або служать у міліції. Розуміння цього на перший погляд парадоксального феномена може допомогти прояснити деякі аспекти девіантної поведінки в соціальній та інтерперсональних сферах. Суб'єкт, який демонструє подібні паттерни поведінки повторного переживання травми, може виступати і в ролі жертви, і в ролі агресора.

Повторне програвання травми є однією з головних причин поширення насильства у суспільстві. У літературі описується феномен “ревіктимізації”: травмовані індивіди знову і знову потрапляють у ситуації, де вони стають жертвами.

Переслідувані нав'язливими спогадами і думками про травму, травмовані індивіди починають організовувати своє життя таким чином, щоб уникнути емоцій, які провокуються цими вторгненнями. Уникання може приймати різні форми, наприклад, дистанціювання від нагадувань про подію, зловживання наркотиками або алкоголем для того, щоб заглушити усвідомлення дістресу, використання дисоціативних процесів для виведення хворобливих переживань зі сфери свідомості. Усе це послаблює взаємозв'язки з іншими людьми, призводить до їх порушення і до зниження адаптивних можливостей.

Наявність симптомів ПТСР у одного з членів сім'ї впливає на її функціонування. Індивіди з ПТСР, страждаючи від симптомів захворювання, можуть також заявляти про хворобливе почуття провини з приводу того, що залишилися живі, в той час як інші загинули; що вони змушені були зробити для виживання.

Фобічні уникнення ситуацій або дій, які мають схожість з основною травмою або символізують її, можуть інтерферувати на міжособистісні

взаємозв'язки і призводити до подружніх конфліктів, розлучень, втрати роботи.

Однак родина, сімейна стабільність виступають як потужна соціальна підтримка, надаючи компенсуючого впливу хворому члену сім'ї, що включає когнітивну, емоційну й інструментальну допомогу.

Таким чином, узагальнюючи цю інформацію, можна говорити про такі симптоми посттравматичного синдрому:

- змінилося ставлення до роботи;
- тривають нічні кошмари або безсоння;
- важко контролювати свої почуття; виникають раптові вибухи гніву; багато що злить, дратує;
- немає людини, з якою можна було б поділитися своїми переживаннями.
- стосунки у родині дуже погіршилися;
- стосунки з товаришами по роботі, сусідами, знайомими погіршилися;
- оточення говорить: “Він (вона) дуже змінився(лася)”;
- почастишали нещасні випадки;
- з'явилися шкідливі звички;
- виникли проблеми зі здоров'ям, яких раніше не було.

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R)

Перший варіант ШОВТП (Impact of Event Scale – IES) було опубліковано у 1979 р. М. Горовицем зі співавторами (Horowitz M. J., Wilner N. et. al., 1979). Створенню цієї шкали передували емпіричні дослідження М. Горовиця. Перше було присвячено вивченню взаємозв'язку уяви і стресових розладів і показало, що нав'язливі образи супроводжують травматичний досвід. У другому дослідженні аналізувалися симптоми і поведінкові характеристики для пошуку стратегій індивідуального лікування залежно від різних стресорів (хвороба, нещасний випадок, втрата коханої людини). Ця робота зумовила створення питальника IES (Impact of Event Scale).

Питальник складається із 15 пунктів, заснований на самозвіті і виявляє переважання тенденції уникнення або вторгнення (нав'язливого відтворення) травматичної події. Наступний етап досліджень полягав у виявленні, клінічному описі і перевірці протистояння цих двох тенденцій у процесі короткострокової терапії. Результати досліджень привели М. Горовиця до теоретичних уявлень про існування двох найбільш загальноприйнятих специфічних категорій переживань, що виникають у відповідь на вплив травматичних подій.

До першої категорії належать *симптоми вторгнення* – термін “вторгнення” (англ. “нав'язування” – intrusion). Включають нічні кошмари, нав'язливі почуття, образи чи думки. До другої категорії відносять *симптоми уникнення*, що включають спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних із травматичною подією, зниження реактивності. Ґрунтуючись на своїх поглядах з приводу реагування на травматичні стресори, М. Горовиць визначив реакції, які входять до сфери вторгнення й уникнення. Ці симптоми були первісною сферою вимірювань IES. Аналізуючи зв'язки між травматичними життєвими подіями і наступними психологічними симптомами, які могли виявлятися протягом

тривалого часу, М. Горовиць і його співавтори відзначили, що найчастіше вивчення цих реакцій змішувалося або з експериментальними фізіологічними вимірами, або з самозвітами про більш загальні показники тривожності, які визначаються, наприклад, за допомогою шкали тривоги, розробленої Дж. Тейлором.

Перевага IES, представленого М. Горовицем, полягала в тому, що зміст самозвітів було прив'язано до специфічних життєвих подій, а також до специфіки вимірюваних показників.

IES набула значного поширення. У численних працях продемонстровано надійність цього інструменту. Так, було проведено дослідження IES на ветеранах В'єтнаму, на жертвах стихійних катастроф, зокрема, при дослідженнях наслідків землетрусів, пожеж, повеней, в яких отримано переконливі висновки про придатність IES для визначення реакції на життєві травмуючі події для часткового передбачення того, хто переживатиме дістрес через певний час, і визначення динаміки реакцій на травматичні події з часом.

Автори методики наводять дані про використання IES при дослідженні жертв злочинів і катастроф – залізничних, транспортних тощо.

Розробники методики наводять численні дані, які свідчать про доцільність використання IES, її валідність, надійність і універсальність. Однак, незважаючи на це, Д. Вейс із колегами (1995) дійшли висновку, що IES може бути кориснішою, якщо діагностуватиме не тільки симптоми ПТСР (вторгнення й уникнення), а й симптоми *гіперзбудження*, які є складником психологічної реакції на травматичні події. Таким чином, було зроблено спробу перегляду оригінальної IES і створення версії IES-R.

Так, під час лонгітюдного дослідження реакцій на травматичні події персоналу служб швидкого реагування після землетрусу в Loma Prieta (1995) було створено сім додаткових пунктів, 6 із яких належать до критерію “гіперзбудження” і одне питання додане для виявлення “флешбеків”. Одне питання – “У мене є труднощі із засипанням і пробудженням” – було розділено на два незалежних пункти. Перше твердження – “У мене є труднощі з пробудженням” – має високу кореляцію з пунктами субшкали “вторгнення”, тому воно було віднесене до пунктів цієї субшкали. Інше твердження – “У мене є труднощі із засипанням” – увійшло в нову субшкалу “гіперзбудження” тому, що воно щільно корелює з пунктами цієї субшкали і слабо з пунктами субшкали “вторгнення”. Ці додаткові пункти були випадковим чином розподілені між 7 пунктами вторгнення і 8 уникнення першої версії IES, і, таким чином, “Шкала оцінки впливу травматичної події – переглянута” (IES-R) стала містити 22 пункти.

Важливим завданням під час створення IES-R було збереження порівнянності з IES, тому не було змінено тижневий період, який згадується в інструкції, а також схему балів, запропоновану М. Горовицем у першій версії: 0, 1, 3 і 5 для відповідей “ні”, “зовсім рідко”, “іноді”, “часто”. За винятком цих мінімальних змін і додавання пункту, що виявляють “флешбеки”, субшкали “уникнення” і “вторгнення” питальника IES-R, відповідають таким самим субшкалам IES.

Метою додавання нових 6 пунктів “гіперзбудження” є опис таких сфер: злість і дратівливість; гіпертрофована реакція переляку; труднощі з концентрацією; психофізіологічне збудження, що обумовлене спогадами; безсоння. Один новий пункт вторгнення виявляє проживання заново стану, схожого на дисоціативний.

Шкала оцінки впливу травматичної події набула поширення в нашій країні на початку 1990-х рр. у низці досліджень, присвячених вивченню психологічних наслідків аварії на ЧАЕС, а також проведених із контингентом ветеранів війни в Афганістані. Дослідження також проводилися на різних вибірках професіоналів, діяльність яких пов'язана з постійним ризиком для здоров'я і життя, а також популяцій, що зазнали впливу потенційно психотравмуючих подій (ветерани війни в Афганістані, ліквідатори наслідків аварії на ЧАЕС, біженці).

*Бланк питальника “Шкала оцінки впливу травматичної події”
(Impact of Event Scale-R)*

Ім'я _____ Освіта _____
Сімейний стан _____ Вік _____ Стать _____
Дата “__” _____ 20__ р.

Інструкція. Нижче наведено описи переживань людей, які перенесли важкі стресові ситуації. Оцініть, якою мірою ви відчували такі почуття з приводу подібної ситуації, що Ви колись пережили (*вказується конкретна ситуація, наприклад, автокатастрофа*). Для цього виберіть і обведіть цифру, яка відповідає тому, як часто ви відчували подібне переживання протягом останніх 7 днів, включаючи сьогоднішній: 0 – ніколи; 1 – рідко; 3 – іноді; 5 – часто.

Питальник надається російською мовою, якою його було адаптовано на пострадянському просторі.

Текст питальника

№	Утверждение	никогда	редко	иногда	часто
1	Любое напоминание об этом событии (ситуации) заставляло меня заново переживать все случившееся	0	1	3	5
2	Я не мог спокойно спать по ночам	0	1	3	5
3	Некоторые вещи заставляли меня все время думать о том, что со мной случилось	0	1	3	5
4	Я чувствовал постоянное раздражение и гнев	0	1	3	5
5	Я не позволял себе расстраиваться, когда я думал об этом событии или что-то напоминало мне о нем	0	1	3	5
6	Я думал о случившемся против своей воли	0	1	3	5
7	Мне казалось, что всего случившегося со мной как будто не было на самом деле или все, что тогда происходило, было нереальным	0	1	3	5
8	Я старался избегать всего, что могло бы мне напомнить о случившемся	0	1	3	5
9	Отдельные картины случившегося внезапно возникали в сознании	0	1	3	5
10	Я был все время напряжен и сильно вздрагивал, если что-то внезапно пугало меня	0	1	3	5
11	Я старался не думать о случившемся	0	1	3	5
12	Я понимал, что меня до сих пор буквально переполняют тяжелые переживания по поводу того, что случилось, но ничего не делал, чтобы их избежать	0	1	3	5

13	Я чувствовал что-то вроде оцепенения, и все мои переживания по поводу случившегося были как будто парализованы	0	1	3	5
14	Я вдруг замечал, что действую или чувствую себя так, как будто бы все еще нахожусь в той ситуации	0	1	3	5
15	Мне было трудно заснуть	0	1	3	5
16	Меня буквально захлестывали непереносимо тяжелые переживания, связанные с той ситуацией	0	1	3	5
17	Я старался вытеснить случившееся из памяти	0	1	3	5
18	Мне было трудно сосредоточить внимание на чем-либо	0	1	3	5
19	Когда что-то напоминало мне о случившемся, я испытывал неприятные физические ощущения – потел, дыхание сбивалось, начинало тошнить, учащался пульс и т.п.	0	1	3	5
20	Мне снились тяжелые сны о том, что со мной случилось	0	1	3	5
21	Я был постоянно насторожен и все время ожидал, что случится что-то плохое	0	1	3	5
22	Я старался ни с кем не говорить о случившемся	0	1	3	5

Ключі до оброблення:

субшкала “вторгнення”: сума балів за пунктами 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20;

субшкала “уникнення”: сума балів за пунктами 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22;

субшкала “фізіологічна збудливість”: сума балів за пунктами 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Норми

№	Вибірки	Низькі	Середні	Високі
1	Пожежні	0 – 22	23 – 35	36 – 110
2	Студенти	0 – 17	18 – 24	25 – 110
3	Рятувальники	0 – 21	22 – 37	38 – 110
4	Співробітники МВС	0 – 22	23 – 33	34 – 110
5	Військовослужбовці	0 – 25	26 – 39	40 – 110
6	Біженці “норма”	0 – 24	25 – 53	54 – 110
7	Біженці з ПТСР	0 – 28	29 – 61	62 – 110
8	Ліквідатори “норма”	0 – 35	36 – 55	56 – 110
9	Ліквідатори з ПТСР	0 – 42	43 – 49	50 – 110
10	Усі групи	0 – 18	19 – 41	42 – 110

Питальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків (І. О. Котенєв)

Цей питальник розроблено спеціально для вивчення стану військовослужбовців, що зазнали впливу надзвичайних чинників, а саме перебування в екстремальних умовах. Він вивчає наявність у військовослужбовців таких проявів посттравматичного синдрому, як надпильність, перебільшене реагування, агресивність, порушення пам'яті і концентрації уваги, депресія, тривожність, зловживання наркотичними й лікарськими засобами, галюцинаторні переживання, проблеми зі сном (труднощі із засипанням і переривчастий сон).

Текст питальника

Інструкція. Уважно читаючи кожне твердження, виберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашому стану або думкам у цей час. На бланку відповідей біля номера твердження поставте цифру, що збігається з Вашою відповіддю:

- 5 – абсолютно правильно;
- 4 – скоріше, так;
- 3 – частково правильно, почасти неправильно;
- 2 – скоріше, неправильно;
- 1 – абсолютно неправильно.

Питальник надається мовою оригіналу.

1. По утрам я просыпаюсь свежим и отдохнувшим.
2. Я хорошо координирую свои движения.
3. Я испытываю утомление.
4. Мне необходимо усилие, чтобы вникнуть в то, что говорят окружающие.
5. Внезапно у меня бывает сильное сердцебиение.
6. Я принимаю пищу машинально, не испытывая при этом удовольствия.
7. Окружающий меня мир кажется нереальным.
8. Я вздрагиваю от внезапного шума.
9. Я настолько живо вспоминаю отдельные события, что при этом как бы вновь переживаю их.
10. Я абсолютно здоров физически.
11. Мне доставляет удовольствие быть среди других людей.
12. Часто я действую так, будто мне угрожает опасность.
13. Меня нельзя упрекнуть в рассеянности.
14. Я часто вижу один и тот же страшный сон.
15. Определенно, я виноват перед людьми.
16. Пустяки раздражают меня.
17. Я стараюсь не смотреть телевизор, если показывают хронику драматических событий.
18. Мне нравится моя работа.
19. Я пережил серьезную утрату.
20. Я хорошо высыпаюсь по ночам.
21. Я никогда не вижу страшных снов.
22. Иногда мне хочется выпить.
23. Мои близкие сильно беспокоятся из-за моей работы.
24. У меня бывает ощущение, что время течет как бы замедленно.
25. Иногда я обращаюсь к врачу только потому, что хочу немного отдохнуть.
26. Многие вещи потеряли для меня интерес.
27. Без всякого повода я могу выйти из себя.
28. Мне следовало бы соблюдать диету.
29. Я стараюсь избегать разговоров на неприятные темы.
30. Бывает, что я забываю вещи.
31. Иногда мне кажется, что даже близкие люди не понимают меня.
32. Мне необходимо лучше контролировать эмоции.
33. Прошлые события подчас вспоминаются более ярко, чем то, что происходит сейчас.
34. Мне иногда кажется, что мир вокруг меня теряет краски.
35. Я просыпаюсь от внезапного страха.
36. Мне стоит больших усилий работать в прежнем ритме.
37. Временами я испытываю озноб.
38. Мне хочется помогать людям, попавшим в беду.
39. Недавно мне пришлось столкнуться с весьма опасными обстоятельствами.

40. Я чувствую себя более уверенно, чем многие из моих сверстников.
41. Я засыпаю с трудом.
42. Я испытываю чувство одиночества.
43. Мне бывает трудно вспоминать то, что происходило совсем недавно.
44. Я чувствую, что становлюсь другим человеком.
45. Меня радуют порой самые незначительные вещи.
46. Я чувствую прилив сил.
47. По утрам я просыпаюсь с большим трудом.
48. Мои мысли постоянно возвращаются к тому, о чем не хочется думать.
49. Я испытываю чувство стыда.
50. Обычно я не обращаюсь к врачу, даже если чувствую, что не совсем здоров.
51. Мой сон настолько крепок, что громкие звуки или яркий свет не могут мне помешать.
52. Мне говорят, что я вскрикиваю во сне.
53. Я часто думаю о будущем.
54. Иногда я сержусь.
55. Я боюсь, что могу натворить что-то вопреки своим намерениям.
56. Бывает, что я забываю то, что хотел сказать или сделать.
57. В последнее время мое настроение ухудшилось.
58. Мне не на кого положиться.
59. Хотелось бы, чтобы моя семья уделяла мне больше внимания.
60. Определенно, я люблю рисковать.
61. Мне нравится черный юмор.
62. Я во всем полагаюсь на самого себя.
63. Я постоянно чувствую потребность что-нибудь жевать, даже не испытывая голода.
64. Иногда мне кажется, что я запутался в жизни.
65. Мне кажется, что я не сумел сделать того, что от меня требовалось.
66. Я испытываю интерес и вкус к жизни.
67. Мне весело и легко в компании людей.
68. Я много и плодотворно работаю.
69. Часто я забываю, куда положил ту или иную вещь.
70. Я стараюсь ни с кем не обсуждать свои проблемы.
71. Я никогда не испытывал страха.
72. Мне было полезно побыть одному.
73. Делая какое-либо дело, я часто думаю совсем о другом.
74. Моя жизнь разнообразна и насыщена событиями.
75. Я никогда не совершал поступков, за которые мне было бы стыдно.
76. Чужие трудности мало кого волнуют.
77. Я ощущаю себя гораздо старше своих лет.
78. Мне кажется, что меня ожидает счастливое будущее.
79. В жизни мне пришлось испытать такое, что лучше не вспоминать.
80. Я остро воспринимаю чужую боль.
81. Мне кажется, я потерял способность радоваться жизни.
82. Меня беспокоят головные боли.
83. Легкие заработки обычно связаны с нарушением закона.
84. Я не прочь подзаработать лишнего.
85. Посторонние звуки отвлекают меня.
86. Я стараюсь не вступать в драку, если дело меня не касается.
87. Я верю в торжество справедливости.
88. Мое сердце работает как обычно.
89. Иногда я принимаю таблетки.
90. Есть вещи, которые я не могу себе простить.

91. Определенно, мне нужно время, чтобы прийти в себя.
92. Алкоголь хорошо снимает любой стресс.
93. Я не склонен жаловаться на здоровье.
94. Мне хочется все крушить на своем пути.
95. Большинство людей озабочено лишь собственным благополучием.
96. Мне нелегко сдерживать свой гнев.
97. Я считаю, что прав тот, кто сильнее.
98. У меня никогда не было обмороков.
99. Мне следовало бы научиться избегать конфликтов.
100. Я приобрел в жизни хороших друзей.
101. Меня считают уравновешенным человеком.
102. Нервное напряжение хорошо снимает сауна.
103. Я чувствую растерянность.
104. Часто мне кажется, что меня подстерегает опасность.
105. Я работаю, не чувствуя усталости.
106. Я испытываю сильное внутреннее возбуждение.
107. Мне трудно сосредоточиться одновременно на нескольких делах.
108. Часто я совершаю произвольные действия в ответ на неожиданный звук или движение.

109. Я чувствую себя вполне уверенным.
110. Мне есть, за что благодарить судьбу.

Оброблення результатів:

1. *Надпильність*. Шкала відповідає таким питанням: 2, 32, 46, 58, 62, 70, 98, 105, 106, 109. Обчисліть середнє арифметичне значення.

2. *Перебільшене реагування*. Шкала відповідає таким питанням: 8, 12, 39, 102, 104, 108. Обчисліть середнє арифметичне значення.

3. *Притуплення емоцій*. Шкала відповідає таким питанням: 3, 4, 6, 7, 13, 24, 26, 34, 45, 64, 66, 74, 81. Підсумуйте значення (питання: 3, 4, 6, 7, 24, 26, 34, 64, 81) і відніміть значення за рештою питань (13, 45, 66, 74), отриману величину розділіть на 9.

4. *Агресивність*. Шкала відповідає таким питанням: 60, 83, 84, 87, 94, 96, 97, 99. Обчисліть середнє арифметичне значення.

5. *Порушення пам'яті та концентрації уваги*. Шкала відповідає таким питанням: 30, 36, 43, 56, 69, 73, 85, 91, 107. Обчисліть середнє арифметичне значення.

6. *Депресія*. Шкала відповідає таким питанням: 19, 26, 34, 42, 48, 57, 64, 81, 91, 82, 72. Обчисліть середнє арифметичне значення.

7. *Загальна тривожність*. Шкала відповідає таким питанням: 5, 16, 31, 37, 55, 59, 76, 103. Обчисліть середнє арифметичне значення.

8. *Напади люті*. Шкала відповідає таким питанням: 54, 84, 86, 88, 96, 101. Підсумуйте значення (питання: 54, 84, 96) і відніміть значення за рештою питань (86, 88, 101), отриману величину розділіть на 3.

9. *Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами*. Шкала відповідає таким питанням: 22, 25, 50, 63, 89, 92, 102. Підсумуйте значення (питання: 22, 25, 63, 89, 92) і відніміть значення за рештою питань (50, 102), отриману величину розділіть на 3.

10. *Небажані спогади і галюцинаторні переживання*. Шкала відповідає

таким питанням: 7, 9, 17, 19, 29, 33, 48, 71, 79. Обчисліть середнє арифметичне значення.

11. *Проблеми зі сном (труднощі із засипанням і переривчастий сон)*. Шкала відповідає таким питанням: 1, 14, 20, 21, 35, 41, 47, 51, 52. Підсумуйте значення (питання: 14, 35, 41, 47, 52) і відніміть значення за рештою питань (1, 20, 21, 51), отриману величину розділіть на 4.

12. *“Вина особи, яка вижила”*. Шкала відповідає таким питанням: 15, 38, 49, 65, 80, 90. Обчисліть середнє арифметичне значення.

13. *Оптимізм*. Шкала відповідає таким питанням: 10, 11, 18, 40, 44, 53, 67, 68, 75, 77, 78, 93, 100, 110. Обчисліть середнє арифметичне значення.

Як бачимо із наведених розрахунків, за кожною шкалою бали можуть бути у діапазоні від 1 до 5 балів. Чим ближче до п'яти, тим вираженішою є ознака.

Питальник посттравматичного зростання

М. Ш. Магомед-Емінов вважає, що особа, яка вижила після катастрофи, має три шляхи, три життєві дороги: життєсходження, життєпродовження і життєпадіння. Шлях уцілілого після катастрофи, траєкторія його життєвого шляху не лише негативна (стрес-синдром), але й позитивна (адаптація, інтеграція) та креативна (зростання і розвиток). Для діагностики саме позитивних змін після катастрофи було розроблено спеціальний питальник посттравматичного зростання.

Питальник створено Р. Тадеші і Л. Калхауном у 1996 р. й адаптовано до російської вибірки М. Ш. Магомед-Еміновим у 2004 р. Питальник показав себе надійним і валідним психометричним інструментом.

Розробники питальника використовували припущення, що життєві лиха викликають не лише негативні реакції, але й позитивні трансформації у особи, яка їх пережила.

Інструкція. Оцініть для кожного наведеного нижче твердження ступінь, в якому відповідна зміна сталася у Вашому житті внаслідок кризи (або дослідник дає специфічний опис кризової ситуації), використовуючи таку шкалу оцінок:

- 0 – у мені не сталося ніяких змін після цієї ситуації;
- 1 – у мені відбулися зміни у дуже малому ступені після цієї ситуації;
- 2 – у мені відбулися зміни у малому ступені після цієї ситуації;
- 3 – у мені відбулися зміни у помірному ступені після цієї ситуації;
- 4 – у мені відбулися зміни у великому ступені після цієї ситуації;
- 5 – у мені відбулися зміни у дуже великому ступені після цієї ситуації.

Бланк методики надається мовою оригіналу.

Бланк методики

1	У меня поменялись жизненные приоритеты	
2	Я гораздо лучше понимаю ценность собственной жизни	
3	У меня появились новые интересы	
4	Я чувствую большую уверенность в себе	
5	Я стал лучше понимать духовные проблемы	
6	Я нахожу, что я больше рассчитываю на людей в трудную минуту	
7	Я направил свою жизнь по новому пути	

8	Я испытываю большую близость с окружающими	
9	Я более охотно выражаю свои эмоции	
10	Я лучше понимаю, что могу справиться с трудностями	
11	Я могу сделать свою жизнь лучше	
12	Я в большей степени способен принимать вещи такими, какие они есть	
13	Я могу больше ценить каждый день своей жизни	
14	У меня появились возможности, которые не были мне доступны	
15	У меня появилось больше сострадания к людям	
16	Я трачу больше усилий на налаживание взаимоотношений	
17	Я с большей вероятностью пытаюсь изменить то, что нуждается в изменении	
18	Я стал более религиозным	
19	Я обнаружил, что я сильнее, чем полагал	
20	Я много узнал о том, какими бывают замечательными люди	
21	Я стал больше признавать, что нуждаюсь в других людях	

Оброблення та інтерпретація даних. Ця методика має п'ять шкал: ставлення до інших (СІ); нові можливості (НМ); сила особистості (СО); духовні зміни (ДЗ); підвищення цінності життя (ПЦЖ).

Для визначення посттравматичного зростання у межах указаних шкал використовують спеціальний *ключ*:

СІ – 6, 8, 9, 15, 16, 20, 21 (7 тверджень);

НМ – 3, 7, 11, 14, 17 (5 тверджень);

СО – 4, 10, 12, 19 (4 твердження);

ДЗ – 5, 18 (2 твердження);

ПЦЖ – 1, 2, 13 (3 твердження).

Кількісна оцінка посттравматичного зростання за кожною шкалою здійснюється шляхом сумарного підрахунку балів. Обробка здійснюється за “сирими” балами. Потім за допомогою нормативної таблиці визначається індекс і інтенсивність посттравматичного зростання за кожним фактором.

Таблиці норм

Норми для фактора “Ставлення до інших” (СІ)

Низькі значення	Середні значення	Високі значення
0–14	15–24	25–35

Норми для фактора “Нові можливості” (НМ)

Низькі значення	Середні значення	Високі значення
0–9	10–15	16–25

Норми для фактора “Сила особистості” (СО)

Низькі значення	Середні значення	Високі значення
0–7	8–15	16–20

Норми для фактора “Духовні зміни” (ДЗ)

Низькі значення	Середні значення	Високі значення
0–3	4–6	7–10

Норми для фактора “Підвищення цінності життя” (ПЦЖ)

Низькі значення	Середні значення	Високі значення
0–6	7–11	12–15

Норми для індексу “Посттравматичне зростання” (ПЗ)

Низькі значення	Середні значення	Високі значення
0–32	33–63	64–105

Змістовні характеристики шкал при високих значеннях сумарного бала

Фактор “Ставлення до інших”. Особа почала більше розраховувати на інших людей у складну хвилину, відчувати більшу близькість до оточення, починає охоче виявляти свої емоції. У неї з’являється більше співчуття до людей, вона починає витратити більше зусиль на налагодження стосунків з оточенням, частіше визнає, що потребує інших людей, починає більше їх цінувати.

Фактор “Нові можливості”. У особи виникають нові інтереси, вона спрямовує своє життя на новий шлях, у неї виникає впевненість, що вона може зробити своє життя кращим. У неї з’являються можливості, не доступні раніше. Вона з більшою ймовірністю намагається змінити те, що потребує змін.

Фактор “Сила особистості”. Особа відчуває більшу впевненість у собі, краще розуміє, що може долати труднощі. Вона більшою мірою здатна сприймати речі такими, якими вони є. Особа визначила, що вона сильніша, ніж вважала.

Фактор “Духовні зміни”. Особа стала краще розуміти духовні проблеми, стала більш релігійною.

Фактор “Підвищення цінності життя”. У особи змінилися життєві пріоритети, вона стала набагато краще розуміти цінність власного життя, зараз вона більше цінує кожен день свого життя.

Таким чином, випробовувані з високим сумарним балам ОПТЗ характеризуються певними рисами. Так, після пережитого стресу у них змінюється ставлення до інших людей у бік більшої відкритості, позитивності, співчуття. З’являється відчуття нових можливостей, нових інтересів, бажання змін. Вони починають відчувати більшу впевненість у собі, відчувати силу, щоб долати труднощі, починають краще розуміти духовні проблеми інших людей. У них підвищується цінність життя взагалі і кожної миттєвості життя зокрема.

3.6. Індивідуальна та групова терапія ПТСР

Лікування ПТСР психотерапевтичними методами є невід’ємною частиною загальноновідновлювальних заходів, оскільки необхідно здійснити реінтеграцію порушеної унаслідок травми психічної діяльності. При цьому психотерапія спрямована на створення нової когнітивної моделі життєдіяльності, афективну переоцінку травматичного досвіду, відновлення відчуття цінності власної особистості і здатності подальшого існування у світі. Наразі розроблено конкретні диференційовані методи роботи з травматизованими пацієнтами, ефективність яких підлягає об’єктивній оцінці.

Метою психотерапевтичного лікування пацієнтів з ПТСР є допомога у звільненні від спогадів про минуле, що переслідують особу, та інтерпретації подальших емоційних переживань як нагадувань про травму, а також у тому, щоб пацієнт міг активно й відповідально включитись у сьогодення. Для цього йому необхідно відновити контроль над емоційними реакціями і знайти травматичній події, що сталася з особою, належне місце у загальній часовій перспективі свого життя та особистої історії. Ключовим моментом психотерапії пацієнта з ПТСР є інтеграція того чужого, неприйняттого, жахливого і незбагненого, що з ним

сталось, у його уявлення про себе (образ “Я”). Іншими словами, психотерапія повинна звертатися до двох фундаментальних аспектів посттравматичного розладу: зниженню тривоги й відновленню почуття особистісної цілісності та контролю над подіями. При цьому наголошується, що терапевтичні відносини з пацієнтами, які страждають на ПТСР, надзвичайно складні, оскільки міжособистісні компоненти травматичного досвіду – недовіра, зрада, залежність, любов, ненависть – мають тенденцію виявлятися у процесі побудови взаємодії із психотерапевтом. Робота з травмами породжує й інтенсивні емоційні реакції у психотерапевта, отже, висуває високі вимоги до його професіоналізму.

Психологічна допомога особам із ПТСР може бути індивідуальною або груповою за своєю структурою, хоча за змістом поділяється на професійну, проблемну, підтримуючу тощо. Самі по собі, без визначення модифікації, традиційні методи зарубіжної психотерапії – психоаналіз, психоаналітична психотерапія, гештальттерапія, клієнтцентрована терапія та особистісно-орієнтовані групи, поведінкова психотерапія, когнітивна психотерапія тощо – недостатньо ефективні. У Америці розробка методів психологічної допомоги вцілілим почалася саме тоді, коли ветерани війни у В’єтнамі відмовилися від перелічених видів психотерапії і почали відреагувати свої проблеми у так званих “реп-групах”.

Нижче наведено опис спеціально розробленого М. Ш. Магомет-Еміновим методу індивідуальної і групової психотерапії для роботи з уцілілими у травматичних ситуаціях.

Індивідуальна психологічна терапія. На думку М. Ш. Магомет-Емінова, індивідуальна психологічна терапія повинна будуватися з урахуванням стадіальності ПТСР, характеру домінуючого ставлення до травматичного досвіду (вторгнення або уникнення), особливостей психологічної травми і психологічних механізмів подолання тощо.

У зв’язку з тим, що сама ситуація психотерапії активує тенденцію уникання, як і синдром ПТСР, то вцілілий, як правило, побоюється психологічної допомоги, а також у нього формується додаткова мотивація уникання, пов’язана із самою психотерапією. Тому під час роботи ставляться такі особливі завдання:

- 1) спеціальна претерапевтична робота з формування мотивації запиту;
- 2) ослаблення інтенсивності захисної мотивації уникнення;
- 3) формування терапевтичної мотивації, заснованої на потребі подолання проблем;
- 4) активація мотиваційних новоутворень зростання, реалізація своїх потенціалів, перетворює психотерапію на ситуацію розвитку особистості й формування нової самоідентичності, а не тільки лікування психологічної травми.

Психотерапевтична ситуація стає життєвою ситуацією, в ході якої не просто відбуваються афективне відреагування, інсайти та опрацювання опорів, а починає здійснюватися трансформація особистості людини.

У зв’язку з амбівалентністю мотивації запиту вцілілого допомога повинна бути своєчасною, тобто наданою саме в той момент, коли прагнення до пошуку допомоги починає превалювати над униканням допомоги через зазначену загрозу

активації травматичних спогадів. Тому при психологічній реабілітації уцілілого великого значення набувають короткострокові методи психотерапії.

Один із сучасних методів короткострокової терапії, що використовується під час роботи з особами, які мають ПТСР, було розроблено М. Ш. Магомед-Еміновим. Цей метод складається із двох частин: консультаційне інтерв'ю; короткострокова психотерапія.

Консультаційне інтерв'ю використовується для:

- 1) установлення початкового контакту з уцілілим;
- 2) попередньої психодіагностики;
- 3) формування мотивації запиту;
- 4) прийняття рішення уцілілим пройти психологічну реабілітацію за допомогою психолога;
- 5) досягнення початкового відреагування.

Консультаційне інтерв'ю може проводитись у звичайній обстановці життєвої ситуації уцілілого. Через те, що консультативне інтерв'ю з уцілілим найчастіше проводиться за ініціативою психолога, товаришів по службі, друзів, родичів або самого врятованого під тиском погіршення стану, то метод побудовано з урахуванням домінування зовнішньої мотивації допомоги як початкової умови.

Консультаційне інтерв'ю включає в себе:

- 1) екзистенціальну інтервенцію – залучення психолога у життєву ситуацію вцілілого як зустріч з людською долею;
- 2) спонтанне саморозкриття (або вільний дискурс) – розповідь уцілілого про свою актуальну життєву ситуацію без активного втручання психолога;
- 3) екстенсивне прояснення (екстенсифікація) – тематичне оформлення вільного дискурсу вцілілого без інтенсифікації травматичного досвіду;
- 4) структуроване інтерв'ю – це, власне, друга частина консультативного інтерв'ю, де після саморозкриття вцілілого психолог сам проявляє активність з метою конкретизувати основні теми, виявлені у першій частині, й отримати інформацію про історію життєвого шляху людини;
- 5) психодіагностика – проводяться спеціальні психодіагностичні методики (місісіпська шкала, шкала травматичного досвіду тощо);
- 6) висновок – підводиться підсумок першої зустрічі і призначається наступна.

Консультаційне інтерв'ю може складатись із кількох зустрічей, під час яких не тільки формується терапевтична мотивація, проводиться психологічне обстеження вцілілого, але і здійснюється початкова психологічна реабілітація.

Після прийняття вцілілим рішення про психологічну реабілітацію починається власне *короткострокова психотерапія*, що складається із 12–15 сеансів, тривалість кожного становить 50 хвилин, а частота – не менше 2–3 сеансів на тиждень. Основний процес, який повинен бути актуалізований у ході психотерапії ПТСР – трансформація травматичної “самоідентичності жертви” в нетравматичну “самоідентичність уцілілого”, під час якої уцілілий (або особа, яка втратила когось із близьких, друзів, товаришів) констатує виживання (або життя)

як досягнення і самоцінність для продовження “бути” і для продовження “жити”. Процес терапії повинен проходити також у модусі темпоральної трансформації: від центрації на минулому до залучення у сьогодення і до розкриття перспектив майбутнього.

Основна методологічна позиція психотерапевта – градуальна інтенсифікація травматичного досвіду і забезпечення умов трансформації особистості актуалізованих горизонтів досвіду, в ході якої відбувається не тільки опрацювання негативного досвіду, а й формування нового позитивного досвіду (у тому числі формування позитивного ставлення до травматичного досвіду).

Груповий метод психологічної реабілітації. Зазначимо, що яким би не був груповий формат, групова терапія спрямована на досягнення певних терапевтичних цілей:

- поділяння з терапевтом (і групою) повторного переживання травми у безпечному просторі (при цьому терапевт слідує за пацієнтом, не форсуючи процес);

- зниження почуття ізоляції і забезпечення почуття належності, доречності, спільності цілей, комфорту і підтримки; створення підтримуючої атмосфери прийняття й безпеки від почуття сорому;

- робота в одній групі з тими, хто має схожий досвід, що дає можливість відчувати універсальність власного досвіду;

- позбавлення почуттів ізолюваності, відчуження, незважаючи на унікальність травматичного переживання кожного учасника групи;

- забезпечення соціальної підтримки й можливості розділити з іншими людьми емоційне переживання;

- прояснення загальних проблем, навчання методам подолання наслідків травми і досягнення розуміння того, що особиста травма вимагає свого розв’язання;

- спостереження за тим, як інші переживають спалахи інтенсивних афектів, що дає підтримуючий і підбадьорюючий ефект;

- можливість бути в ролі того, хто допомагає (особа, яка здійснює підтримку, стає впевненою, здатною повернути почуття власної гідності);

- розвиток “почуття ліктя”, коли загальні проблеми поділяються учасниками групи;

- подолання почуття власної нецінності: “мені нема чого запропонувати іншому”;

- можливість довідатися про життя інших членів групи і зсув фокусу з почуття власної ізолюваності і негативних самозневажальних думок;

- зменшення провини і сорому, розвиток довіри, здатності розділити горе і втрату;

- можливість роботи з “таємницею” – ділитися з кимось окрім терапевта інформацією про себе;

- укріплення впевненості в тому, що прогрес у терапії можливий; важливою підставою для такого оптимізму є атмосфера оберігання у групі, яка дає досвід нових взаємин;

- прийняття групової ідеології, мови, що дають можливість учасникам групи сприйняти стресову подію іншим, більш оптимістичним чином;
- отримання можливості скласти власне уявлення про реальність змін, які відбуваються з кожним членом групи.

Наведемо опис методу групової психологічної реабілітації, розробленого М. Ш. Магомед-Еміновим. Цей метод групової психологічної реабілітації досить добре зарекомендував себе в роботі з особами, які пережили втрату близьких людей, товаришів. Він поділяється на два види: 1) група спілкування, або група “спільності долі”; 2) групова психотерапія ПТСР, або “негативно-позитивна терапія”. Для проведення цього методу реабілітації організовується група з 8–12 чоловік (іноді й більше) за ознакою гомогенності психічної травми, тобто із осіб, які зазнали травматичного стресу у схожих екстремальних ситуаціях. Головною метою групового методу є забезпечення соціально-психологічної адаптації, подолання психічної травми шляхом відтворення ситуації, послідовного відтворення травматичного досвіду і зміна сенсу травматичного досвіду, його асиміляції, формування ефективних стилів самоконтролю і саморегуляції, трансформації особистості. Для реалізації цього комплексного завдання необхідно створити у групі клімат довіри, причетності до долі один одного, сформувані почуття безпеки і толерантності до травматичного стресу. Слід ураховувати, що поза наявності афективних стресових станів у людей з посттравматичними стресовими реакціями (розладами) виникатиме багато негативних реакцій, спрямованих як один на одного, так і на ведучого. У зв’язку з цим, а також щоб запобігти травматичному програванню, ризику декомпенсації, і виникає необхідність поділу групового методу на два види (групу спілкування і психотерапевтичну групу), які, з одного боку, становлять послідовні стадії єдиної групової психотерапії, а, з іншого боку, перша може проводитися незалежно від другої при ПТС-реакції і СПНТС (соціально-психологічні наслідки травматичного стресу).

Група спілкування. За своєю головною умовою група спілкування називається групою “спільності долі” (ГСД) і включає в себе: 1) групу проговорювання, або реп-групу; 2) групу зустрічей – спільне проведення часу у своєму колі, створення щось на зразок мікросоціальної мережі; 3) групу вирішення завдань (учасники спільно займаються вирішенням якихось життєвих завдань, виконанням певної діяльності тощо).

Групи спілкування без спеціальної психологічної роботи є нестабільними: вони то розходяться, то знову сходяться (за цим стоять амбівалентні установки).

У групі спілкування під час спілкування учасники формують групову спільність, групову ідентичність “спільної долі”: розповідають про себе, придивляються один до одного, промовляють свої життєві проблеми. Тут люди обережно виговорюються у ситуації клімату довіри, не заглиблюючись у травматичний досвід. Процес відреагування відбувається у м’яких умовах і негострих формах. Тим, у кого є ПТС-реакції і СПНТС, часто достатньо проходження груп спілкування. “Спільність долі” повинна бути не умовою формування комплексу жертви, а навпаки – джерелом самоприйняття і

прийняття відповідальності за власну долю. Це дозволяє людині вийти із цієї спільності, увійти в життєву ситуацію, де вона може бути причетною до унікальних доль інших людей, не схожих на її особисту долю. Отже, відбувається психологічний рух від занурення у свій маленький світ і відчуження від соціуму – в коло “спільності долі”, а із нього – у світ причетності до різноманіття людських доль.

Групова психотерапія ПТСР називається негативно-позитивною терапією з таких міркувань. По-перше, назва вказує на мету терапевтичної роботи: 1) звільнення від негативного базису – дезадаптації, ПТСР; 2) досягнення нової інтеграції у життя, нових форм адаптації у соціум. По-друге, відмічається як значення переживання негативного досвіду, так і важливість позитивних переживань. По-третє, розгортається рух від антипатії до оточення, що не приймає чи не розуміє, до “Я”, яке приймає “Ми”-групу, щоб далі виділити у переживанні “спільності долі” своє “Я”, зміцнити впевненість у собі та почуття відповідальності і повернутися знову в оточуючий світ людей із симпатією до них (щоб давати й отримувати, отримувати й давати). По-четверте, у групі опрацьовується негативний досвід і набувається новий позитивний досвід.

Психотерапевтична група – це глибинно-психологічна робота, в якій у певних умовах клімату безпеки й робочого альянсу проводиться опрацювання травматичного досвіду, перебудова психічної організації особистості, прийняття відповідальності, посилення здатності приймати рішення й робити вибір. Тому, перш ніж члени групи ділитимуться своїми минулими травматичними переживаннями в умовах прийняття, доцільно також досягти поступового вираження негативних переживань, що виникають у терапевтичній ситуації, так само, як і позитивних. Після досягнення емоційного відреагування членів групи формуються передумови для позитивного прийняття один одного, що стає основою для звернення до минулого трагічного досвіду. Утім, вираження переживань – це тривалий процес, який має циклічний характер, амбівалентність своїх проявів.

Образно кажучи, перш ніж люди почнуть заглиблюватись у свій травматичний досвід, у них повинна сформуватись здатність, толерантність витримувати “натиск” цього досвіду: у попередньому “щадному” спілкуванні у кліматі довіри вони повинні проговорити свої актуальні проблеми, що означає також розвиток здатності співпереживання, емпатії. У прийнятті та співприйнятті вони ніби зміцнюють свою особисту позицію, відновлюють порушений травмою, втратою нарцисичний баланс “Я”. Таким чином, групи спілкування стають підготовчою стадією для проведення глибинної психотерапії ПТСР.

Опишемо етапи, необхідні для здійснення головних завдань групової роботи.

Початкова фаза. Ця фаза складається із кількох етапів. На першому етапі відбувається знайомство: ведучий пропонує членам групи розповісти про себе; на другому – він створює умови для вільного проговорювання; на третьому – обговорює, що саме перешкоджає ефективному життю, і пояснює значення травматичного досвіду (як фактора, що перешкоджає) й важливості його подолання; потім ведучий займає пасивнішу позицію, даючи можливість членам

групи активізуватися, залучитись у ситуацію самовираження й міжособистісного спілкування. Усе це в дещо зміненому вигляді відповідає групі “спільності долі” у варіанті реп-групи проговорювання з легкою інтенсифікацією для виявлення психологічних перешкод і прояснення їх значення як перешкод до інтеграції, які вимагають подолання.

Основна фаза. На початку цієї фази важливо досягти саморозкриття членів групи у зв'язку з актуальною життєвою ситуацією, що виникла. Проблемне саморозкриття може посилити тривогу у деяких членів групи, внаслідок чого проявляться агресивні реакції-напади й “оборонні” реакції у відповідь. Після подолання вираження негативних реакцій необхідне відновлення й поглиблення прийняття, що дає можливість ведучому поступово підводити членів групи до розповідей про минулі переживання, тобто переходити до глибинного розкриття (інтенсифікації). Потрібно стежити за тим, щоб на членів групи не чинився тиск, і саморозкриття було добровільним і під силу кожному з них. Як тільки з'ясується, що учасник наблизився до межі своїх можливостей переживання травматичного досвіду, треба допомогти йому відновити самовладання і зміцнити впевненість.

Заключна фаза. Необхідно створити можливість і досвід співпереживання і глибокого прийняття членами групи іншої людини після її розповіді про свої трагічні переживання. Подібне прийняття сприяє посиленню самодостатності, формування самостійності й відповідальності, що, у свою чергу, сприятиме створенню для членів групи можливості адаптації у соціумі й подолання внутрішніх труднощів, вирішення своїх життєвих проблем.

Таким чином, психотерапія – це шлях від соціального відчуження у великому світі до “спільної долі” і повернення до самоприйняття власного “Я”, це формування здатності бути причетним до різноманіття доль і пов'язувати свою долю з долею іншої людини, нехай відмінною, але також унікальною. Отже, це шлях “зі світу відчуження – у світ подібності, зі світу подібності – у світ відмінності”.

Запитання для самопідготовки та контролю

1. Назвіть види психологічної допомоги, які можуть застосовуватися до водіїв внутрішніх військ, котрі потрапили у ситуації загрози життю та здоров'ю.
2. У чому полягає перша психологічна допомога особам, які потрапили у ДТП?
3. Чому для зняття стану гострого стресу рекомендовано використовувати релаксаційні методи? Опишіть переживання гострого стресу та принципи дії релаксаційних методів.
4. Завдяки чому процедура дебрифінгу зменшує ймовірність виникнення ПТСР?
5. Наведіть ознаки ПТСР. Опишіть методи діагностики психологічних наслідків переживання стресу.
6. Укажіть принципи психореабілітаційної роботи з особами, які пережили стрес.
7. Опишіть процедуру групової психологічної реабілітації для осіб, які пережили загибель близької людини (товариша) та загрозу власному життю.

В и с н о в к и

Укладаючи навчальний посібник, автори виходили з необхідності надати практичним психологам частин внутрішніх військ МВС України, які здійснюють психологічний супровід військовослужбовців в екстремальних ситуаціях, психологічний інструментарій, не лише науково обґрунтований, але й такий, що показує добрі результати у практиці використання.

У навчальний посібник було включено матеріали, які мають допомогти практичним психологам у формуванні готовності військовослужбовців (зокрема водіїв внутрішніх військ) до дій в екстремальних ситуаціях, у контролі їх станів у цих ситуаціях. Крім того, сюди було включено методи й конкретні методики профілактики і реабілітації посттравматичних стресових розладів.

Зазначимо, що наведена у навчальному посібнику система підготовки військового водія до дій у екстремальній ситуації є частиною психологічного супроводу військовослужбовців внутрішніх військ у ситуаціях, що становлять загрозу їх життю та здоров'ю. Такий супровід передбачає кілька етапів роботи психолога військової частини.

1-й етап – психологічний відбір на службу у внутрішні війська.

2-й етап – психологічна підготовка особового складу частини до ймовірних (типових) екстремальних ситуацій.

3-й етап – оцінка стану військовослужбовця на етапі постановки службово-бойового завдання, що передбачає дії в екстремальних умовах, та прогнозування ефективності його діяльності у зазначених умовах.

4-й етап – контроль стану військовослужбовців в умовах екстремальної ситуації і надання можливої допомоги.

5-й етап – оцінка стану військовослужбовців безпосередньо після прибуття зі службово-бойового завдання, що виконувалося в екстремальних умовах, і надання оперативної допомоги.

6-й етап – загальні (для всього особового складу, який виконував службово-бойові завдання в екстремальних умовах) та індивідуальні реадaptaційні заходи.

7-й етап – періодичний контроль станів військовослужбовців, які потрапляли в екстремальні ситуації з метою встановлення ознак посттравматичних стресових розладів.

8-й етап – індивідуальна і групова реабілітація осіб, які мають ознаки посттравматичного стресового розладу.

Згідно з завданнями, що стоять перед військовими психологами на цих етапах, і було укладено цей навчальний посібник.

Так, у першому розділі навчального посібника укладачами реалізується ідея про те, що формування психологічної готовності до дій в екстремальних ситуаціях передбачає психологічне інформування про особливості переживання таких ситуацій, а також інформування про пізнавальні та емоційно-вольові процеси, що дозволяє досягти ефективнішого формування їх довільності у військовослужбовців. Укладачі сподіваються, що зібрані у цьому розділі матеріали стануть основою для конспектів лекцій психологів, які безпосередньо

здійснюють психологічну підготовку водіїв внутрішніх військ до дій в екстремальних ситуаціях. Сюди ввійшли також матеріали про моделювання екстремальних ситуацій у процесі тренувань водіїв внутрішніх військ і приклади процедур їх ідеомоторного тренування.

Укладачі навчального посібника наголошують, що психологічне інформування, реальні тренування в умовах, які моделюють екстремальні ситуації, та ідеомоторні тренування доповнюють один одного, інакше втрачають свою ефективність. Звісно, відносна простота й дешевизна лекційних занять та ідеомоторних тренувань привабливі, але їх проведення втрачає сенс без реальних тренувань в умовах, що моделюють екстремальні.

У другому розділі укладачами було зібрано сучасні й перевірені часом методики діагностики негативних станів, що розвиваються в екстремальних ситуаціях. Приділено увагу й такому важливому питанню, як ретроспективна діагностика стану, яка може стати у нагоді, наприклад, під час відстроченого з'ясування причин автомобільних катастроф.

Крім того, наведено ознаки і проби, які дозволяють діагностувати наявність алкогольного і наркотичного сп'яніння у водія-військовослужбовця. Ці стани нерідко є наслідками переживання екстремальних ситуацій військовослужбовцями, зазвичай вони ускладнюють вихід із негативних переживань.

У навчальному посібнику також розглядаються особливості діагностики суїцидальних тенденцій.

У третьому розділі наведено матеріал про сучасні способи надання оперативної індивідуальної і групової психологічної допомоги військовослужбовцям, які потрапили в екстремальні ситуації. Зокрема, надаються методичні рекомендації для проведення такого визнаного серед військових психологів методу оперативної групової допомоги, як дебрифінг. Його ефективність було доведено вітчизняними психологами під час здійснення психологічного супроводження військовослужбовців у Боснії. Наведено досить повну процедуру навчання новому ефективному методу зняття гострого стресу “Ключ”, що позитивно себе зарекомендував у роботі з жертвами бесланської трагедії.

Навчальний посібник містить досить детальний опис критеріїв діагностики посттравматичних стресових розладів та сучасні методики діагностики ПТСР. Зокрема, наведено методику діагностики ПТСР у правоохоронців, що розроблена російським психологом І. О. Котєнєвим, і методику, запропоновану М. Ш. Магомед-Еміновим, який розглядає екстремальність з точки зору “негативності–нейтральності–позитивності”. Створена ним методика дозволяє діагностувати посттравматичне зростання. Крім того, укладачі навчального посібника анонсують розроблену цим автором індивідуальну і групову психореабілітацію осіб, уцілілих в екстремальних ситуаціях. У її основу покладено багаторічний досвід терапевтичної роботи з ветеранами війни в Афганістані та дослідження однієї із потужних наукових структур, яка займається проблемами екстремальності, – Московського державного університету

ім. М. В. Ломоносова. Зокрема, у стінах цього закладу було розроблено один із сучасних поглядів на психотравматизацію особистості в екстремальних умовах – смислову концепцію травми.

Сподіваємося, що цей навчальний посібник стане у нагоді психологам частин внутрішніх військ, які здійснюють психологічну підготовку військовослужбовців (у тому числі й водіїв внутрішніх військ) до дій в екстремальних ситуаціях. Сподіваємося також на зворотний зв'язок, щоб мати можливість удосконалювати психологічний інструментарій, який застосовується психологами під час здійснення психологічного супроводження військовослужбовців внутрішніх військ, та підготовку психологів військових частин.

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

- Адаптація 40, 156
Антистрессова підготовка 120,129
- функціональні блоки 129-131
Апатія 48, 76, 89, 109
- ознаки 109
Афект 32, 63, 76, 138, 140
Відчуття 15, 20-21, 23,27, 38
Візуальна діагностика стану сп'яніння 79
- план обстеження 96-97
Водіння 26, 28, 81, 107
- екстремальне 36
Воля 33-34
Вольові якості 34-35
Горе 114-120
- ознаки 114-116
- фази 114-116
Дебрифінг 131
- переваги 135
- складові частини 132-133
- стресу критичного інциденту 132
- фази 133-135
Депресія 64
- діагностика 65
- причини 65
Дисциплінованість 35
Діяльність 5, 25-26, 43, 47-48, 74, 78
Емоції 30-31, 33
- і дії 32
- і пізнавальні процеси 32
- і сприймання 32
Ефект “стоноги” 43
Загальний суїцидальний ризик 99
- фактори 99-100
Істеричний припадок 114
- ознаки 114
Консультаційне інтерв'ю 161-162
Метод 163-164
- групової психологічної реабілітації 164
- ідеомоторного тренування (уявної репетиції) 40, 42, 46
- керованої психофізіологічної саморегуляції “Ключ” 120-121
Методика
- визначення емоційної стійкості (В. Л. Маріщук, Ю. Я. Кісельов) 54-55
- диференціальної діагностики депресивних станів (В. А. Жмуров) 67-73
- диференціальної діагностики депресивних станів Цунга (адаптація Т. І. Балашової) 65-66
Мислення 23-25
- види 26
- основні функції 25
- форми 25-26
Моделювання 36, 38-39
- екстремальної обстановки 36-38
- методи 36
- прийоми 36-38
- психологічних факторів 38-39
Мотив 34
Мотивація 61, 160
Наполегливість 35
Настрій 32, 87, 89, 92, 95, 108, 126
Напруження 60-63, 107, 109, 127, 129, 131
Нервове тремтіння 112
- ознаки 113
Ністагм 84
Ознаки вживання 87
- галюциногенів 94
- коноплі 89-90
- летючих речовин 95-96
- опіатів 90-91
- психостимуляторів 91-93
- снодійних та заспокійливих препаратів 94-95
Опитувальник 51, 101, 146, 149, 150, 156
- нервово-психічного напруження (Т. А. Немчін) 55-63
- посттравматичного зростання 156-159
- суїцидального ризику (О. Г. Шмельов) 101-104
- травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків (І. О. Котєнев) 150-156
Опосередкована ретроспективна діагностика станів 76-78
- експрес-варіант методу 78-79
Пам'ять 27-30
- види 28-30
- готовність 30
- довгочасна 29
- емоційна 28
- короткочасна 29
- механічна 30
- образна 28-29
- оперативна 29
- продуктивність 30
- професійна 30

- процеси 28
- рухова 28
- словесно-логічна 29
- смислова 30
- Патерни розслаблення 44-45
- Плач 113
 - ознаки 113
- Поведінка 27, 99, 101, 111
 - агресивна, ознаки 111
 - суїцидальна 99, 101
- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) 136-139, 140-141, 141-143, 143
 - діагностичні критерії 136-139
 - епідеміологія 140-141
 - сімейний та інтерперсональний контекст 143-146
 - характеристика психічних функцій при ПТСР 141-143
- Почуття 31
- Проба 83-84
 - пальценосова 84
 - Ромберга 83-84
 - Ташена 84
- Професійна надійність 5
- Напруженість 51-53, 55, 74, 76-78, 86, 107
 - ознаки класифікації 53
 - форми 53-54
- Психічна саморегуляція 40
- Стійкість 6, 47, 50, 55, 124
- Психологічна готовність 39-40
- Психологічна допомога 101, 116, 118, 159, 160
 - на фазі прийняття 116-117
 - на фазі страждання 116
 - на фазі шоку 116
 - при агресивній поведінці 112
 - при апатії 109-110
 - при істеричному припадку 114
 - при нервовому тремтіні 113
 - при плачі 113-114
 - при руховому порушенні 111
 - при страху 112
 - при ступорі 110-111
- Психологічна підготовка 36, 38-40
 - прийоми 36-38
 - цільова 39-40
- Психологічне інформування 10-14
- Психотерапія 160-162, 166-168
 - групова 166-168
 - індивідуальна 160-161
 - короткострокова 161-162
- Рефлексія 25

- Рішучість 35
- Рухове порушення 111
 - ознаки 111
- Самовладання 35
- Симптомокомплекс 82
 - алкогольного сп'яніння 82-84
- Сп'яніння 85-89
 - алкогольне, ознаки 85-87
 - наркотичне, ознаки 87-89
- Сприймання 20
 - ілюзорні, причини 22-23
 - простору 20-21
 - часу 20-22
- Стан(и) 32, 47-49, 64, 75, 80
 - депресивні 64
 - екстремальні 48
 - емоційний 32, 75, 80
 - психічний 49
 - розгубленості 47-49
 - фрустрації 47-48
- Страх 112
 - ознаки 112
- Ступор 110
 - ознаки 110
- Суїцид 48, 85, 97-105
- Тест вибору кольору М. Люшера 51
- Травматичні ситуації 139
 - типи 139-140
- Увага 15
 - види 15-16
 - властивості 16-18
 - довільна 15-16
 - зосередженість 17
 - інтенсивність 17
 - коливання (флуктуації) 17
 - концентрація 17
 - мимовільна 15-16
 - обсяг 16-17
 - організація 19
 - переключення 18
 - після довільна 16
 - розподіл 17
 - спрямованість 17
 - стійкість 17
- Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R) 146-150

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абульханова-Славская, К. А. Деятельность и психология личности [Текст] / К. А. Абульханова-Славская. – М. : Наука, 1980. – 335 с.
2. Авдеев, Н. В. Психодиагностика и возможность прогноза дезадаптивных реакций сотрудников ОВД в боевой обстановке [Текст] / Н. В. Авдеев // Психодиагностика и коррекция постстрессовых состояний у сотрудников ОВД. – М., 1997. – С. 38–44.
3. Авдеев, Н. В. Психологические основы повышения эффективности деятельности работников ОВД в экстремальных ситуациях [Текст] / Н. В. Авдеев. – М. : ВЮЗ, 1988. – 167 с.
4. Аверин, В. А. Психология личности [Текст] : учеб. пособие / В. А. Аверин. – СПб. : Изд-во Михайлова В.А., 1999. – 89 с.
5. Антология тяжелых переживаний : социально-психологическая помощь [Текст] / под ред. О. В. Красновой ; Департамент междунар. развития; Рос.-европ. фонд. – М. : Принтер, 2002. – 336 с.
6. Артюшин, Л. М. Праця в особливих умовах [Текст] / Л. М. Артюшин, С. П. Мосов, О. Р. Охременко. – К. : Химджест, 2004. – 94 с.
7. Ахмедова, Х. Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни [Текст] / Х. Б. Ахмедова // Вопросы психологии. – 2004. – № 3. – С. 93–102.
8. Бодров, В. А. Психологические исследования проблемы формирования личности профессионала [Текст] / В. А. Бодров // Вопросы психологии. – № 4. – 2004. – С. 76–83.
9. Борисова, Е. М. Индивидуальность и профессия [Текст] / Е. М. Борисова, Г. П. Логинова. – М. : Знание, 1991. – 187 с.
10. Варій, М. Й. Загальна психологія [Текст] : підручник / М. Й. Варій. – К. : Центр учбової літератури, 2007. – 968 с.
11. Гладкова, С. Аутотренинг. Антистрессовые методики [Текст] / С. Гладкова. – Ростов-н/Д. : Феникс, 2005. – 320 с.
12. Гнездилов, А. В. Психология и психотерапия потерь [Текст] : пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся этой проблемой / А. В. Гнездилов. – СПб. : Речь, 2004. – 162 с.
13. Гордиенко, Н. И. Экстремальная психология в деятельности специалистов социальной сферы [Текст] : учеб. пособие / Н. И. Гордиенко. – Волгоград : Принтерра, 2006. – 103 с.
14. Енгальчев, В. Ф. Судебно-психологическая экспертиза [Текст] : метод. руководство / В. Ф. Енгальчев, С. С. Шипшин. – М. : Юрист, 1997. – 224 с.
15. Загальна психологія [Текст] : підручник / О. В. Скрипченко, Л. В. Волинська, З. В. Огороднійчук та ін. – К. : Либідь, 2005. – 464 с.
16. Зеер, Э. Ф. Психология профессий [Текст] : учебное пособие для студентов вузов / Э. Ф. Зеер. – М. : Академический проект; Екатеринбург : Деловая книга, 2003. – 336 с.
17. Караяни, А. Г. Прикладная военная психология [Текст] / А. Г. Караяни, И. В. Сыромятников. – СПб. : Питер, 2006. – 480 с.

18. Котенев, И. О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками органов внутренних дел в экстремальных условиях [Текст] : метод. пособие / И. О. Котенев. – М. : Академия МВД России, 1996. – С. 3–27.
19. Крушельницька, Я. В. Фізіологія і психологія праці [Текст] : підручник / Я. В. Крушельницька. – К. : КНЕУ, 2003. – 367 с.
20. Лазебная, Е. О. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий [Текст] / Е. О. Лазебная, М. Е. Зеленова // Психологический журнал, 1999. – Т. 20. – № 5. – С. 62–74.
21. Лебедев, В. И. Личность в экстремальных условиях [Текст] / В. И. Лебедев. – М. : Политиздат, 1989. – 303 с.
22. Лебедев, Л. Д. Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии [Текст] / Л. Д. Лебедев, Ю. В. Никонорова, Н. А. Тараканова. – СПб. : Речь, 2006. – 336 с.
23. Магомед-Эминов, М. Ш. Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса [Текст]: метод. рекомендации / М. Ш. Магомед-Эминов. – Харьков : Медицина, 1990. – 32 с.
24. Магомед-Эминов, М. Ш. Феномен экстремальности [Текст] / М. Ш. Магомед-Эминов : 2-е изд. – М. : Психоаналитическая Ассоциация, 2008. – 218 с.
25. Магомед-Эминов, М. Ш. Психология уцелевшего [Текст] / М. Ш. Магомед-Эминов // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. – 2005. – № 3. – С. 3–19.
26. Макаревич, О. П. Психологічна підготовка особистості до поведінки у складних ситуаціях [Текст] : навч.-метод. посіб. / О. П. Макаревич. – К. : ВГІ НАОУ, 2000. – С. 77–78.
27. Маклаков, А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях [Текст] / А. Г. Маклаков // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 1. – С.16–24.
28. Малкина-Пых, И. Г. Справочник практического психолога [Текст] / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Изд-во Эксмо, 2004. – 784 с.
29. Малкина-Пых, И. Г. Экстремальные ситуации [Текст] / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
30. Медведев, Д. С. Современные психотехники: технология профессионально-психологического отбора кадров [Текст] / Д. С. Медведев, А. П. Булка. – Ростов н/Д. : Феникс, 2008. – 582 с.
31. Меновщиков, В. Ю. Психологическое консультирование. Работа с кризисными и проблемными ситуациями [Текст] / В. Ю. Меновщиков. – 2-е изд., стер. – М. : Смысл, 2005. – 182 с.
32. Методики психодиагностики в спорте [Текст] : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов / В. Л. Марищук, Ю. М. Блудов, В. А. Плахтиенко, Л. К. Серова. – М. : Просвещение, 1984. – 191 с.

33. Пономаренко, В. А. Социально-психологическое содержание боевого стресса [Текст] / В. А. Пономаренко // Психологический журнал. – 2004. – № 3. – С. 98–102.
34. Осипова, А. А. Общая психокоррекция [Текст] : учеб. пособие / А. А. Осипова – М. : Сфера, 2002. – 510 с.
35. Осипова, А. А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях [Текст] / А. А. Осипова. – Ростов н/Д. : Феникс, 2005. – 315 с.
36. Психологический словарь [Текст] / под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова. – М. : Педагогика-Пресс, 2001. – 440 с.
37. Психология экстремальных ситуаций [Текст] / под ред. В. В. Рубцева, С. Б. Малых. – 2-е изд., стер. – М. : Психологический ин-т РАО, 2008. – 304 с.
38. Пуховский, Н. Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций [Текст] / Н. Н. Пуховский. – М. : Эксмо, 2000. – 285 с.
39. Пушкарев, А. Л. Посттравматические стрессовые расстройства: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия [Текст] / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2000. – 109 с.
40. Рабочая книга практического психолога [Текст]: пособие для специалистов, работающих с персоналом / под ред. А. А. Бодалева, А. А. Деркача, Л. Г. Лаптева. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2001. – 640 с.
41. Решетников, М. М. Особенности состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях с витальной угрозой (стихийные бедствия, техногенные катастрофы) [Текст] / М. М. Решетников // Психологический журнал. – 1990. – № 7. – С. 21–29.
42. Смирнов, Б. А. Психология деятельности в экстремальных ситуациях [Текст] / Б. А. Смирнов, Е. В. Долгополова. – Х. : Гуманитарный центр, 2007. – 276 с.
43. Смирнов, В. Н. Профессионально-психологическое обеспечение деятельности сотрудников органов внутренних дел в экстремальных условиях [Текст] / В. Н. Смирнов. – Домодедово : ВИПК МВД России, 2003.
44. Соломин, И. Л. Современные методы психологической экспресс-диагностики и профессионального консультирования [Текст] / И. Л. Соломин. – СПб. : Речь, 2006. – 280 с.
45. Справочник практического психолога. Психодиагностика [Текст] / под общ. ред. С. Т. Посоховой. – М. : АСТ ; СПб. : Сова, 2006. – 671 с.
46. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 325 с.
47. Тарабрина, Н. В. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы [Текст] / Н. В. Тарабрина, Е. О. Лазебная // Психологический журнал. – 1992. – Т.13. – № 2. – С. 14–29.
48. Траверсе, Т. М. Психологія праці [Текст] : навч.-метод. посіб. / Т. М. Траверсе. – К. : Інститут післядипломної освіти Київського національного університету імені Тараса Шевченка, 2004. – 116 с.
49. Фетискин, Н. В. Социально-психологическая диагностика развития

личности и малых групп [Текст] / Н. В. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М. : Изд-во Института психотерапии. 2005. – 490 с.

50. Цыганков, Б. Д. Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане (посттравматические стрессовые нарушения) [Текст] : метод. рекомендации / Б. Д. Цыганков, А. И. Белкин, В. А. Веткина, А. А. Меланин. – М. : Б-и., 1992. – 16 с.

51. Черепанова, Е. М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях [Текст] / Е. М. Черепанова. – М. : Наука, 1995. – 33 с.

52. Човдырова, Г. С. Медико-психологическая реабилитация личного состава МВД России, осуществляющего оперативно-служебную деятельность в экстремальных условиях [Текст] : метод. рекомендации / Г. С. Човдырова. – М. : ВНИИ МВД России, 2003. – 132 с.

53. Човдырова, Г. С. О некоторых клинических вариантах посттравматического стрессового расстройства у сотрудников органов внутренних дел [Текст] / Г. С. Човдырова // Пограничная психиатрия : сборник науч. тр. / под ред. Ю. А. Александровского. – 2001. – С. 157–165.

54. Шадриков, В. Д. Проблемы профессиональных способностей [Текст] / В. Д. Шадриков // Психологический журнал. – 1982. – № 5. – С. 13–26.

55. Шадриков, В. Д. Психология деятельности и способности человека [Текст] : учеб. пособие / В. Д. Шадриков. – 2-е изд. – М. : ИК “Логос”, 1996. – 320 с.

56. Шевандрин, Н. И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности [Текст] / Н. И. Шевандрин. – М. : Владос, 2001. – 512 с.

57. Ягупов, В. Військова психологія [Текст]: підручник / В. Ягупов. – К. : Тандем, 2004. – 656 с.

58. Яньшин, П. В. Психосемантика цвета [Текст] / П. В. Яньшин. – СПб. : Речь, 2006. – 368 с.

59. Anderson, K. M. Gender differences in reported stress response to the Loma Prieta earthquake / Anderson K. M., Manuel G. // Sex Roles. – 1994. – V. 30. – P. 725–733.

60. Blake, D. D. The development of a clinician-administered PTSD scale / Blake D. D., Weathers F. W., Nagy L. M., Kaloupek D. G. et al. // Journal of Traumatic Stress. – 1995. – № 8. – P. 75–90.

61. Fullerton, C. S. Psychological responses of rescue workers : Fire fighters and trauma / Fullerton C. S., McCarroll J. E., Ursano R. J., Wright K. M. // American Journal of Ortho-psychiatry. – 1992. – V. 62. – P. 371–378.

62. Girelli, S. A. Subjective distress and violence during rape : Their effects on long-term fear / Girelli S. A., Resick P. A., Markoefer-Dvorak S., Hutter C. K. // Violence and Victims. – 1986. – V. 1. – P. 35–46.

63. Horowitz, M.J. Reactions to the death of a parent: Results from patients and field subjects / Horowitz M. J., Weiss D. S., Kaltreider N. B. et al. // Journal of Nervous and Mental Disease. – 1984. – V. 172. – P. 383–392.

64. Weathers, F. W. Psychometric properties of the Clinician-Administered PTSD Scale – Form 1 (CAPS-1) / Weathers F. W., Litz B. T. // PTSD Research Quarterly. – 1994. – V. 5. – P. 2–6.

65. Otto, M. W. Treatment of pharmacotherapy-refractory Posttraumatic Stress Disorder among Cambodian refugees: A pilot study of combination treatment with cognitive-behavior therapy vs. Sertraline alone / Otto M. W., Hinton D., Korbly N. B., Chea A., Ba P., Gershuny B. S., et al. // *Behavior Research and Therapy*. – 2003. – № 41. – P. 1271–1276.
66. Punamaki, L. The role of peritraumatic dissociation and gender in the association between trauma and mental health in a Palestinian community sample / Punamaki L., Komproe I., Quota S., El Masri M., de Jong J.T.V.M. // *American Journal of Psychiatry*. – 2005. – № 162. – P. 545–551.
67. Rose, S. A systematic review of single-session psychological interventions (“debriefing”) following trauma / Rose S., Bisson J., Wessely S. // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2003. – № 72. – P. 176–184.
68. Rothbaum, B. O. Cognitive-behavioral therapy / Rothbaum B. O., Meadows E. A., Resick P., Foy D. W. // *Journal of Traumatic Stress*. – 2000. – № 13(4). – P. 558–563.
69. Layne, C. M. Trauma/grief-focused group psychotherapy: School-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents / Layne C. M., Pynoos R. S., Saltzman W. R., Arslanagic B., Black M., Savjak N., et al. // *Group Dynamics–Theory Research and Practice*. – 2001. – № 5. – P. 277–290.
70. Jong, J. T. V. M. Public mental health, traumatic stress and human rights violations in low-income countries: A culturally appropriate model in times of conflict, disaster and peace. In J. de Jong (Ed.), *Trauma, war and violence: Public mental health in sociocultural context*. – New York: Plenum-Kluwer, 2002. – P. 1–91.

Навчальне видання

**Мацегора Яніна Володимирівна,
Приходько Ігор Іванович,
Полторацький Степан Тимофійович та ін.**

**ПСИХОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА ВОДИЇВ
ВНУТРІШНІХ ВІЙСЬК МВС УКРАЇНИ
ДО КЕРУВАННЯ ТРАНСПОРТНИМ ЗАСОБОМ
В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ ДІЯЛЬНОСТІ**

Навчальний посібник

Відповідальний за випуск *Я. В. Мацегора*
Редактор Я. М. Холоденко
Комп'ютерна верстка *А. О. Теплова*

Формат паперу 60×84/16. Ум. друк. арк. 7,32. Тираж 300 прим. Зам. № 1

Видавець і виготовлювач Академія внутрішніх військ МВС України.
Пл. Повстання, 3, м. Харків, 61001.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 2799 від 22.03.2007 р.