Тема 13. Особистість у стресі та кризі: психологічний захист, копінг і стійкість

План лекції

13.1. Стрес, криза та психологічний захист особистості

13.2. Копінг і резильєнтність особистості

13.3. Особистість після травми та подолання кризи

Література: [2, 13, 16]

13.1. Стрес, криза та психологічний захист особистості

Стрес: поняття та підходи. Стрес – неспецифічна реакція організму та психіки на вимоги, що перевищують або загрожують наявним ресурсам. Г. Сельє описав загальний адаптаційний синдром, що має три стадії: тривоги (мобілізація), резистентності (опір) та виснаження (за тривалого впливу ресурси вичерпуються). Р. Лазарус і С. Фолкман запропонували трансакційну модель, за якою стрес виникає не просто від події, а від взаємодії людини й середовища та оцінки, яку людина дає ситуації: первинної (чи несе вона шкоду, загрозу або виклик) і вторинної (чи є в мене ресурси впоратися). Ця модель пояснює, чому та сама подія для однієї людини є катастрофою, а для іншої – завданням.

Стресори та види стресу. Стресори поділяють на гострі (окрема подія) та хронічні (тривала напруга: бідність, догляд за хворим, війна), на нормативні й ненормативні, на фізичні, психологічні та соціальні. Також виокремлюють евстрес (мобілізувальний, помірний, пов’язаний з викликом) і дистрес (виснажливий, надмірний чи тривалий). Не всі стресори однаково шкідливі: найбільшої шкоди завдають ті, що непередбачувані, неконтрольовані, багаторазові й загрожують базовим цінностям або безпеці [13]. Накопичення хронічних стресорів без відновлення веде до виснаження й розвитку психосоматичних, тривожних і депресивних розладів.

Теорія збереження ресурсів. С. Хобфол пояснює стрес втратою або загрозою втрати цінних ресурсів (матеріальних, соціальних, особистісних, енергетичних) чи відсутністю очікуваної віддачі після їх вкладання. За цією теорією, люди прагнуть набувати, зберігати й захищати ресурси; втрата ресурсів призводить до «спіралей втрат» (кожна втрата ускладнює захист решти), а набуття – до «спіралей зростання». Практично з цього випливає, що в кризі треба в першу чергу зупиняти подальші втрати (безпека, житло, сон, зв'язок з близькими) та підтримувати наявні ресурси.

Криза як особливий стан. Психологічна криза – стан, що виникає, коли людина стикається з перешкодою для життєвих цілей, яку не вдається подолати звичними способами; супроводжується дезорганізацією, підвищеною тривогою й відчуттям безпорадності, але водночас відкриває можливості для змін. Розрізняють кризи розвитку (нормативні, пов'язані з віковими переходами), ситуативні (втрата, хвороба, катастрофа, війна) та екзистенційні (зіткнення зі смертю, свободою, смислом). Кризова допомога короткочасна, спрямована на стабілізацію, відновлення функціонування і соціальних зв'язків, а не на глибокий аналіз минулого.

Індивідуальні відмінності в реагуванні. Реакція на стрес залежить від генетичної схильності, темпераменту й рис (нейротизм підвищує вразливість, екстраверсія й сумлінність – зв'язані з активним подоланням), раннього досвіду та прив'язаності, поточних ресурсів, культурних норм і значення, яке людина надає події. Ті самі обставини можуть зумовити різні траєкторії: одні люди швидко повертаються до звичного функціонування, інші переживають тривалі симптоми, у деяких з'являються відстрочені реакції [13; 16]. Тому оцінюючи стан, потрібно уникати поспішних висновків лише за типом події.

Психологічний захист: поняття. Психологічний захист – система несвідомих або напівсвідомих процесів, що знижують тривогу й захищають самооцінку та цілісність Я від загрозливих переживань, думок і імпульсів. З. Фройд описував витіснення як основний механізм; його дочка А. Фройд

систематизувала десять механізмів. Захисти є нормальною частиною психічного функціонування: вони дають змогу витримувати емоційне навантаження. Проблеми виникають, коли захисти ригідні, надмірні та заважають бачити реальність і розв'язувати проблеми.

Основні механізми захисту. Витіснення – витіснення зі свідомості неприйнятних думок і спогадів; заперечення – відмова визнати реальність загрозливого факту; проєкція – приписування іншим власних неприйнятних почуттів; раціоналізація – логічне, але хибне виправдання поведінки, що приховує справжні мотиви; регресія – повернення до більш ранніх способів реагування; сублімація – перенаправлення імпульсів в соціально прийнятну діяльність; ізоляція (відокремлення афекту) – відокремлення подій від пов'язаних з ними почуттів; реактивне утворення – вияв протилежних почуттів, ніж ті, що відчуває людина. Кожен механізм можна спостерігати як у побуті, так і в клініці: наприклад, заперечення діагнозу пацієнтом, раціоналізація «я нічого не відчуваю, бо це не має значення» чи сублімація агресії в спорті.

Класифікації захистів. Дж. Вайлант запропонував ієрархію зрілості захистів: патологічні (маячна проєкція, заперечення, спотворення), незрілі (проєкція, пасивна агресія, дія замість рефлексії), невротичні (інтелектуалізація, витіснення, зміщення, реактивне утворення) та зрілі (альтруїзм, гумор, антиципація, придушення як свідоме відкладання, сублімація); дослідження показують, що використання зрілих захистів пов'язане з кращим психологічним здоров'ям і благополуччям. Н. Мак-Вільямс розрізняла примітивні (заперечення, розщеплення, проєктивна ідентифікація) та більш розвинені захисти. Підходи близькі за духом: чим більше захист спотворює реальність, тим менш він адаптивний.

Розвиток і дослідження захистів. Дослідження П. Крамер показали, що використання захистів змінюється з віком: заперечення характерніше для раннього дитинства, проєкція – для середнього, ідентифікація – для підліткового віку; використання незрілих захистів пов'язане з психопатологією,

а в стресі їх активізується більше. Практично важливо, що захист не слід «знімати» грубо: це може знищити опору людини, поки вона не має інших способів справлятися. Адаптивність захисту залежить від ситуації: тимчасове заперечення після шокової втрати може допомогти поступово адаптуватися, а тривале – призводить до проблем.

Адаптивні та дезадаптивні захисти в практиці. Для психолога корисно розрізняти, чи захист допомагає людині зберегти функціонування, чи завдає шкоди (самозвинувачення, алкоголь, ізоляція, агресія). Підтримувальна робота полягає у визнанні функції захисту, поступовому розширенні репертуару копінгу, підвищенні толерантності до афекту та безпечному залученні до реальності. У ситуаціях гострого стресу не варто настирливо «пробиватися» через захисти; пріоритет – безпека й стабілізація.

Ознаки перенапруження. Реакція на тривалий стрес проявляється в чотирьох сферах: тілесній (порушення сну, головний біль, напруження м’язів, зміни апетиту, швидка втомлюваність), емоційній (тривога, дратівливість, пригніченість, емоційне виснаження), когнітивній (труднощі з концентрацією, забудькуватість, застрягання на тривожних думках) і поведінковій (уникання, імпульсивні рішення, конфлікти, надмірне вживання кофеїну, алкоголю чи інших речовин). Раннє розпізнавання цих ознак у собі та колег – перший крок профілактики виснаження. Якщо симптоми зберігаються кілька тижнів і погіршують функціонування, потрібне звернення по професійну допомогу.

Подвійна оцінка ситуації в навчальному прикладі. Військовий-доброволець отримує наказ змінити підрозділ. Первинна оцінка: «це загроза чи нова можливість?» – залежить від його попереднього досвіду, довіри до командирів і вірогідних наслідків. Вторинна оцінка: «чи маю я достатньо ресурсів, щоб упоратися?» – залежить від знань, підтримки побратимів, здоров’я. Якщо загроза оцінюється як висока, а ресурси – як недостатні, виникає сильна напруга; якщо людина бачить і виклик, і ресурси, напруга спрямовується на мобілізацію. Для психолога це означає, що завданням допомоги є не лише

зниження збудження, а й корекція оцінок за допомогою достовірної інформації та посилення ресурсів.

13.2. Копінг і резильєнтність особистості

Копінг: поняття. Копінг – постійно змінювані когнітивні та поведінкові зусилля людини, спрямовані на те, щоб упоратися з вимогами, які оцінюються як такі, що виснажують або перевищують наявні ресурси. Копінг відрізняється від захисту більшою усвідомленістю та орієнтацією на ситуацію; ефективність копінгу вимірюють не лише результатом, а й відповідністю ситуації та вартістю для людини.

Модель Р. Лазаруса й С. Фолкман. За цією моделлю виокремлюють копінг, орієнтований на проблему (планування, пошук інформації, дія, зміна ситуації), і копінг, орієнтований на емоції (регуляція станів: переоцінювання, дистанціювання, пошук підтримки). Вибір залежить від оцінки контрольованості: коли ситуацію можна змінити, ефективніший копінг, орієнтований на проблему; коли ні (втрата, хронічна хвороба), доречніший копінг, орієнтований на емоції, що допомагає прийняти втрату й витримати переживання. Пізніші автори додали копінг, орієнтований на смисл (пошук позитивного значення, переоцінка цінностей).

Стратегії копінгу та проблема класифікацій. Огляд систем класифікації копінгу показав, що поділ на «проблемно- та емоційно-орієнтований» надто грубий: існує багато «родин» стратегій (розв’язання проблем, пошук інформації, пошук підтримки, втеча й уникання, пристосування, ведення переговорів, безпорадність, опозиція та інші), і жодна окрема стратегія не є ефективною завжди. Тому психологи оцінюють гнучкість, тобто вміння використовувати різні способи залежно від ситуації. Уникання тимчасово знижує тривогу, але за тривалого використання підтримує проблему; надмірна самокритика й румінація погіршують стан; пошук підтримки та активне планування загалом більш ефективні, проте залежать від контролю й контексту.

Копінг-ресурси. Ресурси подолання поділяють на особистісні (самоефективність, оптимізм, гнучкість, почуття гумору, навички саморегуляції), соціальні (близькі, друзі, колеги, спільноти), матеріальні (житло, дохід, доступ до допомоги), інформаційні й духовні (цінності, віра, смисл). За теорією збереження ресурсів, ресурси взаємозалежні й посилюють одне одного, тому підтримка однієї сфери (наприклад, відновлення сну чи соціальних зв'язків) часто покращує інші. Під час оцінювання клієнта психолог з'ясовує, які ресурси збереглися, що втрачено, які опори можна активувати.

Резильєнтність: поняття. Резильєнтність (стійкість) – здатність особистості, сім'ї чи спільноти зберігати або швидко відновлювати функціонування після впливу стресу, травми чи кризи. Сучасні автори розглядають її не як вроджену рису, а як динамічний процес, що виникає у взаємодії багатьох чинників на різних рівнях – від індивідуального до сімейного, громадського й культурного. Дослідження показують, що резильєнтність – частіше правило, ніж виняток: значна частина людей після потенційно травматичних подій зберігає стабільне функціонування, тоді як хронічні симптоми розвиваються у меншості.

Траєкторії реагування на травматичні події. Аналіз лонгітюдних даних дає змогу виокремити характерні траєкторії: стійкість (стабільно низький рівень симптомів), відновлення (спочатку симптоми, потім поступове зменшення), хронічний дистрес і відстрочені реакції. Стійкість як траєкторія зустрічається найчастіше, її не слід трактувати як «відсутність почуттів» чи «заперечення». Практично це означає, що не кожна людина після події потребує терапії; водночас хвилі симптомів можуть з'являтися пізніше, тож потрібна доступність допомоги.

Чинники стійкості та розвиток резильєнтності. До чинників стійкості належать безпечні стосунки, гнучкі когнітивні стратегії, самоефективність, надія й оптимізм, вміння регулювати емоції, життєві цінності та смисл, соціальна підтримка, можливість діяти та допомагати іншим. Розвивати

стійкість можна через навчання навичок саморегуляції, тренування розв'язування проблем, підтримку соціальних зв'язків, відновлення рутини, діяльність, що дає смисл. Складність полягає в тому, що універсальних «рецептів» немає; ефективність втручань залежить від культури, вікових та особистісних особливостей.

Особистісні чинники вразливості й стійкості. До чинників вразливості належать високий нейротизм, схильність до румінації та уникання, низька самоефективність, ригідні переконання, несприятливий ранній досвід, ненадійна прив'язаність. До чинників стійкості – оптимізм, внутрішній локус контролю (помірний), гнучкість, емоційна регуляція, сумлінність, соціальна відкритість. Оптимізм – узагальнене очікування позитивних результатів – пов'язаний із активнішим подоланням та кращим здоров'ям, проте нереалістичний оптимізм може заважати оцінці ризиків [13].

Відчуття когерентності за А. Антоновським. А. Антоновський запропонував ідею «салютогенезу»: замість питання, чому люди хворіють, вивчати, чому вони залишаються здоровими. Центральне поняття – відчуття когерентності (узгодженості) – схильність сприймати світ як зрозумілий (осмислюваний), керований (наявні ресурси для вимог) і змістовний (вимоги варті зусиль і зобов'язань). Систематичний огляд показав, що сильне відчуття когерентності пов'язане з кращим сприйманим здоров'ям, особливо психічним. Практична цінність: пояснення подій, відчуття контролю та смисл – ключові мішені психологічної допомоги.

Вибір стратегії залежно від контролю. Копінг, орієнтований на проблему, зазвичай ефективніший, коли ситуація піддається впливу (наприклад, підготовка до іспиту чи оформлення документів), тоді як копінг, орієнтований на емоції, доречний, коли змінити обставини неможливо (втрата, невиліковна хвороба, війна поза власним впливом). Найефективнішими виявляються гнучкість і здатність змінювати стратегії залежно від умов, а не стійкий «улюблений» спосіб. Допомагаючи клієнту, корисно запитати: «Що в цій

ситуації залежить від вас? А що ні? Що ви можете зробити вже сьогодні?» Такі запитання допомагають розділити сфери контролю й обрати відповідні дії.

Підтримка стійкості в колективі. Резильєнтність формується не лише на індивідуальному рівні, а й у групі. До чинників належать довіра між колегами, чіткі ролі, зрозуміла комунікація, право просити допомоги без осуду, традиції взаємної підтримки, можливості відпочинку й відновлення, справедливий розподіл навантаження. Для підрозділів і команд швидкого реагування корисні короткі регулярні обговорення пережитого після складних подій (дебрифінги), доступ до психолога, навчання навичкам саморегуляції та взаємодопомоги. Керівникам важливо подавати приклад: піклуватися про відновлення, не знецінювати переживання підлеглих.

13.3. Особистість після травми та подолання кризи

Особистість після травми: загальні положення. Психологічна травма виникає внаслідок подій, що загрожують життю, цілісності чи безпеці (власних або близьких), і супроводжується інтенсивним страхом, безпорадністю чи жахом. Не кожна травматична подія призводить до розладу; значення мають тип і тривалість події, особистісні та соціальні чинники. Різні типи травм: поодинокі (аварія, напад), тривалі й повторні (полон, насильство, війна) та травматизація свідків і фахівців (вторинна травматизація). Сучасні клінічні підходи підкреслюють потребу в безпеці, стабілізації й зв’язку з іншими, з подальшою роботою з травматичним матеріалом за потреби [2].

Гостра реакція на стрес. Гостра реакція на стрес – тимчасовий стан, що виникає відразу або впродовж кількох годин чи днів після надзвичайної події, і зазвичай минає протягом днів. Може включати оціпеніння, звуження уваги, дезорієнтацію, тривогу, дратівливість, вегетативні прояви, відчуття нереальності. Це нормальна реакція на ненормальні обставини, а не розлад у вузькому розумінні. Допомога включає забезпечення безпеки й базових потреб, інформування, активне слухання без тиску розповідати подробиці, підтримання

соціальних зв'язків і моніторинг стану; діагностика та лікування таких станів описані в уніфікованому клінічному протоколі [2].

Посттравматичний стресовий розлад. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) діагностують, коли після травматичної події симптоми зберігаються довше за місяць (за критеріями DSM-5): нав'язливі спогади, сни, флешбеки; уникання нагадувань; негативні зміни у думках та настрої (почуття провини, відчуженість, неспроможність відчувати позитивні емоції); підвищена збудливість (настороженість, проблеми зі сном, дратівливість). У класифікації МКХ-11 виокремлено також комплексний ПТСР, який включає додатково порушення саморегуляції: труднощі регуляції емоцій, негативний образ себе та проблеми у стосунках. Огляд сучасних доказів вказує, що найкращі результати показують психотерапії, сфокусовані на травмі (тривала експозиція, когнітивна терапія травми, десенсибілізація та переробка рухами очей), а фармакотерапія допоміжна [2].

Розлади адаптації. Розлад адаптації – реакція на стресор чи значущу життєву зміну, що виникає упродовж одного–трьох місяців після стресора (залежно від класифікації), виражена надмірним переживанням, зайнятістю стресором та порушенням функціонування, і не відповідає критеріям інших розладів. Сучасні підходи до вивчення розладів адаптації узагальнено в українському огляді літератури. У практиці психолога його відрізняють від норми за вираженістю та тривалістю симптомів, а також наявністю порушення функціонування.

Моральна травма. Моральна травма виникає після подій, що порушують глибокі моральні переконання особи: вона була причетною до дій, які суперечать її цінностям, не змогла запобігти їм, була свідком чи її зрадили. Її наслідки – вина, сором, гнів, самознищення, втрата довіри, відчуження, соціальна ізоляція, а також суїцидальні думки. Модель Літца та співавторів описує такі події та їхній вплив, наголошуючи на потребі в окремих підходах (прощення, відновлення, діалог із цінностями), а не лише у лікуванні страху. В

Україні адаптовано шкалу симптомів моральної травми для вимірювання цього явища.

Посттравматичне зростання. Р. Тедескі та Л. Калхун описали посттравматичне зростання – позитивні психологічні зміни, які виникають у боротьбі з наслідками дуже складних подій: нова оцінка життя, глибші стосунки, відчуття особистої сили, нові можливості, духовні зміни. Воно не є автоматичним наслідком травми й не заперечує страждання: зростання і симптоми можуть співіснувати; ключову роль відіграють рефлексія, соціальна підтримка і переосмислення переконань. Психолог не повинен «нав'язувати» зростання чи вимагати від людини позитивних змін; його завдання – підтримувати природний процес осмислення.

Подолання кризи під час війни. Для цивільних і військових, які зазнають тривалого впливу небезпеки, втрат і невизначеності, важливі такі опори: безпека та базові потреби; регулярний режим сну й харчування; фізична активність; контакт із близькими й спільнотою; діяльність, що має смисл; обмеження перегляду травматичної інформації; доступ до професійної допомоги. Психологічні особливості копінг-поведінки військовослужбовців та цивільного населення в умовах бойових дій розглянуто в українському дослідженні; відмінності між цими групами враховують під час планування допомоги. Для фахівців важливо піклуватися про себе та використовувати супервізію, адже тривалий контакт із чужою травмою підвищує ризик вторинної травматизації.

Методи вивчення копінгу й стійкості. Для вивчення копінгу застосовують опитувальники способів копінгу (зокрема опитувальник Р. Лазаруса й С. Фолкман та COPE Ч. Карвера), для резильєнтності – шкали стійкості (наприклад, шкалу Коннора–Девідсона), для відчуття когерентності – опитувальник Антоновського (SOC), для захисних механізмів – опитувальники стилів захисту і клінічні методи оцінювання, для наслідків травми – контрольні переліки симптомів ПТСР (наприклад, PCL-5) та Шкалу впливу події.

Результати інтерпретують у поєднанні з клінічною бесідою й оцінкою ресурсів, не ставлячи діагноз на підставі лише скринінгових інструментів [2; 13].

Практичні висновки для клінічної, реабілітаційної та екстремальної психології. По-перше, оцінювання має поєднувати симптоми, ресурси та контекст. По-друге, пріоритет допомоги в гострій фазі – безпека, стабілізація, підтримка зв'язків. По-третє, захисти й копінг варто розглядати без осуду, розвиваючи гнучкість і ширший репертуар. По-четверте, травма не завжди означає розлад, а розлад не означає «втрату особистості»; ключ – поступове інтегрування досвіду та відновлення смислів. По-п'яте, піклування про психолога є етичною вимогою і умовою якості допомоги.

Прості техніки самодопомоги. У ситуаціях сильної напруги допомагають вправи, що повертають увагу до теперішнього: повільне дихання з подовженим видихом; «заземлення» (назвати п'ять предметів, які бачу, чотири – яких торкаюся, три звуки, що чую); зміна положення тіла; звернення до близької людини. Ці прийоми не лікують травму, а допомагають стабілізувати стан, щоб подумати й обрати подальші кроки. Якщо вони не допомагають або посилюють тривогу, необхідно звернутися до фахівця.

Як підтримувати близьких постраждалої людини. Члени родини також переживають стрес. Корисні поради: слухати, не змушуючи розповідати про деталі; не знецінювати («нічого страшного») і не поспішати з порадами; відновлювати звичний розпорядок дня; запропонувати конкретну допомогу (приготувати їжу, відвезти на прийом); дбати про власні ресурси; знати про можливі ознаки, що потребують допомоги спеціаліста (тривалі порушення сну, спалахи гніву, уникання нагадувань, думки про самоушкодження). Важливо пам'ятати, що постраждалі люди реагують по-різному: відсутність видимих проявів не завжди означає відсутність страждання.

Межі скринінгу. Опитувальники симптомів ПТСР та депресії дають змогу швидко виявити людей, яким потрібна поглиблена оцінка, але не замінюють клінічного інтерв'ю. Високий бал свідчить про наявність виражених симптомів,

а не про діагноз; низький – не виключає прихованих труднощів, особливо коли людина має причини применшувати переживання (страх втратити роботу чи статус). Результати інтерпретують у контексті історії, соціальної ситуації та ресурсів; висновки повідомляють обережно, з поясненням та планом подальших кроків.

Ключові поняття теми: *стрес; загальний адаптаційний синдром; трансакційна модель стресу; первинна й вторинна оцінка; евстрес і дистрес; теорія збереження ресурсів; криза (розвитку, ситуативна, екзистенційна); психологічний захист; механізми захисту (витіснення, заперечення, проєкція, раціоналізація, регресія, сублімація, ізоляція, реактивне утворення); класифікації захистів (А. Фройд, Мак-Вільямс, Вайлант); копінг (орієнтований на проблему, на емоції, на смисл, уникання); копінг-ресурси; резильєнтність; траєкторії реагування; відчуття когерентності; гостра реакція на стрес; ПТСР; комплексний ПТСР; розлад адаптації; моральна травма; посттравматичне зростання; вторинна травматизація.*

Питання для самоперевірки

1. Що таке стрес і як пояснюють його теорії Г. Сельє, Р. Лазаруса й С. Хобфола?

2. Які види стресорів і криз розрізняють і від чого залежать індивідуальні відмінності в реагуванні?

3. Що таке психологічний захист, які основні механізми та класифікації захистів існують?

4. Які стратегії копінгу виділяють, у чому недоліки поділу на копінг, орієнтований на проблему й на емоції?

5. Що таке резильєнтність, які траєкторії реагування на травму виокремлюють і які чинники сприяють стійкості?

6. Чим відрізняються гостра реакція на стрес, ПТСР, розлад адаптації та моральна травма?

7. Що таке посттравматичне зростання, відчуття когерентності та які основні опори в подоланні кризи під час війни?