

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Конспект лекцій
для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня
денної та заочної форм здобуття освіти
за спеціальністю С4 «Психологія»

Електронний ресурс

I

Рецензенти:

Н. С. Кучеренко – кандидат психологічних наук, в. о. завідувачки кафедри практичної психології Навчально-наукового інституту «Українська інженерно-педагогічна академія» Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;
Е. Михлюк – кандидат психологічних наук, доцент, заступник начальника навчально-наукового інституту управління та безпеки населення НУЦЗУ.

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 1 від 23 жовтня 2025 року)*

Соціально-психологічна реабілітація : конспект лекцій для здобувачів вищої
С 70 освіти другого (магістерського) рівня денної та заочної форм здобуття освіти за спеціальністю С4 «Психологія» [Електронний ресурс] / уклад. З. Р. Шайхлісламов, О. В. Баженов. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна., 2025. – (PDF 183 с.)

Конспект лекцій розроблено відповідно до освітньо-професійної програми підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності С4 «Психологія». Конспект лекцій з дисципліни «Соціально-психологічна реабілітація» спрямований на отримання знань та розуміння ефективного використання сучасних психологічних методів для надання психологічної реабілітаційної допомоги різним верстам населення, що її потребують із застосуванням психологічних знань для розробки і проведення психологічних аспектів реабілітації після психічних та фізичних травм, при окремих захворюваннях та хворобах залежності.

ДК 159.9

© Харківський національний університет
імені В.Н.Каразіна, 2025
© Шайхлісламов З. Р., Баженов О. В., уклад., 2025

ЗМІСТ

Лекція 1. Реабілітаційна психологія в умовах екстремальних ситуацій	4
Лекція 2. Психотравмівні і кризові ситуації	12
Лекція 3. Світовий досвід психологічної допомоги населенню, що постраждало внаслідок психотравмівних ситуацій	29
Лекція 4. Діагностичний інструментарій у реабілітаційному процесі	45
Лекція 5. Основні принципи надання психологічної допомоги постраждалим внаслідок психотравмівних ситуацій (Людмила Царенко)	60
Лекція 6. Подолання наслідків психотравми: невідкладна психологічна допомога (Людмила Царенко)	81
Лекція 7. Подолання наслідків психотравми: невідкладна психологічна допомога (Людмила Царенко)	98
Лекція 8. Психологічна допомога під час горювання	113
Лекція 9. Принципи ненасильницького спілкування та вирішення конфліктів	127
Лекція 10 Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам	140
Лекція 11. Психологічна допомога ветеранам війни	152
Лекція 12. Психологічна допомога родинам ветеранів	165
Список використаних джерел	181

Лекція 1. Реабілітаційна психологія в умовах екстремальних ситуацій

План

1.1. Реабілітаційна психологія: мета, завдання, зв'язок з іншими дисциплінами

1.2. Організаційний аспект реабілітаційної психології

1.1. Реабілітаційна психологія: мета, завдання, зв'язок з іншими дисциплінами

Реабілітаційна психологія як окрема галузь науки виникла у 80-х роках ХХ століття. У багатьох університетах світу створено кафедри реабілітаційної психології і викладається відповідна дисципліна. Науково-теоретичний профіль реабілітаційної психології не має ще чітко визначених меж, але практичні напрацювання в цій галузі активно застосовуються у структурі всіх форм реабілітації, оскільки психологічна реабілітація є неодмінною частиною будь-якого виду реабілітаційної допомоги.

Впродовж століть люди, які зазнали духовних, душевних чи тілесних травм, часто відновлювалися (отримували духовну, психологічну, інколи, і фізичну реабілітацію) у численних монастирях. Якщо звернутися до історичних подій, що стали прапередумовами появи реабілітаційної психології, то треба передусім згадати перший державний досвід людства опіки над ветеранами - притулок для солдатів-ветеранів, який збудував Людовик XIV. Будівництво тривало протягом 1671-1706-х років. Паризький «Дім Інвалідів» став справжнім містом у мініатюрі, де жили за церковними правилами і військовою дисципліною. Якщо схарактеризувати «Дім Інвалідів» сучасною мовою, то там проводилася певна соціальна та духовна реабілітація, трудотерапія (працювали у швацькій, гобеленовій майстернях, розмальовували гравюри тощо), була сформована чітка ієрархічна система взаємин (майже 4000 ветеранів об'єднувалися в роти під керівництвом офіцерів); ветерани підтримували один одного, психологічну підтримку їм надавали командири й духовенство.

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

Реабілітація - це використання різних можливостей для зменшення впливу чинників, що обмежують життєдіяльність людини або призводять до інвалідизації; забезпечення особам із обмеженням життєдіяльності можливості досягти оптимальної соціальної інтеграції (WHO). Тоді ж виникла така галузь науки і практики, як фізична й **реабілітаційна медицина** - незалежна лікарська медична спеціальність, спрямована на забезпечення фізичного й когнітивного функціонування (поведінки також), участі в суспільному житті (передусім якості життя) і модифікації особистісних чинників і чинників навколишнього середовища. Медичний реабілітолог відповідає за профілактику, діагностику, лікування і реабілітацію осіб із клінічними та супутніми станами, що призводять до обмежень життєдіяльності для всіх вікових груп.

Визначення поняття «реабілітація» змінилося наприкінці ХХ століття.

РЕАБІЛІТАЦІЯ - ЦЕ СИСТЕМА ДЕРЖАВНИХ, СОЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ, ПРОФЕСІЙНИХ, ПЕДАГОГІЧНИХ, ПСИХОЛОГІЧНИХ ТА ІНШИХ ЗАХОДІВ СПРЯМОВАНИХ НА ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ, ЩО ПРИЗВОДЯТЬ ДО ТИМЧАСОВОЇ АБО СТІЙКОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ; НА ЕФЕКТИВНЕ І РАННЄ ПОВЕРНЕННЯ ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ (ДІТЕЙ І ДОРΟΣЛИХ) У СУСПІЛЬСТВО І ДО СУСПІЛЬНО КОРИСНОЇ ПРАЦІ.

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

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

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

- **психолого-педагогічна реабілітація** - система психологічних і педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями й навичками (які стосуються, зокрема, процесів: формування адекватної самооцінки своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки тощо) через системну навчально-виховну роботу;

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

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

Ці визначення змінюються і в науковому апараті, і в державних документах залежно від потреб конкретного суспільства та від того, яка проблематика досліджується.

В Україні реабілітаційні заклади створюють на основі державної, комунальної і приватної власності, а також шляхом об'єднання майна різних форм власності. Реабілітаційні заклади поділяють на типи, залежно від змісту реабілітаційних заходів. Це заклади:

- медичної реабілітації;
- медико-соціальної реабілітації;
- соціальної реабілітації;

- психологічної реабілітації;
- спеціалізованої реабілітації (нейрореабілітації, кардіо-пульмональної, травматолого-ортопедичної тощо);
- багаторівневої медичної реабілітації;
- психолого-педагогічної реабілітації;
- фізичної реабілітації;
- професійної реабілітації;
- трудової реабілітації;
- фізкультурно-спортивної реабілітації;
- превентивної медичної реабілітації;
- реабілітації учасників АТО/ООС;
- реабілітаційні установи, де реалізуються різні типи реабілітації.

В Україні, як і в більшості інших країн, реабілітаційну психологію сприймали багато років лише в контексті розробок, спрямованих на психологічний супровід і реабілітацію осіб з різними вадами й, зокрема, в регуляції взаємин між неповносправною людиною і навколишнім світом, а також спортсменів, травмованих під час тренування чи змагань.

Сьогодні спектр науково-практичного зацікавлення реабілітаційною психологією суттєво розширився, увібравши в себе такі дисципліни та напрями, як: психологічна реабілітація, психологічна корекція, кризова психологія, психологія жертви, психологія травматичних подій (зокрема психологія екстремальних ситуацій), психологія стресу тощо.

Останніми роками багато наших співвітчизників набули досвіду переживання травматичних подій. Тому розвиток реабілітаційної психології цілком відповідає потребам суспільства. Стисло розглянемо місце реабілітаційної психології в структурі психологічної науки і практики.

РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ - ГАЛУЗЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НАУКИ, В МЕЖАХ ЯКОЇ РОЗРОБЛЯЄТЬСЯ, ВПРОВАДЖУЄТЬСЯ Й ОРГАНІЗОВУЄТЬСЯ СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДИНИ, ЩО ЗАЗНАЛА ТРАВМАТИЧНОГО ВПЛИВУ, ДЛЯ СТАБІЛІЗАЦІЇ АБО ВІДНОВЛЕННЯ ЇЇ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я, ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ТА СТВОРЕННЯ УМОВ ДЛЯ ГАРМОНІЗАЦІЇ ПСИХІЧНОГО, ПСИХОЛОГІЧНОГО, ДУХОВНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО РОЗВИТКУ.

Як навчально-практична дисципліна «реабілітаційна психологія» має такі дисциплінарні та галузеві зв'язки (див. рис. 1.1):

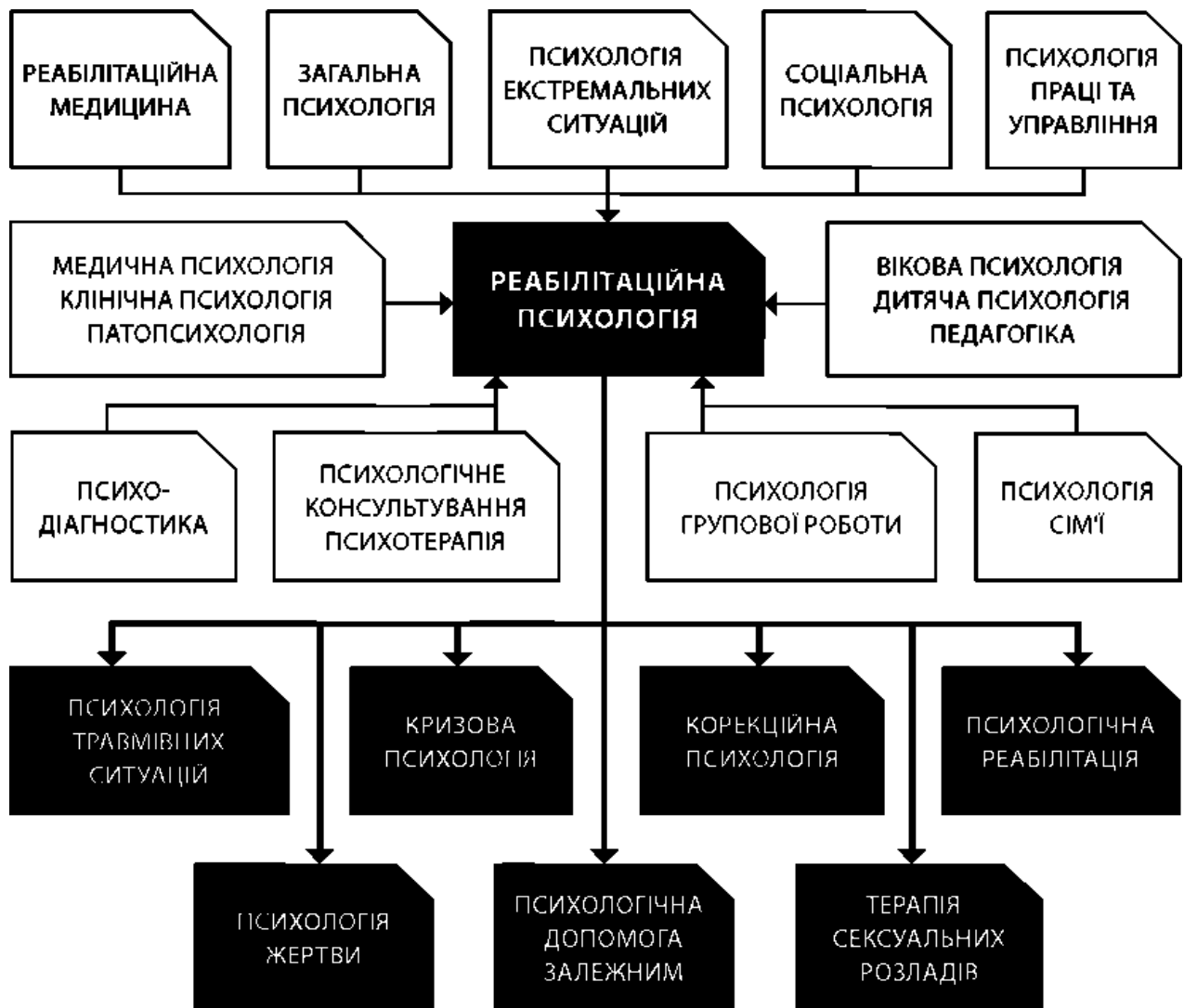


Рис. 1.1. Реабілітаційна психологія в структурі галузевих взаємозв'язків

Реабілітаційна психологія як навчальна дисципліна - це інтегративна дисципліна, що базується на наукових дослідженнях загальної, соціальної, клінічної, вікової, педагогічної галузей психології, а також психології екстремальних ситуацій, реабілітаційної медицини, психології девіантної поведінки тощо.

Знання реабілітаційної психології можна застосовувати у вивченні таких дисциплін, як корекційна психологія, психологія травмівних ситуацій, кризова психологія, психологічна реабілітація, психологія жертви, психологічна допомога залежним, терапія сексуальних розладів тощо.

Реабілітаційна психологія також важлива в організації і наданні психологічної допомоги різним верствам населення, зокрема особам, що пережили екстремальні, надзвичайні ситуації та психотравмівні події; особам із прогнозованою та наявною інвалідністю; особам із психічними порушеннями та девіантною поведінкою тощо. Організаційні засади реабілітаційної психології базуються на положеннях психології праці та управління, організаційної психології, медичної психології.

Завдання реабілітаційної психології:

- ефективна організація реабілітаційного процесу особистості (групи);
- визначення етапів і послідовності надання психологічної допомоги особистості чи цільовій групі відповідно до специфіки їхнього травматичного досвіду;
- добір оптимальних для особистості (групи) психологічних реабілітаційних заходів;
- організація та здійснення супервізійних заходів надавачам психологічних послуг тощо.

Реабілітаційна психологія також сприяє:

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

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

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

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

1.2. Організаційний аспект реабілітаційної психології

Заходи з психологічної реабілітації людини, що зазнала травматичного впливу і переживає посттравматичні стресові та супутні розлади, реалізують підготовлені фахівці. Свою діяльність вони організують згідно нормативно-правових актів та правил прийнятих у межах професійної спільноти.

Реабілітаційні заходи спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного, психологічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння інтеграції в суспільство.

За організаційний спектр реалізації завдань реабілітаційної психології відповідають фахівці, що забезпечують менеджмент реабілітаційних процесів, законодавче та правове забезпечення цих процесів на різних державних, громадських та соціальних рівнях.

Реабілітаційна психологія є базовою для діяльності мультидисциплінарної

команди з реабілітації різних верств населення, що потребує реабілітації внаслідок травмування (психологічного, фізичного, духовного, з одного боку, вродженого чи набутого - з іншого боку).

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА - ЦЕ ГРУПА ФАХІВЦІВ ІЗ РЕАБІЛІТАЦІЇ (ЛІКАРІ, СПЕЦІАЛІСТИ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ, ПЕДАГОГИ, ПСИХОЛОГИ, СОЦІАЛЬНІ ПРАЦІВНИКИ, КАПЕЛАНИ ТА ІН.), ЯКІ ТРИВАЛИЙ ЧАС ПРАЦЮЮТЬ РАЗОМ І НАДАЮТЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПОСЛУГИ ОСОБІ (ЧИ ГРУПІ ЛЮДЕЙ), ЩО ПОТРЕБУЮТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ, У ПАРАЛЕЛЬНОМУ РЕЖИМІ ВІДПОВІДНО ДО ЛІМІТОВАНИХ У ЧАСІ ЦІЛЕЙ ТА ЗАВДАНЬ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІДНОВЛЕННЯ АБО КОМПЕНСАЦІЇ НАЯВНИХ ОБМЕЖЕНЬ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ.

В Україні процес психологічної реабілітації регулюється низкою нормативно-правових актів.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АКТИ, ЯКІ РЕГУЛЮЮТЬ ПРОЦЕС ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

– ЗАКони УКРАЇНИ

– Про соціальні послуги (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003, N 45, ст.358) (із змінами 2004-2017 р (Закон визначає основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги

– Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні (Назва Закону зі змінами, внесеними згідно із Законом N 2249-VIII (2249-19) від 19.12.2017).-

– Закон України Про освіту (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 38-39, ст.380). - ІШр5://

– Про психіатричну допомогу (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст.143) (Із змінами, 2013с. - 2018 р.р.). - КМр5://

– Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей».

– Закон України "Про запобігання та протидію домашньому насильству" (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.35). –

ПОСТАНОВИ КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

– Про затвердження Положення про центр розвитку дитини/ Постанова Кабінету Міністрів України; Положення від 05.10.2009 № 1124-

– Про внесення змін до Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей/ Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 № 1128.

– Постанова Кабінету Міністрів України від 23 серпня 2016 року № 528 «Про затвердження Порядку виплати грошової компенсації вартості проїзду учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності до суб'єктів надання послуг для проходження психологічної реабілітації та назад».

– Постанова Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 року № 497 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності». -

– Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1057

«Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності». -

- Про затвердження Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадaptaції учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2022 року / Постанова Кабінету Міністрів України; Програма, Паспорт, Заходи від 05.12.2018 № 1021,

- Про затвердження Типового положення про мобільну бригаду соціально-психологічної допомоги особам, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі. Постанова Кабінету Міністрів України; Положення від 22.08.2018 № 654.

- Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року Розпорядження Кабінету Міністрів України; Концепція від 27.12.2017 № 1018-р,-

- Про схвалення Концепції Державної соціальної програми запобігання та протидії домашньому насильству та насильству за ознакою статі на період до 2023 року / Розпорядження Кабінету Міністрів України; Концепція від 10.10.2018 № 728-р

НАКАЗИ МІНІСТЕРСТВ УКРАЇНИ

- Про внесення змін до Положення про психологічну службу системи освіти України/ МОН України; Наказ, Положення, Нормативи від 02.07.2009 № 616. Зареєстровано: Мін'юст України від 23.07.2009 № 687/16703. –

- Про затвердження Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати / Мінсоцполітики України; Наказ, Перелік від 03.09.2012 № 537.Зареєстровано: Мін'юст України від 19.09.2012 № 1614/21926

- Про затвердження Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати / Мінсоцполітики України; Наказ, Перелік від 03.09.2012 № 537.Зареєстровано: Мін'юст України від 19.09.2012 № 1614/21926

- Про організацію соціально-виховної та психологічної роботи із засудженими / Наказ Міністерства юстиції України; Положення, Форма типового документа, Журнал від 04.11.2013 № 2300/5. Зареєстровано: Мін'юст України від 04.11.2013 № 1863/24395

- Про затвердження Методичних рекомендацій щодо проведення супервізії соціальних службах / Міністерство соціальної політики України. Наказ від 5 січня 2015 року N 5 –

- Про затвердження Державного стандарту соціальної адаптації/ Мінсоцполітики України; Наказ, Стандарт, Картка, Форма типового документа, План, Заходи від

- № 514. Зареєстровано: Мін'юст України від 05.06.2015 № 665/27110

- Про затвердження Положення про службу військового духовенства

(капеланську службу) у Національній гвардії України / МВС України; Наказ, Положення від № 205. Зареєстровано: Мін'юст України від 14.04.2016 № 557/28687 - НПр5://

– Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги кризового та екстреного втручання / Мінсоцполітики України; Наказ, Стандарт, Журнал,

– Форма типового документа, Акт від 01.07.2016 № 716. Зареєстровано: Мін'юст України від 20.07.2016 № 990/29120

– Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України / Міноборони України; Наказ, Інструкція від 04.11.2016 № 591. Зареєстровано: Мін'юст України від 28.11.2016 № 1538/

– Про затвердження Змін до Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати/Мінсоцполітики України. Наказ від 14.04.2017 №626. Зареєстровано: Мін'юст України від 15.05.2017 №615/3043

– Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності / Наказ Міністерства соціальної політики від 01.06.2018 №810.

– Про встановлення граничної вартості послуг із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності у 2018 році / Наказ Міністерства соціальної політики від 26.04.2018 № 591.

– Про затвердження Вимог до суб'єктів надання послуг із психологічної реабілітації та форми акту наданих послуг із психологічної реабілітації за рахунок бюджетних коштів / Наказ Міністерства соціальної політики від 27.04.2018 № 597.

– Про затвердження примірного договору про надання послуг із психологічної реабілітації/ Наказ Міністерства соціальної політики від 27.04.2018 № 598.

– Про затвердження Положення про психологічну службу у системі освіти України / МОН України; Наказ, Положення від 22.05.2018 № 509. Зареєстровано: Мін'юст України від 31.07.2018 № 885/32337.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Що, на вашу думку, треба зМІНИТИ в ДОВКІЛЛІ, в робочому просторі, щоб забезпечити безперешкодну й повноправну участь осіб з інвалідністю в житті суспільства та їхню професійну реалізацію?

2. Які, на вашу думку, заходи найважливіші в організації і наданні психологічної допомоги особам, що пережили екстремальні, надзвичайні ситуації та психотравмівні події?

3. Поміркуйте над тим, на яких саме наукових дослідженнях загальної і соціальної психології ґрунтується реабілітаційна психологія як інтегративна дисципліна?

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Коли з'явився термін «реабілітація»?

2. Коли виникла галузь науки і практики - «фізична і реабілітаційна медицина»?

3. Дайте визначення поняття «реабілітаційна психологія».

Лекція 2. Психотравмівні і кризові ситуації

ПЛАН

2.1. Типи психотравмівних ситуацій

2.2. Кризи життєвих втрат.

2.3. Травми пережитого насильства.

2.1. Типи психотравмівних ситуацій

Питання психотравми як відносно самостійного психічного і психологічного феномену вивчали такі дослідники, як Б. Колодзін, Д. Калшед, П. Левін, Дженей і Баррі Уайнхолд, Е. Фредерик, Л. Бурбо, Н. Пезешкіан, А. Єрмошин, Н. Тарабріна та ін. В Україні інтерес до цієї проблеми різко зріс після 2013 року: з'явилася низка зарубіжних публікацій, в яких систематизовано найновіший досвід подолання наслідків психотравми; зросла кількість робіт вітчизняних дослідників, серед яких публікації О. Романчука, З. Кісарчук, Т. Титаренко, В. Климчука, П. Горностая, А. Карачевського, Г. Лазос, Я. Омельченко, Л. Гребінь, Н. Журавльової, Л. Царенко, О. Вознесенської, М. Сидоркіної, В. Горбунової та ін.

У різних джерелах по-різному тлумачиться поняття «психотравма». Виділяють «**психічну**» і «**психологічну**» травми. За умови психічної травми спостерігаються помітні порушення нормального функціонування психіки. А якщо це травма психологічна, то таких порушень не буде, проте суттєво зміняться базові переконання і цінності людини. У випадку психічної травми події загрожують життю людини, а у випадку психологічної- події є загрозливими для особистості (чи такі, що інтерпретуються як загрозливі): втрата дому, роботи, місця проживання, свободи (наприклад, у випадку ув'язнення); подружня зрада, приниження людської гідності (цькування в школі чи психологічне насильство в сім'ї) тощо. Такі події змінюють усталений спосіб життя та особистісну цілісність людини. Результатом пережитого може бути дистрес (виснаження), криза або важкий емоційний стрес. За цих умов зміни психічного стану суттєво відрізняються від змін у випадку психічної травми.

Часто визначення терміна «**психотравма**» (як синонім у літературі вживається ще й термін «травмівний стрес») схожі на визначення **стресу** (подія [31], що несе додаткове навантаження на людину):

а) **психотравма** - незвичайна подія, яка здатна спричинити важкий психологічний стрес, що супроводжується почуттям жаху, страху та безпорадності;

б) **психотравма** - це зовнішні подразники, що діють на індивіда болісно й патогенно, викликають переживання і страждання.

Незважаючи на подібність визначень переживання стресу і психотравми відрізняються. На цю відмінність указує Н. Тарабріна [цит. за 12]. Згідно з сучасними уявленнями про стрес, останній стає психотравмою, коли наслідком дії стресора стає порушення у психічній сфері людини аналогічне з порушеннями в

соматичних процесах. Стресором у таких випадках стає травмівна подія.

ТРАВМІВНА ПОДІЯ ХАРАКТЕРИЗУЄТЬСЯ РАПТОВІСТЮ, РУЙНІВНОЮ СИЛОЮ, ІНТЕНСИВНІСТЮ; ЧАСТО ПОВ'ЯЗАНА З ФАКТОМ АБО ЗАГРОЗОЮ СМЕРТІ, СЕРЬОЗНОГО ТІЛЕСНОГО УШКОДЖЕННЯ ЧИ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА; НЕСЕ ЛЮДИНІ АБСОЛЮТНО НОВУ ІНФОРМАЦІЮ, ЯКУ НЕОБХІДНО ІНТЕГРУВАТИ В ПОПЕРЕДНІЙ ЖИТТЄВИЙ ДОСВІД.

Отже, у випадку травмівних подій людина «зустрічається з фізичною смертю», такі події можуть загрожувати життю чи фізичній цілісності людини: поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, побратимів, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства. Такі події з великою ймовірністю призведуть до **психічної травми**.

Ця особливість відображена у п'ятому виданні, де **психотравма** визначається як «експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства в один (чи більше) з таких способів: (1) безпосереднє переживання травмівної події (-ій); (2) перебування свідком подій, які трапилися з іншими; (3) знання того, що травмівна подія (-ії) трапилась із членом сім'ї чи близьким другом-у випадках смерті чи загрози життю члену сім'ї чи другові, якщо ця подія була насильницькою або непередбаченою; (4) переживання багаторазової або надмірної експозиції до нестерпних деталей травмівної події (-ій), наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки. (Експозиція - безпосереднє зіткнення з якоюсь подією та пов'язані з цим переживання).

Дослідники розглядають психотравму і як стан, і як ситуацію чи подію (психотравмівна ситуація чи психотравмівна подія).

Психотравма (як стан) [цит. за 61] - переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їхнього подолання. Цей стан супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності й втрати контролю, когнітивними змінами і змінами у способах регуляції афектів, що спричиняє іноді тривалі фізичні, психічні й особистісні розлади. На фізіологічному рівні змінюється біохімічна рівновага (чим пояснюються ефект знеболення, надмірне збудження, амнезія, зниження імунітету, виснаження тощо); змінюється робота мозку - блокується міжпівкульна синаптична передача. Інакше функціонують нейрони кори головного мозку, внаслідок чого страждають насамперед мозкові зони, пов'язані з контролем агресивності та циклом сну

І в зарубіжній, і у вітчизняній літературі більше зосереджуються на вивченні психотравми як стану, спричиненого травмівною подією/ситуацією. У цьому розділі ми коротко розглянемо характеристики психотравми як ситуації/ події і визначимо типологію травмівних подій.

Одне з визначень посттравматичного стресового розладу (ПТСР) - стійка реакція на **травмівну подію**. Проте в МКХ-10 першим критерієм для постановки діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» є перебування в **травмівній ситуації**: «Короткочасне або тривале перебування особи в надзвичайно загрозливій або катастрофічній ситуації, що здатна викликати відчуття глибокого розпачу».

У найширшому значенні психотравма - це реакція особистості на психотравмівні події, такі як війни, терористичні акти, стихійні лиха, нещасні випадки та аварії, фізичне, емоційне і сексуальне насильства, важкі захворювання, ситуації втрати, горя, міжособистісні конфлікти тощо.

Психотравма (як ситуація/подія) - це будь-яка особисто значуща ситуація/подія, що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини і може, у випадку недостатності захисних психологічних механізмів, зумовити психічні розлади [58].

ТИПИ ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ

Відмінність між поняттями «подія» і «ситуація» полягає в тому, що коли йдеться про ситуацію, то розглядають взаємовплив особистості й середовища, і провідна роль тут відводиться **суб'єктивним чинникам**: переживанню і розумінню ситуації людиною, ставлення до неї, а в події зауважують насамперед **зовнішні чинники**.

Подія:

- те, що відбувалося або відбулося, сталося;
- явище, факт суспільного або особистого життя;
- сукупність пов'язаних між собою явищ, фактів суспільного життя (зазвичай, важливих, значних), які є ніби єдиним цілим;
- те, що порушує усталений, звичний хід життя;
- щось важливе, видатне;
- що-небудь непередбачене, несподіване; пригода.

Найважливіші характеристики травмівної події: несподівана, неочікувана, приголомшлива. Така подія виходить за межі звичайного досвіду людини. Це може бути аварія, пожежа, одиничний епізод насильства, раптова втрата близької людини тощо.

Зазвичай, таку травмівну подію називають **монотравмою** на відміну від **мультиплатформи**, коли одночасно людина піддається впливу кількох травмівних подій (наприклад, у зоні воєнного конфлікту - отримана контузія від вибуху, і від цього ж вибуху загинув товариш). Близькими до поняття мультиплатформи є поняття **політравма** (множинна, поєднана, комбінована травма). Ці визначення - «монотравма», «мультиплатформа», «політравма» - запозичені з медичної термінології.

Політравми особливо важкі, супроводжуються суттєвим розладом життєво важливих функцій організму, труднощами діагностики, складністю лікування, високим відсотком інвалідності, високим рівнем смертності.

До комбінованих травм (політравм) призводять різні травмувальні чинники, що діють не обов'язково одночасно. Деякі характеристики множинних травм, прийняті в медицині, можна застосувати і для опису наслідків комбінованих психотравм та мультиплатформи.

Політравми характеризуються такими особливостями:

- синдромом взаємного обтяження - реакцією на множинну травму часто буває шоківий стан, важче переживаються травмівні ситуації, гірший прогноз;
- поєднання травм утруднює терапевтичний процес;
- частіше розвиваються супутні розлади та важкі ускладнення;
- спостерігається нечіткість симптоматики, що спричиняє діагностичні

помилки.

Отже, наслідки політравми/мультитравми (кількох травмівних подій, що діють одночасно або через короткий час) завжди будуть важчі, ніж наслідки монотравми (однієї травмівної події).

Інше смислове навантаження (порівняно з визначенням «політравма») закладено в понятті «повторювана травма» - ситуація пов'язана з тривалим жорстоким ставленням, домашнім насильством, війною, постійною зрадою тощо. Це поняття характеризує травмівну життєву ситуацію, в якій часто повторюються схожі події. Працюючи з наслідками повторюваної травми, вибирають найбільш інтенсивні, останні (чи перші) за часом або найбільш значущі для постраждало! людини. А якщо це політравмівна ситуація, то травмівні події - різні, і працювати потрібно з кожною.

ТИПИ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЙ

Життєва ситуація особистості - це сукупність обставин життєдіяльності, які безпосередньо або опосередковано впливають на поведінку людини, її стан і внутрішній світ, зумовлюючи зміст та напрям індивідуального розвитку.

Ситуація [9] як психологічна одиниця аналізу потреб і діяльності людини є інтегральною характеристикою відповідності можливостей (професійної підготовки, особистісної готовності і психічного здоров'я) щодо характеру завдань і проблем, що їх має розв'язувати людина в конкретних природно-кліматичних, часових, соціально-політичних, групових умовах (див. рис. 2.1).

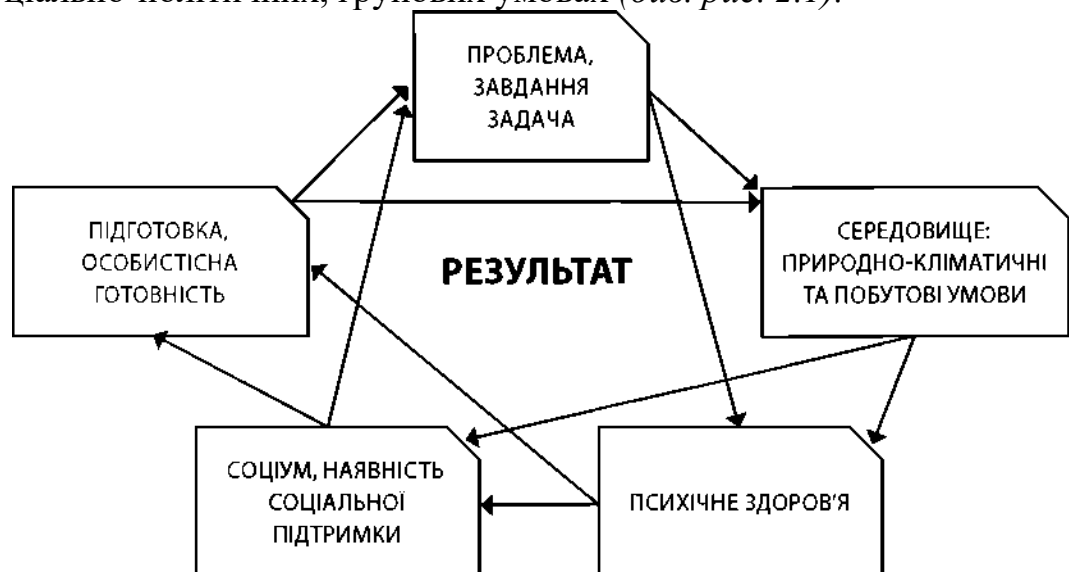


Рис. 2.1. Складники життєвої ситуації

Ресурс психічного здоров'я людини може бути:

- оптимальним;
- середнім;
- низьким;
- аномальним (психічне нездоров'я, хвороба, порушення особистісної цілісності).

На переживання ситуації чи події впливають **особистісні характеристики людини**. Зокрема, здатність адаптуватися до ситуації, що визначається

підготовкою (професійною); попереднім досвідом перебування в складних ситуаціях і досвідом позитивного розв'язання проблем пов'язаних із цим перебуванням; стресостійкість та психологічна пружність. Проблеми з адаптацією виражаються в неадекватному реагуванні на те, що відбувається - агресивності, дратівливості чи тривожності, апатії, відчуженості тощо; зловживанні психоактивними речовинами для зняття емоційного напруження тощо.

Особистісні характеристики, що залежать від **історії попереднього життя людини [4]**: наявність у минулому психічних розладів чи схильності до таких; проблеми з фізичним здоров'ям; зловживання потерпілого чи його батьків психоактивними речовинами; особистий досвід (чи відсутність) перебування в екстремальних ситуаціях; досвід позитивного розв'язання проблем і недостатня готовність/підготовка (брак необхідних знань, умінь та навичок); численні психічні травми в минулому, зокрема травми розвитку (від зачаття до 7 років) тощо.

Виділяють [9] **чотири типи життєвих ситуацій** відповідно рівня їхньої суб'єктивної складності та впливу на психічне здоров'я.

1. Комфортні ситуації, що потребують мінімальних енергетичних витрат. Це ситуації, в яких задовольняються актуальні потреби, і людина відновлюється від втоми, виснаження.

2. Проблемні, повсякденно-життєві ситуації. Розв'язання проблем вимагає вибіркової активності, психічного і фізичного напруження. Проблемні ситуації є стресовими. Особистісні характеристики людини та соціальні чинники визначають, як завершиться ситуація - дистресом чи адаптацією й особистісним зростанням. Якщо не вдається адаптуватися до ситуації через збільшення втоми, розчарування, погіршення умов тощо, то психічні ресурси зменшуються, людина виснажується. За умови сприятливого вирішення ситуації і цілеспрямованого подолання проблем психічне здоров'я поліпшується.

3. Важкі ситуації (екстремальні, надзвичайні) пов'язані з великими енергетичними навантаженнями на людину через вплив різних чинників: небезпеки, несподіваності, невизначеності, новизни; високої інтелектуальної або/і психофізичної складності; необхідності поєднувати кілька видів діяльності й виконувати декілька завдань; негативного групового впливу; несприятливих природно-кліматичних і часових впливів; смислових розбіжностей або девальвації колишніх базових смислів і цінностей тощо.

Психічні ресурси у важких ситуаціях виснажуються пропорційно зростанню втоми, фізичному та психічному травмуванню; й обернено пропорційно стосовно професійної підготовленості й готовності до виконання завдань завдяки сформованості базових психофізичних якостей, вмінню доволно входити в оптимальний стан і відновлюватися.

Виділяють [39; 65; 6] чотири типи важких життєвих ситуацій: стрес, фрустрація, конфлікт і криза.

Стрес (англ. - напруження) - неспецифічна реакція організму на ситуацію (емоційний стрес - захисна реакція організму спрямована на захист від впливу психічних чинників, що викликають сильні емоції). Стресовими можна вважати ситуації, що вимагають більшої або меншої функціональної перебудови організму, відповідної адаптації.

Фрустрація (лат. - обман, марне очікування, розлад) - стан, спричинений великою вмотивованістю для досягнення мети та задоволення потреб і перепорою, що перешкоджає досягнення бажаного. Перешкодами на шляху до мети можуть виявитися зовнішні та внутрішні чинники: фізичні (позбавлення волі), біологічні (хвороба, старіння), психологічні (страх, інтелектуальна недостатність), соціокультурні (норми, правила, заборони), матеріальні (гроші) тощо.

Конфлікт - особливо гострий, такий, що виходить за межі правил і норм, спосіб розв'язання суперечностей в інтересах, цілях, поглядах. Проявляється в процесі соціальної взаємодії, полягає у протидії учасників цієї взаємодії, зазвичай, супроводжується негативними емоціями.

Криза - це:

а) «повний небезпеки шанс», надзвичайна загрозлива ситуація, в якій необхідно діяти;

б) поворотний пункт життєвого шляху, що виникає в ситуації неможливості реалізувати намічений життєвий задум;

в) вкрай складна, важка та небезпечна ситуація, що «породжує дефіцит смислу в подальшому житті людини», коли неможливо реалізувати свої прагнення, мотиви, мету і цінності - все те, що може бути викликане внутрішньою необхідністю;

г) стан, породжений проблемою, якої не можна уникнути і яку не можливо розв'язати за короткий час і звичним способом;

д) стан, спричинений накопиченням нерозв'язаних життєво важливих проблем, суперечностей або подій, що призводить до втрати сенсу попереднього стилю життя, поведінки й діяльності.

Кризовими можуть стати ситуації фрустрації, конфлікту. Кризові ситуації можуть розвиватися на фоні дистресу, що переживається як горе, нещастя, виснаження сил і супроводжується порушенням адаптації, контролю, перешкоджає самоактуалізації особистості.

Всі кризові ситуації І. Албегова поділяє на два типи: серйозні потрясіння та власне кризи. У першому випадку в людини є шанс повернутися до колишнього рівня життя (наприклад, у ситуації безробіття). А в другому - ситуація безповоротно перекреслює життєві задуми, залишаючи єдиним виходом модифікацію особистості та сенсу її життя.

Травмівна подія, що переживається на фоні дистресу, фрустрації, конфлікту чи кризи з більшою ймовірністю призведе до розвитку посттравматичних стресових та супутніх розладів, ніж у випадку комфортної ситуації.

4. Гіперекстремальні ситуації, пов'язані з навантаженнями, що перевищують адаптаційно-компенсаторні можливості психіки й організму та супроводжуються руйнуванням психічного здоров'я. Гіперекстремальні ситуації завжди травмівні для кожного, хто їх переживає. А екстремальні (важкі) та надзвичайні можуть такими стати залежно від особистісної готовності, рівня підготовки та психічного здоров'я людини.

Поняття «екстремальна» і «надзвичайна» ситуація часто вживаються як синонімічні. У психологічній літературі інтерес до вивчення цих ситуацій і, зокрема, питань їхньої відмінності, з'явився ще наприкінці ХХ століття, адже в цей

час, як зазначено в довіднику практичного психолога «Екстремальні ситуації» «... сталася дуже багато лих і катастроф, світ буквально захлинається від епідемії терористичних актів. Проте поняття екстремальних, кризових і надзвичайних ситуацій щенеотримали вичерпного визначення».

Втім у цьому ж довіднику зазначені поняття вживаються як синонімічні. Тут зазначається: «*надзвичайні ситуації* набувають в сучасних соціально-політичних умовах усе більшого поширення. Дедалі частіше діти й дорослі переживають ситуації техногенних катастроф, стихійних лих, піддаються насильству, стають заручниками. Тому інтерес до психології екстремальних ситуацій у сучасному світі неухильно зростає».

Сукупність надзвичайних і екстремальних ситуацій називають небезпечними ситуаціями. У цих поняттях багато спільного, проте є і суттєві відмінності, на які треба зважати, організовуючи психологічний супровід.

Слово «надзвичайний» тлумачиться як «винятковий, дуже великий, що перевершує все». **Надзвичайна ситуація** - це обстановка на певній території, яка склалася в результаті аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного або іншого лиха, що може призвести до людських жертв, шкоди здоров'ю людей або довкіллю, до значних матеріальних втрат і порушень умов життєдіяльності людей. Надзвичайні ситуації - це масштабні небезпечні та екстремальні ситуації, що загрожують тяжкими наслідками.

Екстремальна ситуація {від лат. *exigētis* - крайній) [тлумачиться як сукупність умов і обставин, що виходять за рамки звичайних, які ускладнюють або роблять неможливою життєдіяльність індивідів або соціальних груп. Екстремальні ситуації - це особливо складні небезпечні ситуації, коли збігаються кілька несприятливих для людини умов і чинники ризику. Екстремальні ситуації, зазвичай, вимагають для захисту життя і здоров'я людини напруження всіх її фізичних і духовних сил.

Поняття екстремальна й надзвичайна ситуація використовуються для відображення впливу на людину небезпечних і шкідливих чинників, що призвели до нещасного випадку або здійснюють надмірний негативний емоційно-психологічний вплив.

Проте найсуттєвішою відмінністю між зазначеними поняттями є визначення джерела травмування. **Надзвичайні ситуації** є наслідками аварій, небезпечних природних явищ, стихійних чи техногенних катастроф, які можуть призвести до людських жертв, шкоди здоров'ю людей, значних матеріальних втрат і порушень умов життєдіяльності людей. А джерелом травмування в екстремальній ситуації є людина чи суспільство.

КОНФЛІКТНУ СИТУАЦІЮ НА СХОДІ УКРАЇНИ МОЖНА ВВАЖАТИ **ЕКСТРЕМАЛЬНОЮ**, ТОБТО ТАКОЮ, ЩО ВИХОДИТЬ ЗА МЕЖІ ЗВИЧАЙНОГО, «НОРМАЛЬНОГО ЛЮДСЬКОГО ДОСВІДУ». А ДЛЯ ОКРЕМИХ ГРУП УКРАЇНЦІВ ЦЯ СИТУАЦІЯ Є **ГІПЕРЕКСТРЕМАЛЬНОЮ**, ВНУТРІШНІ НАВАНТАЖЕННЯ, ЯКІ ВОНА ВИКЛИКАЄ, ЧАСТО ПЕРЕВИЩУЮТЬ ЛЮДСЬКІ МОЖЛИВОСТІ, РУЙНУЮТЬ ЗВИЧНУ ПОВЕДІНКУ І ДІЇ, МОЖУТЬ СПРИЧИНЯТИ НЕБЕЗПЕЧНІ НАСЛІДКИ. ГІПЕРЕКСТРЕМАЛЬНИМИ МОЖНА ВВАЖАТИ НЕСПОДІВАНУ ВТРАТУ БЛИЗЬКОЇ ЛЮДИНИ, ПОЛОН, ТОРТУРИ,

НАСИЛЬСТВО (ОСОБЛИВО, ЯКЩО Є ЗАГРОЗА ЖИТТЮ ЧИ ЦІЛІСНОСТІ), ПРИСУТНІСТЬ ПРИ ЗАГИБЕЛІ ЧИ ТРАМУВАННІ ТОЩО.

Боротьба зі стихією й техногенними катастрофами об'єднує громаду. А в екстремальній ситуації джерелом травмування є суспільство, тому постраждалі часто втрачають довіру до людей.

У межах екстремальної ситуації на Сході України часто трапляються й надзвичайні ситуації чи події (транспортні аварії, пожежі, руйнування житла тощо). Окремо виділяють **воєнні надзвичайні ситуації** внаслідок застосування сучасних засобів ураження (ядерна, хімічна, біологічна зброя), що призводять до загибелі людей, тварин і рослин, руйнування і пошкодження об'єктів народного господарства, елементів навколишнього природного середовища.

За масштабами [2] надзвичайні та екстремальні ситуації поділяють на:

- загальнодержавні;
- регіональні;
- місцеві;
- об'єктові.

Психотравми в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій називають колективними. **Колективна травма** - це психічна травма, яку отримала група людей будь-якого розміру, аж до цілого суспільства, внаслідок соціальної, техногенної чи екологічної катастрофи або злочинних дій політичних чи інших соціальних суб'єктів.

Причини колективних травм:

- війни;
- геноцид у різних виявах (в Україні це Голодомор);
- катастрофи (техногенні та гуманітарні);
- стихійні лиха (екологічні катастрофи); соціальні революції і перевороти (державні та військові);
- депортація або вигнання великих груп людей (наприклад, за етнічною чи релігійною ознакою);
- обмеження свободи великих груп людей (концтабори, рабство);
- політичні, релігійні та інші репресії;
- терористичні акти, що викликали суспільний резонанс;
- вбивство або трагічна загибель суспільних лідерів чи кумирів.

Особливості колективної травми

- не обмежена в просторі - окрім безпосередніх учасників, охоплює людей, прямо не причетних до травмувальних подій;
- розтягнутість у часі - травма відривається від конкретної події, закріплюється в історичній пам'яті, часто проходить через декілька поколінь (тоді травму називають історичною);
- жертви колективної травми не окремі люди, а соціальні групи, що стали об'єктами травматизації;
- травмованою себе відчуває вся група, навіть ті, кого особисто не торкнулася трагедія;
- тривалий характер (в неопрацьованих травмах є багато прихованих наслідків, особливо, коли події замовчувалися).

Рівень травмованості поглиблюється, якщо:

- група переживає несправедливість того, що сталося;
- були невинні загиблі;
- причинами травмування стали свідомі чи навмисні діїлюдей (страта, катування, вигнання тощо);
- жертва не може чинити опору (загибель на полі бою не така травмівна для суспільства, як насильницька смерть у концтаборі).

Психологічні наслідки колективної травми: соціальна фрустрація; зростання

психологічних проблем; посттравмівні стресові та супутні розлади; зростання соматичних хвороб; групоцентризм, схильність ідеалізувати власну соціальну групу та бачити образ ворога в представниках інших груп, особливо тих, хто відповідає за травмування.

2.2. КРИЗИ ЖИТТЄВИХ ВТРАТ

Слово «**криза**» походить від грецького - «кріок»;», що значить рішення; поворотний пункт.

Кризовий стан - психічний (психологічний) стан людини, яка пережила психічну травму чи перебуває під загрозою можливості психотравмівної події. Стан характеризується відчуттям хвилювання, тривоги різної інтенсивності; фіксацією на психотравмівній ситуації; переживанням безпомічності, безнадії; песимістичної оцінки себе, актуальної ситуації і майбутнього; утрудненням у плануванні діяльності.

ВТРАТИ - ВАЖЛИВА ЧАСТИНА ЛЮДСЬКОГО ЖИТТЯ. КОЖНА ЛЮДИНА РАНІШЕ ЧИ ПІЗНІШЕ ПЕРЕЖИВАЄ ЇХ. БУДЬ-ЯКА СЕРЙОЗНА, ОСОБЛИВО НЕСПОДІВАНА, ВТРАТА Є ПОТУЖНИМ ТРАВМІВНИМ СТРЕСОГЕННИМ ЧИННИКОМ, ПОДІЄЮ, ЩО МОЖЕ СПРИЧИНИТИ КРИЗОВИЙ СТАН.

Виокремлюють такі **типи втрат**;

- **втрата рідних чи близьких** людей (інтенсивність переживання особою цих втрат залежить від значущості цих людей для неї);
- **соціальні** втрати (наприклад, втрата роботи чи навчання);
- **психічні й фізичні** (втрата певних здатностей і можливостей, наприклад, непрацездатність внаслідок інвалідизації; цей тип втрат майже завжди пов'язаний з фізичними стражданнями);
- **духовні** (розчарування у вірі чи її втрата);
- **матеріальні** (наприклад, втрата домівки внаслідок стихійного лиха, техногенних катастроф, військових дій тощо);
- **психологічні втрати** (переважно стосуються різких змін у сприйнятті себе. Наприклад, переживання втрати молодості, фізичної привабливості тощо).

Іноді можна переживати кілька втрат одночасно. Наприклад, людина, яку врятували пожежники з палаючого будинку, може переживати втрату здоров'я через серйозні ушкодження (фізична втрата) і втрату домівки (матеріальна втрата), а ці події є травмівними для її психіки (психологічна втрата).

Втрати можуть бути: фактичними (дійсними) та уявними.

Фактична втрата означає, що втрата вже відбулася, і це є очевидним для інших людей. Наприклад, пожежа повністю знищила будинок, і за фактом це - втрата власником особистого майна.

Уявна втрата має переважно психологічне підґрунтя, така втрата значуща лише для людини, що її переживає. Рідні та близькі можуть навіть не здогадуватися про це, або не розуміти сенсу такого переживання. Наприклад, деякі матері, дуже прив'язані до своїх дітей, переживають втрату, коли діти у відповідному віці залишають «сімейне гніздо» і стають на самостійний життєвий шлях.

Коли людина дізнається про втрату, то вона в повному обсязі або частково переживає певні **етапи**.

Етапи переживання втрати:

- первинної взаємодії з втратою (шок; неможливість повірити в те, що сталося;
- усвідомлення і прийняття події;
- горювання;
- одужання (прощання-відпускання і відокремлення-реконструктуризація).

Якщо переживання втрати відбувається за патологічним сценарієм, то останні два етапи відсутні, біль втрати витісняється й активно впливає на життя людини. Дослідники поділяють симптоми переживання втрати на типові та патологічні.

Типові симптоми переживання втрати:

- порушення сну;
- втрата або збільшення ваги;
- дратівливість;
- порушення здатності до концентрації уваги;
- втрата інтересу до новин, роботи, друзів, захоплень, церкви тощо;
- пригніченість;
- відчуття втоми, апатія;
- відчуження, прагнення до усамітнення;
- плач;
- почуття провини, самозвинувачення;
- суїцидальні думки;
- застосування снодійних та заспокійливих засобів;
- ототожнення з померлим (у разі втрати близької людини) або відчуття її присутності.

Можливі патологічні вияви втрати:

- тривале переживання горя (до кількох років);
- відсутність вияву страждань упродовж двох і більше тижнів;
- важка депресія, що супроводжується безсонням;
- постійне напруження, самозвинувачення;
- поява хвороб психосоматичного характеру, таких як: виразковий коліт, ревматичний артрит, астма;
- зміна чутливості, іпохондрія;
- надмірна активність, як захист від болю втрати;
- ворожість, спрямована проти конкретних людей;

- повна зміна стилю життя;
- стійкий брак ініціативи;
- слабо виражені емоції; різкі перепади настрою від страждань до самовдоволення впродовж коротких проміжків часу;
- зміна ставлення до друзів і родичів;
- дратівливість;
- небажання контактувати, відхід від соціальної активності;
- схильність до самоізоляції;
- розмови про суїцид, бажання з усім покінчити.

Типові кризи, спричинені втратами, проілюструємо прикладами з екстремальних ситуацій на сході України.

КРИЗА ВТРАТИ ЛЮДИНИ

Втрата близьких людей - це найтрагічніші події в житті будь-якої людини. Витіснення переживань або «заборона на переживання» досить часто призводить до своєрідного оніміння емоційно-почуттєвої сфери.

Серед учасників бойових дій і серед вимушених переселенців багато тих, хто пережив втрату близьких людей. Багато з них спочатку не відчували всієї глибини цієї втрати. У декого такий стан тривав упродовж тижнів або навіть місяців. Подібна реакція - нормальна в умовах воєнних конфліктів, коли на людину одночасно впливає кілька травмувальних подій.

Якщо людина не може конструктивно пройти стадію горювання, то це не тільки призводить до витіснення переживань, але й може стати причиною хвороби чи смерті.

ВТРАТА ЗДОРОВ'Я ВНАСЛІДОК ПОРАНЕННЯ

І у військовослужбовців, і в населення з прилеглих до зони бойових дій територій нерідко бувають поранення різного ступеня тяжкості. Біль як стресогенний чинник може не тільки зменшити здатність організму до загоєння ран, але й погіршувати психічний стан.

Отримані внаслідок поранення ушкодження кінцівок поділяють на: **«здорові»** (загоєння відбувається нормально і потребує мінімального втручання), **проблемні** (процес загоєння порушений, для пацієнта виникає загроза ампутації на рівні гомілки, а то й вище), **незагоювані** (ймовірність незагоювання особливо висока незалежно від лікування, а ризик ампутації високий):

Фахівці вважають, що для підвищення якості життя осіб із хронічним болем, потрібно застосовувати системний підхід для пошуку ключових причин болю і виявлення їхнього взаємозв'язку, що забезпечується сукупністю чинників: фізичні (особливості соматичного лікування); обставини навколишнього середовища (соціальний контекст, культурні правила й очікування тощо); психологічні чинники (переконання, емоційний фон, мотиваційна сфера) і чинник стресу, оскільки сам біль викликає стрес. Тому один із напрямів психологічної допомоги має бути обов'язково спрямований на зменшення стресу.

Існує ще одна категорія больових відчуттів, яка трапляється серед поранених - так звані **«фантомні болі»**, що належать до найскладніших больових синдромів. Їх переживають поранені після ампутації і кінцівок, і після втрати будь-якої частини тіла.

ПРИЧИНИ ФАНТОМНОГО БОЛЮ Біологічні:

- патологізація соматосенсорних процесів у структурах центральної нервової системи, зокрема існування фантому за рахунок активності кори головного мозку, а саме тих центрів, що відповідають за схему тіла;

- патологізація таламічних структур, ретикулярної формації і спинного мозку.

- Психологічні:

- наявність психологічного шоку в момент травми, за умови відсутності природної біологічної шокової реакції;

- фіксація на втраті частини тіла, як на втраті себе.

КРИЗА ВТРАТИ ЗДОРОВ'Я

До наслідків перебування в зоні воєнного конфлікту можна віднести різні хвороби, стимульовані чинником інтенсивного перебування людини в стані стресу і чинником накопичувальної втоми. Велике значення має характер, інтенсивність й особливості перебігу захворювання. Проте не менш важливою є особистісна позиція людини щодо встановленого діагнозу. Фіксація людини на почутті жалю до себе, навіть за умови, що хвороба легка, може призвести до деструктивної, депресивної картини взаємодії людини з недугою, посилюючи гостроту прояву симптоматики.

Питання щодо кризи втрати здоров'я набуває особливої актуальності в умовах розвитку тяжкого чи невиліковного захворювання, передусім онкозахворювання. У пресі майже щодня з'являється інформація про збір коштів на лікування онкохворих волонтерів і ветеранів АТО / ООС. Зазвичай, процес взаємодії з хворобою є процесом переживання нового стресу, що може стати і психологічним потенціалом для активізації особи, і травматичним досвідом, що призведе до відмови від життя.

Свого часу Е. Кюблер-Росс запропонувала опис **етапів взаємодії особи з невиліковною хворобою** (ці етапи схожі на переживання втрати близької людини).

Фази переживання невиліковної хвороби за Е. Кюблер-Росс:

- фаза заперечення хвороби
- фаза протесту
- фаза «торгів»
- фаза депресії
- фаза прийняття своєї смерті.

Фаза заперечення хвороби (анозогнозична) - відмова прийняти хворобу. «Ні, не я!» - типова реакція цього етапу. Це природна реакція.

Фаза протесту (дисфорична) - прагнення зрозуміти суть хвороби через протистояння «я-вони»: «Чому саме я?». Зауважмо, що в ситуації гніву, агресії на оточення (і загалом - на всіх здорових людей), хворий потребує розуміння і підтримки.

Фаза «торгів» (аутосугестивна) - активна фаза дій, що передбачає певні умови для оточення. Визначається перевагою сегментарного мислення, що водночас забезпечує вузько спрямований розподіл життєвої енергії. Історії про одужання на цьому етапі дають хороший позитивний ефект.

Фаза депресії - примирення з хворобою (навіть якщо немає її прийняття).

Відсутність прийняття хвороби виявляється депресією, сумом, тугою. Ця фаза особливо загострюється, якщо є втрата частини тіла чи функцій, важливих для цілісного Я-образу. Примирившись зі смертельною хворобою, але не прийнявши її, людина передчасно оплакує втрату сім'ї, близьких, майбутнього. Близькі уникають спілкування з хворим, бо не знають, як із ним поводитися. А в цей період із термінальним хворим треба просто бути поруч.

Фаза прийняття своєї смерті залежить від результату попередніх фаз. Якщо їх пройдено успішно, то спостерігається заспокоєння, відчуття завершеності, тихої радості. Інакше людина або змиряється з хворобою (в результаті безвиході), або переживає стан агонії.

Звісно, не всі хвороби призводять до летального кінця, частіше вони лише змінюють життєві моделі особистості. Але багато захворювань (хронічні захворювання кишково- шлункового тракту, серцево-судинні, хвороби сечовидільної системи, психічні розлади, тяжкі поранення) можуть переживати як процес умирання, що негативно впливає на динаміку перебігу захворювання.

Найгостріше втрату здоров'я переживають учасники бойових дій. У багатьох з них відбувається потрійна травматизація:

- втрата побратимів на передовій;
- усвідомлення (після демобілізації) того, що основна частина населення в повсякденному житті не хоче думати про війну, про те, що там гинуть захисники Батьківщини (до того ж часто з'являється відчуття розпачу і безнадії);
- фіксація на почутті несправедливості (претензії до людей, до Бога: «Я стільки разів ризикував своїм життям, я пройшов «котли», «гради»... Чому я не загинув там на фронті як герой, а маю тут померати як ізгой?»).

Це призводить до втрати сенсу життя, до відмови від пошуку шляхів подолання хвороби.

КРИЗА ВТРАТИ ВОЛІ ТА СВОБОДИ ПЕРЕСУВАННЯ

Кризю втрати волі та свободи пересування переживають і військові полонені, і ті представники цивільного населення, що стали заручниками.

Якщо внутрішня свобода людини належить до категорії її екзистенційних переживань, то зовнішня свобода формує образ психофізичної дійсності, образ простору і часу та місця людини в цьому просторі та часі. Обмеження свободи призводить до цілої низки психофізіологічних змін особистості.

Відсутність перспективи, відсутність майбутнього, відсутність надії - це перше, з чим стикається особа, втративши свободу. Шок змінюється усвідомленням того, що реальність виглядає саме так, і відповідно формується образ реальності «до» та реальності «після».

Залежно від особистісних якостей заручників формуються такі **базові стратегії їхньої поведінки**:

- **істероїдність** (для жінок більше характерний плач, для чоловіків - агресивна поведінка). Накопичення агресії проти терористів чи обставин може стати передумовою героїчних вчинків;
- **стійкість** (внутрішні якості особистості виявляються через незламність цінностей, розумну сміливість та обережність, що є ресурсом у переживанні ситуації несвободи);

– **пригніченість** (домінація переживання страху та безпорадності аж до розвитку шизоїдних виявів);

– **інтеграція** (наприклад, заручник інтегрується у простір терориста).

У процесі надання психологічної допомоги тим, хто перебував у полоні, обов'язково потрібно досліджувати стратегію, яку особа обрала для виживання в умовах неволі, і зважати на неї.

Потрібно також зважати й на умови перебування в полоні. Якщо ці умови були прийнятними, а терористи, які безпосередньо перебували у взаємодії з полоненими, мали позитивну харизму, то деякі полонені стають заручниками так званого **«стокгольмського синдрому»**, що характеризується розвитком співчуття до терористів, а прихильність до людей переходить у прихильність до їхньої справи.

Натомість, психологічна травма тих, хто тривалий час перебував у полоні в тяжких умовах, виявляється у важких психологічних станах, зокрема:

– в почутті нескінченної та безмежної апатії, в стані внутрішньої притупленості аж до байдужості та поступового психічного вмирання;

– в почутті болю від несправедливого ставлення, від свавілля і принижень;

– у вилученні себе з життя (примітивізація), коли залишаються лише первинні інтереси, а єдиною цінністю є або виживання, або смерть (залежно від особистісних настанов);

– у втраті сьогодення і майбутнього, що часто призводить до відступу та капітуляції;

– в розхитуванні фундаментальних уявлень про реальність, що знищує первинну фундаментальну мотивацію і формує базову недовіру до світу.

Люди, що перебували в полоні, після звільнення обов'язково мають пройти психологічну реабілітацію перед поверненням до своїх домівок.

КРИЗА ВТРАТИ МАТЕРІАЛЬНИХ І СОЦІАЛЬНИХ БЛАГ

Ця криза хоч більше й стосується населення, що проживає в зоні екстремальної ситуації, природного чи соціального катаклізму, проте її переживають і військовослужбовці, і медики, і МНСники, і волонтери, і добровольці. Така криза може спричинитися: втратою майна (пожежа, руйнація будинків внаслідок артилерійських обстрілів, знищення гуманітарної допомоги, мародерство, рейдерство тощо), втратою коштів (крадіжки, банкрутство), роботи (скорочення, звільнення).

Безперечно, характер переживання таких криз залежать від особистісних якостей людини та її життєвих настанов. Досвід роботи з вимушеними переселенцями показав наявність трьох базових стратегій «виживання» в нових умовах.

СТРАТЕГІЇ ВИЖИВАННЯ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ:

1. Сприйняття втрати як ситуативної складної задачі, що передбачає пошук компетентного розв'язання.

2. Сприйняття ситуації як деструктивного досвіду з подальшою відмовою від активного соціального та професійного розвитку.

3. Сприйняття втрати як особистої трагедії.

За наявності в людини третьої стратегії «виживання» навіть незначні втрати можуть призвести до дезорганізації і суїцидальних спроб.

Сьогодні в Україні спостерігається суттєве зростання самогубств. За даними державного комітету статистики України [79], протягом останніх двох років відбувається 20-22 самогубства на 100 тисяч населення. Україна посідає за цим показником третє місце серед країн Європи. Однією з основних мотивацій суїцидальності є відчуття власної неспроможності та сприймання себе як проблеми для власної родини. Акцент ставиться на втратах і власній відповідальності за ці втрати, а поряд із цим спостерігається повна відсутність відповідальності щодо подальшої долі власної родини внаслідок здійснення суїциду.

2.3. ТРАВМИ ПЕРЕЖИТОГО НАСИЛЬСТВА

Насильство як травматичний досвід часто переживають люди, що перебувають в зоні екстремальної ситуації, а в умовах воєнного конфлікту і полонені. В цих ситуаціях часто зростає фізичне, психологічне та сексуальне насильства.

Юристи розуміють **насильство** як «умисний фізичний чи психічний вплив однієї особи на іншу проти її волі, що спричиняє цій особі фізичну, моральну, майнову шкоду або містить у собі загрозу заподіяння зазначеної шкоди зі злочинною метою. Такий вплив на особу здійснюється вчиненням певних умисних діянь».

Психологічний компонент є у всіх видах насильства: фізичному, економічному, сексуальному.

ФІЗИЧНЕ НАСИЛЬСТВО - ЦЕ «УСВІДОМЛЕНЕ ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ СИЛИ З МЕТОЮ ПРОТИПРАВНОГО ВПЛИВУ НА ОРГАНІЗМ ІНШОЇ ЛЮДИНИ ПОЗА ЇЇ ВОЛЕЮ АБО ВСУПЕРЕЧ ЇЙ, ЩО ПРОЯВЛЯЄТЬСЯ В ПОРУШЕННІ ТІЛЕСНОЇ НЕДОТОРКАНОСТІ ОСОБИ ЧЕРЕЗ ЗОВНІШНІ ПОКРОВИ ТІЛА АБО ВНУТРІШНІ ОРГАНИ. НАЙЧАСТІШЕ ФІЗИЧНЕ НАСИЛЬСТВО ПРОЯВЛЯЄТЬСЯ В НАНЕСЕННІ РІЗНИХ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ, ПОБОЯХ, КАТУВАННІ, ОБМЕЖЕННІ СВОБОДИ ПЕРЕСУВАННЯ ТОЩО» [83].

На окупованих територіях України фізичне насильство поширене - катування, викрадення, примуси, підриви тут стали нормою життя. Тому і місцеві жителі, волонтери та військові, особи, що були заручниками, досить часто зазнають певних видів фізичного насильства, зокрема:

- ушкодження фізичними факторами: механічними (тупими чи гострими знаряддями травми, зброєю, енергією вибуху), термічними (високою або низькою температурою), електрикою (технічною, атмосферною), звуком;
- ушкодження хімічними факторами (різноманітними отруйними речовинами, що спричиняють хімічні опіки та отруєння);
- ушкодження психічними факторами (переляк, погрози тощо);
- ушкодження комбінацією чинників (механічних і термічних, механічних і хімічних тощо);
- ушкодження комбінованими факторами (електрострумом, що вражає

людину і здійснює хімічну, термічну і механічну дію тощо).

На сході України місцеве населення досить часто натрапляє на приховані міни (див. фото).

Присипання міни дрібними монетами свідчить про те, що міна призначена не на військовослужбовців, а передусім на дітей, у яких природно висока допитливість, і на літніх людей, оскільки вони найменш заможна частина населення. Тобто терористи зорієнтовані на здійснення прямого фізичного насильства щодо мирного населення в районах підконтрольних українській стороні.

Варто наголосити на **сексуальному насильстві**, оскільки, з одного боку, це психологічне та фізичне насильство над особистістю, а з іншого боку - це інтимна сфера особистості, що призводить до особливо руйнівних наслідків для психіки людини і прямо пов'язане з руйнуванням образу честі, гідності, самоцінності.

Під сексуальним насильством розуміємо будь-яку примусову дію сексуального характеру щодо іншої особи, а також використання сексуальності іншої людини без її згоди.

У Законі України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» (2018 р.), в якому різні форми насильства над особою розглядаються як такі, що описують суто домашнє насильство, сексуальне насильство визначається більш розлого. Це будь-які діяння сексуального характеру, вчинені стосовно повнолітньої особи без її згоди або стосовно дитини незалежно від її згоди, або в присутності дитини, примушування до акту сексуального характеру з третьою особою, а також інші правопорушення проти статевої свободи чи статевої недоторканості особи, у тому числі вчинені стосовно дитини або в її присутності .

У сучасному світі не тільки зона військових дій, а й будь-яка зона екстремальних ситуацій, стає зоною масштабного використання сексуального насильства. Нерідко зґвалтування стають чи не найпоширенішим способом знущання з беззахисних цивільних людей. Саме цьому була присвячена Міжнародна конференція щодо проблеми сексуального насильства під час воєн (Лондон, червень 2015). Напередодні відкриття конференції міністр закордонних справ Великої Британії Вільям Гейг сказав: «Я жахнувся, коли дізнався, що досі лише 30 осіб покарані за понад 50 000 зґвалтувань, скоєних під час війни в Боснії в 90-х. Надходять жахливі повідомлення про зґвалтування в Сирії разом із вбивствами, катуваннями й утисками тисяч невинних цивільних людей. Як міністр закордонних справ я обурений масштабами сексуального насильства проти чоловіків, жінок і дітей в умовах конфліктів і переслідувань». Втім, оскільки суспільство зосереджене на бойових діях, то тема сексуального насильства в зоні воєнного конфлікту залишається поза увагою.

До наслідків воєнних дій на території України можна додати і чинник тривалого психічного напруження в населення, що призводить до своєрідного накопичення агресії, яка часто виходить через «насильство в сім'ї».

У Законі України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» (2018 р.) дано таке визначення: «домашнє насильство - діяння (дії або бездіяльність) фізичного, сексуального, психологічного або економічного насильства, що вчиняються в сім'ї чи в межах місця проживання або між родичами,

або між колишнім чи теперішнім подружжям, або між іншими особами, які спільно проживають (проживали) однією сім'єю, але не перебувають (не перебували) у родинних відносинах чи у шлюбі між собою, незалежно від того, чи проживає (проживала) особа, яка вчинила домашнє насильство, у тому самому місці, що й постраждала особа, а також погрози вчинення таких діянь».

У Законі також зазначено, що «фізичне насильство - форма домашнього насильства, що включає ляпаси, стусани, штовхання, щипання, шмагання, кусання, а також незаконне позбавлення волі, нанесення побоїв, мордування, заподіяння тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості, залишення в небезпеці, ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані, заподіяння смерті, вчинення інших правопорушень насильницького характеру».

Фахівці міжнародного жіночого правозахисного центру «ЛаСтрада-Україна» проаналізували звернення на гарячу лінію і виокремили три категорії населення, серед якого насильство стає головною проблемою. «Це переселенці з окупованих територій, ті, хто залишився жити в так званих республіках, і сім'ї, де чоловік повернувся із зони АТО. Остання категорія, за спостереженнями експертів, найчисленніша. Бійці, повернувшись із фронту, перебувають у важкій депресії й апатії. Як правило, вони зриваються на батьках, дружинах і дітях. Нерідко доходить і до рукоприкладства. Як результат - розлучення, алкоголізм і навіть випадки самогубств».

Отже, проблема воєнного конфлікту на території України виходить за межі політичної чи економічної ситуації. В країні зростає кількість людей, які потребують психологічної допомоги і супроводу, зокрема: учасники бойових дій; ті, хто був визволений з полону; населення, що проживає в зоні воєнного конфлікту; населення з підконтрольних терористичним організаціям територій України; вимушені переселенці; родини учасників бойових дій, полонених, пропалих безвісти і загиблих.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ:

1. Чи доцільно, на вашу думку, запроваджувати систему профілактики постстресових розладів у населення України? Які категорії населення найбільш вразливі?
2. Хто з тих, що перебувають в зоні бойових дій, насамперед потребують психологічної підтримки і супроводу: діти, вчителі, лікарі?
3. Чи відрізняється, на вашу думку, переживання сексуального насильства в мирних умовах від сексуального насильства в умовах воєнного конфлікту?
4. Що ви думаєте стосовно потреби в безпеці та потреби в ризикові в житті людини?

ЗАДАЧА

Молодий педагог збирається переїхати на деякий час до зони бойових дій, щоб допомогти місцевим дітям усвідомити себе частиною великої країни, яка зветься Україна, і надати їм психологічну підтримку. Проте він не знає, що відбувається на тих територіях, і фантазує щодо подальшої діяльності.

Продемонструйте фрагмент консультування молодого педагога, щоб допомогти йому зрозуміти реальність, але не знищити його намірів «служити»

дітям.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Які стресові й травмівні чинники характерні для ситуації воєнного конфлікту?
2. Схарактеризуйте можливі посттравматичні стресові розлади, спричинені перебуванням людини в епіцентрі травмівних подій.
3. Окресліть основні види втрат, що їх переживають різні верстви населення в зоні воєнного конфлікту.

Лекція 3.

Світовий досвід психологічної допомоги населенню, що постраждало внаслідок психотравмівних ситуацій

ПЛАН

- 3.1. Психологічна допомога постраждалим внаслідок екстремальних ситуацій (Людмила Гридковець, Тетяна Палієнко)
- 3.2. Профілактика стресових розладів у військового персоналу міжнародних миротворчих місій.
- 3.3. Психологічна допомога родинам військовослужбовців і ветеранів війни.

3.1. Психологічна допомога постраждалим внаслідок екстремальних ситуацій

Сьогодні майже в усьому світі люди страждають від різних екстремальних ситуацій, зокрема від воєнних конфліктів і терористичних актів. Фахівці виокремлюють категорії населення, які найбільше страждають від воєнних конфліктів (безпосередньо стикаються з матеріальними й людськими втратами, переживають різні розлади після стресових і травмівних ситуацій):

- біженці;
- військовослужбовці;
- вимушені переселенці;
- ветерани війни;
- сім'ї загиблих;
- рятувальники;
- люди, що проживають в зоні бойових дій.

У різних країнах створені системи допомоги постраждалим від конфліктів. Ці системи схожі між собою за своїми принципами та підходами, спрямуванням на збереження й відновлення здоров'я людей (відповідно до документів ВООЗ, **здоров'я** - це стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів).

Для організації допомоги постраждалим використовують комплексну багаторівневу модель, описану в багатьох документах ВООЗ; у документах Міжвідомчого постійного комітету, створеного 1992 року відповідно до Резолюції Генеральної Асамблеї ООН (46/182) з метою координації у сфері надання гуманітарної допомоги та для полегшення міжвідомчого ухвалення рішень в умовах складних надзвичайних ситуацій та стихійних лих.

Воєнні конфлікти примушують тисячі людей покидати свої домівки. Не тільки Україна, а й вся Європа розв'язує проблеми біженців. Німецькі джерела наводять такі дані щодо вимушених переселенців, зокрема з Сирії:

- понад 70 % дорослого населення, що прибули як біженці до Німеччини, були свідками насильства щодо інших осіб;
- біля 25 % стали свідками насильства щодо членів їхніх родин;
- 43 % зазнали тортур.

Значна кількість біженців потребує висококваліфікованої психотерапевтичної допомоги. Відповідно потрібні зміни в німецькому законодавстві щодо надання психологічної, психотерапевтичної та психіатричної допомоги біженцям. Через п'ятнадцять місяців перебування в країні біженці отримують медичне страхування, що дає їм змогу покрити витрати на лікування, оскільки понад 50 % з них страждають від посттравматичного стресового розладу.

Окрім медичної та соціальної допомоги, вони потребують і послуг перекладачів, зокрема, на психотерапевтичних сесіях. Якщо раніше забезпечували послуги перекладачів лише в медичних закладах, то тепер ідеться про внесення змін до законодавства з метою надання подібних послуг загалом під час реабілітації.

У Сполучених Штатах Америки з біженцями працюють спеціальні служби, проте провідна роль у цьому питанні належить Управлінню з розселення біженців, яке організовує такі види допомоги:

- короткотривала грошова підтримка новоприбулих;
- медична допомога;
- організація вивчення англійської мови;
- допомога в працевлаштуванні;
- сприяння самозабезпеченню життя.

Для тих, у кого є право на проживання, у перші вісім місяців після прибуття Управління організовує **додаткові програми**. А саме:

- сприяння розвитку мікропідприємств;
- залучення етнічної спільноти для допомоги;
- сприяння створенню і розвитку сільськогосподарських товариств;
- організація послуг для літніх біженців.

Допомога спрямована на **відновлення здоров'я** біженців передбачає: обстеження здоров'я; пропаганду здорового способу життя; медичне страхування; емоційне оздоровлення; послуги для жертв тортур.

В американській армії за наказом Міністерства оборони кожний військовий підрозділ повинен професійно володіти методами контролю бойового стресу, зокрема, методами первинної, вторинної і третинної профілактики стресу. На рівні дивізій та бригад створено відділи охорони психічного здоров'я, які очолюють психіатри. У складі відділів є офіцери з охорони психічного здоров'я, які мають відповідний магістерський ступінь із психології чи соціальної роботи, ліцензію на діяльність та мінімум рік практичної роботи в медичних закладах.

Повноваження відділів охорони психічного здоров'я:

- надання лікувальних послуг;

- планування послуг з охорони психічного здоров'я у військовій частині та нагляд за якістю надання таких послуг;
- консультування командирів та лікарів дивізії з питань психічного здоров'я;
- співпраця з капеланами, що відповідають за питання бойового стресу;
- співпраця з медичним персоналом, що супроводжує військових за кордоном;
- наставництво та забезпечення навчання медичного персоналу найновіших практик діагностики та лікування психологічних і психічних розладів, проведення діагностики та підготовка звітів щодо ризику скоєння самогубств у військовій частині тощо.

Важливою для підготовки військових до стресових ситуацій є **навчальна програма «Battlemind» (www.battlemind.org)** розрахована на солдатів, командирів та подружжя військовиків, що базується на позитивно орієнтованих підходах, опирається на сильні риси учасників програми, ідею взаємопідтримки і поваги до командира як відповідального за психічне здоров'я військовослужбовців.

Вся родина військовослужбовця, поки він на військовій службі, може розраховувати на психосоціальну підтримку. Фахівці психічного здоров'я N60 організовують програми з формування стресостійкості та здійснюють психосоціальний супровід не тільки дружин, а й дітей. (Реалізуються і програми підтримки родин загиблих військовослужбовців, наприклад TAP5.

У бойових військових частинах, переважно на рівні бригади, створені підрозділи з контролю бойового стресу, до складу яких входять психіатри, психологи, соціальні працівники, спеціалісти з психічного здоров'я, а також трудотерапевти та психіатричні медсестри.

Ці підрозділи розташовані на території так званого «військового карантину» - військових баз віддалених від місць проведення бойових операцій.

Мета діяльності підрозділів із контролю бойового стресу:

- виявляти військовослужбовців з ознаками ПТСР або з супутніми розладами;
- перенаправляти їх до фахівців для подальшої перевірки симптомів;
- організовувати профілактичні заходи та заходи з відновлення.

У США також створено **Департамент у справах ветеранів (ВА)**, який за останні кілька років пройшов трансформацію на шляху до інтегрованої системи збереження психічного здоров'я - і під час переходу від статусу військовослужбовця до статусу ветерана, і через розширення діапазону послуг.

Департамент у справах ветеранів має багато баз для збереження психічного здоров'я ветеранів: включно зі 150 медичними центрами, 819 амбулаторними клініками на рівні громади, 300 центрами ветеранів, ветеранською кризовою лінією, представниками Департаменту в університетських кампусах та інші інформаційно-просвітницькі структури.

Департамент розширив клінічні програми для забезпечення активного виявлення депресії, ПТСР, проблем з алкоголем, військових сексуальних травм та для відновлення психічного здоров'я в закладах первинної медичної допомоги, в

інших медичних і реабілітаційних закладах.

Організація забезпечує доказове спеціалізоване лікування ветеранів у стаціонарах, лікарнях за місцем проживання та в амбулаторіях зі спеціальними послугами лікування ПТСР; лікування проблем із зловживанням наркотиків та алкоголю, серйозних психічних розладів, а також забезпечує загальні послуги з відновлення психічного здоров'я та послуги професіоналів.

Департамент підтримує близько 250 стаціонарних реабілітаційних програм у 106 закладах охорони здоров'я (з них 8 спеціалізованих, для жінок). Ці стаціонарні програми спрямовані, зокрема, на психологічну реабілітацію тих, хто страждає від ПТСР.

У реабілітаційних центрах працюють мультидисциплінарні команди, що передбачає тісну співпрацю психіатрів, психологів, соціальних працівників, сімейних терапевтів тощо.

Є своя специфіка у грузинській програмі психологічної допомоги учасникам бойових дій. Вона полягає у розв'язанні таких **основних завдань**:

- виявлення рівня психологічної готовності військовослужбовців (офіцерів) до виконання завдань;
- визначення характеру психотравм, отриманих військовослужбовцями в бойових діях, прогнозування можливостей і динаміки виникнення постстресових розладів;
- відновлення психологічної готовності військовослужбовців до виконання бойових завдань;
- консультування щодо управління ситуацією і психологічна допомога військовослужбовцям та членам їхніх сімей, спрямована на реадaptaцію до мирних умов;
- організація для учасників бойових дій комплексних фахових центрів (пунктів) психологічної допомоги та реабілітації, виявлення осіб, які потребують спеціалізованих медичних послуг;
- надання адресної медичної та психологічної допомоги близьким родичам військовослужбовців;
- проведення психологічної реабілітації засобами освітньої діяльності.

У грузинській програмі зважають не тільки на умови ведення бойових дій (гірська місцевість, ліси та міста), а й на специфіку зовнішнього ворога. Ця необхідність зумовлена також і психологічним впливом російських масмедіа на населення, що перебувало на окупованих територіях.

Психологи звертають увагу і на побічні наслідки гібридної війни: проросійські погляди на події, які найбільш поширені серед тієї частини населення, яка перебуває в зоні активного впливу російських ЗМІ; вплив на людей політичних і громадських діячів, які стоять на проросійських позиціях; стереотип «чеченського синдрому».

Досвід грузинських психологів може бути корисним і для українських фахівців, оскільки українські ветерани, повернувшись із зони бойових дій, також стикаються з фактами насильства з боку деяких «мирних» мешканців їхніх міст, що перебувають під маніпуляційним інформаційним впливом сусідньої держави-

агресора.

Що стосується фахівців, які надають первинну психологічну допомогу, то у грузинській військовій системі вони представлені такими категоріями:

- посадові особи без спеціальної освіти, але які володіють методами спостереження, інтерв'ювання, соціально-психологічних досліджень, вивчення документів, узагальнення незалежних функцій, експертних досліджень;
- фахівці зі спеціальною психологічною підготовкою, військовослужбовці, що проходять військову службу за контрактом, беруть участь у бойових діях та володіють методиками дослідження: Стандартизований метод багатофакторно-го дослідження особистості (5МИ) (Л. Собчик); Анкета «Рівень невротизації та психопатизації» (УНП ООН); Особистісний опитувальник Л. Шмішека, Методика «Шкала Тривожності» (Джона Тейлора), Адаптована версія опитувальника особистісної орієнтації (РОІ) Е. Шострома, Анкета І. Котенєва «Травматичний стрес» (ОТС); Проективні методики (Психометричний тест, «Неіснуюча тварина», «Дім, дерево, людина», модифікований (Л. Собчик) кольоровий тест Люшера);
- командири, сержанти, що безпосередньо перебувають у військових частинах і виявляють осіб із прогнозованими розладами (з групи ризику);
- працівники психологічної просвіти, діяльність яких спрямована на профілактику зловживання алкоголем, самогубства та інші вияви асоціальної поведінки;
- професіонали, що володіють різними психотерапевтичними методами.

У роботі з учасниками бойових дій, використовуються індивідуальні та групові форми. Якщо це можливо, то в гарнізоні надається телефонна екстрена психологічна допомога військовослужбовцям (ТЕРРВ), створюються психологічні консультативні центри та інші підрозділи екстреної допомоги для невідкладного надання кваліфікованої психологічної допомоги в разі серйозної кризи.

Проводиться психологічне навчання командирів усіх рівнів, передусім командирів підрозділів, відділів, екіпажів, що індивідуально працюють з підлеглими, які брали участь в бойових діях. Особлива увага зосереджується на формуванні позитивного настрою бійців, використовуються й мобілізаційні методи, зокрема: бойові кличі, «кричалки», пісні, бойові ритуали, підтримуються традиції, сформовані під час проведення локальних операцій і місій з підтримання миру.

Серед психотерапевтичних напрямів психологічного супроводу та психологічної реабілітації військовослужбовців грузинські фахівці рекомендують розмовну (раціональну) терапію, бодинаміку, аутогенне тренування, ІЧІ-Р-терапію, поведінкову терапію, ігрову терапію, аромотерапію, арттерапію, музичну терапію, бібліотерапію, зцілення вірою.

Попри те, що запропонований перелік видів психотерапевтичної допомоги відмінний від рекомендованих американськими фахівцями, значущість духовної компоненти простежується в обох підходах.

Досвід Ізраїлю особливо цікавий для України, адже ця країна веде бойові дії

вже кілька десятиліть, і тут чи не найкраща в світі організація психологічної допомоги і військовослужбовцям, і ветеранам, і членам їхніх родин. В Ізраїлі понад 2500 фахових військових психологів. Але в час активних військових дій на службу призивають ще й резервістів. Кількість військових психологів і соціальних працівників наближається до такого показника: один фахівець на 70-90 військовослужбовців. На особливу увагу заслуговує той факт, що військових психологів в Ізраїлі визначають як «офіцерів зі здоров'я душі», що унеможливорює спекуляції щодо психічної повноцінності військовослужбовців.

ІЗРАЇЛЬСЬКА СИСТЕМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ

Ця система складається з п'яти великих підрозділів: підрозділ діагностики, профілізації та профорієнтації; служба психологічної підтримки військовослужбовців; підрозділ із реабілітації та роботи з демобілізованими; служба підтримки цивільного населення при кризових ситуаціях; служба роботи з сім'ями постраждалих.

Підрозділ діагностики, профілізації та профорієнтації-найбільший. Його представники відповідають за всебічне медичне обстеження молодих людей, починаючи від 15 років (включно з психологічним тестуванням) і формують **медичну карту військового** (профіль), що супроводжує його протягом життя. Зміни до карти можна внести лише протягом наступних трьох років після тестування.

Первинна психологічна оцінка визначає: інтелектуальний рівень розвитку особистості, психологічний і соціальний статус, мотиваційні характеристики та лідерські якості. Всі показники заносять до особової картки, і на їхній основі здійснюється профорієнтація потенційного військовослужбовця в той чи інший рід військ. «З огляду на те, що мотивація до служби в армії в Ізраїлі досить висока, вступити на військову службу можуть навіть призовники з інвалідністю, з психіатричним діагнозом також, наприклад, з аутизмом, легкою формою дебільності, шизофренією в тривалій ремісії, синдромом Дауна, афективними розладами тощо. Для таких військовослужбовців розроблено спеціальні методики реабілітації та соціалізації в армійському середовищі. Хорошим прикладом є робота аутистів у підрозділах електронної розвідки.

Своє місце в армії знайшли люди з вадами слуху та мовлення. Вони успішно служать у військах, де потрібна робота з тваринами. Окремі програми існують і для пацієнтів, які мають розлад дефіциту уваги та гіперактивність, біполярний афективний розлад.

Своє місце в армії знайшли людей з обмеженням слуху і мовлення. Вони успішно служать у військах, де потрібна робота з тваринами. Окремі програми існують і для осіб, які мають: розлади уваги; гіперактивність; біполярний афективний розлад.

Втім, і це важливо розуміти, що армія - не клініка, і медичного супроводу такі військовослужбовці не отримують, але адаптовуються вони іноді дуже успішно, і період ремісії в них помітно подовжується. У цьому випадку на армійських психологів і соціальних працівників покладається функція контролю, супроводу і розроблення програм адаптації і м'якої реабілітації таких

військовослужбовців», - зазначає в своєму інтерв'ю воєнний психолог ізраїльської армії Альберт Фельдман.

Ізраїльські військові психологи займаються і посткризовим тестуванням (яке проходять всі учасники бойових дій), і діагностикою бойової психічної травми, шоку бойових дій та посттравматичного стресового розладу.

Підрозділ психологічної підтримки військовослужбовців займається поточною психологічною допомогою, яка спрямована і на розвиток стресостійкості особового складу, на формування його психологічної готовності до виконання службових та бойових завдань, і на надання психологічної допомоги військовослужбовцям та членам їхніх сімей, що зазнали впливу екстремальних чинників службово-бойової діяльності. При цьому використовуються методи групової та індивідуальної роботи.

Як і в інших арміях, що воюють, велика роль в ізраїльській армії надається підготовці командирів, оскільки саме бойові командири щодня безпосередньо перебувають поруч зі своїми підлеглими, тому, по суті, на них покладена роль первинної діагностики і, за потреби, спрямування бійця до психолога.

Підрозділ із реабілітації та роботи з демобілізованими ветеранами війни. На особливу увагу заслуговує ізраїльська реабілітаційна програма військовослужбовців після демобілізації, спрямована на те, щоб жоден борець не залишився наодинці навіть із незначною проблемою. Ця програма передбачає також і підготовку близьких і рідних демобілізованого до його повернення додому.

Діяльність підрозділу з реабілітації та роботи з демобілізованими спрямована на:

- розроблення реабілітаційних програм;
- створення та/або підтримку спеціальних центрів анонімної допомоги;
- супровід військовослужбовців з інвалідністю;
- супровід бійців із бойовою психічною травмою;
- надання соціальної допомоги, зокрема:
 - а) у профорієнтації; б) у працевлаштуванні;
 - в) у відкритті бізнесу;
 - г) ОДИНОКИМ солдатам і ветеранам;
 - д) сім'ям військовослужбовців;
 - е) особам із девіантною поведінкою.

Ізраїль має багаторічну вдосконалену систему допомоги цивільному населенню в умовах ведення бойових дій. У кожному мікрорайоні населених пунктів країни створено:

- добровільні штаби кризових ситуацій;
- пункти оповіщення населення;
- пункти термінової допомоги.

А також:

- за місцем проживання розміщено інформаційні банери;
- регулярно проводиться навчання;
- застосовується метод «хибних тривог»;
- ведеться роз'яснювальна робота в школах і коледжах;

– для дітей МОЛОДШОГО віку розроблено спеціальні методики донесення інформації.

3.2. ПРОФІЛАКТИКА СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОГО ПЕРСОНАЛУ МІЖНАРОДНИХ МИРОТВОРЧИХ МІСІЙ

(ІЗ ДОСВІДУ КРАЇН БАЛТІЇ, КАНАДИ, РУМУНІЇ, БОЛГАРІЇ)

ПСИХОЛОГІЧНЕ забезпечення **ЦИВІЛЬНОГО** та **ВІЙСЬКОВОГО** персоналу міжнародних миротворчих МІСІЙ переважно організовується на **ОСНОВІ ДОСВІДУ** провідних держав НАТО. Важливо нагадати і те, **ЩО** зазначні країни (крім Канади) є **«МОЛОДИМИ»** членами Північноатлантичного альянсу і ще недавно перебували у складі **КОЛИШНЬОГО** Радянського Союзу або Варшавського договору.

ГОЛОВНІ цілі психологічного забезпечення персоналу міжнародних миротворчих місій цих країн світу:

- формування психологічної стійкості та готовності до впливу психотравмівних чинників бойової обстановки;
- формування психологічної згуртованості бойових підрозділів;
- забезпечення необхідного психічного стану під час ведення бойових дій;
- зниження психогенних втрат та надання психологічної допомоги військовослужбовцям, що отримали бойову психічну травму;
- проведення психореабілітаційних заходів військовослужбовців після виконання службових обов'язків.

Особливості психологічного забезпечення: наявність **ВІДПОВІДНИХ** фахівців практично у **ВСІХ** підрозділах організаційної структури збройних сил; розгалуженість і логічна підпорядкованість різних служб та органів; наявність у розпорядженні органів управління **ПСИХОЛОГІЧНИМ** забезпеченням матеріально-фінансової бази; наявність у **ЦИХ** органах управління висококваліфікованого персоналу; комплексний **ПІДХІД** до задач, **ЩО** розв'язуються; широка взаємодія та обмін **ДОСВІДОМ** між структурами.

Професійна діяльність **ВІЙСЬКОВОГО** персоналу міжнародних миротворчих МІСІЙ характеризується складними умовами, **ЩО** впливає на **ПСИХІЧНИЙ** стан особистості і проявляється перенапруженнями, тривожністю, страхами, стресами тощо. Виокремлюють (Т. Ваппег) такі особливості професійної діяльності військовослужбовців:

- раптовість, несподіваність **ПОЯВИ** і розвитку екстремальної події;
- загроза нормальній **ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ** та здоров'ю індивіда;
- незвичність і новизна ситуацій;
- невизначеність (повна або часткова відсутність інформації, її нестача, суперечливість бойової обстановки);
- надмірність інформації (через перевищення кількості інформації щодо певних подій, явищ виникає необхідність глибокого і точного аналізу та адекватних висновків);
- дефіцит часу (на аналіз, оцінювання обстановки, ухвалення рішення і виконання конкретних дій - порівняно зі звичними умовами діяльності, військовослужбовцям надається дуже мало часу);
- відповідальність (за виконання наказів і розпоряджень);

– наявність тривалих труднощів, дискомфорту, а іноді й поневірянь, яких зазнають військовослужбовці через відсутність належних для успішної життєдіяльності умов.

Т. Баннер зазначає, що негативні впливи на психіку військовослужбовців виявляються в загальній дезорганізації поведінки, у гальмуванні раніше напрацьованих навичок, неадекватних реакціях на зовнішні подразники, труднощах у розподілі уваги, звуженні обсягу уваги та пам'яті, імпульсивних діях, у суттєвих вегетативних змінах. За умови тривалого впливу чинників, що зумовлюють ці стани, порушення механізмів біологічного пристосування та компенсації набувають незворотного характеру і в майбутньому стають передумовою виникнення нервово-психічних розладів і порушень.

Військовослужбовці часто перед і під час бойових дій перебувають у стані тривожності. Тривога - це один із найпоширеніших психічних станів у людей, діяльність яких пов'язана з дією стрес-чинників підвищеної інтенсивності. **Тривожність** виявляється в порушенні психічної рівноваги, появі безпредметної загрози, хвилювань. Тривожність переживається на декількох рівнях: по-перше, власне на рівні тривоги, у формі почуття неусвідомленої небезпеки, невизначеної загрози; по-друге, на рівні страху як результату встановлення особистістю причин тривоги і конкретних чинників небезпечної ситуації.

Регулятором конкретних актів поведінки військовослужбовця є його емоційно-вольова сфера, від рівня розвитку якої залежить ступінь вияву різних несприятливих станів, що виникають як відповідь на дію стрес-чинників зовнішнього середовища.

Система психологічного забезпечення військового персоналу міжнародних миротворчих місій спрямована на підвищення якісних показників діяльності військовослужбовців через формування у них **психічної стійкості та психологічної готовності** до дій у бою, у складних і небезпечних умовах, в обстановці, що різко змінюється, під час тривалого нервово- психологічного напруження; формування стійкості до бойового стресу тощо [98].

Більшість реакцій бойового стресу у військовослужбовців виявляється у перший місяць і максимум (40 %) - у перший тиждень бойових дій. Заходи із запобігання бойовому стресу та контролю за ним постійно проводять **фахівці підрозділів із надання медичної допомоги при психічних розладах** і на індивідуальному рівні, й на рівні підрозділів. Впродовж чотирьох днів після психотравмівної події військовослужбовцям має бути надана перша психологічна допомога, проведено заходи соціальної підтримки, освітньо-роз'яснювальна робота про реакції на бойовий стрес і можливі ускладнення, а також духовна релігійна підтримка. Психотерапевтичні заходи (психологічний дебрифінг) на цьому етапі не рекомендовані, тому що можуть завдати більше шкоди, ніж принести користі.

Цілі першої психологічної допомоги:

- запобігти погіршенню стану;
- зменшити рівень психологічного збудження;
- мобілізувати підтримку найбільш постраждалих військовослужбовців;
- відновити зв'язок із товаришами по службі, друзями, коханими і членами сім'ї;

- забезпечити інформування про ситуацію і стан потерпілого;
- інформувати потерпілого про можливі ризики.
- **Ключові елементи першої психологічної допомоги:**

- 1) контакт і взаємодія - відгук на контакт, ініційований постраждалим, або ініціація контакту з потерпілим у ненав'язливій і підтримуючій манері;
- 2) безпека і комфорт - невідкладне створення безпечної обстановки, забезпечення фізичного й емоційного комфорту;
- 3) стабілізація стану (у разі потреби) - заспокоєння й орієнтування в ситуації дезорієнтованих та емоційно перевантажених постраждалих;
- 4) збирання інформації про поточні потреби і проблеми - визначення потреб і проблем, збирання додаткової інформації для оптимізації втручання;
- 5) реальна практична допомога - надання практичної допомоги з метою задоволення нагальних побутових і фізіологічних потреб, розв'язанні проблем;
- 6) зв'язок і підтримка - допомога у встановленні зв'язку з товаришами по службі, друзями, коханими і членами сім'ї (для надання психологічної підтримки потерпілому); інформація про подолання стресу - надання інформації про суть стресових реакцій для зменшення страждань і підтримання адаптивних реакцій;
- 7) зв'язок із професіоналами - інформування військовослужбовців про можливі симптоми посттравматичного стресового розладу та можливість отримання професійної психологічної допомоги.

Основні принципи допомоги при гострих реакціях бойового стресу:

- 1) **короткотривалість** - відпочинок військовослужбовців і відновлення сил у спеціалізованих підрозділах із надання медико-психологічної допомоги при бойовому стресі, розташованих безпосередньо біля місць дислокації військових частин. Перебування військовослужбовців у відновних підрозділах - від 1 до 3 днів. Приблизно 30 % особового складу повертається у стрій кожні 24 години;
- 2) **своєчасність** - початок заходів із профілактики бойового стресу - залежно від оперативної обстановки, лікувальних втручань - відразу після виявлення симптомів розладів;
- 3) **збереження соціальної підтримки** - постійний контакт командування, товаришів по службі, капелана або лікаря з військовослужбовцями і пояснення, що прибуття військовослужбовця в польовий відновний центр не означає, що він «хворий», «нездоровий» або «ненормальний», що реакції бойового стресу є природними для людини на війні, військовослужбовець потрібний своєму підрозділу та повернеться в нього, коли відновить сили. До військовослужбовця, який повернувся з відновного центру, у підрозділі ставляться так само, як і до будь-якого іншого в підрозділі;
- 4) **передбачуваність результатів допомоги** - очікування персоналом, що надає допомогу військовослужбовцям, ефективних результатів лікувальних і відновних заходів, повернення до повноцінної повсякденної службової діяльності. Пояснення військовослужбовцеві в польовому відновному центрі природності й передбачуваності виявів бойового стресу, які за умови правильної реабілітації знизять інтенсивність або зникнуть через кілька годин чи днів. Особливу роль у формуванні правильного ставлення до виявів бойового стресу відіграють молодші командири, які постійно контактують із військовослужбовцями;

5) **близькість** - оптимальність відновлення при бойовому стресі поза дислокацією бойового підрозділу, але не в госпіталі разом із пораненими і постраждалими. Найбільш вдалим рішенням є окремий польовий відновний центр, розташований поблизу бойового підрозділу;

б) простота цілей:

– переконання військовослужбовця, що страждає від бойового стресу, в тому, що він психічно здоровий і «нормальний», а всі нетипові прояви - звичайні для травмівної ситуації і тимчасові;

– надання військовослужбовцеві короткого відпочинку від бойових дій або виконання службових обов'язків;

– відновлення фізіологічного комфорту - нормального температурного режиму, задоволення гігієнічних потреб, потреби у воді, їжі і сні тощо;

– відновлення довірливих стосунків з товаришами;

– повернення військовослужбовця в підрозділ для виконання службових обов'язків.

Відновно-реабілітаційні заходи після участі військовослужбовця в бойових діях:

– мобілізують підтримку для найбільш проблемних постраждалих;

– зменшують прояви психомоторного збудження;

– сприяють зменшенню страху, тривоги і занепокоєння;

– надають інформацію про обстановку, стан підрозділу і самого військовослужбовця;

– забезпечують зв'язок із товаришами по службі, друзями, близькими і сім'єю;

– створюють у військовослужбовця обґрунтовану впевненість в отриманні адекватної кваліфікованої допомоги при бойовій психічній травмі;

– відновлюють нормальний сон, особисту гігієну та харчування;

– інформують про негативні наслідки самолікування та вживання алкоголю і наркотичних засобів.

Виділяють три лінії проведення відновно-реабілітаційних заходів:

1) **в зоні тилового забезпечення** військової частини за участі штатного медичного персоналу. Завдяки високій мобільності курс відновлення триває від 24 до 72 годин;

2) **лікувально-відновні табори (центри)**, в яких надають спеціалізовану допомогу фахівці з подолання бойової психічної травми;

3) **спеціалізовані відділення лікувальних закладів**, де неухильно дотримуються правила ставлення до військовослужбовця, який повертається у стрій, а не пацієнта клініки. Військовослужбовців, що проходять реабілітацію в лікувальних закладах, утримують окремо від пацієнтів клініки, часто у спеціально обладнаних наметових таборах, де зберігаються базові елементи службових стосунків і можливість носіння військової форми одягу.

Після закінчення програми відновлення та реабілітації для військовослужбовців може бути організовано чотири-семиденні програми відновлення професійних навичок та вмінь у закладах першої лінії надання допомоги: від невеликого табору при спеціалізованому лікувальному закладі,

польовому госпіталі або в спеціалізованих відновних центрах. Якщо протягом семи днів військовослужбовці не відновлюють боєздатності, то їхнє перебування у відновному центрі може бути подовжене до 14 днів. Якщо стан військовослужбовця не поліпшується і за цей період, його евакуюють із зони бойових дій у тиліві стаціонарні лікувально-відновні заклади другої лінії. Якщо й тут немає результатів, то військовослужбовців переводять у медичні центри третьої лінії надання допомоги.

У військовослужбовця, що перебуває на реабілітації в польовому відновному центрі, немає статусу пацієнта. Йому забороняють входити в цю пасивну роль, активно підтримують його статус та самооцінку як повноцінного і рівноправного бійця. Для цього в польовому відновному центрі військовослужбовці носять форму і зберігають звичайні для бойових підрозділів службові взаємини. Військовослужбовці з бойовими соматичними ушкодженнями і хворі проходять відновлення окремо від військовослужбовців без патології.

Військовослужбовцям не призначають ніяких медикаментозних препаратів, окрім необхідних для відновлення нічного сну. Фахівці польового відновного центру ставлять діагноз після проведення первинних заходів подолання виявів бойового стресу. Евакуюють військовослужбовців зі свого підрозділу в польовий відновний центр на звичайному тактичному автотранспорті, а не на медичному.

Психологічне відновлення персоналу міжнародних миротворчих місій після участі в миротворчій операції є обов'язковою частиною заходів відновлення бойової готовності військових підрозділів, залучених до миротворчої діяльності. Психологічне відновлення передбачає регенерацію втрачених (порушених) функцій соціального й особистісного статусу, відновлення фізичної та психологічної спроможності та готовності вести бойові дії, зниження частоти й тяжкості наслідків, перенесених бойових психічних травм у формі посттравматичних стресових станів. Психологічне відновлення засновується на принципі партнерства, тобто залучення самих військовослужбовців до активної участі у відновлювальному процесі, і проводиться за однією з трьох ліній надання допомоги.

Форми допомоги у випадку бойової психічної травми:

- систематичні скринінг-обстеження бойових підрозділів для визначення структури й обсягу необхідної допомоги;
- консультування і навчання командування та військовослужбовців щодо способів підвищення стресостійкості;
- невідкладні втручання і заходи після потенційно травмівних подій;
- відновна підтримка для приведення боєготовності підрозділу до належного рівня;
- сортування військовослужбовців зі стресовими розладами і поведінковими порушеннями;
- стабілізація стану постраждалих із важкими виявами бойового стресу або поведінкових розладів для забезпечення їхньої безпеки; оцінювання можливості їхнього повернення до виконання службових обов'язків і підготовка до евакуації

для госпітального етапу надання медичної допомоги;

- короткострокова реабілітація військовослужбовців із виявами бойового стресу або поведінкових розладів у польовому відновному центрі поряд із місцем основної дислокації (тривалість від 1 до 3 днів);

- лікування та супроводження військовослужбовців із поведінковими розладами за клінічними стандартами медичної допомоги з веденням історії хвороби;

- відновлення оптимального рівня працездатності військовослужбовців із застосуванням працетерапії, фітнесу, психотерапії, спеціальних бойових тренінгів. Тривалість програми - сім днів і більше. Програму проводять за місцем основної дислокації підрозділів.

Структура і пріоритетність проведення заходів визначається спільно командуванням і медичною службою залежно від умов бойової діяльності і переважних психічних порушень у військовослужбовців.

Під час надання спеціалізованої медико-психологічної допомоги військовослужбовцям на етапі відновлення провідними є заходи **короткострокової когнітивно-поведінкової терапії** (4-5 терапевтичних сесій), застосування яких може успішно запобігти розвиткові посттравматичного стресового розладу. Застосовують також методику неспецифічної десенсибілізації і відновлення процесу руху очей за методикою доктора Франсін Шапіро. Клінічну ефективність цієї методики у профілактиці розвитку ускладнень гострих стресових реакцій бойового стресу підтверджено в багатьох дослідженнях.

Діяльність професійних військових, і в мирний час, і в бойових умовах (при виконанні зарубіжних місій), є значним джерелом психічного напруження та емоційних переживань. В результаті, у деяких військовослужбовців можуть спостерігатися симптоми хронічного стресу та посттравматичних стресових розладів [94]. Від 9 до 20% американських військовослужбовців спостерігаються ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР), у британській армії ці ознаки є у 4%; у німецькому бундесвері в 2,9% військовослужбовців.

Основні чинники, що впливають на психіку військовиків, на думку німецьких дослідників, зазначено в табл. 1.1.

Стрес - це результат невідповідності між вимогами навколишнього середовища та індивідуальної реакції людини. Стрес є також межею нормального функціонування психіки, залежить від індивідуальних особливостей людини та визначає її фізичний і психічний опір вимогам навколишнього середовища. Цю межу можна підвищити за допомогою спеціального навчання, тобто психологічної підготовки.

Необхідною умовою забезпечення високого рівня психічної стійкості та фізичної витривалості, належного функціонування нервової системи, адаптивності до незвичних погодних умов, є психологічна підготовка до майбутніх умов застосування, розроблена у вигляді певної моделі.

**ОСНОВНІ ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПСИХІКУ
ВІЙСЬКОВОГО ПЕРСОНАЛУ ПІД ЧАС ПЕРЕБУВАННЯ В УМОВАХ
БОЙОВИХ ДІЙ**

ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПСИХІКУ	Разом (n = 1483), %	Без ПТСР (n = 689), %	ПТСР (n = 65), %
Зруйновані будинки і села	70,4	76,4	78,7
Пожежа /удари артилерії, ракет / мін	36,0	43,6	44,8
Загиблі або важкопоранені товариші по службі	31,3	41,7	45,9
Напад або насильство	30,5	38,6	48,0
Атака із застосуванням вогнепальної зброї	24,6	31,1	45,4
Перебування в замінованій місцевості	19,2	24,2	30,5
Стрільба зі зброї противником	18,1	23,6	30,1
Свідок випадків аварій, серйозних травм, смерті	17,0	21,8	33,5
Свідок поранення товаришів по службі	12,0	16,1	27,5
Перебування в загрозовій ситуації, коли треба самостійно вирішувати, що робити	8,3	11,6	19,0
Свідок насильства чи жорстокого поводження з людьми	7,9	9,7	19,4
Помилки в поводженні зі зброєю	7,9	9,7	19,4
Участь в ідентифікації частин людських тіл	6,9	9,5	15,9
Керування обстрілюванням позицій противника	6,8	8,0	13,4
Помилки у здійсненні рятувальних операцій	5,2	7,0	9,5
Інформування товаришів по службі про смерть військовослужбовця	5,1	7,4	13,5
Поранення	2,3	3,3	8,2
Участь у ближньому бою	2,2	2,8	6,5
Свідок загибелі або поранення товариша по службі, який був поруч	1,9	2,7	6,4

В організації психологічного забезпечення в таких державах, як Румунія та Болгарія, важливими є розроблені для збройних сил моделі психологічної підготовки військового персоналу до бойової та миротворчої діяльності.

3.3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА РОДИНАМ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

У кожній країні світу підписання контракту чи призов солдата на військову службу є стресом для родини. Сім'я часто відчуває, що її затягує вир наслідків, що її вона не обирала, або на які не погоджувалася [131]. Щодня така родина приносить значні жертви. До прикладу:

- сім'я функціонує без одного з батьків (чоловіка чи жінки) тривалий час у період підготовки або виконання бойового завдання;
- сім'ї часто не вистачає військовослужбовця у свята, дні народження і спеціальні події, на яких він не може бути присутнім, перебуваючи далеко на навчанні або виконуючи бойове завдання;
- якщо військовослужбовець навіть живе з родиною, то його робочий день невнормований;

- сім'я налаштована на сприйняття військової служби понад усе і на функціонування за умов відсутності одного з її членів;

- кожний член сім'ї переживає дистрес, тому що близька людина може не повернутися з війни чи з бойового завдання, або повернутися змінена - психологічно і/або фізично.

Тому, плануючи терапію, треба зважати на потреби всієї родини. Після війни США в Афганістані й Іраку перша загальна рекомендація полягає в тому, щоб тримати всю сім'ю у фокусі терапії, проводити терапію родини як цілісної системи. Якщо допомагати тільки одній частині системи, то очікування, що вся система буде ефективно працювати, є інфантильним. Тому треба зосередити терапію на сім'ї загалом, на динаміці її життя, на проблемі адаптації до життя після війни, на її труднощах і на справжньому зціленні. Водночас ефект терапії є обопільним: здорова сім'я допомагає зціленню військовослужбовця, і навпаки. Така природа сімейних систем - елементи системи взаємопов'язані, один елемент впливає на функціонування всіх інших.

У США є низка програм, протоколів і динамічних моделей, спрямованих на індивідуальну терапію ветеранів. Втім, незважаючи на те, що дослідження незмінно демонструють вплив психотравми на всіх членів сім'ї, спостерігається брак даних щодо терапії родин військових. У деяких дослідженнях висвітлено підсистеми чоловіка чи батька або пари, але тільки в декількох роботах подано дослідження терапії сімейної системи в її цілісності.

Далі ми розглянемо чинники **терапії**, що суттєво впливають на задоволення подружнім життям і на сімейну динаміку. Після бойового завдання або військової служби людина загалом повертається іншою - фізично й емоційно. Важливо зазначити, що на відміну від колишніх воєн, більше ветеранів повертаються додому, переживши рани й травмування, які могли б у минулому бути смертельними; зазнавши при цьому більше політравмивних ушкоджень: множинних ампутацій, черепно-мозкових травм, важких травм обличчя тощо. Будь-які **тілесні ушкодження** впливають на психіку людини, до цього додаються невидимі моральні травми від споглядання наслідків війни, стреси, пов'язані із загальними аспектами служби у збройних силах.

Відрядження для виконання бойових чи службових завдань сьогодні є реальністю військової служби. **Розлука** позбавляє членів сім'ї повсякденного спілкування, але не обов'язково негативно впливає на загальне задоволення або якість подружніх стосунків. Якщо взяти до уваги широке коло подружніх чинників: рівень впевненості, що шлюб може зберігатися тривалий час; рівень відданості подружжя одне одному; кількість розлучень; рівень задоволення подружнім життям, насильство в сім'ї, то з'ясовано, що немає істотних відмінностей у задоволенні подружнім життям у пар, роз'єднаних через військові конфлікти, і тих, хто просто служив в армії, перебуваючи вдома.

Однак істотні відмінності виявилися у випадку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Було встановлено, що конфлікти в родині, в одного з членів яких був ПТСР, значно частіші, ніж в інших сім'ях, а рівень задоволення сімейними стосунками, рівень впевненості у шлюбі нижчий. Отже, не так розлука, як **симптоми ПТСР** після повернення військовослужбовців додому з бойової місії

негативно впливають на якість сімейних стосунків.

Дослідження показали: що ближче в часі було бойове завдання, то ймовірніший розвиток симптоматики, пов'язаної зі стресом (зокрема ПТСР). У подальшому це призводило до низького рівня задоволення подружнім життям. Багато досліджень підтверджують, що симптоматика ПТСР щодо сну, дисоціації і серйозних сексуальних проблем значно знижує рівень задоволення подружнім життям. Високий рівень інтенсивності симптомів травми у ветеранів негативно впливає і на їхню здатність до емоційної відкритості та доступності для членів родин.

Іншим важливим напрямом терапії сім'ї є робота з **домашнім насильством**. Доведено, що в сім'ях військових спостерігаються серйозні форми домашнього насильства, і це не завжди пов'язано з наявністю стресових чи інших розладів у військовослужбовців. Водночас є дослідження, які свідчать про те, що сама собою участь у бойових діях не є визначальною для домашнього насильства. Проте, молоді пари, особливо молоді дружини солдатів, повідомляють про значну кількість випадків насильства з боку військовослужбовців та ветеранів, що повернулися з бойових завдань чи з війни [123]. Зокрема, випадки домашнього насильства частіше виявлялися у перший рік після повернення військовослужбовців додому [137]. Отже, робота з питань насильства в сім'ї актуальна і, можливо, має бути більше орієнтована на молоді пари та сім'ї у перший рік після повернення військовослужбовця зі службового відрядження.

Наступною важливою темою терапії є **робота з дітьми**. Нещодавнє дослідження показало, що діти в сім'ях, де в одного з батьків є симптоми ПТСР, частіше переживають стресові життєві події [133]. Такі додаткові стресори впливають на поведінку та емоційні почуття дитини, що не дає їй змоги успішно навчатися в школі та почуватися спокійно і комфортно в сім'ї.

Ще однією суттєвою проблематичною сімейною динамікою, пов'язаною з військовою службою, є **реінтеграція**. Під час тривалої розлуки військові їхні сім'ї живуть різним життям. Тривалість розлуки на рік чи більше закріплює ці «різні» способи життя. Відокремлений від родини військовослужбовець (солдат, офіцер) вчиться функціонувати як особистість і піклуватися про себе та безпеку бойової команди. В цей час його дружина справляється з робочим навантаженням, яке раніше розподілялося на двох. Було встановлено, що риса, яка допомогла дружині впоратися без чоловіка, а саме - незалежність, стає тим руйнівним чинником, що спричиняє найбільші проблеми при возз'єднанні сім'ї. Отже, конструктивний механізм в умовах тимчасової відсутності чоловіка стає деструктивним механізмом після його повернення і спроби реінтегруватися в родину.

Оскільки розлука в сім'ях військовослужбовців буває дуже часто, це майже норма, деякі дослідження показують, що вона здатна допомагати сім'ям стати стійкішими і творчими у підходах до подолання відчуженості. Було також встановлено, що повсякденне спілкування під час службового чи бойового відрядження, є захисним механізмом для загальної сімейної стійкості.

Спілкування під час військових навчань і бойових операцій може відбуватися електронною поштою, за допомогою веб-камери чи мобільного телефону. Звичка до регулярного й ефективного спілкування укріплюється і стає

частиною характеру за умови частих відряджень.

Кажуть, що те, що не вбиває, робить тебе сильнішим. Це підтверджує практика. У родинях, в яких є труднощі, є й резерв стійкості. Механізми виживання під час розлуки допомагають адаптації після повернення чи демобілізації учасника бойових дій.

Питання для обговорення

1. Що, на вашу думку, об'єднує наведені в цьому розділі підходи до надання психологічної допомоги учасникам бойових дій у різних арміях світу.
2. Який, на вашу думку, світовий досвід реабілітації було б доцільно застосувати в Україні?
3. Чи можна досвід іншої країни повністю перенести на простір українських реалій? Якщо так, то досвід якої країни, на вашу думку, можна повністю запровадити в Україні?

Лекція 4. Діагностичний інструментарій у реабілітаційному процесі **ПЛАН**

- 4.1. Базові принципи психодіагностики постраждалих осіб
- 4.2. Психодіагностика осіб, що пережили травмівну подію
- 4.3. Особливості посткризової психологічної діагностики дітей
- 4.4. Короткі характеристики психодіагностичних методик

4.1. Базові принципи психодіагностики постраждалих осіб

Психодіагностика - один із перших етапів у процесі надання психологічної допомоги. Важливо звернути увагу, що процедури діагностування, окрім оцінювання, вирішують й інші завдання, зокрема: встановлення довірливих стосунків з клієнтом, його інформування і підтримування, збирання інформації про інші проблеми фізичного та психічного здоров'я, налагодження співпраці тощо. Процес оцінювання має мотивувати людину продовжувати спілкування з психологом та іншими фахівцями. Без правильного здійснення цього кроку, наступного може й не відбутися - людина просто відмовиться від подальших послуг.

Ті, хто проводить психодіагностику осіб, постраждалих від конфлікту на Сході України, має дотримуватися певних принципів:

1. ПРИНЦИП БЕЗПЕКИ

Важливо створити атмосферу психологічної та емоційної безпеки для клієнта (адже після перенесеної травми люди можуть почуватися незахищеними, не вірити в добрі наміри інших тощо). Основу для побудови такої атмосфери можна закласти від самого початку зустрічі. Наприклад, якщо це ветеран, передусім треба вислухати його, подякувати за службу Україні. Якщо він щось розкаже про свій стан, пояснити, що це типова реакція на травму. І лише після встановлення контакту можна проводити скринінг на основі чіткої методики. Обов'язково треба пояснити, що заповнення опитувальників - необхідна ланка в процесі психологічної допомоги. І головне для створення атмосфери безпеки - виявляти позитивне ставлення до людини.

2. ПРИНЦИП ЗАЦІКАВЛЕНOSTІ

Людам, яким ви надаєте допомогу, потрібно демонструвати небайдуже ставлення, повагу, щирі турботи. Допомога постраждалим не вичерпується тільки психологічною підтримкою. Суттєва частина допомоги припадає на розв'язання соціальних, родинних проблем, труднощів на роботі чи проблем із працевлаштуванням. Створенню довірливих стосунків допоможе сприяння в задоволенні нагальних потреб людини. Якщо це не входить до компетенції закладу, в якому ви працюєте, треба скерувати особу до організацій, які зможуть таку допомогу надати. Наприклад, можна допомогти людині зв'язатися з організацією телефоном, через веб-сайта або особисто.

3. ПРИНЦИП МІНІМІЗАЦІЇ ТРАВМИ

Насамперед мінімізуйте пов'язані з травмою переживання людини, щоб уникнути повторного травмування. Ставте тільки необхідні запитання і намагайтеся отримати лише важливу інформацію. Потрібно також зважати на особливу вразливість людей, які пройшли складні випробування. Зокрема, багато хто з них не вважає себе «постраждалим» чи «травмованим». Щоб не образити їх, не вживайте цих слів.

У процесі психодіагностики можуть виявитися симптоми переживання психотравми (людина може розплакатися, продемонструвати недовіру, злість, роздратування тощо). У разі неадекватної реакції важливо розуміти, що вона не обов'язково спрямована особисто на вас і може не стосуватися рівня вашої компетентності. Такі стани зумовлені минулим чи, можливо, очікуваннями від сьогодення, які не збуваються.

4. ПРИНЦИП ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Будьте відкритими, послідовними, передбачуваними (наскільки це можливо). Перед тим, як щось робити, поясніть, навіщо це потрібно; якщо даєте обіцянку (наприклад, направити до відповідної організації, зателефонувати через деякий час, щоб обговорити висновки діагностики тощо) - то своєчасно її виконайте; якщо сталося непорозуміння, визнайте це та свою відповідальність за цю прикрість.

5. ПРИНЦИП КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ

Ви відповідаєте за те, щоб інформація особистого характеру, яку повідомляє людина, використовувалася лише в її інтересах. Спочатку отримайте усвідомлену згоду; поясніть, кому і як будете надавати інформацію, розкажіть про можливі обмеження в дотриманні принципу конфіденційності.

6. ПРИНЦИП ПРОФЕСІОНАЛІЗМУ І ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Ви відповідаєте за компетентну та якісну роботу, за пріоритетність цілей надання допомоги клієнтові незалежно від його поведінки чи реакцій.

7. ПРИНЦИП ДОСТАТНЬОГО МІНІМУМУ

Не можна перевантажувати людину, якій ви надаєте психологічну допомогу, заповненням довгих опитувальників, особливо в процесі скринінгу. Необхідно використовувати тільки той психологічний інструмент, який допоможе вирішити завдання конкретного обстеження.

8. ПРИНЦИП ЧІТКОГО РОЗУМІННЯ МЕЖ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ

Якщо фахівець немає відповідної кваліфікації- потрібно скерувати клієнта до професіонала, який зможе якісно надати допомогу.

Чого **не можна робити** під час психодіагностики:

- проводити психодіагностичне дослідження особи, що перебуває в стані інтоксикації. В такому випадку фахівець має забезпечити відповідну допомогу клієнтові й виявити свою готовність поспілкуватися, коли він буде дієздатним;
- змушувати людину розповідати, що з нею відбулося;
- ставити запитання особистого характеру;
- говорити про те, що людина має відчувати або як вона, на вашу думку, повинна була діяти.

4.2. Психодіагностика осіб, що пережили травмівну подію

Одним із наслідків воєнних конфліктів можуть бути різноманітні порушення психічного здоров'я населення. Найчастішою формою психічних порушень в осіб, що пережили небезпечні для життя ситуації, є посттравматичні стресові розлади (ПТСР), які з часом можуть стати більш вираженими або/та раптово виявитися на тлі загального благополуччя. До того ж, і в дорослих, і в дітей, внаслідок впливу травми і розвитку ПТСР можуть розвиватися супутні психічні розлади.

У світовій практиці для діагностики осіб, що перенесли важку травму, розроблено багато клініко-психологічних і психометричних методик. За деякими джерелами, існує 42 опитувальники, що використовуються в діагностуванні посттравматичних розладів. Частіше це складні методики, проведення та інтерпретування яких потребують спеціального навчання. А використання таких методик, як проєктивні тести Роршаха, Сонді (доведена висока інформативність), потребують не просто психологічної підготовки, а й отримання спеціального допуску до роботи. Тому навіть на Заході їх застосовують переважно в клініках.

Особливості (зокрема, зміст й обсяг методик) психодіагностичного обстеження визначаються завданням **обстеження**: проведення скринінгових процедур; встановлення діагнозу (оцінювання симптомів, синдромів); диференціальна психодіагностика; оцінка відповіді на попередні психологічні впливи; визначення мішені психокорекції/психотерапії і ресурсів особистості тощо.

Одним із перших кроків посткризової психодіагностики є проведення скринінгу. Скринінг (відбір, сортування) - у медицині система первинного обстеження груп клінічно безсимптомних осіб із метою встановлення наявності чи відсутності певного захворювання. Зауважимо, що, як правило, скринінговий тест не є інструментом діагностики, а лише дає змогу виявити осіб з високим ризиком наявності відповідного розладу.

Основна мета скринінгових процедур у посткризовій діагностиці - визначити актуальний психологічний і медичний стан, виявити тих, хто перебуває у стадії стресу. Тобто, є медичний (виокремлюють тих осіб, у яких зафіксовано серйозні інфекційні захворювання) і психологічний блок (короткі скринінгові опитувальники ПТСР).

Якщо скринінг проводиться впродовж місяця після травмівної події, то він

спрямований переважно на виявлення гострого стресового розладу (ГСР), який часто виникає саме в цей період. Через місяць після травмівної події проводиться скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з метою виявлення цього розладу на ранньому етапі. Ще одне завдання скринінгу - виявлення осіб із високим ризиком пізнішого відтермінованого розвитку ПТСР і тих, хто потребує ретельнішого обстеження. Результати сучасних наукових досліджень показують, що досі не знайдено точного методу скринінгу відтермінованого розвитку ПТСР.

Важливе питання, на яке ми не можемо не звернути уваги: кому саме потрібно проходити скринінг на ПТСР? У найкращих арміях світу (зокрема, в ізраїльській) вважають, що посткризове тестування мають проходити всі учасники бойових дій, і що дуже важливо, з **ініціативи психологів**, а не військовослужбовців та їхніх командирів. В Україні лікарям рекомендовано проводити скринінг (на наявність психологічних причин соматичних захворювань) для тих осіб, що звертаються до закладів першої медичної допомоги з повторюваними неспецифічними проблемами з фізичним здоров'ям [80].

Рекомендовано також проводити оцінювання наявності ПТСР в осіб:

- а) з групи підвищеного ризику (військовослужбовці, ветерани, переселенці, біженці, люди, які постраждали внаслідок травмівної події);
- б) з поведінкою, що свідчить про наявність симптомів ПТСР;
- в) з ознаками тривалих/поточних утруднень або психологічного виснаження (наприклад, під час ротацій військовослужбовців).

Найкращий варіант - **організація скринінгу для всіх, хто пережив травмівну подію**

(учасників бойових дій, переселенців, біженців, звільнених з полону тощо). Одним із симптомів ПТСР є уникання, що утримує людей від візиту до психолога, і розлад залишається невиявленим. Часто потерпілі звертаються не до фахівця в галузі психічного здоров'я, а до когось іншого, наприклад, до працівника соціальної служби, працівників закладу первинної медичної допомоги чи у відділення невідкладної допомоги.

Є цілий набір різних скринінгових методик, які широко застосовують в усьому світі. Деякі з них застосовують і в Україні для скринінгу осіб, постраждалих від воєнного конфлікту.

Скринінгові інструменти є частиною переддіagnostичного обстеження, основна мета якого: виявлення осіб, що потребують допомоги. Зауважмо, що скринінговий тест лише дає змогу виявити людей з високим ризиком відповідного розладу.

Скринінгові опитувальники ПТСР спрямовані на виявлення:

- основних симптомів ПТСР;
- типу травмівної події, яку пережила особа (ступінь розвитку цього розладу та рівень переживання часто залежать від тривалості та інтенсивності травмівного досвіду);
- та оцінювання впливу травмівної події на людину (наскільки глибоко вона її переживає).

Зазвичай, процедура проведення скринінгового тесту та його інтерпретація є достатньо простою і дає змогу оперативно виявити тих, у кого є чи немає

відповідного розладу. Раннє виявлення симптомів дає можливість якомога раніше розпочати роботу з людиною, щоб мінімізувати негативні наслідки психологічного травмування.

Іноді переддіагностичне обстеження проводять і у формі бесіди (інтерв'ю), під час якої виявляють наявність чи відсутність ознак посттравматичних розладів. Для цього можна використовувати **«Формалізоване психодіагностичне інтерв'ю з комбатантами для діагностики ймовірності ПТСР»**.

Далі описано процедури скринінгу, скерування до психолога, психотерапевта чи психіатра та подальше психологічне обстеження.

1. Для виявлення основних симптомів ПТСР можна використовувати один із таких опитувальників:

- стандартизований «Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу», що складається із семи питань;
- «Контрольний перелік питань для оцінки ПТСР (PCI.-5)»;
- «Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCI.-C) - цивільна версія» б) і «Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCI.-M) - військова версія».

2. Для виявлення типу травмивної події, яку пережила людина, можна застосовувати:

«Контрольний перелік життєвих подій (I-EC)».

3. Визначити вплив пережитої події на особу можна за допомогою **«Шкали оцінювання впливу травмивної події (IE5-P)»**.

4. Якщо після підрахунку балів результати тестів вказують на ймовірність ПТСР, необхідно:

- поінформувати клієнта про те, що виявлені в нього зміни можуть бути реакцією на стрес. А це потребує подальшого психологічного дослідження;
- скерувати клієнта для уточнення діагнозу до психолога.

5. Психолог проводить подальше психологічне обстеження, задачами якого є:

- уточнення діагнозу;
- оцінювання клієнтів із ПТСР з позиції безпеки/небезпеки для себе та інших (скринінг суїцидального мислення): наявність суїцидальних думок, спроб самогубства, агресивної поведінки, факту попереднього лікування психічних розладів та адиктивної поведінки тощо;
- виявлення постраждалих, що потребують обов'язкової консультації психотерапевта, лікаря-психіатра, нарколога чи інших фахівців; скерування до відповідного фахівця для проходження повного психологічного обстеження й отримання рекомендацій щодо лікування.

1. Розв'язання **першої задачі** - уточнення діагнозу. Якщо після проведення скринінгових тестів було виявлено симптоми ПТСР, необхідно провести глибоке вивчення цих симптомів за допомогою **«Контрольного переліку питань для оцінювання ПТСР (PCI.-5)»**. В ідеалі - для подальшої роботи з постраждалими, треба ретельно оцінити «історію» психотравми, сімейного стану, рівня соціального функціонування, професійної працездатності та якості життя. Адже в людини може бути не тільки ПТСР і супутні психічні розлади, а й соматичні захворювання, важка

сімейна ситуація, залежність від психоактивних речовин тощо.

2. Для розв'язання **другої задачі** можна застосовувати **«Опитувальник ризику суїциду»** та **«Опитувальник рівня агресивності (А. Басса-М. Перрі)»**. Зауважмо, що самогубство (свідоме позбавлення себе життя) належить до найбільших небезпек. Тому доцільно застосовувати опитувальник ризику суїциду навіть у разі мінімальної підозри щодо такої можливості.

Останніми роками найвідомішими джерелами травми, що призводить до самогубства, є участь у бойових діях і перебування в полоні: після повернення з війни чи з полону ветерани можуть самотійно не справитися з пережитим. Важливо пам'ятати, що ризик самогубства чи самоушкодження посилюють такі чинники, як психічні хвороби, розлади настрою, вживання алкоголю та інших психоактивних речовин, попередні спроби самогубства, відсутність соціальної підтримки в родині, відсутність роботи, безнадія, симптоми тривоги; відсутність життєвих планів тощо. Дослідження показали, що загалом ПТСР не призводить до ризику суїциду, але якщо він поєднується з **клінічною депресією**, то ризик суїцидальної поведінки зростає. Якщо виявлено, що стан людини небезпечний для її життя чи життя інших, необхідно терміново скерувати її до психотерапевта або лікаря-психіатра.

3. Окрім проблем, безпосередньо спричинених симптомами ПТСР, люди часто страждають і від **супутніх розладів**, зокрема депресії, тривожних розладів, зловживання алкоголем чи іншими психоактивними речовинами або залежністю від них. Це часто призводить до порушень функціонування в подружньому житті, на роботі та в соціальному середовищі.

Щоб виявити наявність супутніх розладів (що дає можливість розв'язати **третю задачу**) рекомендується застосовувати відповідний психодіагностичний інструментарій:

- **«Опитувальник Бека для оцінювання депресії(BDI)»** чи **«Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)»** - для діагностики можливого депресивного розладу;

- щоб визначити рівень зловживання алкоголем, можна застосовувати такі опитувальники: **«Тест для визначення зловживання алкоголем AUDIT»** або **«Опитувальник для визначення зловживання алкоголем «CAGE»**.

- **«Тест на наркотичну та алкогольну залежність (Хелпер)»** для визначення наркотичної та алкогольної залежності.

Різні дослідження незмінно вказують на зростання рівня вживання алкоголю після пережитих психологічних травм. А відтак, поширення алкоголізму є небезпечною суспільною тенденцією і в сучасній Україні. Зростає і кількість проблем, пов'язаних із зловживанням алкоголем.

До вживання психоактивних речовин часто вдаютьсяякдо копінгової, хоча й малоефективної, стратегії для подолання стресу. Сприяє популярності цієї стратегії той факт, що вживання алкоголю спочатку приносить короткотермінове відчуття полегшення. А далі алкоголь призводить до тривалого ефекту сповільнення активності центральної нервової системи. Тобто алкоголь як такий є **депресантом**.

Наведемо приклад процедури **диференціальної** психодіагностики. Для

диференціації осіб із психологічними проблемами (невротизмом, неускладненими виявами розладів адаптації та дисоціацій) та осіб із підозрою на ПТСР можна застосовувати «батарею тестів» дібрану з урахуванням принципу достатнього мінімуму. **Основні тести:** *«Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для військових та ветеранів бойових дій)»; «Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для цивільних)»; «Шкала оцінювання впливу травмівної події (IE5-Я)»*. Всі названі тести є серед методик психодіагностики за Уніфікованим клінічним протоколом, затвердженим в Україні.

Якщо результат тестування за основними методиками вказує на ПТСР, особу треба спрямувати у відповідний заклад для подальшого ретельного обстеження та психологічної допомоги.

Якщо в результаті тестування виявлена норма, то подальшої психологічної діагностики людина не потребує.

Якщо ж результати в інтервалі між нормою та підозрою на ПТСР, то психолог має продовжити дослідження, щоб уточнити глибину та характер психологічної травми.

Уточнювальні тести: *«Опитувальник перитравматичної дисоціації»; «Опитувальник Бека для оцінювання депресії (BDI)»; «Опитувальник ризику суїциду»; «Тест на наркотичну і алкогольну залежність (Хелпер)»*.

З різними розладами адаптації (що їх фіксує Місісіпська шкала ПТСР) психологи можуть працювати, якщо уточнювальні тести показують помірний рівень травмування. Якщо ж розлади адаптації проходять на тлі більш вираженого психологічного травмування та депресії, то долучатися має психотерапевт, а то і психіатр.

4.3. Особливості посткризової психологічної діагностики дітей

Життя показало, що травмівні події можуть спричинити розвиток ПТСР і в дітей. Вони такі ж вразливі до цього розладу, як і представники будь-якої іншої вікової категорії. Оскільки в дитинстві інтенсивно розвивається мозок, дитина значно більше страждає від впливу психотравми, ніж дорослі. До того ж, діти не можуть ще осмислити того, що з ними відбувається.

Наукові дослідження проблеми ПТСР у дітей і підлітків показали, що здебільшого цей розлад виявлявся в них у перші кілька тижнів, а відтермінована форма траплялася рідко. Поширені в дітей і такі супутні розлади, як тривога і депресія.

Більшість чинників ризику, що роблять дитину більш схильною до розвитку ПТСР, не відрізняються від чинників ризику дорослих. Без знання особливостей посттравматичних реакцій дітей, постраждалих під час воєнного конфлікту або в окупації, не можна здійснити якісної психодіагностики посттравматичних психічних проблем. Розгляньмо ці особливості [86; 36; 37].

ПТСР - це стійка реакція на травмівну подію. Для дитини травмівною подією може стати будь-яка ситуація, яку вона суб'єктивно сприймає як жахливу, страшну, таку, що приносить горе. Це може бути щось особисте (аварія, смерть близької людини, насильство в сім'ї тощо) або таке, що стосується багатьох людей

(бомбування, обстріл, воєнна сутичка, терористичний акт, пожежа, природна катастрофа). Якщо дитина переживає кілька травмівних подій поспіль, то виникає кумулятивний ефект, що призводить до більшої ймовірності виникнення не тільки гострого стресового розладу (який зазвичай через кілька місяців минає без наслідків), але й тривалих посттравматичних стресових розладів. Війна, вимушене переселення - політравмівні явища, що складаються з багатьох травмівних подій.

Основні види подій, які можуть нанести психологічну травму дитині:

- війна як така та вимушене переселення як її наслідок, терористичні акти, важка природна або техногенна катастрофа з багатьма жертвами;
- природні катаклізми без катастрофічних наслідків (землетрус, цунамі, пожежа, велика повінь);
- смерть близької людини в родині;
- сексуальне або фізичне насильство;
- розлучення батьків;
- важка хвороба;
- перебування без батьків у лікарні тощо.

ПРОЕКТИВНА КАРТА ЕМОЦІЙ



Дітям, які переживають психотравму, важко зрозуміти, що з ними сталося. Це пов'язано насамперед з їхніми віковими особливостями: їм не вистачає соціальної, Фізіологічної та психологічної зрілості. Дитина не в змозі повністю усвідомити сенс того, що відбувається - вона просто запам'ятовує ситуацію, свої

переживання цієї миті. Її сприйняття дійсності стає хаотичним, безладним, заплутаним, руйнується «структура світу» в якому дитина живе. Більшість дітей справляється з психотравмою завдяки взаємодії з досвідченим фахівцем (психологом чи соціальним педагогом). Якщо в дитини немає психологічного резерву для озвучення своїх почуттів, можна використовувати проєктивні методики для психологічної діагностики. Але навіть під час звичайної консультативної зустрічі для того, щоб більше зрозуміти характер емоційних переживань дитини, можна скористатися «емоційною картою».

Дитині важко висловлювати свої почуття стосовно подій чи людей, їй набагато простіше знаходити зображення емоційних реакцій на смайликах та ідентифікувати їх зі своїми переживаннями. Особливо це важливо, коли основну травму дитина отримала через приховану складну ситуацію в батьківській родині або від замовчування батьками подій, учасником яких стала дитина в зоні бойових дій чи в процесі переселення або адаптації до нового місця проживання:

У дослідженні подій використовують запитання на кшталт:

- Що ти відчув (ла), коли той чоловік підійшов до тебе?..
- А коли він тебе схопив?....
- Яким ти його бачив (ла) в той момент, коли він...?
- Як ти себе почував (ла), коли він утікав....?
- А як зараз відчуваєшся, коли згадуєш ті події? Тощо. (Рухаємося від травмівної події до теперішнього часу.)
- Що ти відчуваєш, коли я запитую про ті події, покажи будь ласка?
- Бачу, що для тебе це..., а що ти відчував (ла) тоді, коли це трапилося? (Рухаємося від теперішнього часу до глибини конкретної травми).

У дослідженні образу людей питання можуть бути такими:

- Якою (яким) ти себе бачиш? А коли в тебе гарний настрій як ти відчуваєшся?
- А коли поганий? тощо
- Як ти відчуваєш свою маму (тата, брата, друга тощо)?
- А який він, коли в неї (нього) хороший настрій?
- А коли - поганий настрій?..
- Якби ти себе почувала (почував), якби тато не пив (не сварився, не покинув вас) тощо?

Важливо пам'ятати, що під час діагностування дитина в жодному разі не повинна почуватися як під мовним обстрілом. Питання треба ставити м'яко, можна застосовувати порівняння, елементи казкотерапії чи психотерапевтичної метафори. Потрібно давати дитині змогу вільно висловлюватися стосовно тих проблем, що активізують зону інтересу самої дитини в процесі комунікації, навіть якщо ці запитання не стосуються досліджуваної теми.

Діти, як і дорослі, реагують на травмівні події по-різному. Важливо знати основні вияви ПТСР у дітей.

В емоційній сфері про розлад сигналізують:

- поява страхів як першої реакції на пережитий стрес. Ці страхи спричинені потребою уникнути повторного переживання загрозливої події.

Наприклад, дитині

- страшно виходити з будинку, залишатися на самоті або перебувати в замкненому просторі;
- поява специфічних фобій. Наприклад, дитина (навіть підліток) панічно боїться розлучатися з близькими, спати одна в кімнаті, бути в темряві тощо;
- поява відчуття провини за те, що трапилося. Особливо це характерно для старших дошкільнят та молодших школярів. Діти цього віку ще залишаються егоцентристами, а тому вважають, що «все погане сталося через мене, бо я був поганим», і думають, що хвилювання і страхи батьків спричинені їхньою поведінкою.

На **когнітивному рівні** ПТСР у дітей виявляється у:

- погіршенні концентрації уваги: діти стають неуважними;
- порушенні пам'яті: діти все забувають, їм важко згадувати минуле, особливо інформацію травмивного чи стресового характеру;
- втраті уже сформованих когнітивних навичок;
- порушеннях сприйняття навколишнього середовища: сприйняття стає хаотичним, уривчастим, вирізняється плутаниною;
- появі думок про смерть.

На **поведінковому рівні** ПТСР у дітей виявляється у:

- різких змінах поведінки. Наприклад, діти не хочуть розлучатися з батьками навіть ненадовго, можуть у прямому сенсі слова чіплятися за батьків і потребують постійної їхньої присутності, фізичного контакту;
- регресі в поведінці. Наприклад, діти можуть повертатися до поведінки, властивої молодшому віку - втрачають навички охайності, смокчуть пальці або взагалі поведуться, як зовсім маленькі діти;
- посиленні агресивності, гнівливості, впертості. Поведінка травмованих дітей часто характеризується ворожістю і конфліктністю стосовно інших.

У разі виявлення посттравматичного розладу дитину потрібно спрямувати до дитячого

психолога чи психотерапевта.

Особливості психологічної діагностики дітей щодо наявності посттравматичного розладу:

а) при обстеженні дітей і підлітків обов'язково необхідно вивчити вплив на них потенційно травмивних подій. Для цього можна скористатися **«Напівструктурованим інтерв'ю для оцінювання травмивних переживань дітей»** або/і **«Батьківською анкетой для оцінювання травмивних переживань дітей»**, **«Модифікованою шкалою оцінювання впливу травмивної події на дітей (CRIES-8)»**;

б) якщо такий вплив виявлено, дитину треба обстежити на наявність симптомів ПТСР.

Оцінюючи ПТСР у дитини, потрібно обов'язково поговорити з нею окремо й обережно поставити їй запитання, які виявляють симптоми ПТСР. Вважають, що в діагностуванні дітей структуроване (клінічне) інтерв'ю більше бажане, ніж опитувальники самозвіту. Шкільні психологи, вихователі й учителі можуть

скористатися «**Бланковою методикою спостереження за дітьми**», яка допоможе їм ідентифікувати симптоми психологічних розладів у дітей;

в) поінформувати батьків (чи опікунів) про можливість розвитку ПТСР, коротко описати можливі симптоми (наприклад проблеми зі сном, нічні жахи, труднощі концентрації і дратівливість). Якщо виявлені **симптоми зберігаються понад місяць**, необхідно порадити батькам звернутися до дитячого психоневролога, невропатолога, психіатра, дитячого психолога;

г) суперечлива вимога: бажано психологічну діагностику дітей (особливо до 6-7 років) проводити в присутності їхніх батьків (адже діти залежні від дорослих, тож важливо заручитися їхньою підтримкою). Але дорослі можуть стримувати відвертість дітей. До того ж, необхідно **оцінити ймовірність** поганого поводження з дитиною в родині чи соціальної ізоляції. Для цього треба поговорити з дитиною чи підлітком наодинці та прямо розпитати про це, адже кожний випадок унікальний, і психологові доводиться самому обирати необхідну тактику спілкування і з дитиною, і з її батьками;

д) потрібно пам'ятати, якщо травмівна подія стосується родини, то її наслідки поширюються на всіх членів сім'ї. Тому, проводячи психологічне обстеження дітей і підлітків, важливо вивчити й особливості сім'ї, в якій вони живуть, адже на дитячі симптоми можуть впливати симптоми дорослих. Бажано, щоб психологічна допомога надавалася паралельно дорослим і дітям. А психологічна діагностика дітей у цьому випадку може виконувати функцію **координації психологічної допомоги** всім членам родини. Адже відомо, що одним із важливих кроків у наданні допомоги дітям, які переживають психотравму, є підтримка дорослих, щоб ті могли краще турбуватися про своїх дітей;

е) неможна робити висновку (зокрема, і про симптоми дитини) лише на основі інформації, одержаної від батьків чи опікуна. Адже дорослі не завжди можуть зрозуміти свою дитину. Наприклад діти, особливо до 8-річного віку, можуть прямо не скаржитися на симптоми ПТСР, на такі як повторне переживання чи уникання. Натомість вони скаржаться на проблеми зі сном. Тому для точнішого розпізнання симптомів рекомендовано ставити запитання і дитині, і її батькам (чи опікунам).

У складних випадках, що виходять за рамки компетенції психолога, необхідно переадресувати дитину до суміжних фахівців - дитячого психотерапевта, дитячого психоневролога, невропатолога, психіатра.

4.4. Короткі характеристики психодіагностичних методик

Короткі характеристики деяких тестів допоможуть зрозуміти логіку побудови опитувальників, отримати інформацію про їхні психометричні якості й обрати діагностичний інструментарій, що відповідає тим завданням, які стоять перед конкретним користувачем. Адже особливості (зокрема, зміст та обсяг методик) психодіагностичного обстеження визначаються його метою.

ШКАЛА САМООЦІНЮВАННЯ ЩОДО НАЯВНОСТІ ПТСР (PCL.-M)

Запропонована шкала самооцінювання щодо симптомів ПТСР базується на критеріях DSM- IV, містить 17 пунктів - ознак ПТСР, для опитування потрібно 5-7 хвилин.

Між версіями для військових (M) і для цивільних (C) існують незначні

відмінності, що стосуються тих ситуацій, в яких перебував опитуваний.

Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати на міру виявлення конкретного симптому впродовж минулого місяця.

ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ (IES-R)

Шкала оцінки впливу травмівної події, так само як і Місісіпська шкала, спрямована на виявлення рівня симптомів посттравматичних стресових розладів, вважається достатньо валідною і прогностичною. Порівняно з Місісіпською шкалою вона коротша, а тому охоплює меншу кількість симптомів і дає менш диференційований діагноз. Перший варіант шкали (*Impact of Event Scale – IES*) представили М. Горовіц, Н. Вілнер та В. Алварес 1979 року. Тоді вона складалася з 15 тверджень і виявляла лише реакції «вторгнення» та «уникнення». У 1995 році Д.С. Вейс та його колеги зробили доповнення до шкали, що дало змогу додатково виявляти симптоми гіперзбудження. Відповіді на запитання дають у формі п'ятибальної шкали Лікерта.

ОПИТУВАЛЬНИК НА ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ СУЇЦИДУ

Хоча в інтернеті є багато позитивних відгуків про цей опитувальник - і фахівців-практиків, і науковців - проте жодних даних про його валідність не наведено. Застосовувати цю методику рекомендує і Г. Старшенбаум.

Суїцид - один із найстрашніших наслідків психотравми, тому доцільно застосовувати цей опитувальник за мінімальної підозри на можливість суїциду. Зазвичай, обстежувані намагаються чесно відповідати на питання, оскільки люди з суїцидальними намірами (навіть, якщо до кінця не розуміють, що такі наміри в них є) усвідомлено або неусвідомлено хочуть, щоб їм допомогли і, по суті, врятували від смерті.

ОПИТУВАЛЬНИК БЕКА ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ ДЕПРЕСІЇ (BDI)

Інша назва цієї методики «Шкала депресії Бека», точний переклад - «Інвентаризація депресії Бека» (*Beck Depression Inventory*). Цю методику представили А.Т. Бек та група його співробітників 1961 року. Вона базувалася на клінічних спостереженнях за людьми, в яких діагностувалися різні рівні депресій. Було відібрано 21 категорію симптомів і скарг: 1) сум; 2) песимізм; 3) відчуття тотальних невдач; 4) незадоволеність собою; 5) відчуття провини; 6) відчуття, що мене ніби постійно за щось карають; 7) самозаперечення; 8) самозвинувачення; 9) наявність суїцидальних думок; 10) плаксивість; 11) дратівливість; 12) почуття соціальної відчуженості; 13) нерішучість; 14) дисморфія-фобія; 15) труднощі в роботі; 16) безсоння; 17) стомлюваність; 18) втрата апетиту; 19) втрата у вазі; 20) заклопотаність станом здоров'я; 21) втрата сексуального потягу.

Кожна категорія складається із чотирьох тверджень, які є показниками симптомів депресії. Ці твердження ранжовані за наростанням їхнього внеску в загальну картину депресії. У класичній формі рекомендувалося, щоб бланк заповнював психолог, зачитуючи пункти опитуваному. Щоб опитуваний не плутався, йому ставлять запитання, але без назв симптомів, балів і ранжування. Тепер допускають, щоб опитуваний сам заповнював бланк, але в такому разі в бланку проставляються лише номери, а не назви симптомів. Однак зрозуміло, що такий підхід менш інформативний, а його результат може бути недостатньо достовірним. Висновок роблять на основі простого додавання балів

ОПИТУВАЛЬНИК КЛІЄНТА ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – PHQ-9)

Питання цього опитувальника були виокремлені з опитувальника для клієнтів із проблемами психічного здоров'я «Оцінювання первинної медичної допомоги» (PRIME - MD PHQ). Опитувальник розробили доктори Роберт Л. Спітзер, Джанет Б.В. Вільямс, Курто Кронке. Шкала спрямована на самооцінювання депресії, складається з 9 пунктів, її вважають ефективною в діагностиці великого депресивного розладу, а також для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів. Опитувальник дає можливість визначити рівні тяжкості депресії: 1) депресії нема; 2) легка («субклінічна») депресія; 3) помірної тяжкості депресія; 4) середньої тяжкості депресія; 5) важка депресія.

Опитувальник PHQ-9 входить до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

ТЕСТ НА НАРКОТИЧНУ Й АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ (ХЕЛПЕР)

На відміну від осіб із суїцидальними намірами, особи схильні до наркоманії й алкоголізму (навіть якщо ця схильність виникла внаслідок перенесеної травми) схильні заперечувати свою залежність, пояснювати її як «нормальний» наслідок пережитого. Зауважмо, що алкоголізм чи наркоманія, які приховуються, точно і легко діагностуються медичними аналізами.

Для орієнтувального опитування можна застосувати тест, який розробили фахівці наркологічного центру «Хелпер» (*Додаток 15*). Однак цей тест не можна розглядати як повністю достовірний. Опитування краще проводити у вигляді діагностичного інтерв'ю, коли психолог сам ставить запитання і сам відмічає відповіді, за потреби уточнюючи їх. Однак бувають випадки, коли опитуваному легше самостійно заповнити бланк, аніж вступати в розмову. Тоді йому дають інший бланк, не той, що його використовують психологи.

МІСІСІПСЬКА ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (MISSISSIPPI SCALE)

Це, на наш погляд, найпростіший із так званих «клінічних» методів діагностики. Шкалу розробив ще 1988 року Т. Кіан (Т. Кеапе) вона була призначена для виявлення ПТСР у військових та ветеранів бойових дій. У 1995 році з'явився цивільний варіант цієї методики. Опитувальник складається з 35 тверджень у воєнному і 39 - у цивільному варіанті, кожне із яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Р. Лікерта.

Оцінка результатів визначається за сумою балів усіх тверджень. Цей підсумковий показник дає змогу виявити ступінь впливу травмивного досвіду (розлад адаптації), який переніс індивід. Питання, що містяться в опитувальнику, діляться на чотири групи (кластери), три з яких співвідносяться з критеріями DSM. А саме: 11 питань спрямовані на визначення симптомів вторгнення, 15 - визначають симптоми уникнення і 8 питань стосуються критерію фізіологічної збудливості (гіперактивації). Останні п'ять запитань спрямовані на виявлення відчуття провини і суїцидальності.

Місісіпська шкала має необхідні психометричні властивості, а високий підсумковий бал за шкалою добре корелює з діагнозом «посттравматичний стресовий розлад» та досить точно виявляє рівень адаптації/деадаптації щодо травмівної події. Зауважмо, що термін «розлад адаптації» не є медичним діагнозом, а лише специфічною дефініцією для оцінювання ступеня вияву посттравматичних реакцій.

Місісіпська шкала створена на основі ММРІ і має високу внутрішню узгодженість і у військовому, і в цивільному варіанті.

Тестування можна здійснювати індивідуально і в групі.

За допомогою Місісіпського опитувальника психолог може виявити людей з можливим ПТСР, невротичними розладами та різними рівнями дезадаптації. Постраждалих із підозрою на ПТСР слід скерувати до лікаря психіатра; тих, у кого високий рівень дезадаптації, краще скеровувати до психотерапевта; допомогу людям, у яких діагностовано низький та середній рівень дезадаптації, психолог може надавати сам або разом із лікарем загальної практики та психотерапевтом (бланк методики, опрацювання та інтерпретація даних).

ОПИТУВАЛЬНИК ПЕРИТРАВМАТИЧНОЇ ДИСОЦІАЦІЇ

Невеличкий опитувальник В. Агаркова та І.Тарабріної доцільно застосовувати як додатковий тест для уточнення результатів, отриманих за допомогою Місісіпського опитувальника, особливо, якщо його застосовували у групі. Опитувальник заповнює під час діагностичного інтерв'ю психолог.

Дисоціація тут розглядається як патологічний механізм психологічного захисту. Цей механізм починає працювати в ситуації, коли людина не здатна адекватно переживати травмівні події і намагається ніби відокремити себе від того, що з нею відбувається. Тоді з'являється здатність сприймати те, що відбувається, так, ніби це діється не з нею, а з кимсь стороннім. Так само відбувається дисоціація особи й травмівного досвіду.

Опитувальник складається з дев'яти запитань, в яких описані різні дисоціативні стани. Відповіді на запитання за п'ятибальною шкалою Лікерта.

На думку авторів опитувальника, дисоціативні феномени є важливим компонентом і ситуативної, і відтермінованої реакції на стрес. Первинна дисоціація характеризується дезінтегративністю і фрагментарністю сприйняття ситуації загрози, що супроводжується інтенсивними емоціями страху, жаху і безпорадності. Вторинна або перитравматична дисоціація - веде до подальшої дезінтеграції набутого досвіду. Висока інтенсивність перитравматичної дисоціації є одним із найбільш істотних прогностичних чинників виникнення посттравматичного стресового розладу [бланк методики, опрацювання та інтерпретація даних].

НАПІВСТРУКТУРОВАНЕ ІНТЕРВ'Ю ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ ТРАВМІВНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ДІТЕЙ

Для дослідження симптомів ПТСР у дітей 10-13 років був розроблений метод напівструктурованого інтерв'ю. Інтерв'ю включає скринінгову частину і набір із 42 питань. Питання інтерв'ю побудовані на підставі симптомів критеріїв А, В, С, D і шкали для клінічної діагностики ПТСР DSM III-R. Для відповідей дітей використовуються шкали з трьох пунктів («так - не знаю - ні» або «ніколи - один раз за останній місяць - більше одного разу за останній місяць»),

ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ІНТЕРВ'Ю

В ході проведення інтерв'ю можна виділити п'ять етапів:

1. Встановлення психологічного контакту з досліджуваним.

2. Вступна частина. На цьому етапі з дитиною проводиться бесіда про травмівні події, що трапляються з дітьми. Мета роботи на цьому етапі - налаштувати дитину на подальшу розмову і зняття тривожності. На цьому етапі також збирається попередня інформація про травмівний досвід дитини. Дані заносять до протоколу. Якщо подія названа дитиною відповідає критерію А шкали для клінічної діагностики ПТСР DSM-IV (дитина була свідком або зіткнулася з випадком чи подіями, що включали фактичну або сприйняту загрозу життю або серйозного пошкодження, або загрозу фізичної недоторканності стосовно до себе або іншого), можна відразу переходити до опитування, оминаючи скринінг.

3. Скринінг. Мета - отримати повніші відомості про травматичний досвід дитини. Якщо дитина не змогла згадати жодної травмівної події, або випадок, про який розказала дитина, не відповідає критерію А шкали для клінічної діагностики ПТСР DSM-IV дитині пропонується список травмівних подій, які могли призвести до розвитку симптомів ПТСР. Інформацію записують в протокол.

4. Опитування - основна частина інтерв'ю. Воно спрямоване на вимірювання посттравмівної симптоматики. Із 42 питань перші 4 стосуються критерію А (інтенсивні негативні емоції в момент травми: страх, безпорадність чи жах). Якщо в житті дитини не було травмівних переживань, цих запитань не ставлять. Якщо дитина розповіла про подію, що могла б призвести до розвитку симптомів ПТСР, то інші питання (за критеріями В, С, Р, Р) ставлять щодо цієї події. В іншому випадку питання фокусують на почуттях і переживаннях дитини за останній місяць безвідносно до події.

5. Стадія завершення. Мета цієї стадії - усунути негативні емоції, спричинені спогадами про травмівний епізод.

МОДИФІКОВАНА ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ НА ДІТЕЙ (CRIES-8)

Цю шкалу не розробляли спеціально для дітей, а модифікували зі шкали оцінювання впливу травмівної події (IES) Мадрі Горовіц (для дорослих) і запропонували після успішного застосування в дослідженнях дітей, які пережили травмівні події [107]. Шкалу застосовують для відстежування основних явищ повторного переживання травматичної події та уникнення цієї події і почуттів, спричинених нею. Розробкою цього інструмента переважно займалися фахівці, що працювали під егідою фундації «Діти та війна», заснованої для сприяння проведенню якісних наукових досліджень впливу війни та катастроф на дітей.

Цю версію призначено для діагностування дітей віком **8 років і старших**, які можуть самостійно читати. Вона складається з двох субшкал («Втручання» й «Уникнення»), у кожній із яких чотири пункти для вимірювання. Тому ця шкала і називається «CRIES-8» (Модифікована шкала оцінювання впливу травмівної події для дітей із 8 пунктів). Шкала передбачає самостійне заповнення, а тому може застосовуватись і в групах.

Незважаючи на теоретичну критику використання шкал самостійного заповнення в різних культурах, шкали IE5 та «CRIES-8» сьогодні широко

застосовують (у дослідженнях за участю дітей також). Адже доведено, що фактори «Втручання» та «Збудження» є надійними факторами Шкали оцінювання впливу травмивної події серед дітей в різних культурах.

Шкалу «CRIES-8» рекомендовано застосовувати як інструмент скринінгу.

ОПИТУВАЛЬНИК РІВНЯ АГРЕСИВНОСТІ (А. БАССА-М. ПЕРРІ)

Опитувальник - особистісна тестова методика, спрямована на діагностику агресивності. Методика розроблена 1992 року і є модифікацією (продовженням) опитувальника рівня агресивності Басса-Дарки. В результаті модифікації та апробації цей опитувальник отримав трифакторну структуру. Із нього можна одержати показники за трьома шкалами: «Гнів», «Фізична агресія» і «Ворожість» та інтегральний показник. Відповіді на пункти опитувальника формуються за п'ятибальною шкалою Лайкерта.

Виокремлена трифакторна структура адаптованої версії відповідає теоретичним положенням про три компоненти агресії концепції А. Басса і М. Перрі: когнітивний компонент, який спирається на переживання почуття несправедливості та обмеженості, невдоволення бажань - «ворожість»; афективний компонент, який включає фізіологічне збудження та підготовку до агресії, - «гнів»; інструментальний компонент агресії - «фізична агресія». Важливо, що знайдено зв'язок між самозвітом про схильність до агресії та реальною агресивно-насиленою поведінкою.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Які проєктивні засоби можна застосовувати в роботі з дітьми в процесі поетапного дослідження травми, яку пережила дитина?
2. Як би ви організували психодіагностику дітей, щоб дослідження відбувалося в максимально сприятливих для них умовах?
3. Які методи налагодження комунікативного контакту варто застосовувати, працюючи з дорослими та дітьми?

Лекція 5. Основні принципи надання психологічної допомоги постраждалим внаслідок психотравмивних ситуацій (Людмила Царенко)

ПЛАН

- 5.1. Керівні принципи МПК з психічного здоров'я та соціально-психологічної підтримки в надзвичайних ситуаціях.
- 5.2. Рівні підтримки психічного здоров'я постраждалих у надзвичайних та екстремальних ситуаціях.
- 5.3. Загальні принципи психологічної реабілітації постраждалих у надзвичайних та екстремальних ситуаціях.

5.1. Керівні принципи МПК з психічного здоров'я та соціально-психологічної підтримки в надзвичайних ситуаціях

Війна в Україні спричинила низку важких ситуацій, які для різних верств населення стали стресовими, кризовими, травмивними. Особливих випробувань зазнають мирні жителі, що перебувають у зоні конфлікту, вимушені переселенці, родини загиблих; військовослужбовці - як ті, хто бере участь у бойових діях, так і демобілізовані, та їхні сім'ї; волонтери і всі, хто працює з потерпілими. Цим людям

важко адаптуватися до нових складних обставин, нелегко і в повсякденному житті. У них може погіршуватися і фізичне, і психічне здоров'я, загострюватися наявні проблеми та з'являтися нові.

У важких ситуаціях людина піддається впливу різних чинників: небезпеки, несподіваності, невизначеності, новизни; високої інтелектуальної і/або психофізичної складності; необхідності поєднання кількох видів діяльності й виконання декількох завдань; негативного групового впливу; несприятливих природно-кліматичних і часових умов; смислових розбіжностей або девальвації колишніх базових смислів і цінностей, що призводить до суттєвих енергетичних навантажень.

Якщо важкі ситуації є масштабними - місцевого, регіонального чи загальнодержавного рівня - їх називають надзвичайними чи екстремальними, такими, що виходять за межі звичайного, нормального людського досвіду.

Ці поняття зазвичай вживаються як синонімічні, проте в деяких джерелах зазначається, що надзвичайні й екстремальні ситуації відрізняються між собою залежно від того, що є джерелом травмування. Ми також розрізнятимемо такі ситуації.

НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ Є НАСЛІДКАМИ АВАРІЙ, НЕБЕЗПЕЧНИХ ПРИРОДНИХ ЯВИЩ, СТИХІЙНИХ ЧИ ТЕХНОГЕННИХ КАТАСТРОФ, ЯКІ МОЖУТЬ ПРИЗВЕСТИ ДО ЛЮДСЬКИХ ЖЕРТВ, ЗАВДАТИ ШКОДИ ЗДОРОВ'Ю, СПРИЧИНИТИ ЗНАЧНІ МАТЕРІАЛЬНІ ВТРАТИ І ПОРУШИТИ УМОВИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ.

На відміну від надзвичайних, **в екстремальних ситуаціях джерелом травмування є людина чи суспільство** (приклади екстремальних ситуацій - війни, революції, геноциди, терористичні акти тощо).

Конфліктну ситуацію на Сході України можна вважати екстремальною. Для окремих груп українців ця ситуація є **гіперекстремальною**, адже внутрішні навантаження, які вона викликає, часто перевищують людські можливості, руйнують звичну поведінку, можуть спричиняти небезпечні наслідки. Гіперекстремальні ситуації - несподівана втрата близької людини, полон, тортури, насилля (особливо, якщо є загроза життю чи цілісності), присутність при загибелі чи пораненні тощо, є завжди травмівними.

І екстремальні, й надзвичайні ситуації можуть стати психотравмівними для тих, хто їх переживає. **Психотравмівна ситуація / подія** - це будь-яка особисто значуща ситуація (явище), що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини і може, у разі недостатньої сформованої захисних психологічних механізмів, зумовити психічні розлади. Психотравмівними вважаються події, що загрожують життю і фізичній цілісності людини: поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, побратимів, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства тощо.

Щоб звести до мінімуму руйнівні наслідки травмівних ситуацій, сприяти збереженню психічного здоров'я, необхідна психологічна допомога та психологічна підтримка постраждалих як в умовах екстремальної / надзвичайної ситуації, так і після повернення із зони ризику.

Психологічна допомога і психологічна підтримка - важливі складові мінімального реагування (безпосередньо в екстремальній ситуації) та комплексного реагування (на етапі стабілізації та раннього відновлення). Проте багато з постраждалих і пізніше можуть потребувати психологічної допомоги, яка має надаватися в межах системи психологічної реабілітації.

РЕАБІЛІТАЦІЯ - ВИКОРИСТАННЯ ВСІХ МОЖЛИВОСТЕЙ ІЗ МЕТОЮ ЗНИЖЕННЯ ВПЛИВУ СТАНІВ, ЩО ОБМЕЖУЮТЬ ЖИТТЄДІЯЛЬНІСТЬ АБО ПРИЗВОДЯТЬ ДО ІНВАЛІДИЗАЦІЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСОБАМ ІЗ ОБМЕЖЕННЯМИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ МОЖЛИВОСТІ ДОСЯГНЕННЯ ОПТИМАЛЬНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ.

Згідно з Порядком проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності (*Кабінет Міністрів України. Постанова від 27 грудня 2017 р. № 1057*) психологічна реабілітація - комплекс заходів, що здійснюються з метою збереження, відновлення або компенсації порушених психічних функцій, якостей, особистого та соціального статусу особи, сприяння психосоціальній адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, та застосування його в житті. Мета психологічної реабілітації:

- 1) збереження або відновлення фізичного та психічного здоров'я отримувачів послуг;
- 2) досягнення соціально-психологічного благополуччя;
- 3) зниження частоти та тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі гострих стресових реакцій;
- 4) запобігання інвалідності;
- 5) профілактика агресивної та саморуйнівної поведінки.

Основними завданнями проведення психологічної реабілітації є:

- 1) діагностика та нормалізація психічних функцій отримувача послуг;
- 2) відновлення порушених (втрачених) психічних функцій до оптимального рівня їхньої вираженості;
- 3) корекція особистості отримувача послуг для забезпечення ефективного функціонування його в соціумі;
- 4) надання допомоги в установленні (відновленні) конструктивних взаємин у сім'ї та суспільстві;
- 5) відновлення адаптивних механізмів до екстремальних (бойових) дій;
- 6) опанування методів саморегуляції та керування стресом (заспокоєння);
- 7) запобігання психологічному травмуванню та психічним розладам;
- 8) проведення психопрофілактичної та психокорекційної роботи із сім'єю отримувача послуг;
- 9) формування позитивних реакцій, мотивацій, соціальних установок на життя та професійну діяльність.

Психологічна реабілітація передбачає **надання таких послуг:**

1. психологічна діагностика - оцінка актуального психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей отримувача послуг, контроль за його психічним станом, визначення потреб та оптимальних методів психологічної

реабілітації;

2. психологічна просвіта та інформування - інформування отримувача послуг для формування розуміння закономірностей функціонування людської психіки, поведінки людей в екстремальних умовах, формування навичок і способів управління можливостями власної психіки, надання самодопомоги та першої психологічної допомоги іншим особам, а також готовності та бажання отримувати професійну психологічну допомогу в разі потреби;

3. психологічне консультування - комплекс короткострокових заходів, які здійснюються психологом, і спрямовані на надання отримувачу послуг інформації з психологічних питань, емоційної підтримки, допомоги у прийнятті усвідомлених рішень та оцінці власних психологічних ресурсів для зміни поведінки, на розвиток відповідальності за власну поведінку, самосвідомості та зміну ставлення до проблеми, підвищення стресостійкості та психологічної культури;

4. психологічна підтримка і супроводження - система соціально-психологічних способів і методів, застосування яких сприяє соціально-професійному самовизначенню особистості в ході відновлення її здібностей, ціннісних орієнтирів і самосвідомості, підвищенню її конкурентоспроможності та адаптованості, подоланню стресових та інших життєвих ситуацій і запобіганню виникнення психологічних кризових станів;

5. психотерапія - використання методів психологічного впливу для розв'язання особи- стісних та міжособистісних проблем із застосуванням стандартизованих процедур в індивідуальній або груповій формі, спрямованих на відновлення порушеної діяльності організму отримувача послуг з метою відновлення або компенсації його психічних функцій, особистісних якостей, міжособистісних стосунків, а також поліпшення якості життя;

6. групова робота - проведення психологічних тренінгів, інтерв'ю, занять із психологічної просвіти та інформування для груп підтримки із застосуванням стандартизованих процедур, спрямованих на саморозкриття учасників таких груп, актуалізацію наявного досвіду і пошук шляхів розв'язання власних психологічних проблем, формування навичок самопізнання та саморозвитку, опанування нових комунікативних і поведінкових стратегій.

У випадку екстремальної чи надзвичайної ситуації, здійснюючи заходи з психосоціальної підтримки, фахівці у різних країнах світу орієнтуються на «Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації».

МПК - Міжвідомчий постійний комітет, створений Генеральною Асамблеєю ООН (функціонує як міжвідомча платформа для координування роботи ключових гуманітарних організацій: ООН, Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та інших неурядових гуманітарних організацій) рекомендує організаціям, агентствам, загалом різним структурам, що надають психосоціальну підтримку в надзвичайних та екстремальних ситуаціях, насамперед організовувати заходи, спрямовані на **мінімальне реагування** (найперші кроки, пріоритетні першочергові заходи, які за умов надзвичайної ситуації потрібно реалізувати якомога швидше).

Комплексне реагування - це заходи, спрямовані на збереження психічного

здоров'я та психосоціальної підтримки, що проводяться на етапі стабілізації та раннього відновлення після надзвичайної (екстремальної) ситуації чи в умовах такої ситуації. До комплексного втручання вдаються тільки після того, як більшість місцевого населення отримує визначену Керівництвом мінімальну допомогу на місцях. «Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації» створено з метою [35] допомоги гуманітарним організаціям і агентствам у плануванні, впровадженні й координуванні системи мінімального багатовекторного реагування, спрямованого на захист і поліпшення психічного здоров'я та соціально-психологічного благополуччя населення в умовах надзвичайної ситуації.

У Керівництві представлені плани й рекомендації щодо того, як представники різних структур можуть захистити і покращити психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя постраждалих.

Оскільки в одній громаді або організації немає можливості для впровадження всіх необхідних заходів у розпал надзвичайної ситуації, то Керівництво призначене не для окремих закладів або проектів, а спрямоване на координування дій різних структур під час реалізації різних завдань. У світі зростає міжвідомча згода проте, що психосоціальна проблематика стосується будь-якої гуманітарної діяльності, адже те, як надають допомогу людині (наприклад, з повагою чи без поваги до гідності), впливає на її психосоціальне благополуччя.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [15], **психічне здоров'я** - це стан благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати власний потенціал, упоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти.

Психосоціальна підтримка - будь-яка форма місцевої або зовнішньої підтримки, спрямована на захист або сприяння психосоціальному благополуччю і/чи запобігання або лікування психічних розладів.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА - ЦІЛЕСПРЯМОВАНА АКТИВНІСТЬ, СПРЯМОВАНА НА РОЗШИРЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ІНШОЇ ЛЮДИНИ В ЇЇ ОСОБИСТІСНО-МУЙ СОЦІАЛЬНОМУ ФУНКЦІОНУВАННІ. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА МОЖЕ НАДАВАТИСЯ НА ПОБУТОВОМУ (ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА) ТА НА ПРОФЕСІЙНОМУ РІВНЯХ.

Відмінність професійної психологічної допомоги від неформальної психологічної допомоги полягає в тому, що фахівці:

- підготовлені для такої діяльності;
- орієнтуються на принципи надання психологічної допомоги, у своїй діяльності опираються на теорію;
- діють згідно правил, прийнятих у межах професійної спільноти, їхня діяльність санкціонується суспільством.

Будь-який професіонал працює згідно з прийнятими в соціумі правилами щодо тієї чи іншої діяльності.

Правила - це норми поведінки, зафіксовані в законах, наказах, постановах як у загальнонаціональних, так і в межах певної корпорації чи професійної спільноти. В системі психологічної допомоги прийняті правила щодо реалізації тієї чи іншої форми допомоги (психодіагностики, психологічного консультування,

психологічної просвіти, психотерапії тощо); існують вимоги стосовно того, хто і на якому рівні може надавати професійну психологічну допомогу, є правила допомоги дітям, родинам, етичні кодекси психологів тощо.

Але для того, щоб зорієнтуватися в тому, як функціонує і розвивається будь-яка система, необхідно розуміти принципи її організації. Орієнтування на принципи позбавляє необхідності знати численні правила.

Принципи (лат. *principium* - начало, основа) - основні закони, на яких ґрунтується як життєдіяльність окремої людини, так і функціонування різних систем. Принципи - це базові істини, що лежать в основі законів, положень, правил і визначають будь-яку діяльність. Принципи є орієнтиром для прийняття рішення, для оцінки правильності й доцільності тієї чи іншої дії. Без дотримання принципів ні люди, ні системи не можуть ефективно виконувати своє призначення.

КЕРІВНІ ПРИНЦИПИ МПК У СИСТЕМІ МІНІМАЛЬНОГО РЕАГУВАННЯ В НАДЗВИЧАЙНІЙ СИТУАЦІЇ

(Викладено згідно Керівництва МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації)

1. ПРАВА ЛЮДИНИ ТА СПРАВЕДЛИВІСТЬ

Люди та спільноти, що перебувають у зоні підвищеного ризику порушення прав людини, потребують захисту та допомоги. **Принцип** дотримання прав людини **стосується всіх потерпілих. Справедливість та недискримінація** щодо наявності та доступності психічної та соціально-психологічної підтримки для потерпілих згідно з виявленими в них потребами, незважаючи на стать, вік, мову, етнічну приналежність - важлива передумова психологічної допомоги в екстремальних та надзвичайних ситуаціях.

2. УЧАСТЬ ГРОМАДИ

Багато людей у надзвичайних та екстремальних ситуаціях проявляють стресопружність (резильєнтність), підтримують своє психічне здоров'я, допомагають ближнім, беруть участь у відновлювальних заходах. Тому до організації будь-яких заходів із соціально-психологічної підтримки потрібно максимально залучати місцеве населення.

Із самого початку надзвичайної ситуації слід забезпечити участь представників постраждалих громад у процесах аналізу, розробки, реалізації, моніторингу та оцінки програм соціально-психологічної допомоги.

Спільноти, в яких є потерпілі, складаються з різних груп, які часто конкурують одна з одною. Принцип «участь громад» передбачає створення таких умов, які дозволили б різним підгрупам потерпілих зберегти або відновити контроль над прийняттям рішень, що впливають на їхнє життя; закласти принцип «місцевого відчуття відповідальності», важливий для забезпечення якості, справедливості й стійкості реалізації програм.

3. ПРИНЦИП «НЕ ЗАШКОДЬ»

Гуманітарна допомога - важливий засіб підтримки людей, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій. Але надаючи допомогу, можна ненавмисно заподіяти людині шкоду. Щоб зменшити цей ризик, доцільно:

- організовувати роботу координаційних груп, щоб виявити прогалини в системі реагування, а також для навчання фахівців одне в одного і зведення до

мінімуму дублювання інтервенцій;

- розробляти інтервенції на основі належної інформації;
- підтримувати принципи належної оцінки, відкритість для контролю та зовнішнього аудиту;
- розвивати культурну делікатність та компетентність щодо надання психологічної допомоги;
- постійно оновлювати інформацію щодо доказової бази стосовно ефективних практик

4. ОРІЄНТУВАННЯ НА НАЯВНІ РЕСУРСИ І МОЖЛИВОСТІ

У потерпілих людей і громад є певні ресурси для підтримки психічного здоров'я і соціально-психологічного благополуччя. Ключовим принципом, починаючи з ранніх стадій надзвичайної ситуації, є зміцнення місцевого потенціалу, підтримка можливості самодопомоги, здатності до самостійного розвитку і зміцнення вже доступних ресурсів.

5. ІНТЕГРУВАННЯ СИСТЕМИ ПІДТРИМКИ

Всі заходи і програми необхідно максимально інтегрувати в загальну систему підтримки. Якщо надаються автономні послуги, наприклад, спрямовані виключно на роботу з жертвами сексуального насильства або з людьми з певним діагнозом, то є небезпека створити надмірно фрагментовану систему охорони здоров'я.

До заходів, інтегрованих у ширші системи (наприклад, наявні механізми підтримки спільноти, офіційні чи неофіційні шкільні системи, загальні медичні послуги, загальні послуги в галузі психічного здоров'я, соціальні послуги тощо), як правило, долучається більше людей і вдається досягнути стійкіших результатів.

6. БАГАТО- РІВНЕВІСТЬ

Цей принцип передбачає, що характер психосоціальної підтримки та психологічної допомоги визначається особливістю ситуації та потребами постраждалого населення.

5.2. Рівні підтримки психічного здоров'я постраждалих в надзвичайних та екстремальних ситуаціях

Надзвичайні ситуації по-різному впливають на різних людей. Ключем до організації роботи з постраждалими після психотравмівних ситуацій є розробка багаторівневих систем підтримки психічного здоров'я та надання психологічної допомоги, що відповідають потребам різних груп. Усі рівні важливі, і в ідеалі мають реалізовуватись одночасно. Згідно з Керівництвом МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, виділяють чотири рівні підтримки психічного здоров'я в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій (див. *рис. 5.1*).



Рис. 5.1. Піраміда інтервенції х психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації

1. БАЗОВІ ПОСЛУГИ І БЕЗПЕКА. Потреба в безпеці є однією з необхідних умов виживання людини. Тому слід допомогти потерпілим відчувати себе захищеними. Для цього потрібно відновити безпеку й організувати надання послуг, що стосуються задоволення основних фізичних потреб (їжа, житло, вода, необхідний мінімум заходів для підтримки здоров'я, профілактика інфекційних захворювань), для всіх, хто цього потребує.

2. ПІДТРИМКА СУСПІЛЬСТВА І СІМ'Ї. На цьому рівні допомоги в надзвичайній ситуації потребує менше людей, порівняно з першим рівнем. Багато хто може самостійно подбати про своє психічне здоров'я і психологічне благополуччя, якщо їх підтримуватиме громада й родина.

Часто в надзвичайних ситуаціях суттєво порушуються родинні та общинні зв'язки через втрати, переміщення, поділ сім'ї, через суспільні страхи й недовіру. Заходи на цьому рівні спрямовані на возз'єднання родин; підтримку в горюванні; сприяння проведенню традиційних ритуалів та обрядів, що сприяють зціленню (у нашій культурі це можуть бути такі обряди як відзначання дев'яти і сорока днів після смерті людини; релігійні обряди - молитва за здоров'я, відспівування загиблих, хресний хід тощо); організацію масових комунікацій щодо конструктивних методів самодопомоги; підтримку виховних програм, офіційних і неофіційних освітніх заходів; інформування про можливості працевлаштування; активацію соціальних зв'язків, наприклад, через жіночі організації та молодіжні клуби.

3. ЦІЛЬОВА НЕСПЕЦІАЛІЗОВАНА ПІДТРИМКА. Третій рівень передбачає необхідну підтримку для ще меншої кількості людей, яким додатково потрібна цілеспрямована індивідуальна, сімейна та групова допомога, яку надають навчені фахівці, що працюють під наглядом супервізорів. Допомагають не обов'язково ті, хто багато років учився цьому. Наприклад, жертви тендерного

наси́льства можуть потребувати як емоційної, так і матеріальної підтримки зі сторони соціальних працівників. На цьому рівні першу психологічну та базову психіатричну допомогу надають і працівники первинної медико-санітарної допомоги.

4. СПЕЦІАЛІЗОВАНІ ПОСЛУГИ. Верхній рівень піраміди - додаткова підтримка, необхідна для людей, у яких залишаються утруднення в повсякденному функціонуванні, незважаючи на надану їм допомогу. На цьому рівні надається психологічна або психіатрична допомога людям із серйозними розладами психіки.

У цьому разі необхідно:

а) організувати направлення до спеціалізованих служб, якщо такі є;

б) ініціювати тривалу підготовку та супервізію тих, хто надає первинні чи загальні послуги охорони здоров'я.

Перед тим, як визначити, які перші кроки з підтримки психічного здоров'я необхідні в надзвичайних ситуаціях, потрібно здійснити аналіз ситуації, щоб виявити найважливіші потреби, виокремити пріоритетні дії та конкретні заходи психосоціальної підтримки.

Впровадження принципів Керівництва МПК потребує всебічної співпраці між різними гуманітарними організаціями. Прикладом конкретизації, запропонованої МПК Піраміди інтервенцій з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації, є створена у Запоріжжі в 2016 році Карта контактів організацій у системі інтегративної підтримки постраждалого населення.

РІВНІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ЕТАПІ КОМПЛЕКСНОГО РЕАГУВАННЯ ^ ПІСЛЯ ГОСТРОЇ ФАЗИ НАДЗВИЧАЙНОЇ (ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ) СИТУАЦІЇ

Наголошуючи на важливості мінімального реагування, Керівництво МПК [35] пропонує конкретні стратегії вирішення проблем психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, які необхідно втілювати ще до настання (**готовність до надзвичайної ситуації**) і після гострої фази надзвичайної ситуації (**комплексне реагування**). Система мінімального реагування є відправною точкою для комплексної підтримки постраждалого населення.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА - ОБЛАСТЬ ПРАКТИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОЛОГІЇ, ОРІЄНТОВАНА НА ПІДВИЩЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ, НА РОЗШИРЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ЛЮДЕЙ І НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЯК ОКРЕМІЙ ЛЮДИНІ, ТАК І СІМ'Ї, ГРУПІ ЛЮДЕЙ ЧИ ОРГАНІЗАЦІЇ.



Рис. 5.2. Піраміда інтервенції х психічного здоров'я та психосоціальної підтримки на етапі комплексного реагування після гострої фази надзвичайної ситуації

Представники різних груп людей із психотравмівним досвідом по-різному переживають кризові, травмівні та стресові події, по-різному адаптуються до життя, тож і допомога у кожному окремому випадку має свої особливості.

Одним із принципів [70, 95] психологічної допомоги на етапі комплексного реагування, як і на етапі мінімального реагування, та в системі психологічної реабілітації, є **багаторівневість**. Кожен рівень, на якому надається психологічна допомога, передбачає певні вимоги до місця надання, до підготовки тих, хто надає психологічну допомогу, вимоги до реалізації різноманітних заходів, різних форм **психологічної** допомоги, залежно від соціальної ситуації, потреб і стану постраждалих (див. рис. 5.2).

Можна запропонувати чотири рівні надання психологічної допомоги на етапі комплексного реагування після чи під час екстремальної (надзвичайної) ситуації, а саме: рання психологічна допомога і/або соціально-психологічний супровід у перший місяць після зміни соціальної ситуації; соціально-психологічний супровід; психологічна реабілітація; комплексна медико-психологічна реабілітація.

Зазначимо, що такі форми психологічної допомоги як психологічна підтримка, інформування, психологічна просвіта (психоедукація) та психологічна діагностика проводяться на всіх рівнях, змінюється лише їхнє наповнення. Відповідно, психологічне консультування - основна форма роботи другого рівня - проводиться і третьому та четвертому рівнях, а психотерапевтична допомога надається на третьому і на четвертому рівнях.

На кожному рівні (це стосується всіх етапів - і мінімального, й комплексного реагування, і психологічної реабілітації) постраждалі можуть потребувати невідкладної психологічної допомоги (комплекс заходів, що здійснюються у

випадку гострої стресової реакції чи гострого переживання кризи. Мета втручання - стабілізація психічного стану, відновлення попереднього рівня функціонування, попередження розладів адаптації). Тому заходи з **невідкладної психологічної допомоги** ми не виділяємо як окремий рівень. Вони детально описані у другому розділі «Подолання наслідків психотравми: перша психологічна допомога».

ПЕРШИЙ РІВЕНЬ. РАННЯ ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА надається у перший місяць після травмівної події, у період від 4 до 30 діб, якщо в людини є симптоми гострого стресового розладу (див. додаток 2), то вона потребує психотерапевтичної допомоги.

Заходи на першому рівні здійснюються з метою:

- стабілізації психічного стану;
- відновлення попереднього рівня функціонування;
- запобігання розладам адаптації;
- виявлення осіб, що потребують психологічної допомоги на інших рівнях.

Форми психологічної допомоги на першому рівні

1. Психодіагностика проводиться для з'ясування особливостей актуальної ситуації в медичному, психічному, особистісному, професійному, соціальному та побутовому планах. При цьому з'ясовується не лише проблематика, симптоми психічних та психологічних розладів, а і ресурси потерпілого, внутрішні (адаптаційний потенціал) та зовнішні (родини, громади, зокрема можливості надання підтримки).

Психологічна діагностика - це визначення психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей людини шляхом застосування сукупності стандартизованих валідних інструментів та процедур вимірювання, опрацювання та інтерпретації результатів, а також встановлення необхідності та оптимальних шляхів психологічного чи психотерапевтичного втручання. Психологічна діагностика здійснюється в груповій або індивідуальній формі.

2. Психологічна підтримка є визначальною для стабілізації стану постраждалого та відновлення втраченої довіри до людей, суспільства. Психологічної підтримки потребує як потерпіла людина, так і її родина.

Психологічна підтримка - система заходів, спрямованих на активізацію наявних психічних та особистісних ресурсів та на створення додаткових ресурсів для забезпечення працездатності та конструктивного функціонування в соціумі. Здебільшого психологічна підтримка має профілактичний характер і скерована на запобігання розвитку негативних психічних явищ.

3. Психологічна просвіта (психоедукація) для постраждалого та його родини - ознайомлення з можливими реакціями на травмівні події, формами першої допомоги та самопомоги, способами реагування в конфліктних ситуаціях тощо.

Психологічна просвіта - донесення інформації щодо особливостей психічних станів, міжособистісних стосунків, основ психогігієни, формування навичок самопомоги та взаємопідтримки тощо.

Психологічна просвіта здійснюється в індивідуальній, сімейній та груповій формах.

4. Інформування стосовно специфіки актуальної соціальної ситуації, можливостей громади, зокрема щодо можливості отримати психосоціальну

підтримку, психологічну, психотерапевтичну та комплексну медико-психологічну допомогу, повідомлення про наявність та функціонування цільових груп підтримки та/або взаємодопомоги (як за місцем проживання, так і в соціальних мережах).

Обов'язково потерпілим людям та їхнім родинам залишають буклети просвітницького (соціальна, психологічна та медична просвіта) та інформаційного характеру (адреси фахівців, груп самодопомоги, сайти, телефони, зокрема телефон «гарячої лінії» тощо).

Вищеназвані заходи можуть проводитися у формі як індивідуальної, так і групової роботи.

ДРУГИЙ РІВЕНЬ. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД людей, що зазнали травмивного впливу.

Соціально-психологічний супровід проводиться для **всіх, хто працював або працює** у надзвичайній чи екстремальній ситуації (представників силових структур, лікарів, рятувальників, психологів, соціальних працівників тощо) та **для всіх, хто зазнав травмивного впливу** (мешканці екстремальної чи надзвичайної зони, родини загиблих тощо) у перший місяць після зміни соціальної ситуації (повернення до мирного життя (для ветеранів); зміна місця проживання (для вимушених переселенців); після отримання звістки для родин загиблих чи пропалих без вісти; після діагностування небезпечної для життя хвороби чи неповної справності тощо). Заходи на другому рівні здійснюються задля психологічної підтримки людей, що зазнали травмивного впливу, та їхніх родин, а також із метою сприяння:

- процесу адаптації та реадaptaції до нової соціальної ситуації;
- формуванню відповідальності за своє здоров'я, за сім'ю;
- формуванню активної соціальної позиції;
- вирішенню актуальних психологічних проблем;
- осмисленню досвіду, отриманого в екстремальній ситуації;
- посткризовому зростанню.

Форми психологічної допомоги на другому рівні:

- психологічна підтримка;
- інформування;
- психологічна просвіта (психоедукація);
- психологічна діагностика;
- індивідуальне психологічне консультування;
- сімейне психологічне консультування;
- групове психологічне консультування;
- групова робота.

1. **Психологічне консультування** - психологічна допомога з метою сприяння вирішенню проблемної ситуації, осмисленню нового досвіду та особистісному розвитку, налагодженню міжособистісних стосунків.

2. **Групова робота** - проведення психологічних тренінгів, груп підтримки засобами стандартизованих процедур, спрямованих на безпечне саморозкриття учасників, актуалізацію наявного досвіду і пошук шляхів вирішення власних психологічних проблем, формування навичок самопізнання й саморозвитку, засвоєння нової інформації та збагачення репертуару комунікативних і

поведінкових стратегій.

Психологічний супровід здійснюється **згідно запиту** людини, що зазнала травмівного впливу, та особливостей соціальної ситуації. Важливі також умотивованість щодо роботи з психологом чи соціальним працівником, участі в роботі груп підтримки чи взаємодопомоги (такі групи проводяться за принципом «рівний-рівному»), а також наявність достатніх ресурсів, як внутрішніх так і зовнішніх, для реалізації зазначених заходів.

ТРЕТІЙ РІВЕНЬ. ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ людей, що зазнали травмівного впливу.

Психологічна реабілітація - система заходів, спрямованих на відновлення або корекцію психологічних функцій, якостей, станів, властивостей постраждалих від травмівних подій, які переживають гострі чи хронічні постстресові та супутні розлади, а також створення сприятливих умов для розвитку та реалізації особистісних потреб.

Заходи на третьому рівні здійснюються з метою:

- відновлення або компенсації порушених психічних функцій, особистісних якостей і системи стосунків осіб;
- відновлення або конструктивної компенсації психічних і соціальних механізмів адаптації;
- створення умов для повноцінного виходу з кризового стану та посткризового зростання особистості;
- відновлення життєздатності й працездатності.

На цьому рівні проводиться діагностування та психотерапія постстресових симптомів та супутніх розладів (наприклад, розлади сну, прояви агресії, соматичні болі, депресії, тривожні розлади тощо) включно зі спостереженням після завершення активної фази лікування; діагностика та психотерапія розладів адаптації, зокрема, залежностей від психоактивних речовин, ускладненої реакції на втрату, дисоціативних розладів тощо.

Залежно від особливостей ситуації, запиту та актуального стану людини з травмівним досвідом, на третьому рівні здійснюються :

- всі форми психологічної допомоги, що проводяться на другому рівні;
- індивідуальна психотерапія;
- сімейна психотерапія;
- групова психотерапія.

Психотерапія - цілеспрямоване впорядкування психологічними засобами, через професійні стандартизовані процедури, порушеної діяльності організму та психіки клієнта з метою відновлення або компенсації його психічних функцій, особистісних властивостей, міжособистісних стосунків, а також поліпшення фізичного стану та якості життя.

Психотерапія проводиться підготовленим, сертифікованим фахівцем, що має досвід роботи як із наслідками психотравмування, так і з відповідною категорією потерпілих (діти, члени родин загиблих, ветерани та військовослужбовці, члени їхніх родин, звільнені з полону, потерпілі від тортур, внутрішньо переміщені особи, волонтери тощо).

Методами першого вибору є загальноприйняті в світі підходи, рекомендовані для психотерапії постстресових та супутніх розладів (як із відповідною доказовою базою, так і ті, що показують гарні результати).

Індивідуальна, сімейна та групова психотерапія проводяться одним і тим же фахівцем (фахівцями) регулярно та безперервно (як правило, один раз на тиждень). Кількість необхідних для психотерапії годин визначається станом клієнта, видом розладу та відповідними клінічними протоколами.

Психологічна допомога на цьому рівні надається за запитом людини з психотравмивним досвідом. Спрямувати на психотерапію також можуть і медичні працівники, психологи, соціальні працівники, соціальні педагоги, члени груп підтримки тощо.

ЧЕТВЕРТИЙ РІВЕНЬ. КОМПЛЕКСНА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ.

На цьому рівні комплексна медико-психологічна допомога надається:

- а) якщо людина з психотравмивним досвідом побажала отримати таку допомогу;
- б) у випадку наявності суттєвих тілесних ушкоджень чи небезпечних для життя захворювань (онкологія, туберкульоз тощо);
- в) у разі патологічних типів гострого реагування на травмивну подію (психотичні симптоми, гостре збудження);
- г) постраждалим із одним чи кількома такими розладами [93]:
 - високим ризиком суїциду чи гоміциду (завдання іншим ушкоджень або вбивство);
 - схильністю до самопошкоджень;
 - диференційними розладами (біполярний розлад, зловживання психоактивними речовинами);
 - за умови важкої депресії (вираженої дезадаптаціїу зв'язку з депресивним розладом);
 - у разі відсутності поліпшення стану постраждалого після психотерапії посттравматичного стресового розладу, що проводилася впродовж 4-6 тижнів;
 - у разі погіршення соматичного стану під час психотерапії.

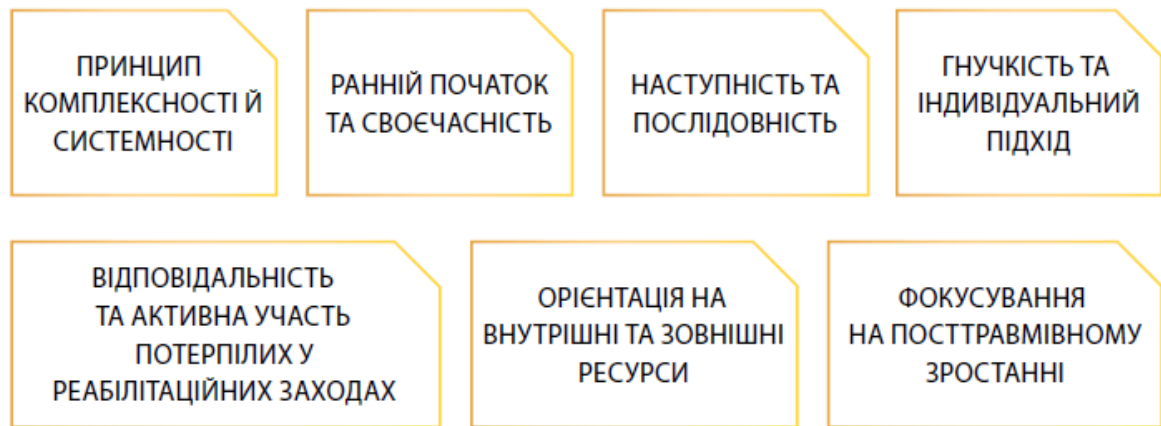
Психологічні послуги на цьому рівні надаються мультидисциплінарною командою в медичних закладах, зокрема у шпиталях, санаторіях та реабілітаційних центрах, де є відповідні можливості для надання комплексу психологічних послуг та медичної допомоги.

5.3. Загальні принципи психологічної реабілітації постраждалих в надзвичайних та екстремальних ситуаціях

Керівні принципи МПК, згідно з якими необхідно діяти в надзвичайних та екстремальних ситуаціях, актуальні й для системи комплексного реагування та системи психологічної реабілітації. Завжди важливо дотримуватися принципу справедливості, не порушувати прав людини; намагатися «не зашкодити»; орієнтуватися на наявні ресурси та можливості; сприяти інтеграції системи підтримки потерпілих у загальнодержавну систему підтримки та залучати громаду

до реалізації заходів з психосоціальної підтримки.

Окрім зазначених керівних принципів МПК, **базовими принципами** системи комплексного реагування та системи психологічної реабілітації постраждалих внаслідок психотравмівних ситуацій можна вважати:



ПРИНЦИП КОМПЛЕКСНОСТІ Й СИСТЕМНОСТІ

Складові принципу комплексності й системності:

– біопсихосоціальний та духовний супровід (повноцінна медична, соціальна та духовна реабілітація неможливі без психологічної реабілітації, яка є їхньою невід'ємною складовою, і навпаки - повноцінна психологічна реабілітація неможлива без забезпечення медичної, соціальної та духовної складової реабілітаційного процесу) та максимально широке використання різних методів реабілітації;

– співпраця фахівців у межах мультидисциплінарної команди.

Принцип комплексності передбачає поєднання біологічного, психологічного, соціального та духовного компонентів у реабілітаційному процесі та максимально широке використання різних методів реабілітації. Принцип комплексності у реабілітації людей із важкими захворюваннями відображено в пам'ятці військовослужбовцям «Алгоритм дій у разі виявлення захворювання на гепатит С».

Біологічна складова реабілітаційного процесу: **медикаментозна терапія, санаторно-курортна реабілітація, ортотерапія, дієтотерапія, пластична хірургія, методи нетрадиційної медицини, лікування травами тощо.**

Разом із психологічною реабілітацією може проводитися й **медикаментозна терапія**: якщо є відмова від психотерапії при ПТСР; якщо не настає покращення в процесі психотерапії; у випадку важкої депресії та суїцидального ризику; у разі психічних розладів; під час реабілітації людей із психосоматичними розладами, онкологічними захворюваннями, важкими інфекційними захворюваннями тощо.

Санаторно-курортна реабілітація проводиться із застосуванням таких методів, як дихальні тренінги, масаж, мануальна терапія, бальнеологічна терапія,

апаратна фізіотерапія, рефлексотерапія тощо.

Ортотерапія (засоби тимчасової імобілізації, корсети, протези, корегувальні лікувальні костюми, інвалідні крісла тощо) та **протезування**.

Методи **нетрадиційної медицини**: апітерапія, герудотерапія, фітотерапія, суджок-терапія, іпотерапія, кіанотерапія (за допомогою собак) тощо.

Соціальна складова реабілітаційного процесу: анкетування; інтерв'ювання; індивідуальне та групове консультування; групи підтримки та взаємопідтримки; зустрічі з цікавими людьми; профорієнтація; навчання; терапія мистецтвом, трудова терапія і т.д.; створення книжок свідчень (спогадів); заходи спрямовані на «визнання» учасників бойових дій тощо.

Духовна складова реабілітаційного процесу: капеланське служіння у військових частинах, шпиталях, хоспісах, онковідділеннях; проведення відновлювальних заходів (зокрема, на території храмів та монастирів); групи духовної віднови при церковних спільнотах; групи анонімних алкоголіків та наркоманів, групи взаємопідтримки рідних АА; участь у традиційних святах, поминальних днях тощо.

В основі духовної реабілітації лежить орієнтація на вищі цінності та осмислення життя відповідно з ними; орієнтація на моральну та релігійну складову.

У межах християнства виділяють такі **принципи реабілітації**:

1. Джерелом позитивних змін є Бог, що діє через Таїнства і духовне керівництво духівника, священика.
2. Життя серед членів церковної общини, оскільки позитивні зміни підтримуються соціальним середовищем.
3. Члени церковної общини, які здійснюють реабілітацію, мають бути компетентними (професійними).

Прикладом реалізації комплексного підходу до процесу оздоровлення та реабілітації є робота групи біологів з Інституту молекулярної біології й генетики НАН України під керівництвом А. І. Потопальського. Учені відкрили й обґрунтували новий науковий напрямок покращення структури природних біологічно активних речовин з одержанням препаратів (zareєстровано більше 70 препаратів), які на молекулярному і генетичному рівні оздоровлюють і людину, й довкілля (тварин, рослин, комах).

Окрім системи фізичного оздоровлення для комплексного оздоровлення, лікування та профілактики злоякісних і доброякісних пухлин, вірусних та імуноагресивних захворювань, А. І. Потопальський рекомендує і систему **духовного оздоровлення**, що передбачає:

- дотримуватися заповідей Божих Старого і Нового Заповіту;
- спілкуватися з духівником (священиком);
- сповідатися і причащатися;
- освятити житло;
- молитися вранці й увечері;
- молитися перед і після вживання їжі;
- вранці й на ніч вживати по кілька ковтків свяченої води;
- хреститися;
- дотримуватися встановлених церквою чотирьох загальних постів;

- поститися щотижня в середу й у п'ятницю;
- регулярно відвідувати храми;
- щоденно читати Євангеліє і псалми;
- відвідувати святі місця;
- на кожне починання просити Божого благословіння;
- намагатися завжди робити добро;
- позбавитися шкідливих звичок (злослів'я, сквернослів'я, переїдання, паління тютюну, вживання наркотиків, зловживання алкоголем);
- у разі хвороби соборуватися.

Комплексний підхід до організації психологічної допомоги реалізується шляхом співпраці фахівців у межах мультидисциплінарної команди.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА - ЦЕ ГРУПА ФАХІВЦІВ РІЗНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ, ОБ'ЄДНАНИХ СПІЛЬНИМИ ЦІЛЯМИ. ЇЇ ПРИТАМАННІ: УЗГОДЖЕНІ ЦІЛІ ТА ЧІТКІ ЗАВДАННЯ; ПЕВНІ ФУНКЦІЇ; РОЗПОДІЛ РОЛЕЙ ТА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ.

Серед якостей, що характеризують команду, визначають взаємозалежність, прийняття цінностей і норм командної роботи, вміння робити внесок у спільну справу, підтримку одне одного, довіру та відкритість, обмін знаннями та досвідом, згуртованість тощо.

Принципи роботи мультидисциплінарної команди:

- спільна мета;
- розподіл обов'язків та завдань;
- комунікація, поінформованість;
- взаємна підтримка;
- досягнення консенсусу;
- соціальне партнерство;
- обов'язкове спільне навчання;
- спільний аналіз діяльності.

Мультидисциплінарна команда, що працює для вирішення проблем клієнта чи конкретної сім'ї, забезпечує:

- залучення всіх ресурсів громади, дотичних організацій, закладів та відомств;
- скорочення часового проміжку, за який можливо ці проблеми вирішити;
- зняття міжвідомчих бар'єрів;
- злагоджену роботу представників різних соціальних закладів та організацій;
- співпрацю з представниками громади та волонтерами;
- максимально можливий пакет послуг, який може отримати родина.

Взаємодія членів мультидисциплінарної команди може відбуватися на трьох рівнях.

1. Високий рівень (інтегрованість), коли ефективність кожного члена команди залежить від ефективності колег. Наприклад, робота команди з сім'єю, що переживає кризу, чи коли є випадки насилля.

2. Середній рівень (співпраця), коли в кожного члена команди своє навантаження, хоча частково воно може бути розподілене між іншими колегами.

Члени команди багато співпрацюють, але не як єдина команда, а невеликими групами. Наприклад, під час соціального супроводу сімей відповідно до плану ведення випадку.

3. Низький рівень (незалежність), коли члени команди працюють індивідуально, не співпрацюючи або дуже мало співпрацюючи одне з одним. Вони складають команду тому, що мають одного керівника, відвідують групову супервізію або працюють у тому ж приміщенні. Прикладом такої незалежної команди можуть бути волонтери різних консультативних служб в одній організації (правове консультування, психологічне консультування, консультування сімейного психолога, консультування соціального працівника).

Незалежно від рівня взаємодії, члени мультидисциплінарної команди можуть дотримуватися однакової стратегії, працюючи з клієнтами, або розробляти стратегію спільної взаємодії залежно від кожного випадку.

РАННІЙ ПОЧАТОК ТА СВОЄЧАСНІСТЬ

Психологічну допомогу потрібно надавати якомога швидше після появи симптомів розладу (як медичну допомогу після поранення), оскільки відновлювальний потенціал людини з часом суттєво зменшується. Ранній початок реабілітації, своєчасна психологічна підтримка є профілактикою формування комплексу жертви, розвитку посттравматичних стресових та супутніх психічних розладів, протиправної поведінки тощо, а отже - профілактикою інвалідності та непрацездатності. Окрім того, ранній початок реабілітації і своєчасне надання допомоги зменшує травмування членів сім'ї, кількість розлучень, ризик суїцидів, поліпшує якість життя.

НАСТУПНІСТЬ ТА ПОСЛІДОВНІСТЬ

Для успішного проведення реабілітації і досягнення запланованого результату необхідна наступність між діями представників різних відомств та структур (наприклад, силові структури, соціальні служби, медичні заклади); наступність у реалізації різних складових реабілітаційного процесу, наприклад, психологічної, юридичної і соціальної реабілітації.

Реалізація індивідуальної програми реабілітації має відбуватися в строгій послідовності процедур і заходів залежно від реабілітаційного етапу. Послідовно проводяться діагностика, обстеження, моніторинг із метою ідентифікації проблем, результатів реабілітації, досягнень та рівня інтеграції в суспільство. Послідовно відбувається і психотерапевтичний процес, проведення групової роботи тощо.

Психотерапевтична допомога у випадку посттравматичних стресових розладів проводиться у такій **послідовності** [16,63]:

1. Відновлення безпеки, стабілізація. Побудова корисних стратегій подолання.

Мета: отримати більший контроль над своїми симптомами, зменшити негативний вплив проявів ПТСР на життя постраждалого.

2. Пригадування травмивної події, оплакування.

Мета: опрацювання травмивного досвіду для зменшення інтенсивності емоційного переживання.

3. Розпізнавання та переосмислення проблемних інтерпретацій.

Мета: усвідомлювання та подолання проблемних способів мислення.

4. Відновлення зв'язку з повсякденним життям.

Мета: планування діяльності, яка покращить відчуття задоволення та успіху.

ГНУЧКІСТЬ ТА ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД

Щоб скласти ефективну індивідуальну програму реабілітації людини із посттравматичними стресовими та супутніми розладами, необхідно проаналізувати особливості життєвої ситуації потерпілого - медичний, психологічний, особистісний, професійний, духовний, соціальний та побутовий аспекти. У процесі надання психологічної допомоги враховується також характер розладу та стадія відновлення.

Принцип гнучкості передбачає можливість вчасної корекції форм і методів психологічної інтервенції залежно від реагування людини на ту чи іншу форму психологічного втручання, залежно від зміни психічного чи соматичного стану, соціальної ситуації (зокрема, сімейної, професійної) та умов проведення психологічної реабілітації.

СТАДІЇ ВІДНОВЛЕННЯ

Синдром	Стадія 1	Стадія 2	Стадія 3
	Завдання	Завдання	Завдання
	ВІДНОВЛЕННЯ БЕЗПЕКИ	ПАМ'ЯТЬ ТА ОПЛАКУВАННЯ	ВІДНОВЛЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ З ПОВСЯКДЕННИМ ЖИТТЯМ
ІСТЕРІЯ	Стабілізація, терапія орієнтована на симптоми	Дослідження травмивних спогадів	Реінтеграція особистості, реабілітація
БОЙОВА ТРАВМА	Довіра, допомога при стресі, психоедукація	Повторне переживання психотравми	Інтеграція травми
СКЛАДНИЙ ПТСР	Стабілізація	Інтеграція спогадів	Розвиток самості, інтеграція поглядів
МНОЖИННИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ	Діагностика, стабілізація, спілкування, співпраця	Перетворення травми	Інтеграція, розвиток навичок подолання
ТРАВМАТИЧНІ РОЗЛАДИ	Безпека	Пам'ять та оплакування	Відновлення зв'язку з повсякденним життям

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ТА АКТИВНА УЧАСТЬ ПОТЕРПІЛИХ У РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРОГРАМІ

Позитивна установка на навчання, працю, на повернення в сім'ю та в суспільство, а також співпраця всіх учасників реабілітаційного процесу є запорукою успіху. Людина, якій надається психологічна допомога, має бути ознайомлена з цілями, завданнями реабілітаційної програми, суттю реабілітаційних заходів, їхньою послідовністю, механізмом дій тощо.

Важливо надати інформацію щодо функціонування груп підтримки та взаємодопомоги (віртуальних і реальних). Представники груп взаємодопомоги сприяють мотивуванню та залученню до реабілітаційних заходів. У межах груп взаємодопомоги може здійснюватися і психологічна просвіта (рівний-рівному), психологічна підтримка, формування запиту на професійну психологічну допомогу, а також контроль за якістю надання такої допомоги.

На етапі стабілізації до ситуації потрібно, щоб людина засвоїла навички самодопомоги та основи здорового способу життя і почала застосовувати їх у

повсякденному житті.

Окрім того, у разі загострення проблем із фізичним та психічним здоров'ям потерпілі несуть відповідальність за своєчасне звернення в заклади, що здійснюють психологічну та медичну реабілітацію, та за виконання наданих професіоналами рекомендацій.

ОРІЄНТАЦІЯ НА РЕСУРСИ

Дослідження шляхів подолання кризових ситуацій дало можливість ізраїльським [34] ученим створити модель **BASIC Ph**, згідно з якою індивідуальне поєднання шести елементів (В - віра й переконання; А - емоції; S - соціальність; І - уява; С - когнітивні стратегії; Ph - фізична активність) характеризує індивідуальну, унікальну для кожної людини стратегію опірності в умовах кризи (див. додаток 4).

Поєднання зазначених елементів може змінюватися в різні моменти життя і в різних ситуаціях. Люди можуть обрати той чи інший канал (чи канали) опірності як домінантні. Дехто обирає **когнітивно-поведінковий** шлях - активний збір інформації, вирішення практичних проблем, пошуки виходу через «самонавігацію», внутрішні діалоги і дискусії, визначення пріоритетності нагальних справ тощо.

В інших переважає **емоційний**, афективний спосіб протидії стресу - відкритий прояв емоцій, плач, сміх, обговорення пережитого з іншими, або невербальне вираження почуттів через художню діяльність, читання або написання текстів.

Ті, в кого домінує **соціальний канал** як спосіб взаємопідтримки, прагнуть долучитися до якоїсь групи, відчути себе частиною соціальної організації.

Ще один тип протидії - **уява, мрії та спогади** про щасливі моменти й обставини з метою зменшення інтенсивності переживання страшних життєвих реалій.

Інші люди намагаються почерпнути силу у **вірі, переконаннях і цінностях**, які є дороговказами для пошуків шляхів подолання стресу. Це стосується не лише релігійних переконань, а й патріотичних цінностей, відчуття своєї місії у світі, переконання, що в житті є сенс тощо.

Для зменшення негативних переживань можна також активізувати **тілесні ресурси**; робити вправи на релаксацію, займатися фізкультурою, здійснювати практичну діяльність (вишивати, майструвати, працювати в саду) тощо. Фізичне навантаження, що допомагає зняти напруження, є важливим компонентом підвищення опірності в стресовій ситуації (див. додаток 5).

ФОКУСУВАННЯ НА ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ ЗРОСТАННІ

Надаючи психологічну підтримку людині, яка страждає від наслідків перебування в екстремальній ситуації, потрібно пам'ятати, що гідне переживання випробувань сприяє адаптації до складної ситуації, веде до глибоких конструктивних змін того, хто долає розлади.

ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ-ЦЕДОСВІД ПОЗИТИВНИХ ЗМІН, ЩО З'ЯВЛЯЮТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТІ БОРОТЬБИ З ВАЖКИМИ ЖИТТЄВИМИ КРИЗАМИ. СЬОГОДНІ ДОСЛІДНИКИ НАЙЧАСТІШЕ ОПИСУЮТЬ *PSYCHOLOGICAL RESILIENCE* (ПСИХОЛОГІЧНУ РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ, ПСИХОЛОГІЧНУ ПРУЖНІСТЬ, ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ, ЖИТТЄЗДАТНІСТЬ,

СТІЙКІСТЬ ДО ТРАВМІВНИХ ВПЛИВІВ) - ЗДАТНІСТЬ ШВИДКО ВІДНОВЛЮВАТИ ФІЗИЧНЕ І ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ПІСЛЯ СТРЕСОВИХ І ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ.

Психологічна пружність характеризується:

- відсутністю надмірної самокритики й негативних уявлень про себе;
- здатністю до усвідомлюваних дій у будь-якій ситуації;
- умінням упоратися з горем і занепокоєнням;
- готовністю долати перешкоди у стосунках;
- діями, спрямованими на досягнення кращого фізичного здоров'я і психічного стану;
- оптимістичністю;
- вмінням використовувати позитивні шанси.

Посттравматичне зростання сприяє розвитку, психологічній зрілості та самоактуалізації людини.

Ознаки зрілої особистості (за А. Маслоу):

- Адекватне сприйняття дійсності, свобода від впливу несуттєвих потреб, стереотипів, забобонів, інтерес до нового.
- Сприйняття себе та інших такими, як вони є, відсутність штучних, маніпулятивних форм поведінки і неприйняття такої поведінки зі сторони інших.
- Спонтанність проявів, простота й природність.
- Спрямованість на справу. Такі люди зазвичай зайняті не собою, а своїм життєвим завданням. Вони співвідносять свою діяльність із універсальними цінностями і схильні розглядати її під кутом зору вічності. Позиція відсторонення стосовно багатьох незначних подій допомагає спокійно переживати неприємності і менше підпадати під зовнішні впливи. Такі люди часто схильні до усамітнення.
- Автономія і незалежність від оточення; стресостійкість.
- Свіжість сприйняття: вміння знаходити щоразу щось нове у вже відомому.
- Пікові переживання, які характеризуються відчуттям зникнення власного Я.
- Почуття єдності з людством.
- Дружба з іншими зрілими людьми, зазвичай із небагатьма, стосунки з якими дуже глибокі, без проявів ворожості в міжособистісній взаємодії.
- Демократичність у стосунках. Готовність учитися в інших.
- Стійкі внутрішні моральні норми. Гостре відчуття добра і зла: орієнтованість на мету.
- Ставлення з гумором до життя й до себе (хоч негаразди і проблеми інших зріла людина ніколи не вважає смішними).
- Креативність, яка не залежить від того, чим людина займається.
- Критичне ставлення до культури, до якої вони належать: вибирається хороше і відкидається погане. Зрілі люди також часто відчують, що вони представники людства в цілому, а не однієї культури.

Передумови для особистісної зрілості закладаються в процесі переосмислення травматичного досвіду, світу і себе у світі. Люди, що надають психологічну допомогу й підтримку, здійснюють психологічний супровід, можуть сприяти посткризовому зростанню, дотримуючись певних правил:

1. Якщо орієнтуватися лише на хвороби та розлади, можна не помітити позитивних змін у житті людини.

2. Джерелом посттравмівного зростання є не травма, а сутність людини, її боротьба з випробуваннями та їхніми наслідками, осмислення того, що сталося.

3. Завжди пам'ятайте про можливість для зростання, але не вважайте, що зростання має обов'язково бути; якщо воно не проявляється, значить, людина неспроможна чогось навчитися зі свого досвіду.

4. Не нав'язуйте «зростання» людям із травмівним досвідом, не змушуйте їх думати, що вони зобов'язані зростати.

5. Помічайте прояви посттравмівного зростання, і коли вони появляються, приділяйте цьому належну увагу, віддзеркалюйте їх. Це допоможе людині помітити й інші позитивні зміни.

6. Якщо таким чином спілкуватися з людиною, в якій є травмівний досвід, то вона зрозуміє, що важливо говорити не лише про негативні, а й про позитивні зміни.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Як Які форми психологічної допомоги доцільно застосовувати на різних рівнях підтримки психічного здоров'я в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій?

2. Як відрізняється психологічна допомога в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій та на етапі комплексного реагування?

3. Які принципи соціально-психологічної підтримки в надзвичайних та екстремальних ситуаціях?

4. Назвіть рівні підтримки психічного здоров'я в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій.

5. Назвіть рівні підтримки психічного здоров'я на етапі комплексного реагування.

Лекція 6. Подолання наслідків психотравми: невідкладна психологічна допомога (Людмила Царенко)

ПЛАН

6.1. Особливості переживання стресових і травмівних ситуацій

6.2. Психотравмівні наслідки перебування в екстремальній ситуації

6.3. Принципи та алгоритм надання невідкладної психологічної допомоги

6.1. Особливості переживання стресових і травмівних ситуацій

СТРЕС - ЦЕ ЗАХИСНА РЕАКЦІЯ ОРГАНІЗМУ НА РІЗНІ ПОДРАЗНИКИ, ЯКА ДОПОМАГАЄ ЛЮДИНІ АДАПТУВАТИСЯ ДО УМОВ, ЩО ЧАСТО ЗМІНЮЮТЬСЯ. РЕАКЦІЯ НА ФІЗИЧНІ ВПЛИВИ ЗОВНІШНІХ ЧИННИКІВ, ЩО ВИКЛИКАЮТЬ УШКОДЖЕННЯ, ОПІКИ, ОТРУЄННЯ, ЗАХВОРЮВАННЯ ТОЩО, НАЗИВАЄТЬСЯ **ФІЗИЧНИМ СТРЕСОМ**. А РЕАКЦІЯ, СПРЯМОВАНА НА ЗАХИСТ ВІД ВПЛИВУ ПСИХІЧНИХ ЧИННИКІВ, ЩО ВИКЛИКАЮТЬ СИЛЬНІ ЕМОЦІЇ- ЦЕ **ЕМОЦІЙНИЙ АБО ПСИХІЧНИЙ СТРЕС**.

Адаптація - здатність живого організму пристосовуватися до змін навколишнього середовища, зовнішніх (внутрішніх) умов існування шляхом збереження і підтримання фізичної психічної рівноваги. Адаптація - основний спосіб життєдіяльності й виживання організму (виду).

Стадії адаптації організму до шкідливого впливу були описані німецьким фізіологом Гансом Сельє ще в 1936 році. На його дослідження до цього часу посилаються, коли йдеться про ситуації, до яких потрібно пристосовуватися.

Стрессова ситуація характеризується суттєвими фізичними і психічними навантаженнями, різноманітними сильними подразниками, що порушують звичний перебіг життя (нещастя, зневажливе ставлення, незаслужені образи, неправда, втрати, несподівані перепони) або браком подразників (монотонність, самотність, брак руху, інформації, ізоляція тощо).

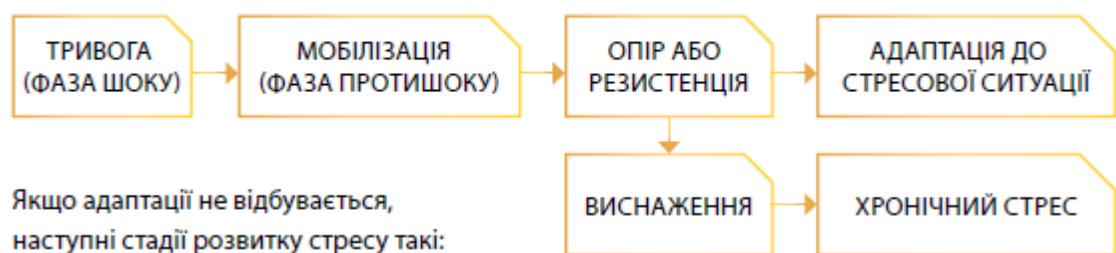
Стресові чинники, характерні для екстремальної ситуації:

- підвищений рівень потенційної загрози для життя;
- тривале виконання напруженої діяльності;
- тривале пригнічення основних біологічних і соціальних потреб;
- різкі й несподівані зміни умов життєдіяльності і професійної діяльності зокрема;

- важкі екологічні умови;
- відсутність контактів із близькими;
- проблеми в родині;
- неможливість змінити умови свого існування;
- інтенсивні й тривалі міжособистісні конфлікти;
- підвищена відповідальність за свої дії тощо.

У відповідь на стан **тривоги** (перша стадія), викликаній стресором, організм реагує фізіологічними змінами, спрямованими на **мобілізацію** (друга стадія) захисних сил організму. В цей час людина знаходиться в стані напруження та настороженості, проте фізично і психологічно почувається добре - зникають симптоми хвороб, зростає витривалість. Мобілізація розвивається впродовж 6 годин після впливу стресора і триває 24-48 годин. Тривалість третьої стадії-резистентності або **опору** - залежить від особливостей організму та специфіки ситуації. У цей час стійкість організму до сильних впливів середовища зростає і може закінчитися стабілізацією стану та **адаптацією** (четверта стадія) до стресової ситуації.

Процес адаптації до стресової ситуації відбувається в такій послідовності [32, 86]:



Якщо адаптуватися до стресової ситуації людина не може, то опір змінюється **виснаженням** (п'ята стадія), різким зниженням розумової і фізичної

працездатності. Ця стадія триває до 3-х діб. Людина в стадії виснаження потребує допомоги, що полягає або в психологічній підтримці, або в усуненні стресора. Виснаження може перейти у **хронічний стрес** (дистрес) (шоста стадія). Цей стан характеризується песимізмом, пригніченням, в'ялістю; порушенням сну й апетиту; дратівливістю, невдоволенням; тривожністю, агресивністю; зниженням працездатності, погіршенням здоров'я.

Ознаки хронічного стресу:

- неможливість зосередитися на будь-чому;
- надто часті помилки під час роботи;
- погіршення пам'яті;
- постійне відчуття втоми;
- дуже швидке мовлення;
- періодично зникають думки;
- безпричинні болі в голові, спині, шлунку;
- робота не приносить колишнього задоволення;
- втрачається почуття гумору;
- якщо є залежність від нікотину, то різко зростає кількість викурених цигарок;
- з'являється пристрасть до алкогольних напоїв;
- спостерігається постійне відчуття голоду або навпаки втрата апетиту.

Ще донедавна поняття психотравми-як травмівної події як стану, спричиненого травмівною подією - розглядалися в межах теорії стресу. Проте між стресом і психотравмою є відмінність. Як зазначає Н.В.Тарабріна [75], стрес стає психотравмою, коли внаслідок дії стресора відбувається порушення у психічній сфері людини. Стресором у таких випадках виступає травмівна подія, що характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю.

Травмівна подія, на відміну від стресової, пов'язана з фактом або загрозою смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства, вона несе абсолютно нову інформацію, яку необхідно інтегрувати в попередній життєвий досвід.

Отже, стане стрес травмівним чи ні, насамперед залежить від характеру стресора (події). **Травмівними** можна вважати події, коли людина зустрічається з фізичною смертю, зокрема події, що загрожують життю і фізичній цілісності людини: поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства. Такі події з великою ймовірністю призведуть до психічної травми.

Ця особливість травмівного стресу відображена у 5-му виданні 05M-5 (Американська психіатрична асоціація [АРА], 2013) [9], де **психотравма** визначається як «експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства в один (чи більше) з таких способів: (1) безпосереднє переживання травмівної події (подій); (2) перебування свідком подій, які трапилися з іншими; (3) знання того, що травмівна подія (події) трапилась із членом сім'ї чи близьким другом - у випадках смерті чи загрози життю члену сім'ї чи другові, якщо ця подія була насильницькою або непередбаченою; (4) переживання багаторазової

або надмірної експозиції до нестерпних деталей травмивної події (подій) (наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки). **(Експозиція** - безпосереднє зіткнення з якоюсь подією та пов'язані з цим переживання.)

Коли Г. Сельє створював теорію стресу, то було відомо, що автономна нервова система розділена на дві гілки: симпатичну (мобілізація) та парасимпатичну (спокійний стан, імобілізація). Коли активується симпатична нервова система, то в небезпечних ситуаціях спрацьовує реакція «бий або тікай», а коли активується парасимпатична нервова система, то в разі загрози людина (чи тварина) завмирає. Після відкриття Стефаном Поджерсом [31], професором психіатрії (м. Чикаго), директором Центру Мозку і Тіла, третьої гілки автономної нервової системи - системи емоційного й соціального контакту - уявлення про функціонування організму людини докорінно змінилося. Відповідно, змінилися й уявлення про стрес, пси- хотравму та підходи до лікування посттравматичних розладів.

Американський психотерапевт Дженей Уайнхолд, базуючись на дослідженнях Стефана Поджерса та найновіших дослідженнях перинатальної психології, описала три типи травм і відповідно три типи реакцій на травмивні події. Ці реакції, особливості розладів та особистісні зміни, за Дженей Уайнхолд, залежать від типу **травми розвитку**. Від зачаття до 8-ми місяців - шокова травма, до 3-х років - власне травма, а від 3-х до 7-ми років - стресова травма.

За Дженей Уайнхолд дистрес можна вважати наслідком стресової травми, якщо навіть після відпочинку чи зміни способу життя в людини залишаються стресові симптоми. Стресова травма спричиняється сильними стресовими чинниками, наприклад: втрати, тривале перебування в екстремальній ситуації, очікування нападу, обстрілу, перевтома, важкі конфліктні ситуації в колективі, родині тощо. Більший ризик для розвитку стресової травми у людей які зазнали психічного травмування у віці від 3-х до 7-ми років. Зазначені відмінності між дистресом та стресовою травмою стосуються і відмінності між професійним (емоційним) вигоранням та вторинною психотравмою («втомою від співчуття»), що може розвинутиися після тривалого спілкування з травмованими людьми.

Прояви стресової травми схожі на симптоми хронічного стресу, але більш виражені. Наприклад: набагато частіше доводиться робити не те, що хотілося б (дистрес); нічого не хочеться робити, все потрібно робити через силу (стресова травма). Або: невдоволення близькими стосунками та сексуальним життям (дистрес); немає близьких стосунків та сексуального життя (стресова травма).

Прояви хронічного стресу:

- набагато частіше доводиться робити не те, що б хотілося;
- постійно бракує часу - не встигаєте нічого зробити;
- постійно хочеться спати;
- бачите багато кольорових снів, особливо коли дуже втомилися за день;
- дуже багато палите та/або споживаєте більше ніж звичайно алкогольних напоїв;
- вам майже нічого не подобається;
- у вас постійні конфлікти, як вдома, так і на роботі;

- відчуваєте незадоволеність життям, і жити взагалі не хочеться;
- з'являється комплекс меншовартості;
- ви не можете ні з ким поговорити про свою проблему, бо здається, що ніхто вас не розуміє;
- ви не поважаєте себе;
- у вас є якесь хронічне захворювання або постійно щось болить;
- ви не задоволені близькими стосунками та сексуальним життям.

Таблиця 6.1.

КОНТИНУУМ ТРАВМИ

	ШОКОВА ТРАВМА	ТРАВМА	СТРЕСОВА ТРАВМА
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ	Бліда шкіра; пильний погляд, незначне моргання; неочікуване збіднення емоцій; амнезія подій; брак емоцій при описуванні емоційно зарядженої ситуації; втрата чи уповільнення мовлення; холодні кінцівки; агорафобія; тримається окремо від інших, щоб почуватися в безпеці; слабкий м'язовий тонус	Почервоніння шкіри; часте моргання; різкий сміх; неспокій, метушливість; сильне потовиділення в соціальних ситуаціях; компульсивне мовлення; гіперпильність, настороженість; емоційні вибухи; надмірна тривала реакція страху; несподіване відчуття жару; різко відводить погляд; надмірна чутливість; напружені м'язи; проблеми зі сном	Активна поведінка, але знервований і тривожний стан; напружений вираз обличчя; уникнення стійкого контакту очі в очі; важко розслабитися; проблеми зі сном; стримування сліз
ЗАДІЯНІ ДІЛЯНКИ МОЗКУ	Стовбур мозку, рептильний мозок, тканини ектодерму (палеокортекс)	Лімбічний мозок, тканини мезодерму (архікортекс)	Неокортекс, тканини ендодерму
ЗАДІЯНА ЧАСТИНА АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	Парасимпатична нервова система	Симпатична нервова система	Система соціального й емоційного контакту
ОРІЄНТАЦІЯ В ЧАСІ	Дисоційованість	Минуле і теперішнє переплетене і змішане	У теперішньому часі

На стресові і травмівні ситуації реагують по-різному. У разі стресової події в людини є досить часу (інколи кілька годин), щоб усе обдумати, прийняти рішення. У вирішенні завдання задіяні неокортекс і система соціального й емоційного контакту.

Згідно теорії Стефана Поджерса, нервова система реагує на виклики реального світу за принципом ієрархії, що складається з трьох циклів, один цикл може домінувати над іншим. Зазвичай ми спочатку реагуємо на зовнішні

подразники за допомогою найновішої системи - неокортексу, а якщо та не спрацьовує, то організм «включає» старшу систему - архікортекс, а потім найдавнішу - палеокортекс. При стресі домінує найновіша гілка нервової системи, а якщо це психотравма - то одна зі старіших систем. У разі несподіваної, загрозливої для життя події, часу на роздуми немає; поведінка регулюється мигдалеподібним тілом - це наша швидка, автоматична, когнітивно неопрацьована реакція.

Проілюструємо це на прикладі **монотравми**, до якої призводить раптова і небезпечна для життя людини подія (таких ситуацій багато в умовах бойових дій). Організм миттєво переключається на «аварійне» функціонування. Спочатку включається симпатична нервова система (архікортекс), запускається механізм, притаманний не лише людині, а й усім теплокровним істотам: якщо є небезпека для життя, то необхідно готуватися **до боротьби чи до втечі**. А якщо захистити себе чи втекти неможливо, то починає домінувати парасимпатична нервова система (палеокортекс); людина **завмирає**. Вважається, що переживання травмивної події на рівні архікортексу більш сприятливе, ніж реакція «завмирання», коли активується палеокортекс.

Якщо мигдалевидна залоза «класифікує» подію як небезпечну для життя, вона миттєво «відключає» неокортекс і переключає (залежно від особливостей ситуації) функціонування організму «за законами» архікортексту чи палеокортексу. Розглянемо переживання травмивної події з домінуванням симпатичної нервової системи (архікортексу), яке, як зазначалося вище, є більш сприятливим, ніж випадку домінування парасимпатичної нервової системи (палеокортексу).

СТАДІЇ СПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМІВНОЇ СИТУАЦІЇ

Перша стадія. орієнтування. На якусь мить людина **завмирає**, щоб зорієнтуватися. Організм перебудовується: активізується його найдавніша стовбурова частина та парасимпатична нервова система. Виділяються знеболюючі речовини, що притуплює, а іноді й зовсім відключає чутливість тіла - така реакція зменшує страждання, зберігає від больового шоку у випадку травмування.

Багато військовослужбовців розповідали, як упродовж кількох годин після перелому чи поранення вони продовжували (без знеболюючих!) оборонятися, не відчуючи болю. Трапилася під час конфлікту на Сході України й така вражаюча історія. У бійця відірвало ногу, і він сам зупинив кровотечу, поклав відірвану ногу в рюкзак та якийсь час продовжував функціонувати (нога після операції прижилася).

Окрім знеболюючих речовин виділяються й гормони, необхідні для інтенсивного реагування на ситуацію - адреналін, норадреналін, кортизон. Серце починає битися швидше, кров від внутрішніх органів спрямовується до м'язів тулуба, рук і ніг, печінка виробляє більше цукру, щоб забезпечити м'язи енергією. Біологічний смисл стадії **орієнтації** полягає в максимальній мобілізації адаптаційних ресурсів організму, миттєвому переходу в стан напруженої готовності до боротьби чи втечі.

Друга стадія. опір (надзбудження). Активізуються лімбічна частина мозку,

що відповідає за емоції, симпатична нервова система, активізуються й гормональні механізми, що зменшують вплив негативних чинників на організм. Якщо ці чинники виявляються дуже сильними, чи зрозуміло, що безпечного середовища не буде довгий час, то організм готується до тривалої боротьби за життя.

Впродовж певного часу, від 3 до 8 годин (інколи це може тривати кілька днів), людина без сну, без їжі й води може переносити суттєві навантаження, яких не змогла б витримати в стані звичайного функціонування. Максимально стан мобілізації може тривати близько шести діб.

Офіцер, що зазнав контузії під Іловайськом, настільки зосередився на тому, щоб вивести підлеглих із небезпечної зони, що блювота (одна з ознак контузії) в нього почалася лише на шосту добу, тільки тоді, коли він повернувся в частину.

Третя стадія. звільнення від напруження. Коли небезпека минає, організм починає повертатися в стан норми. Цьому передують своєрідне розвантаження, що характеризується неконтрольованим тремтінням тіла, яке може тривати кілька годин. **Через тремтіння організм звільняється від напруження.** Тремтіння починається зненацька (зразу ж після стресової події або через певний час), тремтить усе тіло чи окремі його частини. Цю реакцію зупинити не можна, оскільки, якщо розрядки не відбудеться, в тілі залишаться м'язові затиски, внаслідок чого людина страждатиме від болю у м'язах, можуть початися психосоматичні розлади, проблеми з шлунково-кишковим трактом, артеріальна гіпертензія тощо.

Четверта стадія. виснаження. В цей період людина відчуває пригнічення, безсилля, бажання плакати. Якщо сльози стримувати, то емоційної розрядки не відбувається, і внутрішнє напруження негативно впливає на фізичне й психічне здоров'я.

П'ята стадія. стабілізація стану. Коли людина не залишається наодинці з пережитим, а отримує допомогу й підтримку близьких - настає полегшення, починається **вихід із травмівної ситуації**, повернення до звичайного життя. В цей час відбувається впорядкування і переосмислення пережитого: людина розповідає про те, що сталося, інтерпретує подію і, якщо необхідно, то змінює щось у способі життя, перебудовує стосунки, інтегрує отриманий досвід.

Шоста стадія. посткризове зростання. Результатом пережитого стає адаптованість до нової ситуації, може спостерігатися **посткризове зростання**, формується така особистісна якість, як **психологічна пружність**: здатність швидко відновлювати фізичне та психічне здоров'я після стресових і травмівних подій.

У випадку несприятливого переживання травмівної події людина «завмирає», в неї розвивається шоківий стан, а потім - найважча для переживання шокова травма.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ

Переживання травмівних ситуацій залежить від характеру травмівної ситуації/події; характеристики потерпілого та особливостей соціального середовища, зокрема наявності/ відсутності соціальної підтримки.

1. Як уже зазначалося, найсуттєвішою особливістю травмівної ситуації/події є експозиція до смерті, а саме: перебування в ситуаціях, що

загрожують життю і фізичній цілісності людини; поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства; умисні насильницькі дії; на війні -інтенсивність переживання бойових дій та участь у вбивствах; спостереження смерті, особливо безглуздої; втрата друга чи близької людини; захворювання, що загрожує життю, та особливо болючі медичні заходи і процедури; непередбачуваність та неконтрольованість; сексуальна віктимізація; травми довшої тривалості чи більшої частотності. **(Політравма** - психотравма, що є наслідком численних повторюваних травм, наприклад, часті обстріли, або тривалих фрустрацій, наприклад, перебування в полоні. **Монотравма** - наслідок несподіваної одноразової загрозливої для життя події).

Надаючи першу психологічну допомогу потерпілим внаслідок воєнного конфлікту, потрібно зважати на фактори, від яких страждають люди в екстремальній ситуації:

- **раптовість** - що менше очікується подія, то більше вона руйнує психіку;
- **тривалість** - що довше перебуває людина в зоні екстремальної ситуації, то більше виснажується. Симптоми, що свідчать про дезадаптацію (розлади сну, виснаження, роздратування, неможливість сконцентруватися, розлади здоров'я тощо) зростають із кожним днем;

- **постійні зміни** - в екстремальних ситуаціях людина, зазвичай, потрапляє в зовсім нові й несприятливі умови життя. Більше того, періодично щось змінюється, і психіка людини не встигає опрацювати нову, важливу для виживання інформацію;

- **масштаб руйнування після катастрофи** - очевидців вражають масштаби лиха, руйнування інфраструктури. Так, в Ізраїлі прийнято якомога швидше (інколи протягом кількох годин) ліквідовувати наслідки терактів чи обстрілів. Завдяки цьому в людей складається враження, що громада сильна і може контролювати ситуацію;

- **неможливість контролювати своє життя** - в екстремальних ситуаціях трапляються події, хід яких змінити не може ніхто. Навіть власний побут (відпочинок, сон, їжу) людина не завжди може контролювати. Якщо впродовж тривалого часу немає можливості взяти контроль за власним життям на себе, навіть у компетентних і зрілих особистостей можуть з'явитися ознаки «сформованої безпомічності»;

- **горе і втрати** - учасники воєнного конфлікту надовго розлучаються з родиною і звичним способом життя; втрачають роботу, часто переживають загибель близьких, друзів і, що найгірше, постійно очікують на втрати;

- **моральна невпевненість** - важче переживають ситуації, в яких доводиться приймати рішення, що суттєво впливають на життя (як своє, так і інших), - наприклад, кого рятувати, кого брати з собою, наскільки ризикувати, кого звинувачувати тощо;

- **поведінка під час травмивних подій** - не кожному вдається зразу якнайкраще впоратися зі складною ситуацією. Те, що і як людина робила чи не робила в екстремальних умовах, може суттєво вплинути на її самооцінку, надовго стати джерелом самозвинувачення.

2. Суттєвими для переживання травмівної події та розвитку посттравматичних розладів є такі **характеристики людини**:

а) історія попереднього життя: наявність у минулому психічних розладів чи схильності до таких; проблеми з фізичним здоров'ям; зловживання потерпілого чи його батьків психоактивними речовинами; відсутність особистого досвіду перебування в екстремальних ситуаціях; численні психічні травми в минулому;

б) особистісні характеристики: здатність адаптуватися до екстремальних ситуацій (проблеми з адаптацією виражаються в неадекватному реагуванні на те, що відбувається, - агресивності, дратівливості чи тривожності, апатії, відчуженості тощо; зловживанні психоактивними речовинами для зняття емоційного напруження), рівень стресостійкості та психологічної пружності [*psychological resilience*];

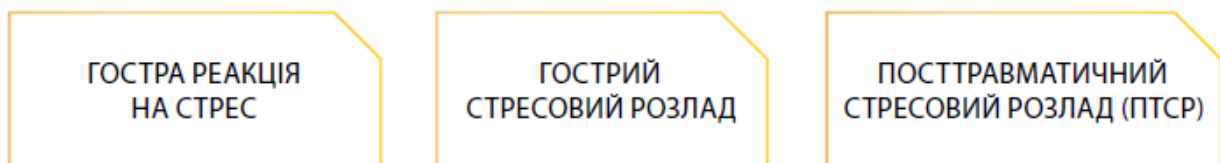
в) наявність чи відсутність травм розвитку.

3. Особливості соціального середовища. На психічне здоров'я людини згубно впливають такі особливості соціальної ситуації: розрив стосунків чи проблеми в родині; недостатня підготовка (брак необхідних знань, умінь та навичок); відсутність або спотворення інформації щодо екстремальної ситуації; відсутність або негативна інформація щодо майбутнього (пільги, соціальні гарантії, компенсації); ізоляція або конфліктні стосунки в колективі; побутова невлаштованість (обмаль питної води, погане харчування тощо); погана організація вільного часу і відпочинку (наприклад, працює телевізор під час сну); відсутність допомоги та психологічної підтримки.

6.2. Психотравмівні наслідки перебування в екстремальній ситуації

Від поєднання названих вище чинників (особливостей травмівної ситуації, характеристики людини та особливостей соціальної ситуації) залежатиме, чи відбудеться травмування і якою буде реакція на травмівну подію.

Джудіт Герман [16], яка понад двадцять років досліджувала питання психічного травмування та здійснювала психотерапевтичну роботу з жертвами насилля, вважає, що реакції на травмівну подію потрібно трактувати не як окремі розлади, а як спектр станів, що коливаються від **гострої реакції на стрес** (до 48-ми годин після початку події), що може минути сама собою і не досягти рівня діагнозу, а може перейти в **гострий стресовий розлад** (до 1-го місяця після травмівної події) (див. додаток2) та **посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** чи в складний синдром повторюваної травми (**ускладнений чи комплексний ПТСР**). Інколи ПТСР може розвинутися значно пізніше - через рік, через кілька чи навіть через багато років після пережитого (**відтермінований ПТСР**).



ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС - РОЗЛАД, ЩО РОЗВИВАЄТЬСЯ У ЛЮДИНИ У ВІДПОВІДЬ НА НЕЗВИЧАЙНИЙ ФІЗИЧНИЙ АБО ПСИХІЧНИЙ СТРЕС І, ЗАЗВИЧАЙ, СТИХАЄ ЧЕРЕЗ ДЕЯКИЙ ЧАС (ВІД КІЛЬКОХ ГОДИН ДО

КІЛЬКОХ ДНІВ).

Симптоми розладу проявляються у вигляді типової змішаної мінливої картини, якій притаманні: первинний стан приголомшення з певним звуженням свідомості й уваги, неможливість адекватно оцінювати подразники, **дезорієнтація**. Цей стан може також супроводжуватися «втечею» від реальності (аж до стану дисоціативного ступору - P44.2) або **гіперактивністю**. Як правило, наявні окремі симптоми панічного розладу (почервоніння, надмірне потовиділення, тахікардія). Може бути часткова або повна амнезія (P44.0) як реакція на стресову подію.

Гостру реакцію на стрес учасників бойових дій описують як бойову оперативну стресову реакцію (*combat and operational stress reaction*), що є нормальним реагуванням на екстремальну ситуацію. У цьому випадку [49] важливу роль відіграє здатність військових та їхнього найближчого оточення (насамперед командирів, лікарів, психологів) адекватно оцінювати стан людини, виявляти симптоми розвитку стресу. Будь-яка поведінка, що тривалий час відрізняється від звичної для людини раніше, може бути ранньою ознакою і симптомом бойового стресу.

Бойовий стрес може проявлятися як нездатність виконувати свої прямі службові обов'язки: серед найхарактерніших ознак необхідно відзначити покидання поля бою, нез'ясовану відсутність тощо. У тих комбатантів, які відчують бойову втому, є велика ймовірність повторення симптомів, тому що швидше їм буде надана допомога, то більше буде в них шансів для відновлення.

В умовах військового конфлікту часто травмівною стає подія, яку люди на переживає вперше (перший обстріл, перший бій, перша присутність при загибелі чи пораненні людини тощо). У цьому випадку виникають короткочасні симптоми та проблеми - **гострі стресові реакції**, що втихають упродовж кількох годин чи днів: шоківий стан, психомоторне збудження як реакція на пережите, особливо якщо немає психологічної допомоги та психологічної підтримки, настає **виснаження**.

Зупинимося детальніше на зазначених типах реагування. Під час травмівної події або одразу після неї в людини може бути **шок** - уповільнення психічної і моторної активності [91]. Поряд із цим спостерігаються відчуття відчуження, розлади дереалізації, коли оточуючі предмети сприймаються як неприродні, інколи - як нереальні, «неживі»; змінюється сприйняття звуків; голоси людей стають інакшими, з'являється й відчуття зміни відстані між навколишніми предметами. Інколи, в особливо важких випадках, людина бачить навколишнє ніби збоку чи згори. Про такий стан колись говорили «душа покинула тіло».

Проте частіше гострою стресовою реакцією на травмівну подію є **психомоторне збудження**, що проявляється зайвими, швидкими, інколи безцільними рухами. Увага звужується, довільна цілеспрямована діяльність стає проблематичною. Людині важко сконцентруватися, відтворити інформацію, особливо стосовно травмівної події, що зв'язано з порушенням короткочасної пам'яті. Темп мовлення прискорюється, воно стає монологічним. Часто повторюються однакові фрази, судження поверхові. В такому стані важко залишатися в одному положенні: потерпілі то лежать, то встають, то безцільно рухаються. Спостерігаються вегетативні порушення (тахікардія, підвищений

артеріальний тиск), почервоніння обличчя, надмірна пітливість, може з'являтися почуття спраги чи голоду. Інколи може бути **агресивна чи істерична поведінка**.

Коли реальна загроза зникає, настає період **виснаження**, перебіг і тривалість якого залежить від інтенсивності й тривалості психотравмівної ситуації. Період виснаження може тривати до 30 днів. Виснажені люди, як правило, не скаржаться на погане самопочуття і не шукають допомоги. В цей час спостерігається порушення сну, зміна харчової поведінки, зменшується маса тіла, збільшується пульс, піднімається артеріальний тиск; дихання стає частішим без фізичного навантаження; буває, що людині важко стримувати сльози, погіршується працездатність.

Якщо немає належних умов для відновлення, виснаження може перейти в депресію. У цьому випадку високий ризик самогубства (за статистикою 80 % суїцидів здійснюється в стані депресії).

Гостра реакція на стрес зазвичай проявляється через декілька хвилин після впливу стресових стимулів чи травмівної події і минає через 2-3 дні (часто через кілька годин). Може спостерігатися часткова чи повна амнезія стосовно стресової події.

Якщо гострі реакції стійкі, тоді говорять (за МКХ-10) про:

- гострий стресовий розлад;
- гостру кризову реакцію;
- бойову психічну травму (невроз воєнного часу);
- кризовий стан;
- психічний шок.

Усі описані вище реакції є нормальним способом реагування на важку ситуацію. Проте інколи після пережитої травмівної події спостерігаються і **патологічні реакції**.

При патологічних варіантах шокової реакції у людини може розвинутися **«психогенний ступор»** - енергії на виживання втрачено так багато, що сили на контакт із навколишнім світом немає. Людина може бути повністю нерухома або уповільнено реагувати на зовнішні подразники (шум, світло, дотики), дихання в цьому випадку повільне, безшумне, поверхнєве.

Військовослужбовці згадували випадки, коли бійця в стані психогенного ступору вважали загиблим. Водій БТР розповідав, як під час бою він забрав у машину пораненого і «загиблого». В якийсь момент механік БТРа закричав, що заклинило, не можна стріляти. «Загиблий» відреагував на ці слова, отямився і ліквідував несправність (виявилось, що він теж був механіком).

Психопатологічною реакцією на травмівну подію може бути і «реактивний психоз» [40,91], що характеризується спотворенням сприйняття, різким психомоторним збудженням, дезорганізацією поведінки (різкі рухи, часто безцільні, безглузді дії, неадекватні й небезпечні для життя вчинки); ненормально голосним мовленням або підвищеною мовною активністю (мовлення без зупинки, іноді абсолютно безглузде). У потерпілих часто відсутня реакція на оточуючих (на зауваження, прохання, накази), можуть спостерігатися маячня й галюцинації.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Посттравматичний стресовий розлад ПТСР (за МКХ-10) [33] є

результатом відтермінованої або тривалої відповіді на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру. Офіційний діагноз ставиться лише через півроку після пережитої стресової ситуації і характеризується, згідно з МКХ-10, такими клінічними діагностичними критеріями:

А. Короткочасне або тривале перебування людини в надзвичайно загрозливій або катастрофічній ситуації, що здатна викликати відчуття глибокого розпачу.

Б. Стійкі мимовільні й надзвичайно живі спогади пережитих подій, постійне відтворення їх у снах; посилення переживання у ситуаціях, що нагадують пережиту стресову або асоціюються з нею.

В. Людина уникає ситуацій, що нагадують стресову або асоціюються з нею.

Г. Спостерігається одна із двох наведених нижче ознак:

1. часткова або повна амнезія важливих аспектів перенесеного стресу;
2. наявність двох і більше ознак підвищеної психічної чутливості й збуджуваності, яких не було до перенесення стресу:

а) порушення засинання, поверхневий сон;

б) дратівливість або спалахи гніву, зниження уваги;

в) підвищений рівень неспання;

г) підвищена вегетативна збудливість.

За окремими винятками зазначені симптоми проявляються упродовж 6 місяців після перенесення стресу.

Сьогодні в Україні стресові розлади класифікують згідно з МКХ-10. Гостра реакція на стрес, гострий стресовий розлад та ПТСР, описані в міжнародній класифікації хвороб МКХ-10 (розділ Р43. «Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації»), ідентифікуються не тільки на основі симптоматики та особливостей перебігу симптомів, але й у випадку наявності в житті особи травмивної події.

СКЛАДНИЙ ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Окрім вищезазначених посттравматичних стресових розладів, у найновішій літературі описано ще й **складний ПТСР** (ускладнений, комплексний або хронічний). (Складний посттравматичний стресовий розлад входить у класифікацію розладів, пов'язаних зі стресом, одинадцятого перегляду МКХ, що вступить у повну силу із 1 січня 2022 року.)

Хоча цей розлад і не зазначений у переліку МКХ-10, проте його характеристики важливо знати фахівцям, що надають психологічну допомогу людям, постраждалим внаслідок конфлікту на Сході України.

Ускладнений ПТСР спричиняється важкою, тривалою та повторюваною травмою, майже завжди міжособистісного характеру, що часто розпочинається у ранньому віці.

Цей розлад передбачає труднощі з ідентичністю, усвідомленням меж, міжособистісними взаєминами та емоційною регуляцією. Наприклад, через відсутність достатніх навичок емоційної регуляції люди, що зазнали травмування, намагаються зменшувати дистрес шляхом безладної сексуальної поведінки, переїдання та очищення організму, самопошкодження, агресії, суїцидальності та вдаватися до інших проблемних способів контролювання імпульсів. Неадекватна

емоційна регуляція може призвести до зловживання алкоголем, до вживання наркотиків, дисоціацій та інших дисфункційних стратегій уникнення.

Ознаки складного посттравматичного стресового розладу:

Розлад регуляції рівня афективного збудження:

- хронічна дисрегуляція афектів;
- неспроможність упоратися зі злістю;
- самодеструктивна й суїцидальна поведінка;
- неспроможність адекватно вибудувати сексуальні стосунки;
- імпульсивний і ризикований спосіб поведінки.

Розлади уваги і свідомості:

- амнезія;
- дисоціація.

Соматизації.

Хронічні зміни особистості:

- зміни у сприйнятті себе (хронічні відчуття провини, самокатування; відчуття нездатності на щось впливати; відчуття ушкодженості назавжди);
- зміни у сприйнятті кривдника (спотворене ставлення, ідеалізація й захист кривдника);
- зміни у ставленні до інших людей (нездатність довіряти і зберігати стосунки; нездатність уникати повторних ретравматизацій; схильність до того, щоб робити інших людей жертвами.

Зміни у системі цінностей:

- розпач і безнадія;
- втрата життєвих переконань, які були до того.

У людей з ускладненим посттравматичним стресовим розладом немає базового стану фізичного спокою чи комфорту. Вони скаржаться не лише на безсоння чи збудження, але й на численні соматичні симптоми: головний біль через напруження, шлунково-кишкові розлади, біль у животі, спині й тазовій ділянці. Постраждалі можуть скаржитися на тремор, відчуття клубка в горлі, прискорене серцебиття тощо.

Слід зазначити, що у випадку ускладненого ПТСР до діагностичної групи симптомів **не належить** така симптоматика посттравматичного стресового розладу як повторне переживання травмівної події, уникнення спогадів про подію та надмірна збудливість.

З переживанням травмівних подій пов'язано багато **супутніх розладів**, зокрема розлади адаптації, ускладнена реакція горя, великий депресивний розлад, психотична депресія, генералізована тривога, панічні атаки, ірраціональні страхи, розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин, фізичні чи тілесні симптоми, спричинені психологічними чинниками, психози тощо.

У військовій психології широко вживають поняття «**бойовий стрес**» і «бойова психічна травма», близькі до понять «стрес» і «психотравма».

БОЙОВИЙ СТРЕС - ЦЕ СУКУПНІСТЬ СТАНІВ, ЩО ЇХ ПЕРЕЖИВАЮТЬ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ У ПРОЦЕСІ АДАПТАЦІЇ ДО НЕСПРИЯТЛИВИХ ДЛЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ І ЗАГРОЗЛИВИХ ДЛЯ

ЖИТТЄВО ВАЖЛИВИХ ЦІННОСТЕЙ УМОВАХ БОЙОВОЇ СИТУАЦІЇ.

Бойова психічна травма - сильне переживання, викликане короточасним чи тривалим впливом психотравмівних чинників бойової обстановки, що призводить до розладів психіки і руйнування психологічної структури дій. Бойовий стрес та бойова травма частіше розвиваються в ситуаціях, що супроводжуються станом безпомічності, безсилля, безнадії, пригніченості.

Таблиця 6.2

ОЗНАКИ І СИМПТОМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Головні болі	Запаморочення	Проблеми з пам'яттю
Проблеми з координацією тіла	Дзвеніння у вухах	Проблеми зі сном
Важко добирати слова	Важко читати	Важко зосередитися
Проблеми з зором	Дратівливість, спалахи гніву	Імпульсивність
Непередбачуваність	Нав'язлива/компульсивна поведінка	Відсутність гнучкості мислення (прямолінійність)
Занепокоєння	Підвищена чутливість до світла, дотику, звуку	Розгубленість, легка дезорієнтація
Депресії	Негативне світовідчуття	Ізоляція від суспільства
Уповільнення чи ускладнення рухів	Зниження здатності до критичного оцінювання	Проблеми з мовленням
Судоми	Втрата смаку чи нюху	Зміни у статевій сфері
Обмеження діапазону почуттів	Уникання спілкування, замикання в собі	

Ці стани часто бувають ускладнені черепно-мозковими травмами, контузіями, пораненнями, соматичними захворюваннями тощо. За даними Центру досліджень мозку (США, Колорадо), черепно-мозкова травма і ПТСР мають дуже схожі симптоми, що важливо пам'ятати, надаючи допомогу військовослужбовцям та ветеранам.

У людей, що страждають від хронічного стресу, посттравматичних стресових розладів та супутніх розладів внаслідок пережитих травмівних подій може розвиватися **посттравматичний кризовий стан**. Такий стан характеризується відчуттям хвилювання, тривоги різної інтенсивності; фіксацією на психотравмівній ситуації; переживанням безпомічності, безнадії; песимістичної оцінки себе, актуальної ситуації і майбутнього; утрудненням у плануванні діяльності.

У людей із посттравмівними стресовими розладами суттєво порушується почуття безпеки, що періодично спричиняє гострі емоційні та поведінкові прояви. Такі стани характеризуються екстремальним напруженням сили для подолання принципово нових перепон і проявляються негативними емоціями (тривожністю, відчуттям безпомічності, гнівом, надмірною збудливістю), неможливістю регулювати свою поведінку тощо. Тривалий посттравматичний кризовий стан призводить до соціальної дезадаптації, невротичних і психосоматичних розладів, до суїцидальної поведінки.

РЕАКЦІЇ НА ТРАВМІВНІ ПОДІЇ

ФІЗИЧНІ	КОГНІТИВНІ	ЕМОЦІЙНІ	ПОВЕДІНКОВІ
Утруднене дихання; запаморочення; підвищений кров'яний тиск; непритомність; втома; скреготання зубами; головний біль; тремтіння;	Звинувачення інших; змінена (надмірна) настороженість; збентеження; гіперпильність; підвищення або зниження рівня усвідомлення реальності;	Збудження; тривога; недобре передчуття; відмова (заперечення); депресія; емоційний шок; страх;	Зловживання алкоголем; асоціальні вчинки; зміни у діяльності; зміни у спілкуванні; зміни у сексуальній активності; зміни у мовленнєвих шаблонах;
нудота; біль; сильне потовиділення; швидке серцебиття; нервові посмикування; слабкість.	інтрузивні образи; проблеми з пам'яттю; кошмари; погане абстрактне мислення; погана увага; погана концентрація; утруднене прийняття рішень; утруднене вирішення проблем.	відчуття переповнення (переобтяження); горе; почуття провини; неадекватні емоційні реакції; дратівливість; втрата контролю над емоціями.	емоційні спалахи; неможливість відпочивати; зміна апетиту; безцільне ходіння туди-сюди; посилення старт-рефлексу (здригання); підозрілість; соціальне відчуження (Ізоляція).

6.3. ПРИНЦИПИ ТА АЛГОРИТМ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Люди з хронічним стресовим розладом, посттравматичними розладами часто потребують невідкладної (першої, екстреної) психологічної допомоги для стабілізації психічного стану.

Терміни «перша психологічна допомога», «екстрена психологічна допомога», кризова інтервенція (чи втручання в кризу) близькі між собою. Але в літературі й у повсякденній практиці склалися певні традиції щодо їхнього застосування.

ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

ЗА ВИЗНАЧЕННЯМ ВООЗ, ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА - ЦЕ СУКУПНІСТЬ ЗАХОДІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ПРАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЯМ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ АБО ВІДЧУВАЮТЬ ПОТРЕБУ В ЧОМУСЬ.

Особливо такої допомоги потребують люди, що перебувають у кризовому стані, або ті, хто тільки-но пережив чи переживає травмівну подію.

В Україні поняття «перша психологічна допомога» частіше використовують, щоб описати заходи, що їх надають фахівці або ті, хто пройшли спеціальну підготовку, або люди, які виявилися поруч із тим, хто тільки-но пережив травмівну подію, у момент прояву у постраждалого гострого стану.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, надаючи першу психологічну допомогу

необхідно дотримуватися таких основних **принципів**:

1. Захищати безпеку, гідність і права людини.
2. Адаптувати свої дії з урахуванням культурних традицій потерпілих.
3. Бути в курсі інших заходів, що проводяться в екстремальній (чи надзвичайній) ситуації.

4. Берегти себе.

Для першої психологічної допомоги **характерні**:

- короткотривалість;
- невідкладність;
- надання підтримки безпосередньо на місці виникнення гострого стану (або в безпосередній близькості від нього);
- передбачуваність результатів допомоги;
- заходи спрямовані на досягнення конкретних результатів (захист від подальшого травмування, стабілізація психічного стану потерпілого, оцінка його нагальних потреб та проблем, практичне задоволення базових потреб (вода, їжа, сон), інформування щодо ситуації та стратегій поліпшення функціонування, допомога у встановленні зв'язку з близькими, членами родини чи спільнотами, що можуть надати підтримку, надання інформації щодо відповідних служб, які можуть бути корисними потерпілому тепер чи в майбутньому).

Методи психологічної допомоги залежать від особливостей ситуації (воєнний чи побутовий конфлікт, ДТП, природна чи техногенна катастрофа, втрата близької людини тощо) від стану постраждалого та від підготовки того, хто допомагає.

ЕКСТРЕНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

ЕКСТРЕНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА - ЦЕ СИСТЕМА КОРОТКОТРИВАЛИХ ЗАХОДІВ, ЩО НАДАЮТЬСЯ ПОСТРАЖДАЛИМ У ЗОНІ ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ СИТУАЦІЇ БЕЗПОСЕРЕДНЬО ЧИ В НАЙБЛИЖЧИЙ ЧАС ПІСЛЯ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ. ЗАЗВИЧАЙ ЦЕ ПОНЯТТЯ ВИКОРИСТОВУЮТЬ, ОПИСУЮЧИ РОБОТУ РЯТУВАЛЬНИКІВ У ЗОНІ ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ ЧИ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ.

Принципи екстреної психологічної допомоги:

1. Невідкладність. Діяти потрібно зразу ж, відповідно до конкретної ситуації. Якщо у разі гострої реакції на стрес людині вчасно надати належну підтримку і психологічну допомогу, то, за свідченням фахівців, більшість потерпілих успішно адаптуються до пережитого і не страждатимуть від ПТСР та супутніх розладів (залежності від психоактивних речовин, депресії, тривожних та поведінкових розладів тощо). Що більше часу пройде після травмівної події, то більша ймовірність розвитку хронічних розладів.

2. Близькість допомоги до місця події. Невідкладна допомога має надаватися у звичній для потерпілого ситуації та соціальному оточенні, що мінімізує негативні наслідки госпіталізації.

3. Очікування, що нормальний стан має відновитися. З постраждалими людьми необхідно спілкуватися, як із нормальними людьми, а не як із неповносправними чи пацієнтами. Необхідно в них підтримувати впевненість у тому, що їхній стан нормалізується.

4. Цілісність і простота психологічного впливу. Алгоритм допомоги має бути уніфікований - відвести постраждалого від джерела травми, забезпечити воду, їжу, відпочинок, безпечне середовище і вислухати.

5. Вплив на симптом, а не на синдром. Необхідно усунути чи зменшити найбільш яскравий прояв гострої реакції (наприклад агресію, плач, істерику, шоківий стан), що не дає можливості людині функціонувати. Глибша психологічна допомога за необхідності має надаватися професіоналами в безпечному місці.

ВТРУЧАННЯ В КРИЗУ

Втручання в кризу (кризова інтервенція) - невідкладна психологічна і психотерапевтична допомога людині, що переживає кризовий стан. Кризову інтервенцію здійснюють професіонали чи підготовлені волонтери [89,90].

КРИЗОВИЙ СТАН - ПСИХІЧНИЙ (ПСИХОЛОГІЧНИЙ) СТАН ЛЮДИНИ, ЩО ПЕРЕЖИЛА ПСИХІЧНУ ТРАВМУ ЧИ ПЕРЕБУВАЄ ПІД ЗАГРОЗОЮ МОЖЛИВОСТІ ПСИХОТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ. КРИЗОВИЙ СТАН МОЖНА ПЕРЕЖИВАТИ ЯК В ЕКСТРЕМАЛЬНІЙ СИТУАЦІЇ, ТАК І У ЗВИЧАЙНОМУ ЖИТТІ ПІД ВПЛИВОМ СТРЕСОВИХ ПОДІЙ.

Принципи кризової інтервенції:

- короткотривалість;
- невідкладність;
- емпатійний контакт;
- високий рівень активності людини, що надає психологічну допомогу;
- обмеження цілей;
- реалістичність;
- сфокусованість на основній проблемі (на симптоматиці).

Провідні методи кризової інтервенції: інтенсивна опіка, кризове консультування і кризова психотерапія.

Щоб визначити, який метод психологічного втручання доцільно застосувати, проводять **початкове оцінювання** психологічного і психічного стану постраждалого (наявність суїцидальних намірів, рівень тривоги, збудження, наявність та інтенсивність фобій, гострого стресового розладу чи ПТСР тощо) та оцінку ситуації, що спричинила цей стан, життєвих обставин (наявність внутрішніх і зовнішніх ресурсів, попередніх стратегій виходу з кризових станів).

Після цього приймається рішення про те, яке втручання необхідне в цьому випадку. Якщо потерпілий не може взяти на себе відповідальності за свої дії, він потребує інтенсивної опіки.

ІНТЕНСИВНА ОПІКА - МЕТОД КРИЗОВОГО ВТРУЧАННЯ, ЩО ПРОВОДИТЬСЯ З МЕТОЮ ЗАПОБІГАННЯ ДЕКОМПЕНСАЦІЇ І ПОВЕРНЕННЯ ПОСТРАЖДАЛОГО ДО СТАНУ, В ЯКОМУ ЛЮДИНА МОЖЕ ВИКОРИСТАТИ РЕСУРСИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ПРОБЛЕМИ.

Складові інтенсивної опіки:

1. Передача на певний час **відповідальності** за виконання зобов'язань на інших людей (відповідно до ситуації). Потерпілого повідомляють про таке рішення.

2. Допомога у вирішенні невідкладних завдань (до цього залучаються інші члени родини, друзі, співробітники, соціальні працівники, члени громадських

організацій тощо).

3. Вилучення потерпілого зі стресового у безпечне середовище (госпіталізація, переїзд на тимчасове проживання до родичів чи друзів тощо).

4. Зниження психологічними засобами рівня збудження і дистресу. Якщо це не допомагає, то можна використати психотропні препарати, зокрема для нормалізації сну.

5. Прояв турботи і тепла, пробудження надії на вихід із кризи.

6. Відновлення нормального спілкування.

Лекція 7. Подолання наслідків психотравми: невідкладна психологічна допомога (Людмила Царенко)

ПЛАН

7.1. Травмафокус - нейропсихотерапевтичний метод опрацювання психотравми (Т. Вебер)

7.2. Невідкладна психологічна допомога та самодопомога.

Психологічні рекомендації

ТРАВМАФОКУС. НЕЙРОПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ МЕТОД ОПРАЦЮВАННЯ ПСИХОТРАВМИ

Методами першого вибору у роботі з постстресовими розладами вважають травмафокусову-ну когнітивно-поведінкову терапію та ЕМОР (десенсибілізація за допомогою руху очей). Проте в останні десятиліття у світі стрімко розвиваються нейропсихотерапевтичні методи роботи з травмою, які сьогодні освоюють і українські фахівці. Оскільки літератури стосовно зазначених методів дуже мало, представляємо статтю Томаса Вебера, засновника і міжнародного тренера з методу травмафокусу, директора Інституту нейропсихотерапії (Австрія, м. Відень).

Травмафокус - тілесноорієнтований метод, спрямований на спонтанне, безпосереднє опрацювання психотравми на нейронному рівні, без задіявання свідомих спогадів. (Під час сесії клієнт перебуває у стані природної свідомості й не переживає стресу повторно.)

ТРАВМАФОКУС (ТФ) - ЕФЕКТИВНИЙ НЕЙРОПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ МЕТОД, ЗА ДОПОМОГОЮ ЯКОГО МОЖНА ДОПОМОГТИ ЛЮДИНІ ПОВНІСТЮ ЗВІЛЬНИТИСЯ ВІД НАСЛІДКІВ ПЕРЕЖИТОГО ПСИХОТРАВМІВНОГО ТА СТРЕСОВОГО ДОСВІДУ, НАВІТЬ ЯКЩО ЦЕЙ ДОСВІД БУВ ОТРИМАНИЙ ПРЕНАТАЛЬНО ЧИ ПЕРИНАТАЛЬНО, У ВІЦІ НЕМОВЛЯТИ, І ЙОГО НЕ МОЖНА ПРИГАДАТИ.

Термін «травмафокус» запропонував Томас Вебер. Він тривалий час співпрацював із Девідом Грандом, засновником брейнспотінгу (*brainspotting*), який Д. Гранд розвинув на основі EMDR. Травмафокус можна вважати удосконаленим методом Brainspotting. Травмафокус ґрунтується на наукових дослідженнях: Focusing, Somatic Experiencing, Brainspotting, Pranayama, дослідженнях болю, гіпнозосистематичних підходах, нейробіологічній теорії та результатах актуальних досліджень мозку.

Як відомо з результатів сучасних досліджень мозку, хронічний психічний стрес призводить до зменшення об'єму пам'яті гіпокампа (ділянка мозку), що може

викликати різні форми порушень пам'яті. Поряд із цим, активізуються «пункт керування стресом» гіпоталамус та розміщена в лімбічній системі мозку мигдалина (визначає рівень загрози), а також виділяється багато стресових гормонів.

Під час застосування травмафокусу в глибинних структурах мозку активується травмівний і стресовий досвід, що рефлексивно відображається в області очей та обличчя. Може спостерігатися часте моргання, посіпування, коливальні рухи очима, розширення чи звуження зіниць, уривчасте дихання тощо.

Для оцінювання травмівного стресу на початку й у кінці сесії застосовується шкала за Wolpe, SUD (Subject Units of Distress): від «0» – немає найменшого стресу, до «10» –максимальний стрес.

Соматичну проекцію стресу Е. Дженделін називає «Felt Sense» – місце в тілі, де відчувається стрес. Інтенсивність тілесного відчуття стресової чи травмівної теми залежить від позиції очей. Людина фокусує погляд у точці, де рефлексії сприймаються найсильніше (активаційний фокус) чи в точці найбільшого комфорту (ресурсний фокус). Фіксування автоматично зайнятої позиції очей веде до зменшення стресу.

Потрібний напрям погляду можна виявити, спостерігаючи за тим, куди дивиться клієнт, розповідаючи травмівну історію. Якщо погляд зафіксувати в знайдений точці (активаційний фокус), то в людини починають з'являтися соматичні відчуття чи травмівні спогади, які, на відміну від флешбеків та інтрузій, усвідомлюються і не переживаються повторно.

Травмафокус можна зафіксувати і за допомогою спеціальної указки. Концентрування погляду на указці допомагає утримувати позицію очей тривалий час. Для кращої регуляції мозку можна використовувати (через навушники) спеціальні тихі, заспокійливі звуки.

Важливим у травмафокусі є те, що на успішне опрацювання травмівного досвіду впливає **дихання клієнта**: спокійне, усвідомлене, приязне (як вияв внутрішнього ставлення до себе та до процесу переживання). Таке дихання активує вентральний блукаючий нерв, що супроводжується заспокоєнням нервової системи. Завдяки усвідомленому диханню переживання в теперішньому, «тут і тепер», стають інтенсивнішими, ніж колишні травмівні спогади.

Коли ми переживаємо небезпечну, загрозливу для життя ситуацію, наше дихання або прискорюється (часто вдихаємо), або уповільнюється і стає поверхневим. Після знаходження фокусу, психотерапевт пропонує клієнту дихати усвідомлено глибоко й повільно. Це антистресове дихання, що регулює діяльність нервової системи, дозволяє м'яко й ефективно опрацьовувати травмівні спогади і дискомфортні тілесні відчуття.

Під час сесії опрацювання травмівного досвіду відбувається в пам'яті клієнта, а терапевт інтуїтивно спостерігає за процесом (з цікавістю, без упередженого ставлення, гіпотез та тлумачень). Це максимально корисно впливає на процес, адже ми не знаємо, з яких фрагментів складається хронічний стрес. Травмафокус використовує нейропластичність людського мозку для опрацювання травми, завдяки чому клієнти під час сесій повторно не переживають стресовий стан, що сприяє зниженню емпатійного стресу і в терапевтів. Тому терапевт щодня може інтенсивно працювати без ризику власної непрямої травматизації.

Під час терапевтичної сесії терапевт має бути у ресурсному стані. Завдяки цьому створюється особлива заспокійлива атмосфера, в якій клієнт стає сильнішим і може знайти власні джерела підтримки. Аллан Шор, американський психолог та нейродослідник, з'ясував, що під час терапевтичної сесії (на неусвідомлюваному рівні) права півкуля терапевта інтенсивно взаємодіє з правою півкулею клієнта. А. Шор називав цей ефект *right to right brain interaction* і вражаюче задокументував своє дослідження на сканованих картинах мозку.

Клієнтів зцілюють не терапевти (вони лише створюють **цілющу атмосферу**), клієнти зцілюються самі чи, сказати точніше, зцілює їхній мозок, в якому замість порушеного стану починається процес саморегуляції і породжується новий цикл у нервовій системі. Новостворені нейронні зв'язки впливають на тілесні відчуття. Клієнти відчують, як стресовий стан та хронічний біль постійно зменшуються під час і після кожної сесії.

Щоб підтримувати процес зцілення, використовується техніка, яку клієнт може застосовувати самостійно. Завдяки цій техніці мозок після регуляції на терапевтичній сесії і далі перебуває у спокої. Таким чином тренується безстресовий стан.

СФЕРИ ЗАСТОСУВАННЯ ТРАВМАФОКУСУ

Метою травмафокусу є повне звільнення людини від заблокованого збудження в мозку й тілі. Цей метод добре поєднується зі всіма визнаними психотерапевтичними підходами.

Важливе досягнення травмафокусу - **терапія гострого та хронічного болю**. У 2013 році Томас Вебер випадково відкрив, як можна швидко звільнити людину від гострого болю. Він допомагав жінці, в якої після падіння був сильний набряк тканин ноги та гематоми. Після того, як симптоми вражаюче швидко зникли, Т. Вебер почав вивчати можливості терапевтичної допомоги людям, що страждають від хронічних соматичних больових синдромів, таких як мігрень, фіброміалгія, хронічні болі опорно-рухового апарату (коліно, стегно, суглоб, спина).

Було констатовано, що хронічний біль може повністю зникнути, якщо знайти його психологічні причини. Травмафокус дає можливість ефективного доступу до підсвідомої історії болю й активує нейронну та тілесну регуляцію для позбавлення від матриці болю (больових процесів у мозку). Внаслідок цього тіло перестає боліти. Такий підхід дуже перспективний, на базі психосоматичної клініки в Німеччині кваліфіковані терапевти травмафокусу проводять довготермінові дослідження цього методу.

Травмафокус ефективний і для терапії людей із гострими постстресовими розладами, особливо після монотравми. У цьому випадку, зазвичай, за одну-дві сесії опрацьовуються постстресові симптоми та їхні причини. Якщо йдеться про наслідки комплексного травмування, то потрібно більше сесій із застосуванням травмафокусу, щоб людина могла жити з незначними стресовими розладами чи повністю звільнитися від них. Сьогодні вважається, що в основі багатьох психіатричних симптомів, описаних в МКХ-10 та 05М-IV, лежать травми розвитку й травми дитинства, які також ефективно лікуються за допомогою травмафокусу.

Травмафокус успішно застосовують у разі таких розладів:

– гострі, комплексні та прості психотравми;

- посттравматичні розлади;
- панічні атаки;
- генералізовані тривожні розлади;
- депресії;
- обсесивно-компульсивні розлади;
- залежності;
- хронічні психосоматичні захворювання;
- розлади прив'язаності;
- пограничні розлади особистості;
- порушення сну, апетиту;
- хронічні головні болі, мігрені, кластерні головні болі;
- фіброміалгії;

різні форми дисоціативних розладів.

ТЕХНІКИ СТАБІЛІЗАЦІЇ СТАНУ

Під час сесій травмафокусу для стабілізації стану вдаються до ресурсних технік: активування мультисенсорних ресурсів (граундінг), «сканування» тіла, візуалізації місця спокою, уявлення речей, які заспокоюють, чи об'єктів прихильності, що врівноважують. Ці техніки особливо ефективні у разі гострих реакцій на стрес, гострих стресових та кризових розладів та гострих реакцій, спричинених травмами прихильності; при хронічному тривалому стані напруження і збудження в тих, хто страждає від панічних атак, фобій, депресій, емоційних стресів та травмивного досвіду, спричиненого сексуальними домаганнями в дитячому віці.

Для регулювання автономної нервової системи у людей із зазначеними розладами застосовують **ресурсні техніки**, зокрема тілесні.

«Сканер» тілесних ресурсів. Техніка «сканер» тілесних ресурсів застосовується для стабілізації стресового стану, під час якої тіло «сканується» від голови до п'ят.

Терапевт говорить клієнтові: «Уявіть, що ресурсний сканер повільно рухається вашим тілом: спочатку від тім'я до п'ят, а потім - у протилежному напрямку. При цьому сканер фіксує тільки ті місця, де відчуття «найкращі», «нейтральні» чи «приємні». Неприємні чи травматичні місця минаємо без сканування».

Після «сканування» тіла клієнт повідомляє, де він зафіксував приємні відчуття (тілесні ресурси, тобто контрастні місця, порівняно з дискомфорtnими).

Об'єкти прихильності. Емоційній стабілізації сприяє відновлення прив'язаності. Для цього уявляють заспокійливі прихильні образи людей, тварин, рослин, духовних істот. Найкраще, коли під час терапії клієнт спочатку «лімбічно», не називаючи, уявляє і вибирає найбільш ресурсний образ. Потім якийсь час мовчки уявляє обраний об'єкт, глибоко його відчуває, «проживає». Тоді образ закріплюється в пам'яті, його можна будь-коли уявити. Потім клієнт розповідає про свій досвід.

Заспокійливе (безпечне) місце. Емоційній стабілізації сприяє візуалізація себе в безпечному місці - місці спокою, сили. Це може бути реальне місце, де людині добре чи колись було добре. Це може бути інший вимір чи далекий космос,

куточок природи, місце на терасі або біля каміна, головне, щоб там було спокійно.

Природні елементи стабілізації, що породжують відчуття захищеності, підтримки, допомоги (наприклад світло, якщо людина боїться темряви) дуже важливі, якщо клієнт вважає (чи так є насправді), що хтось чи щось загрожує його життю. Це можуть бути такі речі, як ікони, кристали чи камені, дитячі малюнки тощо.

Стабілізувати стан можна і за допомогою теплої води (ванна, душ, сауна), ароматичного масла, «чайної церемонії», споглядання чогось красивого, наприклад, квітів. Особливий засіб, який ефективно стабілізує стан і у випадку реальної небезпеки, і за умови актуалізації травмивного досвіду, - молитва.

Запропоновані ресурси - цінні допоміжні засоби для роботи з клієнтами, які в ранньому віці пережили масивні травмування і страждають від постстресових та супутніх розладів. Особливо це актуально для осіб із дисоціативними, пограничними розладами, *DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified)* чи зі складним посттравматичним стресовим розладом.

Перед тим, як запропонувати клієнтові пошуки ресурсів, терапевт має подумки активізувати стабілізаційні ресурси. Потім можна сказати: «Нехай у вашій свідомості виринають місця, де вам було спокійно; з'являються люди, тварини чи якісь істоти, образи яких вас підтримують, речі, що вас захищають».

Більш ефективно, коли стабілізаційні ресурси (фігури прихильності, заспокійливі місця, елементи стабілізації) клієнт знаходить без вербальної допомоги терапевта. Томас Вебер із власного нейротерапевтичного досвіду зробив висновок, що ресурси, які виникають у клієнта самостійно, без зовнішньої сугестії, дієвіші для душевного зміцнення і ефект від них стійкіший.

7.2. НЕВІДКЛАДНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ТА САМОДОПОМОГА. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Алгоритм надання першої психологічної (екстреної) допомоги в екстремальній ситуації у разі **гострих реакцій на стрес**, що розвиваються безпосередньо після травмивної чи стресової події, відображено в низці публікацій.

Рекомендації щодо роботи з посттравматичними кризовими станами теж широко представлені в літературі, проте вони стосуються фахівців, насамперед психологів і психотерапевтів. А людям, які страждають від гострих проявів постратравматичних стресових розладів, важливо навчитися самостійно стабілізувати гострий стан, їхні близькі також мають уміти надавати психологічну підтримку і невідкладну психологічну допомогу. (Невідкладна психологічна допомога, що надається не фахівцями, орієнтована на зменшення симптоматики, а не на лікування розладів).

Багато методів надання першої допомоги в екстремальних ситуаціях можна застосувати і для невідкладної допомоги та самодопомоги з метою стабілізації стану при гострих проявах постстресових розладів. Люди, що страждають від постратравматичних кризових станів, мають освоїти кілька методів самодопомоги. Зазвичай, досить одного-двох ефективних методів, щоб стабілізувати гострі прояви. Варто також пояснити близьким (рідним, друзям), як вони можуть допомогти у разі прояву стресових симптомів.

Методи невідкладної психологічної допомоги/самопомоги можна обрати з поданих нижче прийомів, модифікувавши їх для конкретної ситуації. Це можуть бути й інші техніки, адже кожна людина й кожна ситуація унікальна. Те, що стабілізує стан в одному випадку, може бути не корисним в іншому. Більше того: те, що допомагало, через певний час може вже не допомогти або навіть мати негативний вплив. Тому людина, яка страждає від постстресових розладів, має постійно відстежувати, як впливають на неї певні речі, слова чи дії, говорити про це тим, хто поруч, і обирати найефективніші заходи самопомоги.

ПРИЙОМИ НЕВІДКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ/САМОДОПОМОГИ

1. ВИЗНАЧИТИ СИМПТОМИ КРИЗОВОГО СТАНУ

Спочатку треба навчитися розрізняти прояви посттравматичних стресових розладів у себе чи у близької людини. Потрібно визначити характер гострого стану, інтенсивність та адекватність ситуації. Наприклад страх може бути різної інтенсивності: від побоювання, схвильованості до панічної атаки. Якщо людина боїться в небезпечній ситуації - це нормально. Якщо ж у небезпечній ситуації страх сковує рухи, заважає адекватно реагувати, то людина потребує допомоги.

2. ЗАСПОКОЇТИ

Якщо людина дуже збуджена чи злякана, її потрібно **заспокоїти**, повернути до рівня схвильованості, адекватного ситуації. Той, хто надає невідкладну допомогу, сам має бути спокійний (це стосується і психологічної допомоги та підтримки).

ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ:

- недооцінювати ситуацію;
- давати неправдиві обіцянки;
- говорити неправду (якщо це виявиться, то рівень тривожності, страху й недовіри зросте);
- давати поради щодо вирішення проблеми;
- звертатися до логіки: «Ти ж доросла людина», «Будь чоловіком». (Це сприймається як «Мене не розуміють, принижують» тощо. Людина у кризовому стані не може адекватно оцінювати ситуацію);
- говорити: «Не бійся», «Не кричи», «Не плач». (Людина чує: «Бійся», «Кричи, «Плач»),

Потрібно демонструвати спокій. Говорити спокійним і впевненим голосом: «Зараз безпечно», «Все в минулому».

3. ДОПОМОГТИ ЗОРІЄНТУВАТИСЯ

У кризовому стані людина дезорієнтована, їй необхідно допомогти зорієнтуватися, повернутися в реальність, у стан «тут і тепер». Для цього потрібно:

- дати чітку інформацію про ситуацію, місце і час;
- чітко відповідати на всі запитання;
- уважно, не перебиваючи, вислухати.

Слова і фрази мають відповідати конкретній ситуації. Можна обмежитися однією чи двома фразами, якщо після них стан стабілізувався.

- **Місце.** Нагадайте людині, де вона знаходиться.
- **Дата.** Нагадайте, яка зараз дата (день, час).
- **Безпека.** Скажіть, що зараз безпечно.
- **Відмінності.** Зверніть увагу, як те, що відбувається зараз, відрізняється від травмивної події.

– **Доречна дія** в конкретній ситуації. Якщо людині важко зорієнтуватися, можна запропонувати їй щось зробити.

Приклад. Повернувшись із зони воєнного конфлікту, військовослужбовець серед ночі з криком зіскакує з ліжка. Сусід може сказати йому таке: «Зараз ми на полігоні (*місце*). Зараз ніч (*час*). Можна спокійно відпочивати (*безпека*). Обстрілу не буде, це не АТО (*відмінності*). Лягай, спи» (*доречна дія*).

Приклад. У 2014 році чоловік був поранений під Іловайськом. Після демобілізації повернувся додому. У неділю він одягає робочий одяг, хоча йти йому нікуди не потрібно. Дружина може сказати: «Почекай (*варіант дії*). Який сьогодні день? (*Зробити невелику паузу.*) Сьогодні ж неділя (*час*). У неділю можна бути цілий день вдома (*місце*). Ти працюєш у школі. Ти вчитель, а не заступник по роботі з особовим складом (*відмінності*). Все добре (*безпека*). Відпочивай» (*доречна дія*).

Під час гострого прояву симптомів постстресового розладу можна і самотійно (подумки чи вголос, залежно від ситуації) проговорювати відповідні тексти. Наприклад: «Я в громадському транспорті (*місце*). Зараз вечір (*час*). Люди їдуть із роботи. Вони схвилювані, але ніякої небезпеки для життя немає (*відмінності, безпека*)».

4. СПРИЯТИ ЗАДОВОЛЕННЮ БАЗОВИХ ФІЗИЧНИХ ПОТРЕБ

– **Нормалізація дихання.** Зверніть увагу на глибоке дихання, на відчуття потоків повітря у ніздрях. (Можна виконувати вправи для нормалізації дихання разом із людиною, якій надаєте допомогу.)

– **Вода.** Щоб привести до тями людину, яка не йде на контакт, можна хлюпнути на неї водою.

Дайте постраждалому питної води (бажано не газованої не кип'яченої). Запропонуйте випити склянку води маленькими ковтками (40 ковтків), при цьому слід подумки рахувати (після кожного ковтка). Кожного разу, ковтнувши воду, потерпілий має робити короткий вдих і довгий видих. Скажіть, що потрібно зосередитися на відчуттях

Запропонуйте потерпілому занурити у воду долоні. Якщо дозволяють умови - нехай умиється, помие руки й ноги. Якщо ж такої можливості немає, можна змочити холодною водою хустинку, потримати її в руках, витерти лоб, обличчя.

Медикаменти, біодобавки, чай. Якщо є випробувані раніше ефективні медикаменти, біодобавки, трав'яний чай, тобто те, що дає легкий заспокійливий ефект, то це можна застосовувати у разі надмірного збудження чи навпаки - завмирання.

5. СПРИЯТИ АКТИВІЗАЦІЇ РЕСУРСІВ

Потрібно сприяти активізації ресурсів, щоб запустити механізми подолання негативних емоцій і станів. Це відновлює почуття самокомпетентності.

– **Самообійми.** Запропонуйте людині міцно обняти себе так, щоб вона

відчула межі свого тіла.

- **Вправа для самоблокування.** Запропонуйте постраждалому покласти одну руку собі на серце, а іншу - на живіт і описати відчуття в цих місцях (спочатку в одному, а потім в іншому).

- **Поглажування серця.** Попросіть людину помістити свої пальці над центром грудної клітки, на 2,5 см нижче від ключиці, й обережно перемістити їх прямо вниз на 10 см. Повторювати такий рух потрібно доти, поки не буде досягнуто відповідного терапевтичного ефекту. Рух схожий на ніжне погладжування кота.

- **П'ять відчуттів.** Попросіть постраждалого назвати щось для кожного з п'яти відчуттів: те, що можна побачити, почути, понюхати, доторкнутися, покуштувати.

- **Сила тяжіння.** Попросіть людину відчути, як ноги доторкаються до підлоги, тіло - до стільця. Скажіть: «Відчуйте тиск від того, що ваше тіло доторкається до стільця».

Стабілізації стану може допомогти **тілесний контакт** із потерпілим:

- **Дотик.** Попросіть у потерпілого дозволу покласти свою руку на його плече, руку чи коліно. Такий дотик може допомогти йому «заземлитися» і врегулювати свій стан. Якщо потрібно, станьте опорою для нього, нехай він зіпреться на вас.

- **Тиск.** Натисніть своїми руками на коліна, ноги чи плечі потерпілого, щоб допомогти йому відчути себе заземленим. Використайте свої ноги, щоб м'яко, але твердо натиснути на його ноги. Попередньо запитайте в нього дозволу.

Речі, що допомагають «заземленню», стабілізації стану

- **Тактильні об'єкти.** Дайте людині предмет, який можна добре відчути. Наприклад, терапевтичний пластилін, торбинку з насінням або квасолею, камінці, шишки чи інші природні матеріали, іграшку, м'яку ковдру. Скажіть, щоб він відчув цей предмет, пом'яв його в руках, зосередився на тому, що відчуває, та описав уголос свої відчуття.

- **Шматочки льоду.** Дайте потерпілому шматочок льоду, попросіть його відчути холод у долонях.

- **Заземлення за допомогою подушки чи ковдри.** Запропонуйте покласти на коліна подушку чи ковдру і поплескати по ній долонями.

- **Набивна (м'яка) іграшка.** М'яка іграшка асоціюється з утіхою, нехай потерпілий потримає її в руках.

- **Музика.** Доберіть музику (наприклад, звуки природи), таку, що буде заспокоювати саме цю людину, і запропонуйте її послухати.

- **Домашні тварини** - найкращі психотерапевти. У США в психіатричній службі «працюють» собаки, навчені допомагати людям із психіатричними діагнозами, аутизмом і ПТСР.

- Якщо зазначені вище заходи не спрацьовують, то часто вдаються до лікування за допомогою собак - каністерапії. Інші домашні тварини (коти, коні) також можуть ефективно стабілізувати психофізичний стан тоді, коли інші прийоми не допомагають.

- **НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ГОСТРИХ РЕАКЦІЯХ НА**

СТРЕС

– **Автори публікацій, присвячених першій психологічній допомозі у разі гострих реакцій на травмівну подію, найчастіше опираються на підходи, представлені в збірнику «Екстремальні ситуації». Звернемося до зазначеного матеріалу й ми, зробивши певні уточнення. Зазначимо, що нижче описані гострі стани високої інтенсивності. У реальному житті реакції на стрес, прояви кризових станів можуть бути значно слабші й не так яскраво виражені.**

СТРАХ

СТРАХ - ЕМОЦІЯ, ЩО ВИНИКАЄ В СИТУАЦІЇ ЗАГРОЗИ ФІЗИЧНОМУ ЧИ СОЦІАЛЬНОМУ БЛАГОПОЛУЧЧЮ ЛЮДИНИ. ЦЯ ЕМОЦІЯ СПРЯМОВАНА НА ДЖЕРЕЛО РЕАЛЬНОЇ ЧИ УЯВНОЇ НЕБЕЗПЕКИ. СТРАХ МОЖЕ БУТИ НАСЛІДКОМ ТРАВМІВНИХ ЧИННИКІВ АБО СИГНАЛОМ ПРО ЗАГРОЗУ ПОВТОРЕННЯ ТАКИХ ЧИННИКІВ.

Страх має багато відтінків: побоювання, переляк, жах, паніка. Коли страх стає панічним, людина може заціпеніти, втікати, агресивно поводитися, захищатися тощо. При цьому вона погано контролює себе і ситуацію: не усвідомлює, що робить, що відбувається навколо.

Ознаки:

- напруження м'язів (особливо м'язів обличчя);
- сильне серцебиття;
- прискорене поверхневе дихання;
- безпорадність, знижена здатність до контролю власної поведінки.

Алгоритм першої допомоги

1. Покладіть руку постраждалого собі на зап'ястя, щоб він відчув ваш пульс і зрозумів, що ви спокійні. Це буде для нього сигналом: «Я - поряд, ти не один».

2. Дихайте глибоко й рівно. Спонукайте потерпілого дихати в одному ритмі з вами.

3. Якщо потерпілий говорить, вислухайте його. Продемонструйте зацікавленість, розуміння, співчуття.

4. Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

5. Якщо ситуація вимагає швидкого реагування, продемонструйте, як потрібно діяти, скажіть: «Роби, як я».

НЕМОЖНА!

– Висміювати людину, називати боягузом. Боятися всі: страх - корисна емоція, він допомагає уникнути небезпеки і вижити.

– Боротися зі страхом потрібно лише тоді, коли він надмірний і заважає жити й виживати.

СТУПОР

СТУПОР - ОДНА З НАЙСИЛЬНІШИХ ЗАХИСНИХ РЕАКЦІЙ ОРГАНІЗМУ. ЦЕЙ СТАН СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ ПІСЛЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ДУЖЕ СИЛЬНОЇ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ, КОЛИ ЛЮДИНА ВИТРАЧАЄ ТАК БАГАТО ЕНЕРГІЇ НА ВИЖИВАННЯ, ЩО СИЛИ НА КОНТАКТ ІЗ НАВКОЛИШНІМ СВІТОМ У НЕЇ ВЖЕ НЕМАЄ.

Ступор може тривати від кількох хвилин до кількох годин.

Ознаки:

- різке зменшення або повна відсутність рухів і мовлення; відсутність реакції на зовнішні подразники (шум, світло, дотики);
- непорушність, яка може доходити до «заціпеніння» у певній позі, стан повної нерухомості або колапсу.

Алгоритм першої допомоги

1. Ваше завдання: будь-що домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння.

2. Зігніть потерпілому пальці на обох руках і притисніть їх до долонь. Великі пальці згинати не потрібно {див. рис. 7.6}.



3. Кінчиками великого й вказівного пальців масажуйте потерпілому точки, розташовані на лобі, над очима посередині між лінією росту волосся й бровами, чітко над зіницями.

4. Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Налаштуйте свій подих під ритм його подиху.

5. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути, бачити. Тому говоріть їй на вухо, тихо, повільно й чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні).

6. Можна плеснути долоню потерпілого тильною стороною своєї долоні.
НЕМОЖНА!

Залишати потерпілого без допомоги. В такому стані людина безпомічна, вона не може подбати про себе й уникнути небезпеки. Якщо ступор триватиме довго, настане фізичне виснаження.

НЕРВОВЕ ТРЕМТІННЯ

ПІСЛЯ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ В ТІЛІ З'ЯВЛЯЄТЬСЯ НЕКОНТРОЛЬОВАНЕ ТРЕМТІННЯ (ЗА ВЛАСНИМ БАЖАННЯМ ПРИПИНИТИ ТРЕМТІННЯ НЕ МОЖНА). ЗДАЄТЬСЯ, НІБИ ЛЮДИНА ДУЖЕ ЗМЕРЗЛА. ОДНАЧЕ СПРАВА НЕ В ЦЬОМУ, ЧЕРЕЗ ТРЕМТІННЯ ОРГАНІЗМ ЗВІЛЬНЯЄТЬСЯ ВІД НАДМІРНОГО НАПРУЖЕННЯ.

Цю реакцію зупиняти не можна, оскільки, якщо розрядки не відбудеться, в тілі залишаться м'язові затиски, внаслідок чого людина страждатиме від болів у м'язах, можуть початися психосоматичні розлади, зокрема, шлунково-кишкового тракту, артеріальна гіпертензія тощо.

Ознаки:

- нервово-тремтіння починається зненацька, сразу ж після травмівної події чи через певний час після її закінчення;
- тремтить усе тіло чи окремі його частини (людина не може втримати в руках дрібні предмети, запалити цигарку, випити води тощо);
- реакція триває досить довго, до кількох годин;
- потім людина відчувається дуже втомленою і потребує відпочинку.

Алгоритм першої допомоги

1. Потрібно посилити тремтіння.



2. Візьміть потерпілого за плечі й сильно, різко потрясіть його протягом 10-15 секунд {див. рис. 7.7}.

3. Попередньо поясніть людині, для чого ви це робите, інакше вона може сприйняти ваші дії як вияв агресії.

4. Після того, як тремтіння припиниться, дайте постраждалому можливість відпочити. Добре, якщо він зможе заснути.

НЕ МОЖНА!

– Обіймати потерпілого або тулити його до себе.

- Намагатися зігріти, укривати чимось теплим.
- Заспокоювати потерпілого, говорити, щоб він опанував себе, «взяв у руки».

Важливо: відрізнити звільнення від нервового напруження через тремтіння від дрижання через знесилення і переохолодження (у цьому разі людину потрібно зігріти).

ПСИХОМОТОРНЕ ЗБУДЖЕННЯ

ІНОДІ ПОТРАСІННЯ БУВАЄ ТАКЕ СИЛЬНЕ, ЩО ПОТЕРПІЛИЙ РОЗГУБЛЮЄТЬСЯ І НЕ МОЖЕ ЗРОЗУМІТИ, ЩО ВІДБУВАЄТЬСЯ ДОВКОЛА: ДЕ ВОРОГИ, А ДЕ СВОЇ? ДЕ НЕБЕЗПЕКА, А ДЕ ПОРЯТУНОК? ЛЮДИНА ВТРАЧАЄ ЗДАТНІСТЬ ЛОГІЧНО МИСЛИТИ І ЩОСЬ ВИРІШУВАТИ, ВОНА НЕ ЗНАХОДИТЬ СОБІ МІСЦЯ, ПОВОДИТЬСЯ, ЯК ЗАЦЬКОВАНИЙ ЗВІР, ЩО НАМАГАЄТЬСЯ ВИРВАТИСЯ З КЛІТКИ.

Психомоторне збудження зазвичай триває недовго. На зміну йому може прийти нервові тремтіння, плач чи агресивна поведінка.

Ознаки:

- різкі рухи, часто безцільні й безглузді дії;
- неприродне голосне швидке мовлення (людина говорить, не зупиняючись, іноді - безглузді речі);
- потерпілий часто не реагує на навколишніх (на зауваження, прохання, накази).

Алгоритм першої допомоги

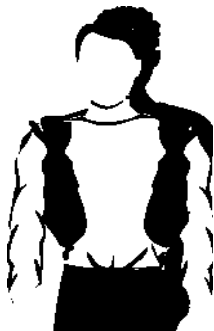


Рисунок 2.8

1. Пам'ятайте, що постраждалий може завдати ушкоджень собі чи оточуючим.

2. Використовуйте прийом «обхоплення»: перебуваючи позаду, просуньте свої руки потерпілому під пахви, притуліть його й злегка схиліть на себе (див. рис. 7.8).

3. Ізолюйте потерпілого. Нехай поруч буде якомога менше людей. Проте не залишайтеся наодинці з постраждалим! Це може бути небезпечно.

4. Дайте потерпілому можливість «розрядитися». Наприклад, виговоритися чи зробити щось, пов'язане з високим фізичним навантаженням.

навантаженням.

5. Демонструйте доброзичливість, навіть якщо ви не згодні з потерпілим.

6. Замість звинувачень «Що ти за людина! Чому не можеш помовчати», скажіть про своє ставлення до його дій. «Ти дуже знервований. Тобі хочеться все

розбити. Може, разом спробуємо знайти вихід із цієї ситуації?». Якщо звинувачувати постраждалого, то можна стати об'єктом його агресії!

7. Масажуйте постраждалому «позитивні» точки (див рис. 7.9). Говоріть спокійним голосом про його стан, почуття («Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося. Ти хочеш сховатися від того, що відбувається»).

НЕ МОЖНА!

– Сперечатися, сваритися з потерпілим.



Рисунок 7.9

– Вдаватися до прямої агресії щодо нього (наприклад, бити).

– Ставити запитання.

– Говорити фрази з часткою «не», що стосуються небажаних дій. Наприклад: «Не біжи», «Не розмахуй руками», «Не кричи». Якщо висловлюватися таким чином, то людина буде чути протилежне: «Біжи! Розмахуй руками! Кричи!», збудження зростатиме. Скажіть: «Зупинися», «Йди зі мною», «Опусти руки», «Спробуй говорити тихіше, повільніше».

ІСТЕРИКА

ІСТЕРИКА - ЦЕ НЕРВОВИЙ ПРИСТУП, ЩО ВИРАЖАЄТЬСЯ В НЕСПОДІВАНИХ ПЕРЕХОДАХ ВІД СМІХУ ДО СЛІЗ. ІНКОЛИ НЕ ЗРОЗУМІЛО, ПЛАЧЕ ЛЮДИНА ЧИ СМІЄТЬСЯ. ПРИСТУП МОЖЕ ТРИВАТИ ВІД КІЛЬКОХ ГОДИН ДО КІЛЬКОХ ДНІВ. СМІХ І РИДАННЯ СПРИЧИНЯЮТЬ ТРЕМТІННЯ, ЯКЕ СПРИЯЄ ЕМОЦІЙНІЙ РОЗРЯДЦІ. ПРОТЕ ПРИСУТНІСТЬ «ГЛЯДАЧІВ» МОЖЕ ЗАТЯГУВАТИ ПРОЦЕС СТАБІЛІЗАЦІЇ.

Ознаки:

- зберігається свідомість;
- людина робить надмір рухів;
- театральні пози, жестикуляція;
- мова емоційно насичена, швидка;
- інколи людина голосно плаче, ридає;
- може бути нестримний сміх.

Алгоритм першої допомоги

1. Позбавтеся глядачів, створіть спокійні умови.
2. Залишайтеся з постраждалим наодинці, якщо це не буде для вас небезпечним.
3. Якщо потрібно звернути на себе увагу і домогтися якоїсь реакції - зробіть щось несподіване, що може здивувати (можна дати ляпаса, облити водою, з гуркотом кинути предмет, різко крикнути на потерпілого).

4. Говоріть упевнено, короткими чіткими фразами: «Ходімо зі мною», «Випий води», «Умийся».

5. Після істерики приходить втома. Покладіть потерпілого спати, до прибуття фахівця спостерігайте за його станом.

НЕМОЖНА!

– Потурати бажанням потерпілого.

– Підтримувати переконання, що істеричною поведінкою можна досягти чогось позитивного.

АГРЕСІЯ

Агресія (індивідуальна чи колективна) виявляється в діях, спрямованих на спричинення фізичної чи психічної шкоди чи навіть на знищення іншої людини чи групи людей.

АГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА - МИМОВІЛЬНИЙ СПОСІБ ЗМЕНШЕННЯ СУТТЄВОГО ВНУТРІШНЬОГО НАПРУЖЕННЯ. ПРОЯВИ ЗЛОСТІ АБО АГРЕСІЇ МОЖУТЬ ТРИВАТИ ДОВГО І ЗАВАЖАТИ НОРМАЛЬНО ФУНКЦІОНУВАТИ І ПОТЕРПІЛОМУ, Й ТИМ, ХТО ЗНАХОДИТЬСЯ ПОРУЧ.

Ознаки:

- дратівливість;
- невдоволення;
- гнів;
- намагання вдарити когось;
- удари руками по чомусь (наприклад, по стіні);
- словесні образи, лайка;
- м'язове напруження;
- підвищення кров'яного тиску.

Алгоритм першої допомоги

1. Заберіть у агресивно налаштованої людини зброю.
2. Зведіть до мінімуму кількість присутніх.
3. Дайте постраждалому можливість «розрядитися» (наприклад, виговориться чи «побити» подушку).
4. Доручіть йому роботу, зв'язану з високим фізичним навантаженням.
5. Будьте доброзичливими. Навіть, якщо ви не згодні, не сперечайтесь з потерпілим. Інакше агресія буде спрямована на вас.
6. Спробуйте розрядити ситуацію смішними коментарями чи діями.
7. Агресію може зменшити страх покарання у разі:
 - якщо потерпілий не має на меті отримати вигоду від своєї агресивної поведінки (наприклад, домогтися чогось, змусити оточуючих діяти певним чином);
 - якщо покарання строге і ймовірність його здійснення велика.

НЕМОЖНА!

– Ігнорувати агресивну поведінку. Це може призвести до небезпечних наслідків: через втрату контролю людина в стані агресії може здійснити необдумані вчинки, спричинити шкоду собі чи іншим.

– Залишатися наодинці з агресивною людиною, особливо з озброєною.

ПЛАЧ

ВІДОМО, ЩО ПІСЛЯ ПЛАЧУ НА ДУШІ СТАЄ ЛЕГШЕ. ТАКА РЕАКЦІЯ ОБУМОВЛЕНА ФІЗІОЛОГІЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ В ОРГАНІЗМІ: СЛЬОЗИ СПРИЯЮТЬ ВИДІЛЕННЮ ЗАСПОКІЙЛИВИХ РЕЧОВИН. ДОБРЕ, ЯКЩО ПОРУЧ Є ЛЮДИНА, В ПРИСУТНОСТІ ЯКОЇ ЛЕГКО МОВЧАТИ І ЛЕГКО ПЛАКАТИ, АДЖЕ РОЗДІЛЕНЕ ГОРЕ - ЦЕ ПІВГОРЯ.

Якщо ж довго стримувати сльози, то емоційної розрядки не відбувається, і, відповідно, не приходить полегшення. Внутрішнє напруження може завдати шкоди

фізичному й психічному здоров'ю людини.

Ознаки:

- тремтять губи;
- пригнічений вираз обличчя;
- обличчя напружене;
- ознак збудження немає (на відміну від істерики);
- людина плаче чи намагається стримувати сльози.

Алгоритм першої допомоги тому, хто плаче

1. Знайдіть безпечне місце, де немає людей.
 2. Попросіть дозволу побути поруч. Установіть із потерпілим фізичний контакт: доторкніться до нього, візьміть за руку чи покладіть свою руку йому на плече або на спину. Важливо, щоб він відчув вашу присутність.
 3. Дайте потерпілому можливість виплакати й виговоритися. Ваше завдання - вислухати його.
 4. Застосовуйте прийоми активного слухання, вони допоможуть потерпілому звільнитися від горя:
 - згоджуйтеся, періодично говоріть «ага», «так», киваючи головою, аби підтвердити, що слухаєте й співчуваєте;
 - повторюйте уривки фраз, у яких людина описує свої почуття (наприклад, «тобі сумно», «самотньо», «ти стомився» тощо);
 - говоріть про свої почуття й почуття потерпілого.
- НЕМОЖНА!**
- Говорити «Ти ж чоловік - кріпися» або «Ти ж жінка, а жінка зможе витримати все».
 - Ставити запитання, давати поради.
 - Заспокоювати потерпілого словами: «Не плач, все буде добре».

АПАТІЯ

АПАТІЯ МОЖЕ РОЗВИВАТИСЯ ПІСЛЯ ТРИВАЛОЇ НАПРУЖЕНОЇ, АЛЕ БЕЗУСПІШНОЇ РОБОТИ АБО В СИТУАЦІЇ, КОЛИ ЛЮДИНА ПЕРЕЖИВАЄ СЕРЬОЗНУ НЕВДАЧУ, ВТРАЧАЄ СЕНС СВОЄЇ ДІЯЛЬНОСТІ, А ЧАСТО Й ІСНУВАННЯ. АПАТІЯ МОЖЕ БУТИ НАСЛІДКОМ ТОГО, ЩО НЕ ВДАЛОСЯ ВИКОНАТИ ПОСТАВЛЕНЕ ЗАВДАННЯ ЧИ ВРЯТУВАТИ КОГОСЬ.

У стані апатії людина відчуває велику втому, таку, що їй не хочеться ні рухатися, ні говорити: кожен рух, кожне слово потребує значних зусиль.

У душі - порожньо, немає сили навіть на виявлення почуттів. Людина відчуває безпорадність перед життєвими труднощами, безперспективність і марність зусиль. Такий стан може тривати від кількох днів до кількох тижнів.

Ознаки:

- байдуже ставлення до навколишніх, до того, що відбувається;
- млявість;
- загальмованість;
- мовлення уповільнене, великі паузи між фразами.

Алгоритм першої допомоги

1. Поговоріть із потерпілим. Запитайте його, як він себе почуває? Що йому потрібно? Чи хоче він їсти? Чи потрібно йому відпочити?

2. Проведіть його до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися. Якщо це військовослужбовець, то потрібно обов'язково зняти каску, бронежилет, взуття.

3. Візьміть потерпілого за руку чи покладіть свою руку йому на чоло.

4. Дайте можливість постраждалому спокійно полежати. Краще якщо йому вдасться заснути, якщо ж ні, то він може просто полежати із заплющеними очима.

5. Якщо можливості відпочити немає, то будьте поруч із потерпілим, зробіть щось разом (прогуляйтеся, випийте чаю, допоможіть комусь).

НЕ МОЖНА!

Лишати людину напризволяще, без підтримки й допомоги. Інакше апатія може перерости в депресію (гнітючі думки, почуття провини, пасивна поведінка, пригнічений стан), можуть з'явитися суїцидальні наміри і спроби вчинити самогубство.

МАЯЧНЯ І ГАЛЮЦИНАЦІЇ

Травмівна ситуація може призвести до сильного нервового напруження, порушити рівновагу організму, негативно вплинути на здоров'я - не лише на фізичне, але й на психічне. Це може спровокувати чи загострити вже наявні психічні захворювання.

МАЯЧНЯ - СУКУПНІСТЬ РІЗНОМАНІТНИХ УЯВЛЕНЬ, ІДЕЙ, СУДЖЕНЬ ТА УМОВИВODІВ, ЩО НЕ ВІДПОВІДАЮТЬ ДІЙСНОСТІ, У ПОМИЛКОВОСТІ ЯКИХ ПОТЕРПІЛОГО НЕМОЖЛИВО ПЕРЕКОНАТИ. ІНКОЛИ МАЯЧНЯ СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ СТРАХОМ, ТРИВОГОЮ, ВІДЧУТТЯМ НЕБЕЗПЕКИ.

ГАЛЮЦИНАЦІЇ - МИМОВІЛЬНЕ СПРИЙНЯТТЯ (ЗОРОВЕ, СЛУХОВЕ, СМАКОВЕ, ДОТИЧНЕ, НЮХОВЕ) НЕІСНУЮЧИХ ОБ'ЄКТІВ, ЯКІ ОСОБИСТІСТЬ ВВАЖАЄ РЕАЛЬНИМИ. ГАЛЮЦИНАЦІЇ СПОСТЕРІГАЮТЬСЯ НЕ ЛИШЕ У РАЗІ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, А Й ПРИ ОТРУСННЯХ, ПСИХІЧНИХ ТРАВМАХ, СИЛЬНИХ ДУШЕВНИХ ПОТРАСІННЯХ, ТРИВАЛИХ ОЧІКУВАННЯХ ТОЩО.

Алгоритм першої допомоги

1. Стежте, щоб потерпілий не нашкодив собі й навколишнім.
2. Заберіть від нього предмети, що потенційно можуть бути небезпечними.
3. Відведіть потерпілого у відокремлене місце, не залишайте його одного.
4. Говоріть із постраждалим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним.
5. Потрібно викликати фахівців (психіатра) або транспортувати потерпілого із відповідним супроводом у медичний заклад.

НЕ ПОТРІБНО!

Переконувати потерпілого в хибності уявлень. У такій ситуації це зробити неможливо.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Які, на вашу думку, ситуації можна вважати екстремальними, нестандартними?

2. Що можна зробити в ситуаціях, коли людина боїться (не може стримати люті, тремтить, надмірно збуджена, перебуває в шоковому стані), щоб надати їй невідкладну психологічну допомогу?

3. Які, на вашу думку, методи самодопомоги ефективні для стабілізації стану?

Лекція 8. Психологічна допомога під час горювання

ПЛАН

- 8.1. Горе як природна реакція на втрату. Особливості процесу Горювання.
- 8.2. Психологічна допомога у випадку важкої втрати.
- 8.3. Особливості дитячого горювання.
- 8.4. Як пережити горе? Психологічні рекомендації

8.1. Горе як природна реакція на втрату. особливості процесу горювання

Життя людини завжди пов'язане із втратами. Раніше чи пізніше кожна людина переживає втрату (працездатності, здоров'я, житла, грошей тощо), внаслідок чого спосіб її життя може різко змінитися. Будь-яка втрата завжди супроводжується психологічними переживаннями, однак найтрагічніші для людини події пов'язані із втратою близьких людей, тому в цьому розділі ми зупинимося на особливостях переживання горя як реакції на смерть.

ГОРЕ - УНІВЕРСАЛЬНЕ ЛЮДСЬКЕ ПЕРЕЖИВАННЯ, РЕАКЦІЯ НА ВТРАТУ ЗНАЧУЩОГО ОБ'ЄКТА, ЧАСТИНИ ІДЕНТИЧНОСТІ АБО ОЧІКУВАНОГО МАЙБУТНЬОГО; ЦЕ ПЕРЕЖИВАННЯ ВКЛЮЧАЄ ДУШЕВНИЙ БІЛЬ, СМУТОК, ГНІВ, БЕЗПОРАДНІСТЬ, ПОЧУТТЯ ПРОВІНИ І РОЗПАЧ.

Але позбутися страждань можна, лише переживаючи страждання. Тобто, страждання, або **«робота горя»**, - це природний процес, необхідний для того, щоб оплакати смерть близької людини і пережити втрату, стати незалежним від втрати, пристосуватися до реалій життя і побудувати нові стосунки з людьми й зі світом.

Є низка теоретичних моделей, що описують процес горя: теорії Еріка Ліндемана, Елізабет Кюблер-Рос, Ваміка Волкана, Джона Боулбі, Коліна Паркеса, Джорджа Поллока тощо. Класифікації відрізняються одна від одної відповідно до теоретичних орієнтацій дослідників. Наприклад, Д. Боулбі, автор теорії прив'язаності, виділив три фази процесу горювання, але пізніше і він, і К. Паркес виділяли вже чотири фази. Д. Боулбі і К. Паркес описали першу фазу як **«заціпеніння»** (від декількох годин до тижня). Після заціпеніння настає **фаза туги** за втраченою людиною і прагнення повернути втрату, яка може тривати кілька місяців або років. Третьою фазою є **дезорганізація**, за якою йде четверта фаза - **реорганізація**.

Д. Поллок говорить про відмінність між гострою та хронічною стадіями горювання. **Гостру стадію** він розділяє на три підфази: реакція шоку, афективні реакції і реакція на розлуку. **Хронічна стадія**, за Д. Поллоком, подібна до фази класичної роботи горя, описаної Зигмундом Фройдом.

В. Волкан опирається на модель Д. Поллока, але не використовує терміни «гостра» і «хронічна» стадії. Щоб уникнути семантичних труднощів, він розділяє весь процес скорботи на **початкову стадію і роботу горя**. Він також виділяє

процес адаптації, наступний за **процесом горювання**, подібно до Д. Поллока і Г. Рохліна.

Розглянемо детальніше основні теоретичні моделі горювання.

ТЕОРІЯ ЕРІКА ЛІНДЕМАНА

Як зазначалося вище, Е. Ліндемани належить вислів **«робота горя»**, що вживається в літературі й дотепер. Так називають процес переживання людьми великої втрати. Під час «роботи горя» людина звільняється від прив'язаності до померлого, адаптується до світу, в якому більше немає померлого, і будує нові стосунки. Ліндемани створив фундамент для наступних теорій горювання, виділивши особливості **гострого** та **нормального горя**. Важливим внеском Еріка Ліндемани є й те, що він описував не лише емоції і почуття, а й фізичні відчуття, пов'язані з реакцією на втрату.

Нижче подано п'ять ознак, що їх Е. Ліндемани називає визначальними для переживання горя, тобто такими, які зустрічаються в людей, що переживають горе, та однозначно свідчать про його наявність, не допускаючи інших трактувань.

Ознаки, визначальні для переживання горя

1. **Соматичний дистрес.** Напади дискомфорту, що продовжуються до години; соматичні скарги (відчуття стискання в горлі, переривчасте дихання, зітхання, відчуття порожнечі в шлунку, порушення апетиту, зміна смаку їжі), слабкість і надзвичайний фізичний чи емоційний біль.

2. **Захопленість образом померлого.** Людина в скорботі переживає відчуття нереальності, емоційної відокремленості від інших, вона захоплена образом померлого.

3. **Почуття провини** стосовно померлого чи щодо обставин його смерті. Людина вважає смерть близького результатом своєї недбалості чи недостатньої уважності, шукає доказів власної причетності до його смерті.

4. **Реакції неприязні.** Стосунки з іншими людьми порушуються, втрачають теплоту через те, що скорботна людина бажає залишитися наодинці, вона дратівлива й сердита. Це призводить до формалізованого спілкування.

5. **Нездатність функціонувати на попередньому рівні.** Людина у скорботі намагається щось робити, але все робить без інтересу, автоматично. Її дивує той факт, що велика частка традиційної діяльності була пов'язана з померлим (зустрічі, розмови). Все це тепер втрачено. Ця втрата є причиною сильної залежності від будь-кого, хто стимулюватиме активність людини, яка переживає втрату.

6. Е. Ліндемани пропонує ще одну, шосту ознаку, яка доповнює цілісну картину. Це характеристика людей, які перебувають на межі патологічних реакцій, а саме: **поява рис померлого в поведінці особи, що залишилася.** Це можуть бути симптоми останньої хвороби померлого чи поведінка, яка спостерігалася в час трагедії. Може змінюватися коло інтересів у напрямку колишніх інтересів померлої людини. Ця ознака досить постійна у людей, хворобливо поглинутих образом померлого.

ТЕОРІЯ ЕЛІЗАБЕТ КЮБЛЕР-РОС

У 1969 році Е. Кюблер-Рос у своїй книжці «Про смерть і вмирання» описала **п'ять стадій горя**: заперечення; гнів; торг; депресія; прийняття.

1. **Заперечення:** «Я не можу в це повірити», «Цього не може бути!», «Не зі мною!». Як правило, це лише тимчасова захисна реакція людини, спосіб відгородитися від сумної реальності - як усвідомлений, так і неусвідомлений. Основні ознаки заперечення: небажання обговорювати проблему, замкнутість, спроби вдавати, що «все в порядку», невіра в те, що трагедія насправді відбулася. Зазвичай, людина, перебуваючи на цій стадії горя, так намагається витіснити свої емоції, але рано чи пізно стримувані почуття прориваються і починається наступний етап.

2. **Гнів:** «Чому я? Це несправедливо!», «Ні! Я не можу цього прийняти!». Гнів, а часом навіть лють, спричиняє обурення, відчай через несправедливу і жорстоку долю. Виявляється гнів по-різному: людина може злитися й на себе, і на окремих людей, і просто на ситуацію. Важливо не осуджувати людину, яка переживає цей етап, не провокувати сварки. Варто пам'ятати, що причина злості людини полягає в горі і що це тільки тимчасова стадія.

3. **Торг.** Період торгу - це період надії, людина тішить себе думками, що трагічну подію можна змінити або запобігти їй шляхом укладення контрактів із Богом, з життям. Людина думає, наприклад, так: «Якщо я пообіцяю це робити (чи не робити), то Ти, Господи, не допустиш цих змін у моєму житті». Іноді торги набувають вигляду забобонів: людина може переконувати себе, що якщо, наприклад, вона побачить три падаючі зірки за одну ніч, то всі її проблеми зникнуть.

4. **Депресія:** «Я така нещасна, мене нічого не цікавить»; «Все жахливо... Для чого робити спроби?». Коли людина, яка переживає скорботу, розуміє, що торги не дають результатів, що трагічні зміни реальні, вона впадає у стан пригніченості, депресії, у неї зникає життєва сила.

5. **Прийняття:** «Все буде добре»; «Я не можу змінити цього, але я можу бути з цим». Коли людина розуміє, що трагічні події відмінити неможливо, померлий не повернеться, вона підходить до стадії прийняття. Це не щасливий стан, а швидше покірне прийняття змін, і відчуття, що вона повинна з цим змиритися. Вперше на цьому етапі люди починають оцінювати перспективи. Хоч і важко, але потрібно рухатися вперед.

Хоча Е. Кюблер-Рос і не включила надію у свій список п'яти стадій, однак вважала, що надія -це важлива нитка, яка пов'язує всі стадії горювання. Надія дає віру в можливі хороші зміни, в те, що у всього є особливий сенс, який ми зрозуміємо згодом, - рано чи пізно все минає.

ТЕОРІЯ ВАМІКА ВОЛКАНА

У своїй праці «Життя після втрати. Психологія горювання» американський психоаналітик доктор Вамік Волкан разом із журналісткою Елізабет Зінтл показують, що переживання горя обумовлюється нашими минулими історіями втрат і є індивідуальним для кожної людини. Зосереджуючись на найтрагічнішій із втрат - смерті, дослідники розглядають її серед інших втрат: розлука подружжя, втрата мрії, ідеалу, дружби, батьківщини, навіть колишнього себе. Привносячи унікальне розуміння у психодинаміку переживання горя, В. Волкан і Е. Зінтл визначають нормальне або «неускладнене» горе і простежують розвиток патологічного горя.

Узагальнення відомих теоретичних моделей процесу горювання та результати власних спостережень і спостережень деяких дослідників дозволяють виокремити **критичні періоди процесу горювання**.

1. Перші 48 годин. Шок від перенесеної втрати і відмова повірити в те, що сталося, може проявлятися в перші години. Емоційно це іноді виражається страхом втратити когось із членів сім'ї та друзів (можливий також сильний страх втрати самого себе - і в фізичному, і в психічному сенсі).

2. Перший тиждень. Необхідність організації похоронного обряду та інші клопоти заповнюють увесь час, почуття втрати часто переносять автоматично, що іноді супроводжується відчуттям «занепаду», емоційним та фізичним виснаженням.

3. Від 2 до 5 тижнів. Домінує відчуття, що тебе залишили сім'я і друзі, які повернулися до своїх буденних справ після похорону.

4. Від 6 до 12 тижнів. На цій стадії шоківий стан змінюється усвідомленням реальності втрати. Спектр пережитих у цей час емоцій досить широкий; людина відчуває втрату і погано контролює себе.

5. Від 3 до 4 місяців. Починається чергуванням «хороших та поганих днів». Людина стає дратівливою та нетерплячою щодо фрустрації. Здебільшого з'являється гнів, почуття емоційної регресії, внаслідок зниження імунітету зростають соматичні скарги, особливо інфекційного і простудного характеру.

6. 6 місяців. Починається депресія. Слабшає тягар пережитого, але гнітючі емоції залишаються. Дні народження, свята особливо важко переносяться і можуть викликати депресію.

7. 12 місяців. Перша річниця з дня смерті може бути травмівною або переломною, залежно від наслідків пережитих за рік страждань.

8. Від 12 до 24 місяців. Це час «розсмоктування». Людина, що пережила втрату, повільно повертається до колишнього життя. Саме в цей період зникають зі словникового запасу слова «важка втрата» та «горе»; життя бере своє [50].

ОСОБЛИВОСТІ ГОРЮВАННЯ ЗА КОЛІНОМ ПАРКЕСОМ

Фази горювання: оціпеніння (шок); туга (заперечення втрати, агресія); фаза хаосу й відчаю, під час якої людина не може функціонувати на звичному рівні; реорганізація життя [60]. Для всіх культур характерна певна реакція на втрату значущої людини, що є нормальним проявом горювання.

На відміну від нормального переживання горя і скорботи після важкої втрати **патологічне горе** характеризується надмірною інтенсивністю переживань і довгою тривалістю. До ускладненого (патологічного) горя призводять: втрата раптова або несподівана; втрата, що викликає подвійні почуття, насамперед гнів і самозвинувачення; втрата людини, з якою були пов'язані сильні залежні стосунки, що спричинили відчай і тугу; декілька втрат упродовж короткого відтинку часу; відсутність системної підтримки особистості чи життєзабезпечення.

Інші чинники, на які необхідно звернути увагу і які свідчать про те, що людина перебуває в стані **важкої втрати**:

- говорить про померлого, ніби це сталося вчора;
- відмовляється віддати чи викинути особисті речі померлого;

- виявляє фізичні симптоми, подібні до тих, що були у померлої людини;
- перебуває в депресії, пов'язаній із гострим почуттям провини і низькою самооцінкою;
- з'являються риси характеру померлого;
- надмірно реагує сильним горюванням на чиюсь втрату;
- радикально щось змінює відразу після смерті близької людини.

Форми ускладненого горя

1. Хронічне горе. Переживання горя носить постійний характер. Найменше нагадування про втрату викликає інтенсивні переживання навіть через тривалий час після втрати.

2. Конфліктне горе (перебільшене). Одна чи декілька ознак горя спотворюються або занадто посилюються, насамперед почуття провини і гніву. Виникають подвійні почуття. З'являється хибна ейфорія, що переходить у затяжну депресію з ідеями самозвинувачення.

3. Масковане горе. Прояви горя незначні або їх зовсім немає. Натомість з'являються соматичні скарги, ознаки хвороби, яка була у померлого. Немає усвідомлення зв'язку із втратою.

4. Несподіване горе. Раптовість майже унеможлиблює прийняття й інтеграцію втрати. Переважають інтенсивні почуття тривоги, самозвинувачення, депресія, що ускладнює повсякденне життя. Характерними є думки про самогубство.

5. Відкладене горе. Переживання відкладають на потім. Відразу після втрати спостерігаються емоційні прояви, але потім «робота горя» припиняється. У подальшому нова втрата чи нагадування про попередню втрату запускають механізм переживання. Людина може неодноразово говорити про втрату, однак не бажає нічого змінювати або діє прямо протилежно.

6. Відсутність горя. Немає ніяких зовнішніх проявів горя, начебто втрати й не було. Людина повністю заперечує втрату або перебуває в стані шоку [60].

У певних випадках перебіг горя, зокрема й ускладненого, може посилюватися посттравматичним стресовим розладом, наприклад, в умовах надзвичайного стихійного лиха, воєнних дій чи їхніх наслідків. Загалом можна виокремити типові симптоми природного переживання горя і патологічні симптоми.

Типові симптоми горя (прояви): порушення сну; анорексія чи втрата ваги; дратівливість; проблеми з концентрацією уваги; втрата інтересу до новин, роботи, друзів, церкви тощо; пригніченість; апатія і відчуження; намагання усамотнитись; плач; самозвинувачення; суїци- дальні думки; соматичні симптоми; втома.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ТА АКТИВНА УЧАСТЬ ПОТЕРПІЛИХ У РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРОГРАМІ

Патологічні симптоми горя:

- тривале переживання горя (кілька років);
- затримка реакції на смерть близької людини (немає вираження страждань протягом 2-х і більше тижнів);
- сильна депресія, що супроводжується безсонням, почуттям провини, напруженням, гіркими докорами на свою адресу й потребою в самозвинуваченні;

- стійка відсутність ініціативи або спонукань, інертність;
- хвороби психосоматичного характеру (виразковий коліт, ревматичний артрит, астма тощо);
- галюцинації, ототожнення з померлим або відчуття його присутності;
- іпохондрія - розвиток симптомів, від яких страждав померлий;
- надмірна активність - людина, що переживає втрату, починає розвивати бурхливу діяльність, відчуючи біль втрати;
- ворожість, спрямована проти конкретних людей, часто супроводжується погрозами, проте тільки на словах;
- поведінка не узгоджується з нормальним соціальним та економічним буттям;
- різкі переходи від страждань до самозадоволення впродовж коротких проміжків часу;
- зміна ставлення до друзів і родичів; дратівливість, небажання набридати, відхід від соціальної активності;
- прогресування самотності;
- виношування суїцидальних планів. Розмови про суїцид, возз'єднання з померлим, про бажання з усім покінчити.

У випадку особливо сильних переживань горе може стати причиною важкої хвороби і навіть смерті людини, що переживає втрату.

Для кращого розуміння стану людини, що перебуває у скорботі, виокремлюють такі **комплекси симптомів горя**, з якими можна згодом працювати:

- емоційний комплекс - печаль, гнів, тривога, безпорадність, байдужість;
- когнітивний комплекс - нав'язливі думки, зневіра, відчуття присутності померлого;
- поведінковий комплекс - порушення сну, безглузда поведінка, уникнення речей і місць, пов'язаних із померлим, фетишизм, гіперактивність, відхід від соціальних контактів, утрата інтересів;
- можливі комплекси фізичних відчуттів і алкоголізація як спроба встановлення комфорту.

Ускладнена реакція втрати - це нормальна реакція системи прив'язаності, яка звільняє людину від прив'язаностей, щоб очистити місце для формування нових.

У випадку нормального перебігу скорботи (за Верною Каст) людина переживає такі фази:

1. Небажання прийняти втрату.
2. Вибухи емоцій.
3. Пошуки, знахідки, розлука.
4. Нове ставлення до себе і світу.

Після втрати близької людини, на думку Джоані Спірінс, доводиться встановлювати нові стосунки:

- По-перше, з померлим.
- По-друге, із самим собою (нова ідентичність).
- По-третє, із навколишнім світом.

Критерії ускладненої реакції втрати [29]

1. **А критерій події.** Втрата близької людини у зв'язку зі смертю.
 2. **В критерій.** Інтрузивно-нав'язливий стрес через розлуку. Сильна туга за померлим, що спричиняє психічні й емоційні страждання; сильне бажання бути разом, що ускладнює повсякденне життя.
 3. **С критерій.** Мають проявитися щонайменше п'ять із нижчезазначених когнітивних, емоційних та поведінкових симптомів:
 - рольовий конфлікт (відчуття, ніби втрачена якась важлива частина);
 - потрясіння і нездатність повірити у смерть;
 - неможливість прийняти смерть;
 - уникання реальних підтверджень про втрату;
 - після втрати з'являється неспроможність довіряти іншим;
 - озлоблення і гнів через втрату;
 - важко жити;
 - «емоційне оніміння» від моменту втрати;
 - відчуття, що життя після втрати порожнє і не має сенсу.
 4. **Д критерій часу.** Від моменту втрати минуло щонайменше шість місяців.
 5. **Е критерій, психосоціальні ускладнення.** Значні ускладнення у різних сферах життя.
 6. **Г критерій, диференціальні діагнози.** Симптоматику не можна пояснити діагнозами: депресія, генералізований тривожний розлад чи ПТСР.
 7. **Коморбідність. Ускладнена реакція втрати і ПТСР.** У цих діагностичних категорій є спільні риси. Проте у випадку ускладненої втрати:
 - а) зміст інтрузивної симптоматики пов'язаний із померлою особою, а не зі стресовими сценами;
 - б) під час ускладненої реакції втрати можуть з'являтися позитивні спогади, які породжують болісну тугу за померлою близькою людиною;
 - в) стримування емоцій шляхом скорботи.Дослідження показали, що у 15 % клієнтів із ускладненою реакцією втрати було виявлено ПТСР у вигляді коморбідного діагнозу.
 8. **Ускладнена реакція втрати і депресія.** В одному з досліджень у 50 % випадків ускладненої втрати було підтверджено і коморбідну депресію. Проте симптоми ускладненої втрати, на відміну від депресії, не вдається послабити фармакологічно. Описані вище стадії горювання не стандартні для всіх людей, їх переживають по-різному: можуть бути відсутні якісь характерні особливості, зазначені у класифікаціях. Іноді межі загальноприйнятих етапів горювання можуть бути настільки розмиті, що людина їх просто не помічає; в інших випадках ці етапи можуть чергуватися в хаотичному порядку. Переживання, що виникають на тій чи іншій фазі, пізніше можуть повторюватися, причому багато разів.
- Часові періоди, відчуття, емоції переживання горя іноді можуть повертатися на стадію, характерну для перших етапів, а потім перестрибувати назад у реальність, оскільки кожна людина по-своєму переживає та переносить втрату близьких. Але психологи, що працюють із питаннями**

втрати, чи люди, які намагаються допомогти, мають знати періоди та фази горювання.

8.2. Психологічна допомога у випадку важкої втрати

Втрата близької людини - це завжди криза. **Криза** - це гостра ситуація чи момент часу для прийняття якогось рішення, поворотний пункт, дуже важливий момент (*Перрі*). Ситуація втрати характеризується розгубленістю і стресом; люди в кризових ситуаціях переживають негативні почуття - страх, провину, відчай тощо.

Перед тим, як описати специфіку консультування у випадках кризи, пов'язаної з втратою, смертю близької людини, наведемо **базові принципи** такого консультування (кризової інтервенції):

1. Людина, якій надається психологічна допомога в момент кризи, є компетентною стосовно власного життя і здатною робити вибір.
2. Під час кризової інтервенції фахівець бере активну участь у всьому, що відбувається з потерпілим, щоб оцінити ситуацію і скласти план дій.
3. Мінімальна мета кризової інтервенції - запобігти катастрофі; основоположна мета - відновлення рівноваги; кінцева мета передбачає подальший розвиток клієнта.
4. Психолог має надавати підтримку, «бути з людиною», тобто допомагати їй пережити процес горювання.
5. Необхідний баланс самостійності постраждалого і його потреби у підтримці (постраждалий - це людина, спрямована на здобуття впевненості).

Примирення з утратою - тривалий природний процес, тому його не слід прискорювати. Людина потребує захисних механізмів, особливо на ранній стадії «роботи горя», коли вона ще не готова прийняти смерть і реалістично думати про неї. Тому консультант має дати клієнту можливість використовувати заперечення чи інші механізми психологічного захисту.

Консультант, працюючи з людиною, яка переживає втрату, часто має виконувати роль слухача [83]. Бути поряд із засмученою людиною і слухати її - найважливіша підтримка. Що більше консультант співпереживає скорботі, що адекватніше сприймає власні емоційні реакції, пов'язані з допомогою, то ефективніша цілюща дія стосунків. Не слід поверхнево заспокоювати людину в скорботі. Зніжковіння та формальні фрази призводять до незручної ситуації: людині треба дати можливість виражати будь-які почуття і сприймати їх без упередження. Інше дуже важливе завдання консультанта - навчити близьких правильно реагувати на скорботу людини, яка переживає втрату.

Психологічну допомогу потрібно надавати відповідно до стадій переживання горя.

ДОПОМОГА НА СТАДІЇ ШОКУ. На цьому етапі людина зазвичай потребує інтенсивної опіки. Необхідно бути поруч із людиною, що зазнала втрати, не залишати її на самоті. Виявляти свою турботу й піклування краще через дотик. Саме так люди виражають співчуття, коли їм не вистачає слів. Навіть звичайне рукостискання краще, ніж холодна ізоляція. Слід підкреслити, що в період втрати страждання полегшується присутністю родичів, друзів, причому істотна не їхня

дієва допомога, а легка доступність близьких протягом декількох тижнів, коли скорбота найбільш інтенсивна. Людину, що переживає втрату, не потрібно залишати на самоті, проте їй не слід і «перенавантажувати» опікою - велике горе долається тільки з часом. Людині в горі потрібні постійні, але ненав'язливі відвідини та добрі слухачі.

ДОПОМОГА НА СТАДІЇ ГОСТРОГО ГОРЯ. Слід говорити про померлого, причини його смерті та почуття у зв'язку з цією подією. Необхідно розпитувати про померлого, слухати спогади про нього, розповіді про його життя. У випадку насильницької або раптової смерті потрібно неодноразово обговорювати детально всі подробиці трагічної події до того часу, поки вони не втратять свого страхітливого, травмівного характеру, - тільки тоді людина, що втратила близького, зможе оплакувати померлого. Необхідно їй дати можливість виплакати, не намагаючись утішити. Поступово (ближче до кінця цього періоду) слід долучати людину до повсякденної діяльності.

ДОПОМОГА НА СТАДІЇ ВІДНОВЛЕННЯ. Треба допомагати людині знову включитися в повсякденне життя, планувати майбутнє. Оскільки людина може неодноразово повертатися до переживань гострого періоду, необхідно давати їй можливість знову говорити про померлого.

Психолог здатний допомогти клієнту по-справжньому пережити втрату, здійснити роботу горя, не зменшуючи гостроти його душевних переживань. Горювання, оплакування є адекватною реакцією на смерть, воно прийнятне, необхідне, і припиняти його не можна. Робота горя триває стільки, скільки людині потрібно, щоб справитися із важкою втратою.

Цілі консультації і терапії важкої втрати складні: від розради і підтримки до роботи зі складними і болісними проблемами людини, що переживає втрату, якщо вона захоче і зможе їх вирішувати.

Корисними можуть бути кілька **прийомів**, які допомагають психологу успішно працювати з втратою, зокрема:

- використання речей (наприклад, фотографії, особисті речі тощо), що допомагають людині, яка пережила втрату, підтримувати роботу горя;
- використання творчого письма, малювання;
- повторні розпитування; вправи, які спонукають людину реалістично поглянути на стосунки, наприклад, складання списків позитивних і негативних рис характеру померлого;
- листи померлому;
- перебудова поведінки, наприклад, зменшення відвідувань кладовища, збільшення числа відвідувань відповідних місць для надання допомоги іншим тощо.

Важливо визнати, що під час психологічного консультування і психотерапії відбувається тільки частина роботи горя. В основному цей процес проходить під час взаємин із рідними та близькими. Важливо не заважати процесу.

Людина може зробити великий крок уперед завдяки присутності когось із близьких, захоче повернутися в своє природне середовище підтримки і припинить відвідувати психолога.

Допомога професіонала необхідна людині, горе якої набуло патологічного

характеру, або коли існує великий ризик, що воно може стати таким. У цьому випадку використовується весь комплекс методів кризової допомоги, терапії психологічних травм і посттравматичного стресу. Психологічна допомога може знадобитися і через роки після втрати, якщо робота горя своєчасно не була завершена.

Проблеми, що вирішуються в процесі роботи з психологом, індивідуальні. Деякі люди просто не розуміють, що з ними відбувається; у такому разі навіть прості пояснення психологічних особливостей горя можуть зменшити страх і напруження. Людина може заперечувати переживання горя, оскільки вважає, що це демонструватиме її слабкість.

Буває, що в період гострої стадії переживання втрати від психолога вимагають порятунку. Професіонал за таких обставин може відчувати почуття провини. Зазвичай на гострій стадії горя людина хоче, насамперед, полегшення страждань, адже біль втрати та інші переживання можуть бути нестерпними. Парадокс полягає у тому, що в цей період психолог повинен допомагати в переживанні болю, тому що це необхідно для загоєння травми, а не уникати болю і не заперечувати його. Кризова допомога - дуже складний процес, зокрема і для консультанта, оскільки він може стати мішенню для вираження агресії зі сторони клієнта.

Слід також враховувати індивідуальний розвиток людини, рівень її зрілості, інтелігентності. Потрібно з'ясувати, як вона раніше долала кризи, чи були вони корисними для її розвитку? Слід відповісти на питання: які ще стреси, окрім втрати, переживає людина? Чи стежить вона за своїм здоров'ям? Які тендерні стереотипи полегшують або ускладнюють горе, наприклад, «чоловіки не плачуть», «справжня жінка не злиться» тощо. У більшості випадків консультування триває до того часу, поки людина потребує такого супроводу. Досить поширені й разові звернення, якщо постраждалому необхідно роз'яснити, що з ним відбувається.

ТРЬОХСТУПЕНЕВА МОДЕЛЬ ДОПОМОГИ У ВИПАДКУ ГОСТРОЇ РЕАКЦІЇ ВТРАТИ

Для роботи з гострою реакцією втрати Марджорі Вайтхед пропонує трьохступеневу модель допомоги.

ПЕРШИЙ ЕТАП. ВИВЧЕННЯ (ДОСЛІДЖЕННЯ). На цьому етапі клієнт говорить так і те, що він хоче говорити. Психолог має його вислухати, застосовуючи відповідні техніки (відображення; віддзеркалювання; заохочення; підсумовування: відкриті загальні питання тощо). У цей час має сформуватися взаєморозуміння і контакт між консультантом і клієнтом.

Умовами ефективної роботи на цьому етапі є безумовне позитивне ставлення, без винесення будь-яких моральних суджень; емпатія, розуміння почуттів клієнта; щирість, відвертість і конгруентність (за К. Роджерсом), що передбачає позицію консультанта на рівні клієнта. Перший етап роботи може тривати від п'яти хвилин до чотирьох годин.

ДРУГИЙ ЕТАП. НОВЕ РОЗУМІННЯ. Клієнт (за допомогою консультанта) має зрозуміти, яку роль відіграє ця подія в його житті, подивитися на ситуацію по-іншому, ніби збоку. Завдання консультанта - дати можливість клієнту переживати горе в його власному темпі.

Умовами ефективної роботи консультанта на цьому етапі є емпатія; стимулювання (спонукання клієнта оскаржити ті його твердження, що прозвучали раніше); негайна реакція на те, що відбувається в ситуації консультування.

ТРЕТІЙ ЕТАП. ДІІ. Цей етап спрямований на позитивні зміни. Інколи для позитивних змін достатньо пройти два попередні етапи, однак іноді потрібна й завершальна частина, в якій важливі ритуали. Завдання клієнта: прийняти втрату й адаптуватися до нового життя (без померлого). Завдання консультанта: підтримати клієнта; оцінити його досягнення.

На всіх етапах потрібно добре розуміти, що відчуває людина в горі. Тому тим, хто допомагає, слід також звертати увагу і на свій стан. І клієнту, і його близьким, і професіоналам потрібно відновлюватися після пережитого.

ДЕСТРУКТИВНІ ТВЕРДЖЕННЯ, ЩО НЕГАТИВНО ВПЛИВАЮТЬ НА ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ

Зарубіжні психологи виділили низку тверджень, яких потрібно уникати, працюючи з людьми, що переживають горе:

«На все воля Божа» - людина не така всезнаюча, щоб знати Божу волю, до того ж таке не надто втішає.

1. **«Мені знайомі ваші почуття»** - ніхто не може знати, що відчуває інша людина, зіткнувшись зі смертю, і ніколи не зможе пережити її почуття. Кожна ситуація унікальна.

2. **«Вже минуло три тижні після його смерті, а ви ще не заспокоїлися?»** - немає ліміту часу, відведеного на страждання. Прийнято вважати, що переживання горя триває від шести місяців до двох років, хоча можливі відхилення і в той, і в інший бік.

3. **«Дякуйте Богові, що у вас є ще діти»** - навіть якщо в сім'ї є ще діти, батьки важко переживають смерть дитини. Це не зменшує їхньої любові до решти дітей, однак відображає втрату унікальних взаємин.

4. **«Бог обирає найкращих»** - це означає, що всі, хто живе на землі, у тому числі й та людина, якій ми намагаємося співчувати, не досконалі в очах Бога. Крім того, виходить, що

Бог не зважає на страждання, що їх завдає близьким померлого.

5. **«Він прожив довге і чесне життя, настав його час»** - немає часу, відповідного для того, щоб померти. Скільки б років не прожила людина, смерть - завжди горе. Незважаючи на те, що смерть часто несе з собою звільнення від страждань, фізичних чи душевних, близькі люди все ж переживають втрату.

6. **«Мені дуже шкода»** - поширена автоматична реакція на повідомлення про чийсь смерть. Ми просимо вибачення за те, що життя закінчене, що люди переживають горе, за нагадування про те, що всі ми смертні. Однак від того, хто переживає втрату близької людини, ці слова вимагають неадекватної відповіді. Що може вона сказати у відповідь: «Дякую», «Все гаразд», «Розумію»? На такі слова немає доречної відповіді, і коли людина знову й знову чує подібне співчуття, такі слова швидко стають порожніми й безглуздими.

7. **«Зателефонуйте мені, якщо щось буде потрібно».** Якщо ми так говоримо, то повинні бути готові відповісти на телефонний дзвінок у будь-який час

дня і ночі. Страждання не регулюються часом доби, часто найважчий час-між північчю і шістьма годинами ранку.

8. «Ви повинні бути сильними заради своїх дітей, дружини тощо». Людині, яка переживає втрату, немає необхідності бути сильною задля кого б то не було, навіть для самої себе. Переконаючи людей бути сильними, ми тим самим умовляємо їх зректись реальних емоцій. Це може призвести до появи інших проблем.

ТЕМАТИКА КОНСУЛЬТУВАННЯ ПІД ЧАС РОБОТИ З ВТРАТОЮ

Відомо, що зацікавленість клієнтів, які переживають горе, і відповідна допомога їм, як правило, стосуються певних тем:

1. «Дозвольте мені просто поговорити». Люди хочуть говорити про померлого, про причини його смерті і про свої почуття у зв'язку з подією. їм хочеться проводити довгі години в спогадах, сміятися і плакати. Вони хочуть розповісти про життя померлого. У випадку насильницької смерті їм необхідно перебирати всі найдрібніші подробиці доти, доки ті не перестануть лякати і турбувати. Тоді вони зможуть оплакувати втрату.

2. «Запитайте мене про нього (неї)». Ми часто уникаємо розмов про померлого, але близькі інтерпретують таку поведінку як забуття чи небажання обговорювати саму смерть. Це демонструє рівень нашого дискомфорту, але не нашої турботи про близьких померлого. «На кого він (вона) був схожий?», «Чи є у вас фотографія?», «Що він (вона) любив робити?», «Які найприємніші ваші спогади пов'язані з ним (нею)?». Це тільки деякі з питань, за допомогою яких ми можемо виявити інтерес до прожитого життя.

3. «Підтримайте мене і дозвольте виплакати». Дотик - це диво терапії. Так ми виявляємо свою турботу й увагу, коли слова нам непідвладні. Навіть просто притримати за лікоть людину, що перебуває в скорботі, буває іноді краще, ніж витримувати холодну дистанцію. Люди плачуть, бо їм необхідно плакати, і набагато краще робити це в теплій атмосфері розуміння, ніж наодинці.

4. «Не бійтеся мого мовчання». Бувають випадки, коли люди після втрати ніби завмирають із застиглим поглядом. Немає потреби заповнювати тишу словами. Ми повинні дозволити їм зануритися у свої спогади, наскільки болючими б вони не були, і бути готові продовжити розмову, коли людина повернеться у стан «тут-і-тепер». Нам не потрібно знати, де вони були подумки, про що думали, але ми можемо подбати про затишок. Скорботна людина буде вдячна за те, що ви просто були з нею поруч у цій тиші.

8.3. Особливості дитячого горювання

Коли йдеться про особливості переживання горя, то спочатку слід говорити про специфіку вікового сприйняття смерті, яка найбільше проявляється в дитячому та підлітковому періодах.

Тим, хто перебуває поруч із дитиною, не завжди легко зрозуміти, як розвиваються дитячі поняття про смерть. Ці поняття залежать від рівня розвитку і можуть суттєво впливати на процес розвитку дитини в майбутньому, викликаючи гальмування її емоційної та соціальної сфери.

Спираючись на теорії психічного розвитку та на досвід авторів із

Великобританії, що працювали з дітьми, які переживали втрату близьких, М. Є. Дашкіна виділяє чотири вікові групи й описує їхні почуття.

1. ДІТИ 6-8 РОКІВ. У цьому віці діти стрімко розвиваються і вперше починають задумуватися над поняттям «майбутнє». Вони починають розуміти, що «тато більше ніколи не буде з нами жити» чи «дідусь помер, і ми його більше не побачимо». На цьому етапі розвитку в дітей може з'явитися почуття вини, але вони не усвідомлюють різниці між почуттями і діями. Вони вважають, що їхні думки та бажання можуть привести до незворотних наслідків: «Я кричала і плакала, тому що хотіла сидіти поруч із мамою, а не з татом, тому він від нас пішов», «Через те, що ми посварилися з дідусем, він помер». Працюючи з дітьми 6-8 років, важливо пояснити, що дитина не є причиною смерті близької людини. Також необхідно опрацьовувати фантазії та страшні сни дітей, оскільки в цьому віці вони заінтриговані самим процесом смерті і малюють у своїй уяві монстрів та привидів, яких бояться.

2. ДІТИ 9-12 РОКІВ. Діти 9-12 років здатні виражати співчуття так само, як і дорослі, вони можуть переживати почуття гніву чи печалі, але не до кінця усвідомлюють, що з ними відбувається. З'являється розуміння втрати близької людини, що може стати причиною почуття безпорадності, безнадії. Зовні діти копіюють поведінку дорослих, вони усвідомлюють, що таке смерть, і можуть виявляти співчуття, але водночас у них може відбуватися заперечення почуттів, неприйняття втрати і процесу переживання горя.

Для цього віку характерна статева ідентифікація, діти намагаються зблизитися з одним із батьків, як правило своєї статі, віддаляючись при цьому від іншого, тому втрату батьків своєї статі переживають болючіше.

У цьому віці також відбувається усвідомлення дітьми власної смертності, що особливо їх лякає. Це, можливо, й посилює їхню схильність заперечувати свої почуття. Тому в цій віковій групі важливо працювати з почуттями, думками і спогадами про померлого, тоді й дітям, і дорослим буде легше зрозуміти їхню складну і непередбачувану поведінку, що насправді пов'язана з переживанням важкої втрати.

3. ДІТИ 13-16 РОКІВ. Діти 13-16 років можуть переживати почуття гніву і виливати його на однолітків чи членів сім'ї. У них є особистісні труднощі від прощання з дитинством і, можливо, з сім'єю, тому втрата близької людини в цьому віці дуже травматична, особливо для молодших підлітків, оскільки їхня самооцінка може бути більш заниженою, ніж у старших. Якщо померла людина була дуже близькою дитині, то дитина може копіювати її поведінку, манери. Ідентифікація зі «старшим» природна для підліткового віку. Зазвичай, вона триває недовго, проте якщо занадто сильна ідентифікація з померлим продовжується, підлітку може знадобитися допомога в подоланні своєї агресії стосовно людини, яка покинула його на такій важливій стадії життя. Після роботи над своїми почуттями підліток повинен «відпустити» людину, яка його покинула, і продовжувати власний розвиток. Також можуть виникати депресивні чи агресивні почуття, оскільки підліток починає відчувати біль від втрати людини, з якою себе ідентифікував.

4. ДІТИ ВІКОМ ПОНАД 16 РОКІВ. Старші підлітки переживають процес смерті, як дорослі.

Діти різного віку потребують чесного і зрозумілого для них пояснення причин смерті, але такого, що не додало б їм страху перед померлим чи власною смертю. Слід обережно використовувати метафори. Наприклад, пояснюючи дитині, що померла особа тимчасово пішла від нас, можна змусити дитину чекати на її повернення, тим більше, що діти і самі часто сприймають смерть як тимчасову відсутність. Можливо, саме так відчували смерть і древні єгиптяни, що клали в могили померлих їжу, вино й одяг, або американські індіанці, які ховали своїх родичів з усіма їхніми речами. Представлення смерті як тривалого сну може призвести до того, що дитина почне боятися засинати. Досить легко більшість дітей сприймає пояснення про переселення душі, реінкарнацію тощо.

Навіть сприймаючи розумом смерть, підлітки часто відчують, що вони недосяжні для смерті й не припускають думки щодо своєї смертності. Таке сприйняття зумовлене відчуттям невразливості, що є нормальним для цього вікового періоду.

Реагуючи на втрату близьких, рідних, друзів, більшість підлітків не може виразити своїх почуттів, хоча переживає дуже глибоко. Підлітки під час похоронного дійства часто нагадують мармурові скульптури із застиглим обличчям. Це створює ілюзію, ніби вони ніяк не реагують на втрату і не переживають, ніби емоції і почуття незнайомі їм. Проте це тільки ілюзії, бо заціпеніння, в якому вони перебувають, є також виразом почуттів і свідченням глибокого переживання горя. І що довше таке заціпеніння, то глибша криза і серйозніші наслідки для психологічного стану.

В Україні досвід роботи з дітьми, що переживали втрати, представлений у працях Г. Католик (м. Львів, УКУ), яка займалася реабілітацією дітей після Скви́лівської трагедії.

8.4. Як пережити горе? Психологічні рекомендації

Для конструктивного переживання травматичного досвіду, пов'язаного з втратою, варто подумати над такими рекомендаціями:

- Прийміть своє горе - тілесні й емоційні наслідки смерті близької людини. Скорбота - та ціна, яку ви платите за любов. На прийняття може піти багато часу, але будьте наполегливі у намаганні це зробити.

- Проявляйте свої почуття, не приховуйте відчаю; плачте, якщо хочеться; смійтеся, якщо можете. Не ігноруйте своїх емоційних потреб.

- Стежте за своїм здоров'ям - намагайтеся добре харчуватися, бо ваше тіло після виснажливого переживання потребує підкріплення. Депресія може зменшитися, якщо більше рухатися.

- Пройдіть медичне обстеження і розкажіть лікарю про пережиту втрату. Ви й так достатньо постраждали, не заподійте ще більшої шкоди собі та оточуючим, нехтуючи своїм здоров'ям.

- Проявіть до себе терпіння - вашому розуму, тілу й душі потрібний час і зусилля для відновлення після перенесеної трагедії.

- Поділіться болем втрати з друзями - замикаючись у мовчанні, ви не даєте друзям вислухати вас і розділити ваші почуття, прирікаєте себе на ще більшу ізоляцію та самотність.

- Допомагайте іншим - спрямовуючи зусилля на допомогу іншим людям, ви вчитеся краще ставитися до них. Повертаючись обличчям до реальності, людина стає більш незалежною, живучі в теперішньому - відходить від минулого.

- Робіть сьогодні те, що необхідно, але відкладіть важливі рішення; почніть із малого, справляйтеся з повсякденними домашніми справами - це допоможе вам відновити почуття впевненості. Однак варто утримуватися від негайних рішень, наприклад, продати будинок або поміняти роботу.

Р. Брей також радить людям, які переживають втрату, щодня займатися фізкультурою - ходьбою, плаванням, гімнастикою, а також дотримуватися розпорядку дня, оскільки звичний уклад життя (регулярне споживання їжі, хатня робота) дає відчуття захищеності; піти до церкви.

У час скорботи людині важко повірити в те, що вона здатна жити далі, їй це здається неможливим. Звісно, життя вже ніколи не буде таким, як було раніше, до втрати, проте через переживання й прийняття власних, часто амбівалентних складних почуттів відбувається особистісне зростання.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Як потрібно повідомляти рідним про смерть близької людини?
2. Як ви вважаєте, чи слід брати дітей на поховальні церемонії? Якщо так, то за яких умов? Якщо ні, то як потім дитині пояснити відсутність близької людини і коли це краще зробити?
3. Які вторинні вигоди людина може отримувати від стану горювання?

ЗАДАЧА

В результаті артобстрілу всі члени родини (тато, мама і двоє дітей) були важко поранені. Коли хлопчик 6 років отямився, мама і старша сестричка вже померли. Батько і надалі залишається в реанімації. Хлопчик весь час проситься до мами. Лікарі не знають, як правильно вчинити: чи повідомляти дитині про смерть рідних, чи продовжувати лікування, зберігаючи таємницю. Вони бояться, що сумна новина порушить процес фізичного одужання дитини.

Висловіть свою думку стосовно цієї ситуації, обґрунтуйте її, сформулюйте стратегію втілення.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Назвіть патологічні ознаки гострого горя.
2. Перерахуйте та охарактеризуйте критичні періоди горювання.
3. Опишіть чинники (основні та додаткові), що вказують на перебування людини у стані важкої втрати. Наведіть ознаки ускладненого горя.
4. Охарактеризуйте особливості психологічної допомоги людині на різних етапах горювання.
5. Поясніть принцип дії трьохступеневої моделі допомоги під час роботи з людиною з гострою реакцією втрати.

Лекція 9. Принципи ненасильницького спілкування та вирішення конфліктів

ПЛАН

- 9.1. Становлення методу ненасильницького спілкування.
- 9.2. Практичне застосування методів ненасильницького спілкування.

Творець методу ненасильницького спілкування (ННС) Маршал Розенберг писав: «Останні 35 років я і мої колеги працювали у всьому світі, допомагаючи вирішувати конфлікти між етносами, племенами і країнами: в Руанді, Бурунді, Сьєрра-Леоне, Нігерії, Південній Африці, Сербії, Хорватії, Ізраїлі та Палестині. Щоразу ми спостерігали, що дії, продиктовані прагненням покарання, прагненням завдати удару, спричиняють подібні дії з іншого боку. Створюються цикли насилля, які можуть тривати протягом багатьох років - поколінь - віків.

Досвід навчив нас, що справжня безпека та мир можливі тільки тоді, коли люди зможуть побачити «людське» в тих, хто на них нападає. Для цього не досить просто підставити іншу щоку, потрібно навчитися співпереживати страхам, болю, гніву і невдоволенню людським потребам, що стоять за агресією...

Якщо мета нації - розплата і покарання, тоді кожна дія спрямовується відповідно на питання: «Чи наблизить ця дія до покарання винних у наших нещастях?» Однак якщо мета - досягти миру і безпеки, визначальним буде зовсім інше: «Чи ця дія наблизить нас до міцного миру і безпеки для всього світу?»

Наша робота спрямована на те, щоб допомогти людям навчитися співпереживати одне одному і побачити, що «інша сторона» - це група людей, яка намагається захистити себе і задовольнити свої потреби. Ми бачили, як засмучувалися насильники, коли їм співчували ті, хто через них постраждав. Ми бачили, як люди з обох сторін спочатку втрачають бажання карати одне одного, а потім починають працювати разом, щоб гарантувати всім задоволення потреб. Ми бачили колишніх ворогів, які створювали разом програми, спрямовані на компенсацію вчиненої шкоди і безпеку для майбутніх поколінь».

9.1. СТАНОВЛЕННЯ МЕТОДУ НЕНАСИЛЬНИЦЬКОГО СПІЛКУВАННЯ

Маршал Розенберг, засновник методу ненасильницького спілкування, протягом усього свого життя йшов до усвідомлення необхідності відмови від насильства в повсякденному житті. Адже в світі насильство часто вважається нормою. Воно навколо нас: від воєн між країнами до злочинності на вулиці. Навіть у щоденному житті постійно, явно й неявно, присутнє насильство.

Для більшості людей ідея насильства неприйнятна. Вони не беруть участі у фізичних зіткненнях або конфліктах і вважають себе вільними від насилля. Але насправді це не так: щоразу, коли людина забуває про свою милосердну природу, щоразу, коли в її серці з'являється ненависть, вона робить боляче і собі, й іншому.

НЕНАСИЛЬНИЦЬКЕ ЖИТТЯ - ЦЕ НЕ ПРОСТО ВІДМОВА ВІД ЗАВДАННЯ ФІЗИЧНОЇ ШКОДИ ІНШОМУ. ЦЕ СПОСІБ БУТТЯ, ЩО ПОЧИНАЄТЬСЯ ЗІ СПІВЧУТТЯ, ЗІ ЗДАТНОСТІ БУДУВАТИ СПРАВЖНІ СТОСУНКИ З ІНШИМИ, СТАН, ЩО ВЕДЕ ДО ПОВНОГО І ЩАСЛИВОГО ЖИТТЯ [81].

Ось що пише про це М. Розенберг у книжці «Мова життя. Ненасильницьке спілкування»: «Вивчаючи фактори, які впливають на нашу можливість співчувати, я був вражений важливістю ролі мови і того, як ми її використовуємо. І я знайшов

певний підхід до слів, які людина чує і сприймає у процесі спілкування. Цей підхід дозволяє нам щиро говорити, прокладати шлях до серця іншої людини і звільняти нашу природну здатність до співчуття. Я називаю цей підхід «ненасильницьким спілкуванням». Термін «**ненасилля**» я вживаю в тому ж значенні, що і Махатма Ганді: це притаманний людині від природи стан співпереживання, стан, коли душа вільна від бажання насильства».

Маючи досвід із клінічної психології та порівняльної релігії, М. Розенберг створив метод ненасильницького спілкування - «*non-violence connection*» (NVC). Працювати над цим він почав у 1960-х роках, а в 1984 році створив Центр NVC.

Можна виділити **основні принципи ненасильницького спілкування**:

1. Універсальність потреб. У кожної людини ті ж самі базові потреби, що і в інших, незалежно від статі, кольору шкіри, релігії, віку.

2. Існує багато способів чи стратегій задоволення однієї потреби. Конфлікти між особами чи групами людей виникають на рівні стратегій задоволення потреб. Коли є можливість розпізнати приховані потреби, то разом із тим є й можливість знайти рішення, які можуть врахувати потреби кожного.

3. Основою почуттів є потреби. Почуття вказують на приховані за ними потреби - задоволені чи незадоволені.

4. Кожна людина відповідальна за своє життя, зокрема за свої почуття, а також за розпізнавання і задоволення власних потреб. Разом із тим ми не відповідальні за почуття інших, а також за задоволення їхніх потреб.

5. Потреби кожної людини однаково важливі. Не можна вдаватися до насильства, аби потреби однієї людини були задоволені за рахунок іншої, без її згоди.

6. Емпатія - це усвідомлення повної присутності з собою та іншою людиною. Самоемпатія є основою прояву емпатії до інших. Робити припущення щодо почуттів і потреб іншої людини важливо у формі запитання, а не у формі оцінки чи судження.

7. Осуд себе та інших припиняє відкрите спілкування. Коли відбувається щось, що вам не подобається, варто говорити про це, але без критицизму.

8. Проявляти емпатію - не означає схвалювати дію.

ОДНІЄЮ З ФОРМ ЗАСТОСУВАННЯ НЕНАСИЛЬНИЦЬКОГО СПІЛКУВАННЯ Є ВІДНОВНІ КОЛА. ВІДНОВНЕ КОЛО - ЦЕ ПРОЦЕС ПІДТРИМКИ СПІЛЬНОТОЮ ТИХ, ХТО ПЕРЕБУВАЄ У СТАНІ КОНФЛІКТУ.

Коло дозволяє об'єднувати через діалог на засадах рівності всіх, хто задіяний у конфлікті. Учасники приходять на зустріч добровільно, можуть запрошувати й інших причетних. Спочатку всіх знайомлять із програмою. Діалогом керує спеціально підготовлений ведучий - **медіатор**. Процес вважається закінченим, коли вичерпується обговорення й узгодження кроків вирішення конфлікту, і це задовольняє всіх.

Відновні кола вперше почав практикувати Домінік Бартер у 1990 році. Цей метод дає можливість у безпечному та конструктивному середовищі вирішувати конфлікти між окремими особами, в сім'ях, школах, організаціях та спільнотах. Створюється форум, у межах якого різні люди можуть вести діалог на засадах взаємної пошани та розуміння одне одного.

Відновні кола - шляхи до зцілення, до прийняття відповідальності, до відновлення ефективності функціонування спільноти на глибокому рівні. Цей інструмент дає можливість переосмислити поняття справедливості і спробувати знайти відповідь на питання, пов'язані з добробутом спільноти. Це веде до поширення культури миру.

Успіх Відновних кіл забезпечується застосуванням численних навичок і принципів ненасильницької комунікації. Їхнє застосування у школах, системах правосуддя, релігійних групах, організаціях, конфліктних зонах та спільнотах у різних країнах дає довготривалий сприятливий ефект. Згідно з результатами незалежних досліджень, у понад 90 % випадків вирішення конфліктів за допомогою Відновних кіл результатами були задоволені всі учасники. Британський Національний фонд науки, технологій та мистецтва вважає Відновні кола надзвичайно дієвими завдяки хорошему результату і низьким фінансовим затратам.

Сьогодні метод ненасильницького спілкування широко застосовується в організаціях і бізнес-проектах, у вихованні дітей, в освіті, в медіації, в психотерапії, в охороні здоров'я, у місцях позбавлення волі; є основою для книжок, зокрема дитячих, та в багатьох інших контекстах. Цей підхід є однією зі складових комплексної роботи, яка внесла значні зміни у підвалини судово-психіатричної системи закладів позбавлення волі в США, у яких високий рівень насилля є нормою. Результатом такої роботи стало зменшення показників насильства на 90 % протягом трьох років у секторі середнього рівня безпеки, а протягом одного року на 50 % - у секторі максимального рівня безпеки.

У 2014 році було проведено дослідження ув'язнених Комплексу Монро у виправному закладі в Монро, штат Вашингтон, у якому взяли участь 885 осіб. У результаті навчання методу ННС у цих ув'язнених було виявлено зменшення рецидивів із 37 % до 21 %. Це дало можливість заощаджувати державі щороку 5 млн доларів за рахунок скорочення витрат на утримання позбавлених волі. Завдяки навчанню зменшилися прояви агресії, люди почали брати на себе відповідальність за свої почуття і можливість висловити співчуття іншій людині, а також формулювати прохання без вимоги.

Метод ненасильницького спілкування підтвердив свою ефективність і у зниженні рівня насильства в родинях. У Каліфорнії після того, як чоловіки, котрі здійснювали насилля в родині, пройшли програму на основі методу ненасильницького спілкування, у них не було зафіксовано жодного випадку рецидивів протягом 5 років, за даними офісу окружного повіреного.

СТАНОВЛЕННЯ МЕТОДУ НЕНАСИЛЬНИЦЬКОГО СПІЛКУВАННЯ В УКРАЇНІ

Досвід ННС є особливим в українських реаліях, адже в останні роки наше суспільство не раз було розділене: у 2013-2014 роках - на прихильників та противників Майдану, а зараз частина українських громадян після окупації Криму та початку АТО воюють із різних сторін. Але це не тільки територіальний розподіл, він розділяє колишніх друзів, родини. Якщо думати про перспективу: що буде після завершення військових дій? Донбас і Крим повернуться до складу України, людям, які жили на підконтрольних територіях, потрібно буде інтегруватися в українське

суспільство, а суспільство має інтегрувати їх у своє життя. І тут важливо практично застосовувати метод ННС.

Перший тренінг із ННС в Україні відбувся у січні 2014 року, коли сертифікований тренер із Данії Карл Плеснер приїхав до Києва на запрошення Глави УГКЦ Святослава Шевчука. Тренінг був організований волонтерською ініціативою порятунку «Є+», яка була започаткована на Майдані і потім переросла в ГО «Український центр ненасильницького спілкування і примирення «Простір Гідності»». В тренінгові взяли участь 30 волонтерів «Евакуація+». **Мета роботи:** психоемоційне відновлення учасників і сприяння впровадженню практик примирення потерпілих із обох боків барикад.

З того часу Карл Плеснер щомісяця на волонтерських засадах працював в Україні 10 днів, а через рік став співзасновником ГО «Український центр ненасильницького спілкування і примирення «Простір Гідності»».

Однією з перших робіт К. Плеснера була зустріч активістів Майдану та розформованого підрозділу міліції особливого призначення МВС України у м. Києві «Беркут» (Медіатор: Карл Плеснер, організатор і перекладач: Олена Ганцяк-Каськів, 11 травня 2014, Київ). Три активісти Майдану зустрілися з трьома членами розформованого спецпідрозділу «Беркут», щоб розповісти про свою участь у подіях Майдану і знайти шляхи до порозуміння, а, можливо, навіть і до співпраці.

Ось відгук учасника зустрічі Бориса Єгіазаряна (вірменсько-український художник, культурний і суспільний діяч, активний учасник Євромайдану, потерпілий від ударів і шумових гранат). *«Ця зустріч дуже важлива. Ми потисли одне одному руки. А як же інші тисячі й тисячі? На мою думку, це серйозна проблема не лише для кожного з цих особистостей (яких після спілкування я вважаю гідними людьми), а це проблема нашого суспільства і нашої держави. Мій висновок після зустрічі такий: варто розширити і поглибити процес розуміння, бо кожна людина цінна. Одним із найпріоритетніших завдань у нашій країні має бути повага до особи, до її гідності, а на цьому ґрунті - консолідація всього суспільства.*

Вважаю, що Карлу й Олені потрібно продовжувати цю важливу роботу, запрошувати до участі нових людей, може навіть більше категоричних і зболених, але разом із такими як ми-учасниками попередніх зустрічей, бо в нас уже є більше розуміння».

Одним із головних способів навчання ННС є тренінг, у форматі якого можна не тільки почути теоретичну інформацію, але отримати найважливіше - засвоїти практичні навички ненасильницького спілкування.

Основна діяльність ГО «Український центр ненасильницького спілкування і примирення «Простір Гідності»» сьогодні - тренінги з ненасильницького спілкування, пристосовані до запитів різних професійних аудиторій, а також груп потерпілих внаслідок конфліктних подій.

За відгуками учасників, тренінги Центру є ефективним інструментом для налагодження діалогу та побудови/відновлення довіри у місцевих громадах різного рівня. Основні учасники тренінгів Центру - професіонали, які працюють із людьми, що переживають конфлікт чи зазнали насильства, а саме: психологи, соціальні працівники, педагоги, фасилітатори та медіатори, військові і медичні капелани (священники), правозахисники, юристи, волонтери, соціальні активісти та ін. У

співпраці з місцевими громадськими організаціями впродовж березня 2014-жовтня 2016 рр. центр провів понад 100 навчальних тренінгових програм, у яких взяли участь близько 2100 учасників з різних областей України.

У жовтні-листопаді 2014 року Міжнародна організація «Основи свободи» (Foundations for Freedom) запросила сертифікованого тренера Міжнародного центру ненасильницького спілкування Дюка Дюкшерера, який провів тренінг для групи практикуючих медіаторів і фа- силітаторів (ведучих) діалогу.

Так в Україні утворилася Мережа фасилітаторів діалогів. У квітні 2015 року було організовано «Тиждень діалогів», коли команда з 7 фасилітаторів від супервізією Дюка Дюкшерера працювала у трьох громадах Донецької області. У 2015-2016 роках представники мережі були залучені Офісом Координатора проектів ОБСЄ до проведення діалогових Форумів у Краматорську, Покровську, Маріуполі, Северодонецьку, а також до проведення Молодіжного табору і підготовки онлайн-курсу з діалогів.

Поширюється ненасильницьке спілкування і в освітній сфері. ГО «Міжнародна просвітницька ініціатива «ВІДКРИТА ХАТА» (игигиг.орепкбаїа.огд) реалізує проект «Соціальна інтеграція через розвиток емоційного інтелекту та набуття навичок миротворення у школах на сході України». Метою проекту є зміцнення діалогу і соціальної інтеграції в пост-конфліктних регіонах на Сході України шляхом підвищення якості освіти, зниження рівня напруженості, занепокоєння і конфліктів у суспільстві, агресивної поведінки серед дітей, формування навичок медіації конфліктів і ненасильницького (емпатійного) спілкування.

Працівники соціальної сфери також відкривають для себе можливості ННС. У рамках реалізації проектів «Соціальна інтеграція та примирення внутрішньо переміщених сімей та дітей у Київській області» МБО «Партнерство «Кожній дитині» (бПр:/\м\л/\л/.р4ес.огд.иа) у співпраці з «Простором Гідності» підготували *30 тренерів* із використання методу ненасильницького спілкування (ННС), які ознайомили та навчили *443 фахівців* (68 % - представники освіти: соціальні педагоги, психологи, методисти; 32 % - фахівці соціальних служб: фахівці соціальної роботи, спеціалісти ЦСССДМ, ССД, ЦСПР та 288 *переселенців* Київської області). Під час навчально-терапевтичного процесу тренерам вдалося покращити психологічний клімат у сім'ях ВПО, налагодити ефективний діалог із жителями місцевої громади, сформувати навички об'єктивного сприйняття своїх почуттів й потреб та почуттів і потреб іншої людини чи дитини, допомогти зрозуміти, як діяти у ситуаціях, коли тебе не сприймають інші.

9.2. Практичне застосування методів ненасильницького спілкування. Підготовка медіаторів

Базова модель ненасильницького спілкування дуже проста, вона поєднує в собі чотири компоненти:

- 1. Спостереження без оцінювання** полягає в тому, що людина вчиться помічати конкретні речі і дії, розрізняти судження і відчуття, «тут і тепер», просто спостерігаючи за довкіллям.

- 2. Відчуття, емоції, почуття.** Коли ми помічаємо, що нас оточує, то по-

іншому реагуємо на ситуацію. Наші емоції і фізичні відчуття змінюються щомиті. І тут важливо навчитися відділяти почуття і думки.

Таблиця 9.1.

ЧОТИРИ КРОКИ ПРОЦЕСУ НЕНАСИЛЬНИЦЬКОГО СПІЛКУВАННЯ

КРОКИ	Чітко висловлюю / виражаю все, що стосується МЕНЕ – без критики, осуду чи звинувачення	З емпатією приймаю все, що стосується ТЕБЕ, не очікую почути критику, засудження, звинувачення
СПОСТЕРЕЖЕННЯ	Те, що Я спостерігаю (бачу, чую) у ситуації, яка не покращує моє життя	Те, що ТИ спостерігаєш (бачиш, чуєш) у ситуації, яка не покращує твоє життя
	Приклад формулювання спостереження:	
	«Коли я (бачу, чую), що...»	«Коли ти (бачиш, чуєш), що...»
ПОЧУТТЯ	Як Я відчуваюся, спостерігаючи цю ситуацію? (Мої емоції, почуття і відчуття, а не думки)	Як ТИ відчуваєшся, спостерігаючи цю ситуацію? (Твої емоції, почуття і відчуття, а не думки)
	Приклад формулювання почуття:	
	«Я відчуваю себе...»	«Ти відчуваєш себе...»
ПОТРЕБИ	Чого Я потребую чи що ціную, причина моїх почуттів? (А не те, чому надаю перевагу чи роблю)	Чого ТИ потребуєш чи що цінуєш, причина твоїх почуттів? (А не те, чому надаєш перевагу чи робиш)
	Приклад формулювання потреб:	
	«...бо я потребую/ціную...»	«...бо ти потребуєш/цінуєш...»
ПРОХАННЯ	Запит конкретних дій, які Я хотів би бачити у цій ситуації	Запит конкретних дій, які ТИ хотів би бачити у цій ситуації
	Приклад формулювання прохання:	
	«Чи не хотів/міг бити...?» (Іноді можна виразити без слів, а через емпатію)	

3. Потреби. У кожної людини є потреби й цінності, що підтримують і збагачують її життя. Коли ці потреби задовольняються, ми переживаємо комфортні відчуття, наприклад щастя чи внутрішній спокій, а коли цього немає – наші відчуття неприємні, наприклад розчарування, образа. Розуміння власних потреб і потреб оточуючих – найважливіший крок у процесі практичного освоєння ненасильницького спілкування і вміння жити з емпатією та емоційною самості.

4. Прохання. Коли ми навчаємося просити інших про конкретні дії, можливі в цей момент, то починаємо разом із ними шукати шляхи, як задовольнити потреби всіх.

ПРАКТИЧНІ ВПРАВИ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ МЕДІАТОРІВ ІЗ НЕНАСИЛЬНИЦЬКОГО СПІЛКУВАННЯ

Продемонструємо на прикладі практичних вправ, як можна формувати навички ненасильницького спілкування для реалізації їх на практиці та здійсненні посередництва в конфліктних ситуаціях.

СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Визначте якісь факти, що породжують потребу щось сказати. Важливо, щоб це були фактичні спостереження, без суджень чи оцінювання. Наприклад, фраза «Зараз 2:00, ніч. Я чую, що з вашої квартири лунає музика» означає певний факт. А

твердження «Вже дуже пізно, щоб так галасувати» містить оцінку.

Спостереження «Я заглянув у холодильник і побачив, що там немає продуктів. Я думаю, що ви не ходили в магазин, щоб купити їжу» фіксує певний факт (чітко зроблено висновок), у той час, як фраза «Ви змарнували цілий день» - оцінювання. Люди, зазвичай, оцінюють речі по-різному, а чітко названі факти забезпечують основу для спілкування.

ВПРАВА 1

Запишіть три спостереження щодо себе

Запишіть три оціночних судження щодо себе.

ВПРАВА 2

Протягом тижня спостерігайте, як ви спілкуєтеся з іншими, і занотуйте спостереження в зошит (табл. 9.2). Яких прикладів більше? Потренуйтеся і поряд із прикладом спостереження з оцінюванням напишіть перефразування без оцінювання.

Таблиця 9.2.

ЗВІТ САМОСПОСТЕРЕЖЕННЯ

Приклади спостереження з оцінюванням	Приклади спостереження без оцінювання

ВПРАВА 3

Наведіть приклади для кожної з семи форм спілкування, починаючи зі спостереження, поєднаного з оцінюванням, і закінчуючи спостереженням без оцінювання.

Таблиця 9.3.

ДИНАМІКА СПОСТЕРЕЖЕНЬ

СПІЛКУВАННЯ	ПРИКЛАДИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ З ОЦІНЮВАННЯМ	ПРИКЛАДИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ БЕЗ ОЦІНЮВАННЯ
1. Вживання форми «А - Б» без зазначення того, що це приватна думка особи, яка висловлює судження (констатація фактів)	Ви занадто щедра людина	Коли я бачу, що ви віддаєте всі кошти, зароблені від тренінгів, на потреби поранених, я думаю, що ви занадто щедра людина
2. Вживання дієслів та словосполучень із оціночною конотацією (подвійним значенням)	Олексій тягне до останнього	Олексій починає готуватися до поїздки в зону АТО тільки ввечері напередодні поїздки
3. Твердження, КОЛИ 3 думок, намірів, бажань іншої особи можна зробити тільки єдиний	Вона не буде вкладати душу і серце в цю роботу	Я думаю, що вона не буде вкладати душу і серце в цю роботу. Або: вона сказала, що не буде

СПІЛКУВАННЯ	ПРИКЛАДИ ПОСТЕРЕЖЕННЯ З ОЦІНЮВАННЯМ	ПРИКЛАДИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ БЕЗ ОЦІНЮВАННЯ
висновок		вкладати душу в цю роботу
4. Висловлення припущення як достовірного факту	Якщо ви не будете виконувати фізичні вправи, то ніколи більше не встанете на ноги	Я хвилююся, що відсутність відновлювальних фізичних вправ зашкодить вашому реабілітаційному процесу
5. Узагальнення конкретного випадку і перенесення на всі інші подібні ситуації	Всі росіяни - ватники, неспроможні адекватно дивитися на ситуацію	Ця росіянка, що давала інтерв'ю на телеканалі, проявила нерозуміння ситуації і не навела жодного конструктивного аргументу щодо своєї позиції
6. Використання слів на позначення здібностей, без вказівки на те, що це оцінювання	Наш комбриг - безтолковий командир	Наш комбриг не зміг організувати харчування бійцям, не зміг організувати правильного закріплення на позиціях і за весь час служби не провів жодної успішної операції
7. Використання прислівників та прикметників так, ніби це факт, а не оцінка	Цей Сергій такий безтолковий	Вчинки Сергія не здаються мені виваженими і адекватними до ситуації

ВІДЧУТТЯ, ЕМОЦІЇ, ПОЧУТТЯ

Розуміння емоційного виміру без оцінювання і моральних суджень дозволяє відчувати дух взаємної поваги і співпраці.

Мета цього кроку - точно визначення емоційного стану, розуміння, що ви або інша людина відчуваєте в той момент, але не для того, щоб присоромити когось за почуття чи намагатися перешкодити відчувати. Наприклад, «Залишилося півгодини до від'їзду, і я бачу, що ти метушишся (спостереження). Ти нервуєш?», «Я бачу що ваша собака бігає без повідка і гавкає (спостереження). Я боюся». Почуття іноді важко висловити словами.

Для допомоги в освоєнні цього кроку нижче запропоновані слова, що їх використовують, коли хочуть описати душевний стан і фізичні відчуття. Цей список далеко не вичерпний і ні до чого не зобов'язує; багато з наведених почуттів можна об'єднати в категорії інакше. Пропонований список створений для допомоги кожному, хто хоче заглибитися у процес саморозкриття і сприяти більшому взаєморозумінню і єднанню між людьми.

ЩО І ЯК МИ ВІДЧУВАЄМО, ЯКЩО НАШІ ПОТРЕБИ ЗАДОВОЛЕНІ. Любов, дружелюбність, кохання, ніжність, відкритість серця, симпатія, співпереживання, співчуття, теплота, впевненість у собі, гордість, захищеність, відкритість, сила, довіра, захоплення, бадьорість, зацікавленість, захват, цікавість, зачарованість, заглибленість, зосередженість, сконцентрованість, збудження, жвавість, завзятість, прагнення, пристрасть, подив, енергійність, ентузіазм, екстатичність, натхнення, променистість, вдячність, розчулення, надія, бадьорість, оптимістичність, життєрадісність, веселощі, радість, приязнь, радість, щастя, жартівливість, подив, натхнення, спокій, безтурботність, конфіденційність,

достаток, м'якість, полегшення, розслабленість, терпіння, тиша, вдоволення, умиротворення.

ЩО І ЯК МИ ВІДЧУВАЄМО, ЯКЩО НАШІ ПОТРЕБИ НЕ ЗАДОВОЛЕНІ.
Страх, боязливість, занепокоєння, паніка, жах, переляк, недовіра, обережність, сумнів, невдоволення, сердитий, «не в дусі», роздратування, фрустрація, гнів, шаленство, образа, лють, вразливість, неприязнь, ворожість, ненависть, нетерпимість, відраза, презирство, розгубленість, тривога, невпевненість, приголомшення, заплутаність, збентеження, відсторонення, замкнутість, відчуженість, апатія, оніміння, віддаленість, відокремлення, відсторонення, байдужість, відчуження, нудьга, холодність, занепокоєння, хвилювання, мінливість, незручність, заклопотаність, розбитість, шок, забруднення, провина, сором'язливість, сором, похмурість, приниження, втома, млявість, смуток, розбитість, смертельна втома, сонливість, біль, агонія, мука, нещастя, самотність, обтяженість, розбите серце, жаль, горе, сум, безнадія, відчай, депресія, меланхолія, морок, збентеженість, пригніченість, туга, напруження, відчай, стрес, нервовість, перевантаження, безпорадність, невпевненість, обережність, слабкість, сумніви, чутливість, туга, заздрість, ностальгія, ревності.

Не варто говорити: «Ти змусив мене відчувати себе ...», «Я відчуваю себе... {так-то}, тому що ти зробив... (те-то)». Не говоріть: «Ти змушуєш мене сердитися». Це перекладає відповідальність за ваші почуття на іншу людину, позбавляє вас відповідальності визначати справжню причину вашого почуття.

Альтернативні висловлювання: «Коли ви зробили ..., я відчував ... бо мені потрібно ...».

З іншого боку, як уже зазначалося раніше, якщо коротке висловлювання достатньо описує ваші потреби і ви не перекладаєте відповідальності за свої почуття на іншу людину, то детальні пояснення недоцільні.

ВПРАВА 1

Що ви відчуваєте просто зараз? Як ви визначаєте, що відчуваєте в цей момент? На що ви звертаєте увагу?

ВПРАВА 2

Наведіть три приклади, де використовується вислів: «Я відчуваю», але насправді висловлюються думки, а не відчуття чи почуття.

ВПРАВА 3

Почніть складати свій власний перелік (список) особистих почуттів:

а) Уявіть різні ситуації, де все в житті відбувається саме так, як ви хочете. Запишіть на аркуші паперу всі почуття, які можуть бути в цих ситуаціях.

б) Тепер уявіть різні ситуації, коли ваші потреби не задовольняються, і напишіть список почуттів на іншому аркуші паперу.

в) З часом намагайтеся постійно додавати в ці списки нові назви для опису свого симфонічного оркестру емоцій та почуттів.

ПОТРЕБИ

Визначте потребу, яка спричинила конкретну емоцію, або запропонуйте гіпотезу: яка потреба викликала ці емоції в іншій людині? І запитайте людину про це.

Налаштовуючись на увагу до емоцій та почуттів, часто можна визначити

потребу, яка зумовлює їх. Визначення потреби без її моральної оцінки з'ясовує для обох учасників діалогу суть того, що переживаєте ви й інша людина. Наприклад: «Я бачу, ти відвертаєшся, коли я говорю, і розмовляєш так тихо, що я не чую тебе (спостереження). Я почуваюся незручно (почуття), тому що зараз у мене є потреба поговорити, встановити зв'язок».

Потреби мають особливе значення в ННС: вони схожі у всіх людей і не прив'язані до якоїсь певної ситуації чи способу їхнього задоволення. Наприклад, бажання піти в кіно з кимось - це не потреба, провести час із певною людиною - не потреба. Тут є **потреба в дружньому спілкуванні**. Ви можете задовольнити вашу потребу в спілкуванні по-різному, не тільки з цією конкретно людиною, і не обов'язково для цього йти в кіно.

Важливо пам'ятати, що потреби універсальні для всіх, а стратегій для задоволення кожної потреби дуже багато. Не потреби є визначальними для конкретної людини, що вчиняє конкретну дію. Потреби не є причиною суперечностей, причина - у стратегіях задоволення потреб. Потреба - це не тільки брак чого-небудь, а мрія про щось велике і значуще для кожної людини. Саме потреба - джерело і причина почуттів, бо за кожною дією, словом, поведінкою можна виявити потребу. Потреби нейтральні: вони не добрі й не погані самі по собі.

ВПРАВА 1

Розділіть аркуш паперу на дві колонки. В першу запишіть про інших людей список суджень, які найчастіше виникають у ваших думках. Використовуйте форму: «Я не люблю людей, які...». Стосовно кожного судження запитайте себе: «Коли я засуджую людину таким чином, чого я потребую, але не отримую?».

У пригоді може стати список потреб, розроблений Центром ННС. Цей перелік не є вичерпним чи остаточним. Ви можете доповнювати цей список власними потребами.

Потреби у зв'язку: прийняття, прихильність, визнання, приналежність, співпраця, спілкування, близькість, спільнота, дружні стосунки, жалість, співчуття, міркування, узгодженість, емпатія (співпереживання), включеність, інтимність, близькість, любов, взаємність, виховання, повага, самоповага, безпека, надійність, захист, стабільність, підтримка, допомога, бажання, щоб про тебе знали; бачити; бути побаченим; розуміти інших, інші розуміють тебе, довіра, теплі стосунки.

Фізичні потреби: повітря, їжа, рух, вправи, відпочинок, сон, сексуальне вираження, фізична безпека, притулок, укриття, дотик, вода.

Чесність: справжність, цілісність.

Потреба в розвагах: задоволення, жарти, мир, краса, єдність, легкість, зручність, рівність, гармонія, натхнення, порядок.

Потреба в автономії: вибір, свобода, незалежність, особистий простір, спонтанність, радість життю.

Життєвий сенс: усвідомлення, виклик, ясність, зрозумілість, компетентність, усвідомлення, притомність, внесок, творчість, відкриття, дієвість, ефективність, зростання, розвиток, надія, бажання вчитися, сум за..., оплакування, участь, мета, намір, потреба в самовираженні, заохочування, значення, розуміння.

Інші потреби: затишок, самотність, захист, дружба, стабільність, духовність, турбота, мрії, фантазії, справедливість, визнання, цінування, потреба

бути значимим (цінним) для інших.

Тренери з ненасильницького спілкування під час групової або індивідуальної роботи використовують картки потреб (на кожній картці надрукована назва однієї з потреб). Картки застосовуються при виконанні різних вправ.

ВПРАВА 2

Проаналізуйте якусь незрозумілу або складну для вас ситуацію відповідно з чотирма кроками:

1. Описуєте для себе ситуацію.
2. Називаєте почуття, які в цій ситуації у вас виникли.
3. Обираєте з карток потреби, які були у вас у цій ситуації.

ВПРАВА 3

Оберіть ситуацію і проаналізуйте почуття й діючасників цієї ситуації:

- подумайте, які саме з-поміж гами почуттів переживала людина;
- оберіть із карток потреби, які, на вашу думку, могли бути в неї у цій ситуації.

Часто буває, що після такої вправи легше зрозуміти як себе, так і іншого; можна знайти спосіб, чи, принаймні, спробувати разом його пошукати, щоб задовольнити потреби обох.

ПРОХАННЯ

Запитайте себе, яким чином можна задовольнити щойно визначену потребу. Запитайте себе чітко і конкретно про те, що ви хочете прямо зараз, замість того, щоб тільки натякати або вказувати на те, чого ви не хочете.

Наприклад, «Я помітив, що ви мовчали останні десять хвилин (спостереження). Можливо, вам нудно (почуття)?». Якщо відповідь: «Так», то можна прислухатися до своїх власних почуттів і запропонувати дію: «Мені також нудно. Слухайте, може сходимо в кіно?».

Щоб прохання і справді було проханням, а не вимогою, дайте можливість іншій людині сказати «Ні» або запропонувати альтернативу. Ви берете на себе відповідальність за те, щоб ваші власні потреби були задоволені, тому дозвольте й іншим взяти відповідальність за задоволення своїх.

Коли ви робите щось разом, то робите це з обопільної добровільної згоди, щоб задовольнити власні реальні потреби й бажання, а не з почуття провини або під тиском. Іноді можна знайти дію, яка задовольнить потреби обох. А іноді просто потрібно потиснути одне одному руки і піти різними дорогами.

Отже, прохання - це не вимога. Воно має бути реалістичним, здійсненням і стосуватися поточного моменту. Висловлюючи своє прохання, необхідно бути однаково зацікавленим у задоволенні як своїх потреб, так і потреб іншої людини.

ВПРАВА 1

Згадайте конкретну ситуацію, коли ви щось когось просили. Це було прохання чи вимога? Звідки ви це знаєте?

ВПРАВА 2

Поспостерігайте за своїм внутрішнім діалогом. Коли ви розмовляєте з собою, то ви просите чи вимагаєте? Наведіть приклади.

ВПРАВА 3

Згадайте ситуацію, коли ви взаємодієте з якоюсь людиною і вас не влаштовує якість цієї взаємодії, наприклад, з'являються негативні емоції. Напишіть одне або декілька прохань, які б ви змогли сформулювати в цій ситуації, використовуючи метод ненасильницького спілкування.

Наведені вище приклади і шаблони - формальна частина ННС, що робить зрозумілим усі чотири кроки. Їх можна застосовувати для вивчення ННС або в ситуаціях, де можливе непорозуміння. У повсякденній практиці також можна використовувати запропонований метод і залежно від контексту доносити потрібну інформацію [81; 102; 104]. Можна ставати медіатором конфлікту в родині, у професійному та соціальному середовищі. Метод ненасильницького спілкування може бути корисним, навіть якщо співрозмовник не практикує або не знає нічого про цей метод. Якщо ви в односторонньому порядку практикуватимете цей метод, то теж отримаєте відповідні результати.

Яким би простим не здавалося ННС, на практиці його реалізувати складніше. Прочитайте книжку, відвідайте один-два семінари, спробуйте використати почуте у власному житті і побачите, чого ви навчитеся. Робіть помилки й аналізуйте, якщо щось пішло не так. Іншого разу спробуйте щось зробити інакше.

Для того, щоб досягти майстерності у спілкуванні, важливо бачити, як поводить ся той, хто вже добре знає ННС. Щоб стати тренером із ННС, медіатором діалогу між громадами або медіатором Відновних кіл, потрібно пройти навчання та сертифікацію за стандартами Центру ненасильницького спілкування (CNVC).

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Назвіть види насильства та його прояви в повсякденному житті.
2. Які риси характеру притаманні людині, що часто буває жертвою? Що характеризує агресора?
3. Які способи налагодити конструктивну комунікацію вам відомі?

ЗАДАЧА

До вас на консультацію прийшов ветеран із бажанням «позбавитися агресивної поведінки щодо дружини та дітей». Як можна розвивати навички ненасильницького спілкування у клієнта? Продемонструйте засобами рольової гри фрагмент психологічного консультування ветерана.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Перерахуйте переваги ненасильницького спілкування у сім'ї та в колективі.
2. Назвіть та охарактеризуйте чотири кроки процесу ненасильницького спілкування.
3. Що таке «Відновне коло»?

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Запропонуйте психологічні метафори, за допомогою яких можна сприяти формуванню стратегії ненасильницького спілкування у дітей дошкільного віку. Обґрунтуйте свої пропозиції.

Лекція 10

Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам

ПЛАН

10.1. Специфіка потреб внутрішньо переміщених осіб (Людмила Гридковець, Наталія Сиротич)

10.2. Особливості психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам

10.3. Методи та техніки психологічної допомоги у роботі з внутрішньо переміщеними особами

Проблема біженців та внутрішньо переміщених осіб у всьому світі набуває все більшої актуальності. Військові конфлікти, політичні протистояння, соціальні та природні катаклізми спонукають мирне населення покидати землі своїх предків, шукаючи порятунку на більш спокійних, економічно і політично стабільних територіях. Так, наприклад, події у Сирії призвели до різкого зростання числа біженців до країн Європи.

В Україні час від часу в різних засобах масової інформації повідомляється про актуальність питання допомоги біженцям, зокрема щодо поселення їх у нашій країні. Варто нагадати, що ще в 2011 році був прийнятий Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України з питань біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту», що регулює питання допомоги біженцям.

Водночас, слід враховувати, що залежно від національної специфіки, культурних чинників та соціальних негараздів під час переселення, а також від тяжкості пережитих подій (зокрема полон чи тортури) у біженців та вимушених переселенців може проявлятися цілий спектр психологічних та психічних проблем.

10.1. Специфіка потреб внутрішньо переміщених осіб

Для України проблема вимушених переселенців стала актуальною з 2014 року. За даними УВКБ ООН [98; 99], у світі майже 60 мільйонів переміщених осіб, серед яких 1,3 млн громадян, що залишили свої домівки після анексії Криму та конфліктних подій у Східному регіоні.

Сьогодні Україна посідає дев'яте місце у світі за кількістю переселенців, з яких половина (51%) - з Донецької та Луганської областей. Серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО) 60% - пенсіонери, 12% - діти, 4% - люди з обмеженими фізичними можливостями.

Для здійснення якісної психологічної реабілітації психотравмованих осіб, що зазнали вимушеного переселення, необхідно в першу чергу враховувати їхні потреби. Фахівці Державної служби надзвичайних ситуацій (ДСНС), що працюють із внутрішньо переміщеними особами зі східних регіонів України виділяють такі проблеми переселенців:

- перебування в постійному стресі (внаслідок отриманої інформації від близьких та рідних, що залишилися в сірій зоні чи в зоні бойових дій);

– підвищена тривожність та страх (психологічні травми проявляються через невпевненість у майбутньому; як результат інформаційного дисонансу, обумовленого різними (часто суперечливими) повідомленнями із місцевих ЗМІ, від родичів та знайомих);

– гіперболізоване відчуття справедливості (будь-яка затримка соціальних виплат сприймається не лише як порушення прав, але й як особиста образа);

– конфронтація між місцевими мешканцями та тимчасово переміщеними особами внаслідок відчуття чужорідності та ворожості;

– фіксація на втратах і обмеження комунікацій скаргами.

Потрібно зазначити ще один суттєвий фактор, що деструктивно впливає на особистість - пережите сексуальне насилля та відсутність у подальшому соціальної підтримки, зв'язку зі спільнотою.

Варто зазначити, що організації і служби допомоги вимушеним переселенцям на перших етапах допустили низку помилок, а саме:

а) вся допомога зводилася до забезпечення продуктами, одягом, місцем проживання;

б) психологічна допомога обмежувалася масово-розважальними заходами та вислуховуванням претензій і скарг;

в) мало уваги надавалося позитивним аспектам облаштування на новому місці й розвитку активної позиції під час входження в нову громаду (мотивація на пошук роботи, сталого помешкання для сім'ї, на самостійне забезпечення родини тощо). Допущенні помилки призвели до того, що у багатьох переселенців сформувалася інфантильно-споживацька позиція, яка зменшила особистісну активність стосовно самостійного відповідального облаштування на новому місці й активізувала претензійну позицію щодо зовнішнього забезпечення всіх особистісних потреб (за відсутності зв'язків із реальністю). Наприклад, люди, що за основним місцем проживання займали посаду із зарплатною платою 1500 гривень, після переселення вимагали від відповідних структур забезпечення роботою із зарплатнею в 10 000 гривень. Зазначену ситуацію служби допомоги почали виправляти лише в 2015 році.

Організовуючи психологічну допомогу вимушеним переселенцям, спочатку потрібно забезпечити їхні базові потреби, зокрема, фізіологічні потреби та потреби в безпеці, і лише потім можна вирішувати інші завдання психологічного супроводу.

На етапі задоволення базових потреб, зокрема потреби в безпеці, основна психологічна допомога переселенцям полягає в сприянні адаптації до нових умов життєдіяльності та подоланні деструктивних наслідків пережитої психотравми (без патологічних проявів). Ефективними на цьому етапі є групи підтримки та взаємопідтримки, які дозволяють задовольнити і наступний рівень потреб - потреб у приналежності.

ЗВІТНА ТАБЛИЦЯ ЗВЕРНЕНЬ ДО МБО «КАРІТАС-КИЇВ» ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЇХНІХ ПОТРЕБ

ДІТИ	ДОРΟΣЛІ
1. Матеріальні потреби (у їжі, в іграшках). 2. Соціальні та психологічні проблеми: — відсутність відчуття — самореалізації, самоствердження у соціумі (у колективі однолітків); — бажання змінити наявну ситуацію в країні, ненависть до представників влади різних країн; — страхи, нав'язливі спогади про війну; — постійне перебування у «стані втечі»; «вимушена безпорадність» - дорослі багато чого роблять за дитину, вважаючи її головною жертвою конфліктної ситуації; самозаборона на ті чи інші почуття; — невдоволення стосунками з батьками; — відсутність інтересу та мотивації до шкільного навчання та пристосування до нових умов життя.	1. Матеріальні потреби (у їжі, одязі, засобах гігієни, грошах). 2. Соціальні проблеми: — втрата улюбленої роботи; — відчуття, що ти не потрібний світові, та переконання, що «людині не судилося знайти нормальну роботу та сім'ю»; — пошук роботи. 3. Психологічні проблеми: — розпач, страх за майбутнє дітей; — депресивні стани; — конфлікти у сім'ї; — глибока образа на представників влади різних країн; — важке переживання розлуки із членами родини, що перебувають у зоні воєнних дій; — настороженість та підозрілість до працівників центру та фонду. 4. Проблеми стосунків із власними дітьми, членами сім'ї та родичами: — соціально дезадаптивна, агресивна, руйнівна поведінка дитини; — страх батьків щодо можливості втрати контролю над поведінкою власної дитини; — невизначене ставлення батьків до власної виховної позиції; — страх за майбутнє дитини; — невміння і страх прийняти та визнати ознаки посттравматичного синдрому в дитини; — страхи, фобії та нав'язливі стани у дитини; — проблеми через відсутність мотивації та інтересу дітей до шкільного навчання і пристосування до нових умов життя (у зв'язку з переїздом сім'ї); — проблеми депресивних станів та відсутності життєвого «стержня» у дітей

10.2. Особливості психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам

Під час першої зустрічі з людиною, що потребує психологічної допомоги, фахівець мусить з'ясувати характер пережитого нею травматичного досвіду.

Підтримка постраждалих суспільством не є однозначною: одні люди по-справжньому підтримують та допомагають, а інші - постійно звинувачують, не сприймають і протидіють, призводячи до ретравматизації.

Проте частіше особи, які пережили травматичні події, як правило, залишаються один на один зі своєю невизначеністю, розгубленістю, болем і, навіть, горем. У когось із них є досвід отримання психологічної допомоги, а в когось - немає.

Не слід забувати і про ймовірність вторинної травматизації, наприклад, при

оформленні документів на пільги, передбачені законом, при зустрічі з некваліфікованими або травмованими фахівцями. Така вторинна травма може стати тригером для актуалізації всього комплексу попереднього травматичного досвіду особи, і тоді вже не обійтися без психологічної консультації чи психотерапії.

У багатьох психотерапевтичних підходах є інструменти для роботи з психотравматичним досвідом. В деяких підходах є клінічна доказова база (EMDR (десенсибілізація за допомогою руху очей), КПТ (когнітивно-поведінкова терапія), когнітивно-процесуальна терапія тощо), в інших підходах - статус умовної доказовості, або клінічні дослідження не проводилися. Рекомендуючи консультативний чи психотерапевтичний підхід, потрібно враховувати потреби клієнта, його психологічні особливості, побажання (групова чи індивідуальна робота) і наявний резерв фахівців, що перебувають у зоні доступності клієнта.

Загальні принципи допомоги вимушеним переселенцям розглядають через застосування правила: **«Дивитися - Слухати - Спрямовувати»**. Кожна зона зосередження передбачає з'ясування фахівцем чи волонтером потреб, важливих для відновлення життєдіяльності особи.

ДИВИТИСЯ: ЗОНА ПРИВЕРНЕННЯ УВАГИ

Стосовно ситуативних переселенців (у зоні екстремальних ситуацій):

- голод, спрага, втома, поранення, травматизація, хвороба;
- одяг, речі першої необхідності;
- зв'язки з родиною, соціальні зв'язки (односельці, сусіди з однієї вулиці, однокласники тощо); діти без супроводу дорослих;
- нестабільні емоційні реакції, що діагностуються візуально.

Стосовно вимушених переселенців (у зоні постійної дислокації):

- голод, втома, доглянутість;
- відповідність одягу стосовно сезону та погоди;
- охайність;
- комунікативні прояви взаємодії між членами родини;
- емоційні прояви.

СЛУХАТИ: ЗОНА З'ЯСУВАННЯ ПОТРЕБ

Для ситуативних переселенців (у зоні екстремальних ситуацій):

- наявність страху та відчуття небезпеки;
- потреба в психологічній підтримці;
- потреба конкретної допомоги;
- специфічні потреби (наприклад, у хворих на цукровий діабет, вагітних жінок тощо).

У дітей, яких не супроводжують дорослі, необхідно отримати максимальну інформацію стосовно членів їхніх сімей або інших близьких осіб.

Для вимушених переселенців (у зоні постійної дислокації):

- з'ясування нагальних потреб у проживанні в місцях вимушеного переселення;
- визначення позиції переселенця щодо його власної відповідальності за своє життя, свою реалізацію та сім'ю;

– визначення психологічних та матеріальних ресурсів переселенця.
СПРЯМОВУВАТИ: ЗОНА ДІЇ

Для ситуативних переселенців (у зоні екстремальних ситуацій):

- надання інформації про події та прогноз щодо подальшого їхнього розвитку;
- надання інформації про центри практичної допомоги;
- надання точної інформації про те, яка буде надана біженцям допомога в місцях призначених для постійної дислокації;
- місця спрямування людей із вразливих груп;
- забезпечення допомогою або інформацією щодо установа зв'язків та контактів із рідними;
- спрямування у центри психологічної допомоги осіб, що пережили насильство.

Для вимушених переселенців (у зоні постійної дислокації):

- забезпечення інформацією щодо діяльності соціальних служб; волонтерських та благодійних організацій;
- коучинг наявних матеріальних ресурсів;
- коучинг наявних психологічних ресурсів;
- інформація щодо працевлаштування, місця служб зайнятості, курсів перекваліфікації;
- спрямування на відвідування груп підтримки та взаємодопомоги;
- за необхідності спрямування в центри психологічної та психотерапевтичної допомоги, або медичні центри.

10.3. Методи та техніки психологічної допомоги в роботі з вимушено переміщеними особами

ІНДИВІДУАЛЬНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВИМУШЕНИМ ПЕРЕСЕЛЕНЦЯМ

Психологічне консультування вимушено переміщених осіб базується на тому, що фахівець усвідомлює екстремальний характер пережитих ними подій. Навіть, якщо це лише тимчасове забезпечення базових потреб переселенців, необхідно готувати людей до самостійного вирішення життєвих проблем, активізувати психологічні ресурси для формування відповідальності за своє життя і життя родини, надати психологічну підтримку у впровадженні ідей та досягненні поставлених цілей.

Ефективні методи індивідуальної роботи з вимушено переміщеними особами:

- мотиваційне інтерв'ювання;
- директивне консультування;
- проблемно-орієнтоване консультування.

МОТИВАЦІЙНЕ ІНТЕРВ'ЮВАННЯ

Мотиваційне інтерв'ювання - одна з клієнт-центрованих технік психологічного консультування, що забезпечує м'який супровід клієнта на шляху

прийняття ним рішень. У разі роботи з внутрішньо переміщеною особою основний акцент слід робити на дослідженні її поведінкових проявів в нових умовах життєдіяльності, визначенні проблемних зон поведінки, міри готовності людини до змін та методах досягнення запланованих змін. Наприклад, наявний внутрішній конфлікт: отримувати матеріальну допомогу від благодійної організації чи йти на роботу. В людини не було можливості з кимось обговорити цю складну та неоднозначну ситуацію. «Якщо я піду на роботу, то можливо краще почуватиму й більше поважатиму себе. Але, якщо я піду на роботу, то благодійна організація не буде мені виплачувати кошти на утримання сім'ї і, напевно, попросить звільнити надане житло. А це може призвести до мого виснаження або до того, що зароблених коштів мені бракуватиме для утримання родини».

Завдання фахівця допомогти людині проаналізувати обидві сторони конфлікту і спрямувати її прийняти рішення, що сприятиме конструктивній зміні поведінки. Необхідно підтримувати особу в процесі аналізу різних аспектів внутрішнього конфлікту. Слід уникати суперечок, зменшувати опір, давати підтримку і забезпечувати розвиток самостійності у прийнятті рішень та відповідальності.

ДИРЕКТИВНІ МЕТОДИ В КОНСУЛЬТУВАННІ

Директивні методи в консультуванні використовуються найчастіше в умовах невизначеності та розгубленості людини, а також, якщо час взаємодії з нею обмежений.

Вимушені переселенці потрапили в незвичну для них ситуацію, і тому консультант спочатку має чітко формулювати фрази та окреслювати межі щодо наявного стану речей, чітко давати інформацію й інструкції. Лише з часом, після забезпечення базових потреб, людина буде готова до переосмислення пережитого, пошуку сенсу тощо.

Наприклад, вимушена переселенка скаржитися, що на неї не звертають уваги у відділі соцзахисту.

Директива може бути такою:

- Спробуйте наступного разу, коли ви підете до відділу соцзахисту, сісти перед працівником служби і чітко та твердо сказати, що у вас яку переселенця є такі й такі потреби; що ви саме зараз хочете отримати ґрунтовну відповідь щодо можливості їхнього задоволення. Якщо працівник скаже, що нічим не може вам допомогти, запитайте, скільки потрібно часу, щоб він міг все ж таки з'ясувати, як можна допомогти вам у цій ситуації. Примусьте призначити точний час продовження вашої зустрічі.

ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ

Вже на етапі знайомства фахівця з переміщеною особою (це стосується й групи підтримки) потрібно отримати інформацію стосовно колишнього місця проживання людини (учасників групи), тобто щодо того місця, яке вона/вони були змушені покинути. Така інтервенція може стимулювати позитивні спогади стосовно цього місця, і посилити цінність позитивного образу малої батьківщини, що особливо важливо в ситуації негативного ставлення місцевих мешканців до регіону звідкіля приїхали переселенці.

ВІДЧУТТЯ ЛЮБОВІ ДО МАЛОЇ БАТЬКІВЩИНИ Є ОДНИМ ІЗ

КОМПОНЕНТОМ ВЛАСНОЇ ГІДНОСТІ, ЩО З ОДНОГО БОКУ СПРИЯЄ, ПРОФІЛАКТИЦІ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ, А З ІНШОГО БОКУ - ЗАПОБІГАЄ ПОЧУТТЮ МЕНШОВАРТОСТІ ЧЕРЕЗ ПРИНИЖЕННЯ МІСЦЕВИМ НАСЕЛЕННЯМ ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ.

РОБОТА З РЕСУРСНОЮ КАРТОЮ ЛЮДИНИ

Ще на етапі задоволення потреби в безпеці в людини слід активізувати перехід від моделі «жертви» до моделі «відповідального». Застрягання на першій моделі призводить до фіксації на втраті і, в кращому випадку, на споживацькій життєвій позиції. І лише перехід до стратегії людини, здатної брати відповідальність за власне життя і за життя своїх близьких, дозволяє розглядати вимушене переселення як складну життєву задачу, що потребує творчого вирішення і зорієнтована на отримання позитивного результату.

Сприяння формуванню відповідальності слід розпочати з роботи над ресурсами. Цьому може допомогти «ресурсна карта» {Табл. 10.2}).

Таблиця 10.2.

РЕСУРСНА КАРТА

КРИТЕРІЇ	ОПИС	ЯК Я КОРИСТУЮСЯ ЦИМ БЛАГОМ	ЧИМ Я МОЖУ ДОПОМАГТИ ІНШИМ
Хто підтримує мене в родині			
Хто мене підтримує з близьких			
Стороння підтримка			
Мій реальний матеріальний ресурс			
Мої ідеальні плани			
Мої реалістичні плани			
Позитивний погляд на себе	-що я знаю;		
	що я вмію;		
	- мій досвід		

Ресурсна карта дає можливість проаналізувати наявні матеріальні, психологічні, соціальні та духовні ресурси й допомогти людині побачити ситуацію не лише з позиції психотравмивного досвіду, але й з позиції відповідальності за своє життя і перспектив адаптації та власного розвитку в нових умовах життєдіяльності.

Працюючи з ресурсною картою, доцільно застосувати стратегію клієнт-центрованого консультування, яку називають мотиваційним інтерв'юванням.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ РІЗНИМИ КАТЕГОРІЯМИ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Вимушене переселення відбувається не тільки у зони віддалені від бойових дій, але й у міста та села, що знаходяться в безпосередній близькості до зони розмежування. Крім того, переміщені особи, періодично відвідують своїх рідних, що проживають на окупованій території, у сірій зоні, в зоні бойових дій. У багатьох із них у небезпечних територіях залишилися старенькі батьки, які не хочуть покидати рідних місць, або інші родичі, які не змогли адаптуватися до місць переселення і були змушені повернутися до рідних домівок. Тому чимало переселенців переживають ситуації втрати рідних через розлуку з ними, особливо болючими у цьому випадку є фізичні втрати.

Надаючи психологічну допомогу у ситуації втрати близької людини, слід враховувати:

- характер спорідненості;
- комунікативні особливості людини, що переживає втрату;
- специфіку категорії горювальника;
- вік, зокрема дитина це чи доросла людина;
- етап горювання.

Упродовж останніх років у нашій країні з'явилися нові звичаї прощатися з загиблими. Ще під час Революції гідності на Майдані із загиблими Героями Небесної Сотні прощалися під вигуки: «Герої не вмирають!», «Слава Україні!», «Героям слава!» та несли домовини на плечах під звуки пісні «Пливе кача», що з часів Майдану стала реквіємом за всіма, хто загинув за Україну.

Провести в останню земну дорогу загиблих бійців - захисників територіальної цілісності України приходять рідні, знайомі, бойові побратими, представники влади, громадських та політичних організацій, священнослужителі, тисячі жителів міст, сіл. З'явилася ще одна традиція прощання з бійцями, що загинули в зоні військового конфлікту - зустрічати з обох боків дороги колону з тілом загиблого з лампадками, свічками та квітами. Люди стають на коліна, щоб засвідчити пошану полеглому воїну. Пошана, з якою проводжають загиблих бійців, підтримує рідних та близьких у важку годину, а пам'ять про їхню відданість рідній Вітчизні надовго збережеться у серцях земляків.

Попри те, що втрата рідного завжди є трагедією для родини, у рідних військовослужбовців є більше позитивних мотивів для проживання втрати і конструктивного проходження горювання:

- по-перше, загибель відбувається в умовах соціальнозначимої благородної місії захисту Батьківщини;
- по-друге, багато людей під час поховання висловлюють або демонструють співпереживання та підтримку близьких (побратими, друзі, просто перехожі, що стоять на колінах перед поховальною процесією, волонтери, державні чиновники тощо);
- по-третє, так чи інакше для членів родини загиблого передбачається соціальна допомога і психологічна підтримка з боку державних установ (пільги для дітей, соціальна допомога тощо);
- по-четверте, певна соціальна презентативність - «родина загиблого героя».

Натомість у переселенця (або в особи, в якій є рідні в зоні бойових дій) подібні позитивні моменти відсутні. Мало того, рідні можуть не поділяти цінності, займати протилежну позицію, навіть воювати по «різні сторони барикад». Тому родина переселенця, окрім стану гострого горя, може переживати ще й почуття провини за загиблого, сором, що посилює гостроту перебігу горювання.

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ВТРАТУ

Що стосується офіційного повідомлення про втрату близької особи, то немає чіткого

алгоритму проведення цієї процедури. Просто при цьому слід враховувати:

а) ступінь формальної близькості (близькі чи родичі: приналежність до першого кола спорідненості не завжди свідчить про наявність близьких стосунків і тісного спілкування);

б) ступінь життєвої близькості (друг, родич дружини/чоловіка, сусід, колега, вчитель), адже поняття «близька людина» може включати в себе досить широке коло осіб;

в) важливість предметів та речей, що належали загиблому.

Повідомляючи про смерть близької чи рідної людини фахівець має:

1. Представитися: назвати своє ім'я та статус (людина має чітко розуміти, з ким спілкується).

2. Інформація подається наодинці, без сторонніх осіб (навіть якщо ці особи є близькими людьми), тому для повідомлення треба відвести людину вбік і лише потім повернутися до її родичів чи друзів.

3. У випадку загибелі дитини, повідомлення про втрату мають надавати два фахівці.

4. Для повідомлення про втрату необхідно встановити візуальний контакт із родичем потерпілого (якщо той сидить, то необхідно присісти, щоб рівень очей фахівця і родича збігався).

5. Інформацію необхідно подавати чітко, але в м'якій формі, уникати при цьому тривалих та змістовних розмов.

6. Протягом деякого часу необхідно знаходитися поряд із тим, хто горює, не полишаючи особу наодинці та не випускаючи з поля зору її реакції, щоб не пропустити гострий реактивний стан (якщо у фахівця відсутній власний досвід втрати, краще не розмовляти, а лише мовчки бути поруч із потерпілим).

7. Для виведення з первинного шоку необхідно викликати в постраждалого будь-які сильні емоції (можна викликати агресію на себе, оскільки злість дозволить перейти до наступної фази горювання, і тим самим продовжити природний процес).

8. Тривалість часу постійного перебування з тим, хто горює, визначається самим фахівцем.

9. Після завершення гострих реакцій у постраждалого і за наявності поряд із ним його близьких, фахівець може підійти для проведення інструктажу родичів чи друзів.

10. За умови відсутності поряд із горювальником близьких осіб, але після завершення гострих реакцій, можна залишити його, продовжуючи спостереження за ним на відстані.

11. Особам із релігійним світоглядом, які переживають втрату, можна запропонувати телефон священика або дати адресу церкви тієї конфесії, до якої належить людина.

12. Якщо в людини з'являються симптоми гострого стресу, необхідно її спрямувати до психолога чи психотерапевта.

13. Для адаптивного переживання горювання можна порекомендувати відвідування груп підтримки або релігійних груп.

14. Якщо стан гострого горювання триває більше, ніж 40 днів, слід рекомендувати відвідування психолога.

Неможна:

- порушувати природний хід переживань людини;
- вживати слова на кшталт «Не плачте», «Я вас розумію», «Не побивайтеся», «Він тепер у кращому місці», «Візьміть себе в руки» тощо;
- повідомляти про загибель, якщо немає незаперечної інформації, що підтверджує факт смерті.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У РАЗІ ВТРАТИ

Надаючи психологічну допомогу обов'язково слід враховувати, який саме етап горювання проходить людина: первинної взаємодії з втратою, безпосередньо горювання чи одужання. Конструктивність переживання втрати залежить від обраної базової стратегії виживання, а саме:

- орієнтування на подолання ситуативної складної життєвої задачі;
- орієнтування на спостерігацьку життєву позицію;
- орієнтування на фіксацію на втраті.

Залежно від психологічного стану, етапу горювання, домінантної стратегії ефективними можуть бути такі реабілітаційні стратегії (див. табл. 10.3):

Таблиця 10.3.

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ СТРАТЕГІЇ

ЖИТТЄВА СТРАТЕГІЯ	ЕТАП ГОРЮВАННЯ	РЕАБІЛІТАЦІЙНІ СТРАТЕГІЇ
Прийняття досвіду подолання складної життєвої задачі	Первинна взаємодія з втратою	Підтримка рідних та близьких (бути поряд) Допомога в організації поховальної церемонії без подавлення активності самої особи
	Період горювання	Духовно-орієнтоване консультування Мотиваційне інтерв'ювання Проблемо-орієнтоване консультування Екзистенційна психотерапія
	Одужування	Когнітивно-поведінкові підходи Духовно-орієнтована підтримка Арт-терапія
Спостерігацька життєва позиція	Первинна взаємодія з втратою	Підтримка рідних та знайомих (бути поряд) Директивно-орієнтоване консультування Допомога в організації поховальної церемонії Духовно-орієнтоване консультування. (десенсибілізація за допомогою руху очей) Травмафокус
	Період горювання	Мотиваційне інтерв'ювання Духовно-орієнтоване консультування Проблемно-орієнтоване консультування Когнітивно-процесуальна психотерапія Клієнт-центрована терапія Травмофокусовані підходи арт-терапії (пісочна терапія, проєктивний малюнок, робота з глиною тощо) (десенсибілізація та переробка за допомогою руху очей) Травмафокус
	Одужування	Мотиваційне інтерв'ювання Духовно-орієнтоване консультування Когнітивно-поведінкова терапія Арт-терапія
Фіксація на втраті	Первинна взаємодія з втратою	Підтримка із застосуванням методів активного слухання. Організація поховальної церемонії з мінімальним залученням особи Духовно-орієнтована підтримка Директивне консультування EMD (для зменшення інтенсивності переживання)

ЖИТТЄВА СТРАТЕГІЯ	ЕТАП ГОРЮВАННЯ	РЕАБІЛІТАЦІЙНІ СТРАТЕГІЇ
		Травмафокус
	Період горювання	Мотиваційне інтерв'ювання Духовно-орієнтоване консультування Проблемно-орієнтоване консультування EMDR Когнітивно-процесуальна психотерапія Когнітивно-поведінкова терапія Травмофокусовані підходи арт-терапії (пісочна терапія, проєктивний малюнок, робота з глиною тощо) Сімейна психотерапія Травмафокус
	Одужування	Духовно-орієнтована підтримка Мотиваційне інтерв'ювання Когнітивно-поведінкова терапія Арт-терапія Психодрама Сімейна психотерапія Трамафокус

Слід завжди з великою повагою ставитися до почуттів людини, не залежно від її стану - фіксації, чи конструктивного проходження втрати. Це її досвід, її стосунки із собою, з людьми, з Богом. Можна разом пройти з людиною цей етап переживання болючого досвіду, але не можна зробити це замість неї. Надзвичайно важливо в процесі реабілітації знайти темп руху, прийнятний для людини, що переживає втрату (а не для фахівця).

У час скорботи людині важко повірити в те, що вона здатна жити далі, їй це здається неможливим. Звісно, її життя вже ніколи не буде таким, яким воно було раніше, до втрати, проте через переживання й прийняття власних часто суперечливих і складних почуттів людина змінюється і рухається в майбутнє.

ГРУПОВА РОБОТА З ВИМУШЕНИМИ ПЕРЕСЕЛЕНЦЯМИ

Під час формування груп підтримки (за участі психолога) враховуються такі організаційні моменти:

- оптимальна кількість учасників групи - 6-12 осіб;
- оптимальна кількість зустрічей на тиждень - 1;
- рекомендована тривалість зустрічі - 2 години;
- резервний час - 0,5 годин (для непередбачуваних ситуацій);
- якщо проводиться інформування, в процесі роботи має бути додаткова перерва у проміжку між інформаційними блоками (15-30 хв.);
- перерву можна використати для проведення релаксації учасників групи;
- раз на 1-2 місяці можлива спільна зустріч кількох груп для створення міжгрупових зв'язків (кількість учасників до 30 осіб).

Ведучий групи підтримки в своїй роботі орієнтується на базові принципи групового консультування, принципи групової психотерапевтичної допомоги та тренінгової роботи.

Базові принципи групової роботи:

- емпатійне ставлення до всіх учасників групи;
- толерування невизначеності (в групі можуть бути присутні учасники,

які тривалий час не будуть готові надати ніякої особистої інформації);

- конфедесійність (жодна інформація не може бути винесена за межі групи, окрім тієї, на яку дала дозвіл особа, що її ця інформація стосується);
- зворотній зв'язок;
- принцип активності (відсутність примусу як щодо комунікації, так і стосовно ноб-хідності різко припинити комунікацію);
- неспішність (оскільки різним учасникам групи потрібен різний час для знайомства, адаптації та включення у групову взаємодію);
- усвідомлення учасниками групи, що відповідальність за їхні зміни, в першу чергу, лежить на них.

Форми роботи груп підтримки:

- просвітницька груповою робота;
- консультативна робота виключно в межах запитів учасників групи;
- психоедукація поєднана з роботою за психологічними запитами учасників груп;
- психоедукація та тренінгова робота (мотиваційний тренінг, комунікативний тренінг, психо-соціальний тренінг, тренінг конкретних навичок тощо);
- терапевтична груповою робота (найчастіше застосовуються такі психотерапевтичні підходи: клієнтцентрований, екзистенційний, духовно-орієнтований, когнітивно-поведінковий, арттерапія).

Під час групової роботи використовуються вправи, деякі з них можна використати і для індивідуальної роботи, деякі можна реалізувати лише в груповому форматі.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Чи потрібно, надаючи психологічну допомогу вимушеним переселенцям, враховувати їхні національні та релігійні особливості? Відповідь обґрунтуйте.
2. Чому, на вашу думку, модель «виключно матеріальної допомоги» вимушеним переселенцям в Україні протягом весни/осені 2014 року, виявилася не достатньо ефективною?
3. Які, на вашу думку, слід проводити інформаційні заходи з місцевим населенням, у районах найбільшого поселення вимушених переселенців.

ЗАДАЧА

На консультацію звернулася жінка із запитом, як їй поводитися. Рідні її чоловіка стали вимушеними переселенцями і оселилися в їхньому домі, в якому до цього часу вони проживали разом із дітьми та свекрухою.

На її думку, вимушені переселенці почали зловживати гостинністю і поводитися як господарі. За словами жінки, свекруха підпала під їхній вплив, і тому вимагає переселення родини сина в невеличку «літню кухню» на підвір'ї будинку, залишаючи за «гостями» кімнати, які до цього займала родина сина.

Опишіть стратегію консультаційного процесу.

Що слід з'ясувати при інтерв'юванні?

Кого і з якою метою ви запросите на наступну зустріч, окрім клієнта?

Опишіть різні варіанти розв'язання проблеми клієнта.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Назвіть загальні принципи допомоги вимушеним переселенцям та біженцям.
2. Які підходи та методики допомагають активізувати психологічні ресурси переселенця?
3. Що таке ресурсна карта і як вона використовується в наданні психологічної допомоги вимушено переселеним особам?
4. Які підходи та методи роботи можуть застосовуватися при роботі з переселенцями?

Лекція 11. Психологічна допомога ветеранам війни

ПЛАН

- 11.1. Особливості психологічної допомоги ветеранам війни.
- 11.2. Духовно-психологічна реабілітація ветеранів війни.
- 11.3. Психологічна допомога ветеранам із проблемами залежності від психоактивних речовин

Вже кілька років на території України тривають бойові дії. Хтось із учасників бойових дій пройшов страшні події початку війни у складі добровольчих батальйонів, хтось служив у Національній Гвардії чи у Збройних Силах України, хтось виконував завдання під проводом Міністерства Надзвичайних Ситуацій або виконував свій професійний обов'язок за дорученням Служби Безпеки України. Не всі учасники добровольчих батальйонів мають статус учасника бойових дій. Проте, не залежно від офіційного статусу, у всіх є досвід війни. Відповідно, якому представнику із зазначених категорій не надавалася б психологічна допомога, кожен вважатиметься ветераном війни.

11.1. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ допомоги ВЕТЕРАНАМ ВІЙНИ

Психологічний стан ветерана визначають такі чинники:

особистісні якості;

- особливості травмівного досвіду;
- наявність та характер психотравми отриманої в дитячому віці;
- акумульовані протягом життя соціальні моделі, зокрема життєві стратегії та сценарії;
- соціальне середовище, зокрема соціальна підтримка, соціальна допомога;
- професійна реалізація.

Сьогодні на законодавчому рівні передбачаються зміни принципів організації системи реабілітації та системи надання соціальних гарантій, що визначатиме і запровадження нових моделей організації, адміністрування та менеджменту, застосування принципово іншої методології оцінки якості результатів реабілітаційного процесу, а також процесу соціальної адаптації учасників АТО та ООС і членів їхніх сімей. Згідно з положеннями нового підходу сучасні системи надання реабілітаційних та соціальних послуг мають спиратися на

такі принципи:

- персоніфікований підхід до учасників АТО та ООС;
- простота та ефективність управління та організації;
- прозорість та публічність;
- максимальне використання потенціалу самоорганізації ветеранів та фахівців;
- використання провідного світового досвіду як у сфері адміністрування суспільних процесів, так і в сфері надання реабілітаційних послуг учасникам бойових дій.

ПРАВИЛА РОБОТИ З ДЕМОБІЛІЗОВАНИМИ УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ

1. Учасник бойових дій - це захисник близьких, спільноти, своєї землі, Батьківщини.

2. Термін «герой» не варто застосовувати до ветерана, оскільки героїстство передбачає одноразовий вчинок, а потім - «спочивання на лаврах», а завдання психологічної реабілітації - активізувати життєтворчий потенціал особи.

3. Демобілізований учасник бойових дій ніколи не зможе повернутися до «себе минулого». Це змінена особистість, яка потребує прийняття іншими нового стану, що веде до змін у житті його і його близьких.

4. Не можна стигматизувати ПТСР чи будь-який інший розлад учасника бойових дій, водночас як і примушувати його «до посткризового зростання».

5. Зростання після травмівного досвіду запускається не автоматично, а залежить від внутрішнього та зовнішнього психологічного потенціалу ветерана у процесі переосмислення цінності пережитого ним досвіду і відбувається лише у прийнятному для ветерана темпі.

6. Необхідно навчити ветеранів технік саморегуляції та зокрема технік регуляції емоцій. Слід з'ясувати, що допомагало ветерану до травматичних подій, і що залишилося ефективним і зараз.

7. Активізація позитивного погляду ветерана на себе, на віру в свої сили та здібності має чітко співвідноситися з реальністю. Важливо складати реалістичні життєві плани та знаходити відповідні шляхи їхньої реалізації.

8. Надаючи психологічні послуги, необхідно чітко визначати міру власної компетентності, щоб ефективно використовувати механізм перенаправлення до інших фахівців.

9. Організуючи психологічну реабілітацію ветерана війни, слід чітко розрізняти рівні його потреб, що визначає рівень психологічної реабілітації і, відповідно, спектр комунікативних стратегій та методів психологічної допомоги.

Важливо пам'ятати, що психологічна допомога ветеранам має бути системною. У першому томі «Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи» названі методи реабілітації з клінічно доведеною ефективністю, методи з умовною ефективністю та методи з недоведеною ефективністю (як внаслідок неефективності самих методів, так і внаслідок відсутності валідних досліджень щодо цих методів). Зрозуміло, що з часом, у міру проведення досліджень спектр рекомендованих підходів із клінічно доведеною ефективністю

буде зростати. Наприклад, ще кілька років тому метод «десенсибілізації та переробки за рухом очей» (EMDR) вважався сумнівним, проте нині, після проведення належних досліджень, ефективність цього методу доведена клінічно.

Порівневий психологічний супровід ветеранів війни та стратегії взаємодії учасників реабілітаційного процесу представлено у таблиці 11.1.

Таблиця 11.1

СТРАТЕГІЇ ВЗАЄМОДІЇ УЧАСНИКІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ

РІВНІ РЕАБІЛІТАЦІЇ	СТРАТЕГІЇ ВЗАЄМОДІЇ УЧАСНИКІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ
Невідкладна психологічна допомога: 1. Первинна допомога. 2. Скринінг. 3. Кризове втручання (за необхідності)	Директивні стратегії («батько», «брат»), що забезпечує чітке інструктування стосовно дій потерпілого і чітку регламентацію щодо його подальшого психологічного відновлення
Перший реабілітаційний рівень 1. Психодіагностика. 2. Сприяння адаптації та реадaptaція ветерана до нових умов у післявоєнному соціумі. 3. Психо-соціальний супровід	Демократичні стратегії («побратим», «сестра») лежать в основі принципу взаємодопомоги «рівний-рівному» і передбачають демократичну комунікативну між-особистісну взаємодію з психологом, соціальним працівником, медиком тощо
Другий реабілітаційний рівень: 1. Психодіагностика. 2. Психологічне консультування (індивідуальне, групове, сімейне). 3. Психологічний супровід	Авторитарні стратегії («батько», «мати») та директивні («батько», «брат») дозволяють за рахунок знань, умінь та професійних навичок консультанта в короткий термін отримати позитивні результати у подоланні психологічних проблем ветерана, обумовлених його запитом
Третій реабілітаційний рівень: 1. Психодіагностика 2. Психотерапія (індивідуальна, групова, сімейна)	Використовуються всі типи стратегій залежно від психотерапевтичного підходу
Четвертий реабілітаційний рівень: медико-психологічна допомога	Авторитарні стратеги («батько», «мати») стосуються взаємодії з медичним персоналом, а також усі типи стратегій залежно від психотерапевтичного підходу, в якому надається психологічна допомога

Основними показаннями до застосування методу EMDR є:

- ПТСР у ветеранів локальних війн і цивільних осіб (спричинений сексуальним насильством, нападами, аваріями, пожежами, техногенними катастрофами та стихійними лихами);
- обсесивно-компульсивний розлад;
- панічний розлад;
- психогенні сексуальні дисфункції;

- дисоціативні розлади (за наявності у психотерапевта спеціальних навичок);
- залежність від психоактивних речовин (дані про терапевтичні результати досить суперечливі);
- хронічні соматичні захворювання і пов'язані з ними психологічні травми;
- випадки гострого горя (синдром втрати);
- невротичні та психосоматичні розлади, в анамнезі яких виявлена психотравма, ймовірно зв'язана з поточною патологією (травмівний епізод піддається переробці);
- подружні і виробничі конфлікти;
- проблеми, пов'язані з підвищеною тривожністю, невпевненістю в собі, низькою самооцінкою тощо».

У другому томі цього посібника детально описується підхід до психологічної реабілітації ветеранів, що базується на принципах «рівний/рівному» і застосовується у групах підтримки та взаємодопомоги.

Приклади окремих методик, які можна використати в процесі психологічної реабілітації ветеранів на різних реабілітаційних рівнях представлені у додатку 4.

11.2. ДУХОВНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ

Заходи психологічної реабілітації учасників бойових дій визначаються особливостями їхнього стану, у певних випадках до цього процесу необхідно залучати лікарів-психіатрів. Проте, за словами президента Асоціації психіатрів України С. Глузмана, «існує небезпека психіатризації проблеми реабілітації учасників АТО з посттравматичним синдромом, тоді як вони потребують передусім психологічної підтримки».

Бійці, що були на «нульовому» рівні передової, переконані, що «в окопах атеїстів немає». Збільшення кількості капеланів у зоні бойових дій і запит бійців на спілкування з ними свідчить про важливість духовного фактору у психологічній реабілітації.

Сьогодні в Україні на зміну визнаних у світі біопсихо-соціальної моделі допомоги пораненим приходить біосихоп-соціо-онтологічна модель. Врахування онтологічного виміру людини, сфери функціонування її духовного начала та використання його потенційних можливостей у процесі реабілітації (і в профілактичній роботі) ветеранів значно підвищує ефективність та результативність роботи.

ДУХОВНІСТЬ - СУТНІСНИЙ АТРИБУТ ЛЮДСЬКОЇ ПРИРОДИ, ПСИХІЧНА РЕАЛЬНОСТІ ІСНУВАННЯ НАДІНДИВІДУАЛЬНИХ ЦІННОСТЕЙ ТА ПЕРСОНАЛЬНИХ СМИСЛІВ; СМИСЛОТВОРЧИЙ ЦЕНТР, ЩО ЗАДАЄ ФІНАЛЬНУ МЕТУ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ І СКЕРОВУЄ НА ШЛЯХУ ДО ЦЬОЇ МЕТИ.

Духовно-психологічна допомога учасникам бойових дій та ветеранам, безперечно, має бути співзвучною з їхніми духовними та релігійними світоглядними позиціями, і повинна надаватися, в першу чергу, фахівцями з близького духовного середовища.

Духовно-психологічна реабілітація - це система духовних, психологічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення духовних, психічних та фізичних сил, корекцію або компенсацію порушень духовних станів, психічних функцій, особистісного статусу учасників бойових дій.

Що стосується роботи психологів, які враховують духовну складову потреб особистості, то перед ними ставляться такі основні завдання:

- визначення ступеня та характеру психологічних розладів;
- вивчення індивідуально-особистісних особливостей учасників ветеранів війни та оцінка їхніх духовних, когнітивних, емоційних, волевих можливостей; визначення необхідних заходів індивідуальної та групової духовно-психологічної реабілітації;
- нормалізація психічного стану, зниження психічного напруження та відновлення психічної рівноваги;
- формування оптимального психологічного реагування на наслідки психічної травми;
- розширення психологічних можливостей ветерана війни в його особистому та соціальному життєздійсненні за допомогою комплексного використання психокон- сультативних, психотерапевтичних заходів та психологічної просвіти;
- оцінка ефективності реабілітаційних заходів учасників бойових дій.

ЕТАПИ ДУХОВНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1. Передусім відбувається зустріч учасника ветерана із капеланом та психологом. Капелан бесідує з ветераном (може сповідати його), читає відповідні молитви. Робота ж психолога на цьому етапі передбачає реалізацію психодіагностичних заходів. Доцільно провести бесіду, зокрема, щоб з'ясувати обізнаність учасника бойових дій щодо особливостей стану, який він переживає, його релігійного та терапевтичного досвіду.

2. На другому етапі відбувається реалізація основної частини програми духовно- психологічної реабілітації і проведення у груповій формі заходів духовного відновлення - тематичних духовних бесід, участь у Божественній літургії, звершення Тайни Євхаристії і Тайни Єлеопомазання; психологічна просвіта (тематичні бесіди з метою формування знань щодо наслідків отриманої бойової психологічної травми і ресурсів її подолання, терапевтичного значення духовних практик та психологічних засобів оптимізації життя), консультативна та психотерапевтична робота.

3. Заключний етап реабілітації передбачає проведення діагностичної роботи з метою з'ясування результативності наданої допомоги та формулювання психологічних рекомендацій і духовних настанов, що можуть використовуватись у повсякденному житті.

Психодіагностика проводиться на всіх трьох етапах:

- первинна психодіагностика для визначення міри психотравматизації, встановлення індивідуальних особливостей особистості та рівня актуалізації духовного потенціалу, духовного розвитку;

- проміжний етап - визначення динаміки особистісних змін в умовах реалізації духовно-психологічної реабілітації та з'ясування необхідності застосування додаткових заходів реабілітації;
- завершальний етап - констатація результативності наданої психологічної допомоги.

Окрім діагностичних методик спрямованих на встановлення ступеня психотравматизації людини, міри проявів у неї розладів, можна застосовувати низку методик для вивчення духовної сфери особистості учасника бойових дій, зокрема: «Духовний потенціал особистості» (Е. О. Помиткін), анкети «Духовний світ особистості», «Шкала доброзичливості» (Дж. Кемпбел), Методика діагностики розвитку рефлексії (А. В. Карпов), САМОАЛ (А. В. Лазукін в адаптації Н. Ф. Каліної), Вивчення суб'єктних здібностей та особистісних цінностей (З. С. Карпенко).

ЗАВДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ:

- 1) усвідомлення та розуміння духовної автентичності особистості - з метою мобілізації внутрішніх резервних сил для подолання наслідків психотравми;
- 2) відновлення природної діалогічної орієнтації у вертикальній площині, реструктуризація переживань засобами молитви;
- 3) орієнтації людини на майбутнє та актуалізація її спроможності «віддати минуле Богу».

Специфіку консультативної роботи в парадигмі духовно-психологічної реабілітації визначає акцентування процесу у вертикальній площині життєздійснення людини.

11.3. Психологічна допомога ветеранам із проблемами залежності від психоактивних речовин

Щодо історичного досвіду вживання алкоголю в українській армії директор музею «Тюрма на Лонцького» Руслан Забілий наводить такий приклад: «В УПА стосовно алкоголю було суворо і жорстоко. Командири спілкувалися з людьми, про це є численні документи, був інститут політичних вихователів. УПА алкоголізмом не була вражена. Іноді вживали радикальні методи - буки чи смертну кару. В групі «Північ» у воєнних підрозділах алкоголь був заборонений взагалі. В документах польової військової жандармерії розповідається, що повстанця спочатку попереджали, а коли повторювалося зловживання алкоголем, то виписували буки. Але якщо і це не допомагало, то збирався військово-польовий суд і карав смертю. Без попередження карали тих, хто був п'яним на посту. Бо від реакції і рішення цієї людини залежала доля сотні людей, і такі випадки не пробачалися».

Одним із гасел УПА було «За волю - без алкоголю!».

У наш час також почали задумуватися над питаннями протидії алкоголізації учасників бойових дій. Таку червні 2016 року в інформаційному просторі інтернету був оголошений намір Міністерства оборони України «позбавляти військових у зоні АТО статусу учасника бойових дій за зловживання алкоголем та порушення закону». Подібні заходи можуть послабити процес нової хвилі алкоголізації, але не можна таким чином вплинути на тих, хто вже страждає від алкогольної залежності.

АЛКОГОЛЬНА ЗАЛЕЖНІСТЬ НЕРІДКО ФОРМУЄТЬСЯ ЧЕРЕЗ

ВІДСУТНІСТЬ АБО СЛАБКІСТЬ У ЛЮДИНИ МЕХАНІЗМІВ САМОВІДНОВЛЕННЯ ТА СТИМУЛЮЄТЬСЯ СОЦІАЛЬНИМИ СТЕРЕОТИПАМИ ЩОДО АЛКОГОЛЮ ЯК НАЙКРАЩОГО СПОСОБУ ЗВІЛЬНИТИСЯ ВІД ПСИХІЧНОГО ТА ФІЗИЧНОГО НАПРУЖЕННЯ.

Причини зловживання алкоголем в учасників бойових дій:

- фактор «виривання» особи з природнього середовища;
- стресогенність ситуації;
- спроби подолати страх;
- легка доступність алкоголю;
- образа бійців на державу та суспільство за відсутність змін;
- ПТСР;
- первинна (довоєнна) алкоголізація тощо.

Наші спостереження показують, що важливими в процесі алкоголізації особи, окрім зазначених вище, є й інші механізми, що впливають як на переживання стресових та травмівних ситуацій, так і на алкоголізацію. До них можна зарахувати:

- деструктивні сценарії сформовані у батьківській родині (сценарії, що визначають образ себе - недовіру до людей, невміння брати відповідальність за власні вчинки тощо);
- деструктивний особистісний вибір;
- схильність до психологічного узалежнення як від людей, так і подій та ситуацій тощо.

Крім того, алкогольна залежність може бути спричинена цілою низкою фізіологічних збоїв та органічних уражень, що можуть відігравати роль як первинного фактору, так і набутого вторинного.

Проблема подолання алкогольної залежності потребує системного та ґрунтового підходу. Залежну особу обов'язково слід спрямувати до нарколога, вона має пройти курс медичної і психологічної реабілітації.

Відомий український лікар-психіатр, психотерапевт та нарколог А. Б. Карачевський виділяє такі складові лікування від алкогольної залежності:

- 1) мотиваційне лікування (засобами мотиваційних бесід або шляхом кризової інтервенції);
- 2) дезінтоксикація (процедура, спрямована на усунення наслідків отруєння організму алкоголем та продуктами його розпаду);
- 3) озонотерапія (внутрішньовенне введення насиченого озоном фізіологічного розчину - проводиться в умовах стаціонару);
- 4) фармакотерапія;
- 5) супроводжувальні психологічні консультації та психотерапія особи з алкогольною залежністю, складові якої:
 - мотиваційна психотерапія;
 - когнітивно-поведінкова психотерапія;
 - терапевтичний метод «12 кроків»;
 - сімейна психотерапія (зокрема, спрямована на соціально-трудова адаптацію залежної людини);

- індивідуальна психологічна реабілітація залежних від алкоголю;
- індивідуальна психологічна реабілітація рідних та близьких залежної від алкоголю особи.

Проте не всі фахівці поділяють подібну схему допомоги залежним особам. Є думка, що в процесі реабілітації необхідне поєднання двох синхронних ліній допомоги: психотерапію і програму «12 кроків», яка в свою чергу розглядається не як терапевтичний захід допомоги, а як групова підтримка.

Лікування алкогольної залежності є тривалим реабілітаційним процесом не тільки залежної людини, але й усієї сім'ї.

«Часто члени родини страждають не менше, а іноді й більше, ніж той, хто п'є. І навіть коли близький починає видужувати - у них залишається тривожне очікування: «коли ж він зірветься». Цей стан ще називають «співзалежністю». Близькому заглядають в очі, приносять, вимогливо запитують: «Признайся, ти пив?». І це, найчастіше, може спровокувати дитячу реакцію «Ага, якщо ви такі, то я піду і нап'юся». Співзалежність має свою динаміку, й іноді настає момент, коли допомога рідним потрібна більше, ніж алкоголіку. Особливо, якщо алкоголік категорично відмовляється одужувати».

У книжці А. Б. Карачевського «Подолати алкогольну залежність» [56] представлений розділ «Самодопомога при алкогольній залежності», матеріалами якого можуть скористатися зацікавлені фахівці.

Зцілення учасників бойових дій від алкогольної залежності неможливе без зцілення від наслідків бойової травми. Для цього фахівці пропонують використовувати традиційні підходи, такі як когнітивно-процесуальна терапія, і додавати духовно-психологічну допомогу. У багатьох ветеранів після повернення додому змінюються погляди на світ, вони можуть переживати духовні кризи, невдоволення Богом, і в результаті духовного пошуку ставати ближчими або віддалятися від Бога та від інших людей. Тому алгоритм психологічної допомоги ветеранам має включати духовні компоненти і обговорення питань віри, особливо питань прощення.

Духовно-орієнтований підхід може застосовуватися не лише під час загальної психологічної реабілітації учасників бойових дій, але й для сприяння подоланню залежності від психоактивних речовин.

Духовна терапія адикцій в умовах групи передбачає створення умов для духовного розвитку її членів.

Духовний розвитку членів групи підтримки - це, передусім, реалізація духовної боротьби із залежністю, що має подвійний характер: внутрішню (самопізнання та самовдосконалення), і зовнішню (вдосконалення навколишньої дійсності).

ГРАНИЧНА МЕТА ДУХОВНОГО РОЗВИТКУ ЛЮДЕЙ ІЗ ЗАЛЕЖНОСТЯМИ Є ДОСЯГНЕННЯ ДУХОВНОГО ІДЕАЛУ. ЦЕ НЕ ВТЕЧА ВІД СВІТУ ЗЛА, ЦЕ - АКТИВНЕ ОВОЛОДІННЯ СВІТОМ ДЛЯ ЙОГО ЗЦІЛЕННЯ І ПОРЯТУНКУ.

У світі доведена ефективність програми «12 кроків» для подолання залежностей. На ключових функціональних положеннях цієї програми базується програма духовно-психологічної реабілітації. Однак духовно-психологічна

реабілітація базується на власній методологічній і методичній моделі, що за своїм змістом не заперечує, а доповнює і конкретизує положення програми «12 кроків», ставлячи акцент на розвитку сутнісної природи кожної людини -її духовності.

Основне завдання програми духовно-психологічної реабілітації: створення умов актуалізації внутрішнього духовного потенціалу людини (Сутнісного Я) та активізація процесу розвитку духовності.

СТРУКТУРНІ КОМПОНЕНТИ РОЗВИТКУ ДУХОВНОСТІ

- а) етичний (утвердження моральної позиції на засадах добра);
- б) естетичний (розвиток естетичних почуттів);
- в) інтелектуальний (уточнення, конкретизація, розширення системи знань про себе як про особистість, про інших, про навколишній світ);
- г) екзистенційний (формування життєвої перспективи і трансцендентної спрямованості).

Основна форма психотерапії: діалогічна бесіда спрямована на формування внутрішньо- особистісного та міжособистісного діалогів.

Реалізація внутрішнього діалогу відбувається за умов існування особистості як суб'єкта, що представляє соціальну, психічну та духовну природу людини. З появою на світ людини її психіка є певним потенціалом особистісного розвитку. Цей потенціал становить «Сутнісне Я», що за своєю природою є вродженим та іманентним, таким, що презентує ідеал досконалого буття - єдності «Я-ідеального» і «Я-духовного». Голосом «Сутнісного Я» є совість, екзистенційний пошук, любов, творча інтуїція.

«Сутнісне Я», як біологічно задане, отримує «розширення» (доповнення, а то й протиставлення) у «Множинному Я», що визначає інтерналізовані соціальні норми поведінки, знання, вміння, культурні потреби і настановлення. Результатом взаємовпливу «Сутнісного Я» і «Множинного Я» стає «Особистісне Я». Слід зауважити, що «Особистісне Я», орієнтуючись лише на «Множинне Я», без врахування «Сутнісного Я», втрачає свою автентичність. На рівні «Особистісного Я» виникають питання, дилеми, що вимагають відповідей - чому, навіщо, за що, як, куди? Людина перебуває в пошуках, і цей пошук може обмежитися тільки діалогом «Особистісного Я» з «Множинним Я», а може вийти на діалог із «Сутнісним Я» (екзистенційні питання), залежно від рівня розвитку «Особистісного Я». «Сутнісне Я» може бути спостерігачем чи контролером, радником чи «останньою інстанцією, до якої апелює людина», а, можливо, буде «відсутнім», «виключеним» із цього процесу. Момент «виключення» (може зумовлюватися дією механізмів психічного захисту) призводить до психічного неблагополуччя людини (у Тетяни Флоренської це називається витіснення «Наявним Я» - «Духовного Я»),

Першочерговим завданням психотерапевтичних заходів є створення умов реалізації внутрішньоособистісного діалогу, в умовах якого відбувається актуалізація духовного потенціалу, його «розгортання» та розвиток. Глибина внутрішнього діалогу залежатиме від рівня представленості «Сутнісного Я» у свідомості людини, вихід його із пласту несвідомого та проекції на «Особистісне Я». Що стосується міжособистісного діалогу, то його основною метою в процесі реанімації духовності адиктивних осіб, є досягнення синергійної взаємодії, взаємне збагачення та посилення діалогічних інтенцій його учасників.

Міжособистісний діалог, у процесі якого відбувається розвиток духовності, передбачає різні рівні взаємодії його учасників із притаманними їм характером і мірою взаємного пізнання та взаємного заглиблення.

Поетапність розгортання міжособистісного діалогу та можливість досягнення його учасниками розвивального ефекту визначається специфікою функціонування міжособистісного діалогу як такого.

У МІЖОСОБИСТІСНОМУ ДІАЛОЗІ МОЖНА ОЗНАЧИТИ ТРИ ЯКІСНО ВІДМІННІ РІВНІ ДІАЛОГІЧНОГО КОНТАКТУ:

ПЕРШИЙ РІВЕНЬ - контакт із позиції «Я» - «Інший». «Я» - це факт існування й діяльності конкретної людини, що живе та діє серед інших. «Інший» - це людина, що живе поруч із нами, яка водночас є «Іншим» та «одним із Інших». У такому розумінні кожен учасник діалогу виступає «Іншим» щодо співрозмовників, а кожне «Я» є не лише вираженням самосвідомості, але й реальним суб'єктом, що пізнає себе, пізнає іншого поза самим собою та себе в «Іншому». А «Інший» стосовно кожного конкретного «Я» виступає «Я-адресатом», тим, із ким співрозмовників поєднує певний предметний зміст: повідомлення, факт, позиція, змістовне звернення тощо. Ставлення «Я» - «Інший» ніколи не буває загальним, воно завжди конкретне і неповторне (виходячи з неповторності опонентів) та єдине, незалежно від того, чи йдеться про одностороннє сприйняття, що прямує від «Я» до «Іншого». Бо ж цей «Інший» також є певним «Я», для якого наше «Я» може бути власне тим «Іншим». **ДРУГИЙ РІВЕНЬ** діалогічного контакту - це взаємодія учасників із позиції «Я» - «Ти». Його особливістю є взаємне прийняття. Кожен учасник діалогу приймає іншого як співрозмовника - опонента, що бачить інакше, розуміє інакше, і цим становить цінність для самопізнання та саморозвитку. На цьому рівні відбувається справжній вихід у міжособистісний простір та емоційно-смісловне наближення одне до одного, що є каузальним наслідком включення механізмів сприймання.

ТРЕТІЙ РІВЕНЬ-«Я» і «Ти» утворюють нову реальність-«Ми», що «є розширенням «Я» за його первинні і природні межі». З позиції «Ми» відбувається вихід на спільну духовну реальність опонентів, тобто, відбувається взаємодія «Сутнісних Я» на рівні надіндивідуальної форми.

Можна сказати і про формування єдиного «Ми» щодо предметного змісту - об'єкта пізнання. Учасники діалогу стають рівноправними, повноцінними суб'єктами, зверненими в процесі пізнання до одного об'єкта. У справжньому діалозі ніхто не прагне до монологу, ніхто не бореться за перше місце і кожен допомагає іншому, допомагає розкритися діалогові як живому цілому. Формування «Ми»-позиції учасників передбачає прояв суб'єктної активності учасників як стосовно одне до одного, так і до змістовного простору міжособистісного діалогу.

Реалізація міжособистісного діалогу, спрямованого на відновлення духовності особистості адиктивних осіб, включає три етапи діалогічної взаємодії* діагностико-корекційно- розвивального змісту.

1. На першому етапі діалогічної взаємодії міжособистісний діалог, набуваючи вираженої асиметричності (психотерапевт —> пацієнт), має пізнавально-інформативний характер. Перед його учасниками чітко формулюється проблема, так звана, тематика психотерапевтичного заняття та подається

інформація щодо проблеми, що виноситься на обговорення. Наприклад, шкідливість алкоголю для людського організму, проблема деформацій особистості під впливом алкоголю, конфліктність в умовах сім'ї як наслідок вживання алкоголю, місце духовності в боротьбі з алкогольною залежністю тощо.

2. На другому етапі учасникам діалогу пропонується низка проблемних ситуацій (зокрема етичні задачі), кожна з яких передбачає прояв власної активності та вираження особистісної позиції кожним учасником діалогу. Зміст проблемних ситуацій відповідає тематичному змісту заняття. Саме на цьому етапі міжособистісний діалог набуває найвищого функціонального значення в реабілітації духовності його учасників. Кожен учасник висловлює свої уявлення та позицію, після чого проходить обговорення спільних та відмінних аспектів особистісних переживань, визначення тих особливостей, що мають місце під час внутрішнього діалогу та викликають зацікавленість, потребу в інтерпретації та розумінні.

3. На третьому, заключному етапі, учасникам діалогу пропонується сформулювати спільне судження (з позиції «Ми») щодо поставленої на початку заняття проблеми, яке б мало характер настановлення щодо її вирішення. Наприклад, «Ми обираємо любов - любов до Бога, любов до себе, любов до ближніх», «Наше життя віднині - це робота над собою, щоб бути досконалими, як наш Отець досконалий», «Ми віримо, що покликані здати в цьому житті іспит на гідність» тощо.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ПРОГРАМА ДУХОВНОЇ ТЕРАПІЇ АДИКТИВНИХ ОСІБ МІСТИТЬ ТРИ ВЗАЄМОПОВ'ЯЗАНІ ТЕМАТИЧНІ БЛОКИ.

Завдання ПЕРШОГО БЛОКУ: формування в учасників психотерапії розуміння негативних наслідків узалежнення (як для самої адиктивної особи, так і для її оточення) і розвиток глибокого переконання в необхідності її подолання. Тематика діалогічної взаємодії передбачає глибинний самоаналіз на трьох рівнях життєздійснення адиктивної особи: інтра-, інтер- та метасуб'єктому та в трьох площинах: минулому-теперішньому- майбутньому.

Завдання ДРУГОГО ТЕМАТИЧНОГО БЛОКУ: пізнання адиктивною особою своєї сутнісної духовної природи, переосмислення причин залежності з погляду духовності та усвідомлення необхідності духовного розвитку як визначальної можливості вирішення проблеми адикції.

Заняття, на яких відбувається виконання цього завдання, складаються з тематичних діалогів, основною метою яких є актуалізація особистісного самовизначення. Ставляться питання «Хто Я?» з позиції зіставлення себе зі світом як творінням Бога та питання «Для чого Я?» з позиції власної самоцінності. Пошук відповідей на ці питання відбувається за умов осмислення особистістю попереднього життєвого досвіду, життя як цілісності. Все це врешті-решт веде до усвідомлення необхідності пошуку граничного смислу життя - віри в Бога, який здатний за умов свободної волі адиктивних осіб «перетворити їхнє життя», зцілити їх духовно і фізично.

Завданням ТРЕТЬОГО ТЕМАТИЧНОГО БЛОКУ є безпосередньо цілеспрямований розвивальний вплив на кожен зі структурних компонентів духовності - етичний, естетичний, пізнавальний та екзистенційний.

Етичний компонент. Що стосується розвитку етичного компоненту, то виникає необхідність створити в процесі психотерапії такі діалогічні умови, які б забезпечили прояв моральних почуттів і моральних якостей кожного учасника та створили можливість їхньої самооцінки й оцінки іншими. Водночас, акцент повинен здійснюватися на аналізі моральних норм і моральних переконань, що визначають поведінку учасників, дають змогу оцінювати й контролювати її. Особливу увагу слід приділити груповому аналізу морального ідеалу, що втілює об'єктивовані найвищі моральні якості і спонукає, на цьому етапі, кожного учасника до саморозвитку й самовдосконалення на етичній основі.

Естетичний компонент духовності. Створення умов розвитку естетичного компоненту духовності передбачає реалізацію системи тематичних діалогів, основним завданням яких є формування усвідомлення і прийняття краси як естетичної категорії; розвитку естетичного сприйняття в учасників, вираження їхніх естетичних почуттів і смаків та їхня часткова об'єктивація з метою визначення основних критеріїв естетичного ідеалу духовно розвиненої особистості.

Пізнавальний компонент духовності. В умовах психотерапевтичних занять акцент здійснюється першочергово на активізації зусиль саморозвитку та формування пізнавального інтересу, векторно спрямованого на власну особистість і навколишній світ. Зокрема, необхідно розширити можливості самоаналізу на тілесному, психічному й онтологічному рівнях самопізнання із подальшим порівнянням результатів самопізнання, з оцінкою іншими учасниками групи потенційних і реальних можливостей кожного учасника зокрема. Важливою є увага до розвитку пізнавальних і творчих здібностей, до здатності бачити себе людиною, відмінною від інших, якій притаманні неповторні властивості, що надають індивідуальній значущості й цінності.

Екзистенційний компонент духовності. Розвиток екзистенційного компоненту передбачає реалізацію діалогів, функціональний зміст яких полягає в аналізі смислової архітекτονіки внутрішнього світу учасників, констатації суб'єктивного змісту смислів, представлених на інтрасуб'єктному, інтерсуб'єктному та метасуб'єктному рівнях існування особистості, встановлення пріоритетних смислів, що визначають, детермінують спрямованість їхньої особистості. Тут добираємо такі проблемні завдання, розв'язання яких передбачало б знаходження кожним пацієнтом стрижневого смислу («граничного сенсу» за В.Франклом [139].) власного життя, усвідомлення й визначення стратегій подальшого вільного особистісного становлення та розвитку.

Прикладом духовної терапії адитивних осіб є програма з доведеною ефективністю

О.К. Климишин «Духовна терапія адитивних осіб: християнсько-орієнтований підхід».

Духовна терапія адикцій в умовах групи передбачає створення умов для духовного розвитку її членів. Духовний розвиток людей із залежністю - це, передусім, реалізація їхньої духовної боротьби з недугою, що має подвійний характер: внутрішній (самопізнання та самовдосконалення), та зовнішній (вдосконалення навколишньої дійсності). Граничною метою духовного розвитку є досягнення духовного ідеалу, який «не є втечею особистості від світу зла, як від

чистого зла, це - активне оволодіння світом для його зцілення і спасіння».

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Чи впливає травмівний досвід попередніх поколінь (історична травма) на переживання екстремальних та травмівних ситуацій нащадками.

2. Як ранні дитячі травми учасника бойових дій здатні відобразитися на його переживаннях та наслідках травмівного досвіду в умовах сучасної гібридної війни.

3. Наведіть приклади відомих вам випадків успішної адаптації учасників бойових дій, з ампутацією, до мирного життя.

ЗАДАЧА 1

До вас звернулися по допомогу лікарі районної лікарні. У їхнього пацієнта, учасника бойових дій (до того ж вимушеного переселенця), присутні всі ознаки посттравматичного стресового розладу. Проте він не хоче бачити жодного психолога чи психіатра, які не поділяють його релігійних поглядів, оскільки не довіряє їм. При цьому жодного фахівця психологічної сфери - представника його конфесії у вашому місті немає. Опишіть ваші дії і стратегію допомоги ветерану.

Умова. Задача розглядається для трьох базових релігій (християнство, мусульманство, іудаїзм).

ЗАДАЧА 2

До вас на консультацію побратими привели військовослужбовця, що два тижні перебував у відпустці, і через два дні має повернутися на передову. Він зазначає, що вже кілька місяців не може нормально спати, а останній тиждень не спав узагалі. Крім того, він відчуває панічні атаки і впевнений, що скоро загине. При цьому заявляє, що він не боїться смерті, і життя для нього нічого не варте. Опишіть ваші дії та стратегії допомоги за принципом: «ідеальна-бажана-реальна».

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Назвіть фактори визначальні для психологічного стану ветерана.

2. Наведіть приклади використання комунікативних стратегій на різних етапах психологічної реабілітації ветерана.

3. Назвіть основні правила психологічної допомоги ветеранам.

4. Що таке модель «СЯСЖ» і як вона застосовується на практиці?

5. Назвіть причини та види залежностей, які найчастіше зустрічаються в учасників бойових дій? Які стратегії їхнього подолання ви знаєте?

6. Охарактеризуйте роль екзистенційних переживань у подоланні травмівного досвіду особою.

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Проаналізуйте та випишіть у вигляді таблиці культурно-релігійні особливості мусульманської та іудейської родин, що мають значний вплив на психологію сімейних стосунків.

Лекція 12. Психологічна допомога родинам ветеранів

ПЛАН

12.1 Специфіка психологічної адаптації учасника бойових дій до родинного життя (Наталія Журавльова, Людмила Гридковець)

12.2. Психологічна допомога дружинам ветеранів війни (Наталія Журавльова)

12.3. Особливості психологічної допомоги родинам ветеранів війни (Людмила Гридковець, Джошуа Кречмер)

12.1. СПЕЦИФІКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧАСНИКА БОЙОВИХ ДІЙ ДО РОДИННОГО ЖИТТЯ

ВПЛИВ БОЙОВОЇ ТРАВМИ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВЕТЕРАНА

Військовослужбовець під час війни відчуває фізичний, емоційний і соціальний стрес, що може призводити до психічних травм, а в подальшому до прояву специфічних реакцій, які порушують повсякденну життєдіяльність і процеси адаптації ветерана. Розуміння та інтерпретація таких реакцій на стрес-фактори бойової обстановки ґрунтується на концепції посттравматичних стресових розладів (ПТСР). Розглянемо основні типові прояви цих розладів та їхній вплив на сімейну ситуацію бійця.

РЕЗУЛЬТАТОМ ВПЛИВУ ПСИХОТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ МОЖЕ БУТИ ЗМІНА В УЯВЛЕННІ ПРО ВЛАСНУ ВРАЗЛИВІСТЬ, ПРО САМОГО СЕБЕ, ІНШИХ ЛЮДЕЙ, ПРО СВІТ ЗАГАЛОМ. МОЖЕ ЗРУЙНУВАТИСЯ УЯВЛЕННЯ ПРО ТЕ, ЩО НАВКОЛИШНІЙ СВІТ УПОРЯДКОВАНИЙ, БЕЗПЕЧНИЙ, ЩО ВЛАСНА ОСОБИСТІСТЬ ГІДНА ПОВАГИ, А ІНШИМ ЛЮДЯМ МОЖНА ДОВІРЯТИ. ЗАГАЛОМ **ПСИХІЧНА ТРАВМА** - ЦЕ ПОРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ЦІЛІСНОСТІ ОСОБИСТОСТІ.

Фахівці виділяють найбільш характерні **відтерміновані реакції на бойовий стрес**:

- дратівливість;
- запальність;
- агресивність;
- напруження;
- тривожність;
- підвищену стомлюваність;
- депресивність.

Часто зустрічаються порушення сну, нічні кошмари, ослаблення пам'яті і труднощі в концентрації уваги, захопленість спогадами про війну, фобійні реакції. Може спостерігатися також пристрасть до алкоголю і наркотиків, особистісні зміни, різні психосоматичні симптоми.

Проявами ПРСР є також втрата інтересу до значущих раніше для ветерана форм життєдіяльності, втрата бачення перспективи майбутнього, сенсу життя загалом. Багатьом властиві невпевненість у своїх силах, відчуття нездатності впливати на хід подій, бажання помститися за все, що відбувалося на війні. Дослідники звертають увагу на переживання ветеранів через власні дії під час

виконання службових обов'язків, на почуття провини через загибель друзів тощо.

Типові проблемні прояви ветеранів, що впливають на їхні стосунки:

- 1) недовіра до людей і почуття відчуженості від них;
- 2) зниження здатності до співпереживання і душевної близькості;
- 3) відчуття занедбаності;
- 4) труднощі у вираженні почуттів і саморозкритті;
- 5) схильність до агресивних проявів.

Загалом ветеранам важко вирішувати проблеми в спілкуванні. їхні міжособистісні стосунки часто характеризуються нестабільністю, що породжує соціальні проблеми (звільнення з роботи, соціальні конфлікти, розлучення) [139; 148; 150].

ПІСЛЯ ПОВЕРНЕННЯ З ФРОНТУ ВЕТЕРАНИ ПРАКТИЧНО НЕЗДАТНІ ГОВОРИТИ ПРО ВІЙНУ ЗІ СВОЇМИ РІДНИМИ. ЦЯ ТЕМА ОБГОВОРЮЄТЬСЯ ПЕРЕВАЖНО З ПОБРАТИМАМИ: ЇМ ВОНИ МОЖУТЬ ДОВІРЯТИ, З НИМИ ВІДЧУВАЮТЬ СЕБЕ ПОЧУТИМИ; З НИМИ ГОТОВІ РОЗДІЛИТИ СВІЙ БІЛЬ І ПЕРЕЖИВАННЯ.

Однією з причин того, що ветеранам важко взаємодіяти з оточуючими, є їхня невисока активність у вирішенні власних життєво важливих проблем і питань сімейного життя зокрема. Труднощі післявоєнної адаптації чоловіків в значній мірі лягають на плечі дружин демобілізованих, додають навантажень до їхніх турбот, ускладнюють емоційне і фізичне самопочуття жінок.

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНА ДО РОДИНИ В УМОВАХ МИРНОГО ЖИТТЯ

Для успішної адаптації демобілізованих, що повернулися із зони АТО чи Операції Об'єднаних Сил, слід акцентувати увагу волонтерів і близьких на таких факторах:

- особливості першої зустрічі (як зустріти захисників - без істерик, із любов'ю й позитивним настроєм);
- усвідомлення природності адаптаційних процесів упродовж трьох місяців (вихід назовні «заморожених» до цього емоцій та переживання їх);
- побутова адаптація (залучення до домашньої роботи);
- недопустимість психологічного тиску в комунікаціях («витягування» на розмови, багато запитань, з'ясування деталей тощо);
- необхідність дослухатися до простих прохань особи щодо забезпечення комфорту (їсти, зачинити двері, вимкнути музику чи світло тощо);
- контроль інформації (обмеження агресивної інформації, зокрема новин, фільмів-«бойовиків, фільмів-«катастроф» тощо).

Саме з цими правилами в першу чергу мають бути ознайомлені всі члени родини учасника бойових дій.

Проблеми, з якими зустрічаються родини ветеранів (а також звільнених із полону, військовослужбовців та волонтерів):

- а) руйнація власних очікувань щодо сімейного життя після повернення особи в коло сім'ї (наприклад, дружина очікує, що чоловік після повернення додому відразу візьме на себе всю (чи хоча б більшу) частку відповідальності за родину,

що брав до призову. А виявляється - він сам потребує підтримки і не спроможний певний час виконувати свої основні обов'язки);

б) відмова ветерана працювати в сталій для нього сфері і пошук себе в новій професійній реалізації (що може викликати на певний час матеріальні труднощі в родині);

в) посилення алкогольної, наркотичної чи ігрової залежності (особливо, якщо ці залежності були в допризовний період/до полону);

г) агресивна та неконтрольована поведінка (як обумовлена ПТСР, так і спричинена зниженням внутрішнього соціального контролю особи).

Нерідко перераховані фактори призводять ветеранів чи військовослужбовців до здійснення домашнього насильства, жертвами якого стають діти та жінки. Відомі в Україні **організації, що допомагають жертвам домашнього насильства**: «Ла Страда - Україна» (Міжнародний жіночий правозахисний центр: протидія торгівлі людьми, насильству в сім'ї; захист прав дітей); Всеукраїнська гаряча лінія з протидії насильству. Також є багато громадських організацій одним із напрямків діяльності яких є протидія насильству та допомога жертвам домашнього насильства, зокрема: МГО «Міжнародний Центр Батьківства», Жіночий консорціум України (Ж/СІП) тощо.

Саме посттравматичний розлад як серед військових, ветеранів та звільнених із полону, так і серед переселенців стає потужним механізмом розвитку насильства в сім'ї. Тому особливої актуальності набуває проблема психологічної реабілітації тих, хто повертається з війни або переселяється із зони АТО (ООС).

Відповідно до визначення в Законі України «Про попередження насильства в сім'ї»:

– **психологічне насильство в сім'ї** - насильство, пов'язане з дією одного члена сім'ї на психіку іншого члена сім'ї шляхом словесних образ або погроз, переслідування, залякування, якими навмисно спричиняється емоційна невпевненість, нездатність захистити себе та може завдаватися або завдається шкода психічному здоров'ю;

– **економічне насильство в сім'ї** - умисне позбавлення одним членом сім'ї іншого члена сім'ї житла, їжі, одягу та іншого майна чи коштів, на які постраждалий має передбачене законом право, що може призвести до його смерті, викликати порушення фізичного чи психічного здоров'я;

– **сексуальне насильство в сім'ї** - протиправне посягання одного члена сім'ї на статеву недоторканість іншого члена сім'ї, а також дії сексуального характеру стосовно дитини, що є членом цієї сім'ї;

У навчально-методичному посібнику для працівників внутрішніх справ зазначаються такі **прояви психологічного насильства**: образи з використанням лайливих слів та (або) криків, образливі жести, пози, міміка, погляди, інтонації, тримання членів сім'ї в атмосфері страху. Психологічне насильство виявляється у брутальному ставленні до родичів чи друзів члена сім'ї, заподіянні шкоди домашнім тваринам, знищенні, пошкодженні, псуванні або приховуванні особистих речей, предметів, прикрас тощо; у використанні принизливих зауважень щодо члена сім'ї; в постійних проявах незадоволення, безпідставних докорів, зауважень і звинувачень, крайніх проявах підозрілості, ревнощів, перевірок,

стежень, що роблять нестерпним життя тощо. А також: ігнорування почуттів особи; образа переконань, що мають цінність для особи; образа віросповідання, національної, расової та класової приналежності або походження; переслідування особи (частіше жінки чи дівчини) через уявлені особою протилежної статі сексуальні зв'язки; обмеження свободи дій та пересування особи; погрози заподіяти фізичну чи економічну шкоду; погрози залишити сім'ю, побити чи вбити дружину, дітей; підштовхування до самогубства; примушення до протизаконних дій; ізоляція від оточуючих; використання дітей проти матері; залякування, усунення від процесу ухвалення рішень; заперечення наявності проблеми насильства, перекладання відповідальності за неї на партнера; обмеження в самореалізації, навчанні, роботі».

Будь-яке насильство передбачає наявність і жертви, й кривдника (агресора). Практика показує, що найчастіше агресором стає той, хто в дитячі роки сам перебував в статусі жертви. Тобто кривдник, зазвичай, має вже сформовану модель агресивної поведінки і попри те, що на свідомому рівні він, як правило, заявляє, що «я ніколи не буду агресором», на рівні несвідомого в нього є стійкі деструктивні сценарії. Проте наявність цих сценаріїв не може виправдовувати агресивні дії.

Науковці виділяють своєрідний **«цикл кривдника»**:

- образа (демонстрація власної влади і контролю в образливий для інших спосіб);
- провина та страх репресій (страх бути спійманим і неспокій через те, що жертва захоче помститися);
- раціоналізація (переконування жертви в тому, що саме вона винна в насильстві, відкидання власної відповідальності за здійснення деструктивного вчинку);
- нормальна поведінка (поводиться так, ніби нічого не відбувається); планування та фантазування (обмірковування минулих та майбутніх насильств підкріплює злість кривдника, що активізує планування іншого епізоду);
- складання плану (створення та контроль ситуацій, що спонукать жертву діяти у спосіб запропонований насильником).

Що не спричинило б агресивну поведінку ветерана чи військовослужбовця, його родина потребує психологічної допомоги, а в умовах неконтрольованої агресії-залучення фахівців (поліцейських, медиків тощо - бажано із числа ветеранів).

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА СІМ'ЯМ ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Зарубіжні психологи в системі психологічної допомоги ветеранам війни важливе місце відводять сімейній психотерапії, деякі з них (М. Стентон, Ч. Фіглі) взагалі вважають, що сімейна психотерапія може мати ключову роль у психологічній допомозі ветеранам.

Наведемо кілька моделей психологічної допомоги сім'ї, представлених в аналітичному огляді С. Седіна і Р. Абдурахманова.

На думку Ч. Фіглі, **психотерапевтична допомога сім'ям ветеранів** повинна ґрунтуватися на чотирьох головних принципах:

- 1) повага до інтимних сторін життя сім'ї, її самовідданості під час війни і

досвіду, що стосується пережитих стресових життєвих обставин;

- 2) інформування родини про можливі психологічні наслідки війни;
- 3) поєднання психологічної допомоги з соціальною підтримкою сім'ї, зокрема, і родинами інших ветеранів;
- 4) психотерапевтичне втручання в життя сім'ї має базуватися на:
 - а) обережному вивченні джерел стресу в сім'ї;
 - б) визначенні - які способи подолання психологічних труднощів використовуються в сім'ї, а які - ні;
 - в) інформування родини про різні способи подолання наслідків травматичного стресу;
 - г) допомогу у створенні в сім'ї системи взаємної підтримки;
 - д) допомогу в мобілізації тих сторін сімейних стосунків, що здатні її зміцнити і забезпечити вирішення психологічних проблем.

С. Вільямс і Т. Вільямс виділяють **основні завдання у психотерапевтичній роботі з сім'ями ветеранів:**

- сприяння подоланню ідентифікації в родині ветерана з образом «пацієнта»;
- допомога у виході зі стану депресії, емоційної та соціальної відчуженості;
- подолання випадків насильства в сім'ї;
- робота з прагненням до тривалої відсутності в родині;
- подолання психологічної дистанції між ветераном і дітьми;
- поліпшення взаємин між подружжям;
- психологічна допомога дружинам ветеранів;
- формування в сім'ї системи взаємної підтримки;
- вдосконалення навичок спілкування в родині.

Найбільш ефективною, на думку С. Вільямс і Т. Вільямс, є мультимодальна форма сімейної терапії, що включає:

- а) індивідуальне та сімейне консультування;
- б) групову психотерапію окремо з ветеранами та їхніми дружинами;
- в) заняття в групах, що включають кілька сімейних пар із метою вдосконалення комунікативної компетентності;
- г) створення системи взаємної соціальної підтримки.

12.2. Психологічна допомога дружинам ветеранів

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАПИТІВ ДРУЖИН ВЕТЕРАНІВ

У контексті психологічної допомоги сім'ям ветеранів окремо виділяється категорія дружин як група, що потребує професійної психологічної підтримки.

Для з'ясування специфіки психологічної допомоги дружинам ветеранів в Україні було проведено дослідження.

ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ:

- 1) з'ясування психологічної проблематики дружин ветеранів;
- 2) виявлення специфіки встановлення контакту та виокремлення якісних характеристик продуктивних стосунків (підтримки) психолога і дружин демобілізованих військовослужбовців;

3) надання рекомендацій для дружин ветеранів щодо налагодження гармонійної атмосфери в сім'ї.

У дослідженні взяли участь 27 психологів-волонтерів із досвідом психотерапевтичної роботи від 4 до 18 років. Власний дослідницький досвід психологічної допомоги набувався у роботі з 19 дружинами ветеранів упродовж 2016 року.

Емоційний стан дружин ветеранів виявився багато в чому зумовлений психологічним станом чоловіків. За умови поганого стану чоловіка, жінка нерідко стикалась із ситуаціями, які їй було важко подолати. Якщо посттравматичні реакції ветерана були помітно виражені, дружини зізнавалися, що їм важко справлятися з емоційною нестабільністю чоловіків, складно терпіти їхнє небажання контактувати з соціумом, закритість, відстороненість, апатичність. Жінки відзначали, що їм було важко знаходити підхід до ветеранів, вони губилися в тому, про що можна говорити з ними, а про що ні; напрацьований раніше досвід спілкування виявлявся малопродуктивним.

Серйозною проблемою для деяких сімей стала виражена алкоголізація й агресивність чоловіків. Спроби жінок на інтуїтивному рівні запобігти, вирішити або мінімізувати негативні наслідки участі чоловіків у бойових діях, за висновками психологів, далеко не завжди приводили до позитивних результатів. Дружини демобілізованих часто скаржилися на сімейний дискомфорт, напруження у стосунках, конфлікти. їм важко зрозуміти і прийняти зміни, що відбулися з їхніми чоловіками.

Часто причиною сімейних конфліктів ставала відмова близьких прийняти ветерана таким, яким він став, тобто в його новій якості.

ДРУЖИНИ ЧАСТО НАМАГАЮТЬСЯ «ВИТЯГНУТИ» З ВЕТЕРАНА ЗНАЙОМІ РЕАКЦІЇ, ЗВИЧНИЙ СТИЛЬ ПОВЕДІНКИ ТА СТАВЛЕННЯ ДО СЕБЕ, НЕ НАДАЮТЬ УВАГИ ЙОГО НОВОМУ «Я», ІГНОРУЮТЬ НАМАГАННЯ ЧОЛОВІКА ПРЕД'ЯВИТИ СВОЮ ІНАКШІСТЬ, НЕ СПРИЙМАЮТЬ ЙОГО ПРЯМОТУ, ВНУТРІШНІЙ ДИСКОМФОРТ І БУРХЛИВІ ПРОЯВИ.

Жінки відзначали власну підвищену тривожність, дратівливість, втому, безсоння, страх за подальшу долю родини в цілому. Якщо напруження в сім'ї ставало занадто великим, деякі жінки намагалися розібратися в собі і зрозуміти, наскільки вони готові сприймати, терпіти, любити і підтримувати чоловіка, що повернувся з фронту.

Іноді розрив сімейних стосунків із ветераном зневірена жінка вважає єдиним виходом зі складної ситуації. Були випадки, коли ініціатором розлучення стають чоловіки - досвід війни їх зробив більш чесними і прямими. Дехто зрозумів, що любові в сім'ї не було і до війни.

ВЗАЄМИНИ ПОДРУЖЖЯ ВИПРОБОВУЮТЬСЯ ВІЙНОЮ В КОЖНІЙ РОДИНІ. І КОЖНА СІМ'Я ВЖЕ НА ВНУТРІШНЬОМУ, А НЕ НА ЗОВНІШНЬОМУ ФРОНТІ БУДУЄ СВОЇ «БАРИКАДИ», ВЕДЕ БІЙ, ПО-СВОЄМУ ВІДПОВІДАЄ НА ЖИТТЄВІ ВИКЛИКИ.

Як вважають психологи, що взяли участь в опитуванні, дружини учасників бойових дій, які зіткнулися з вищезначеними життєвими ситуаціями і переживаннями, безумовно, потребують певних реабілітаційних заходів, і

насамперед - психологічної допомоги.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДРУЖИНАМ ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

У психотерапевтичних стосунках є власні структурні складові, змістовне наповнення яких визначається психологічними особливостями і потребами клієнта, специфікою клієнтського запиту, методами роботи [54; 61].

Чинники, що впливають на ефективність психотерапевтичної допомоги дружинам ветеранів:

- а) психологічні потреби жінок;
- б) характеристики стосунків психолога з жінками;
- в) зміст спілкування.

ПСИХОЛОГІЧНІ ПОТРЕБИ ЖІНОК

У першу чергу звертають на себе увагу потреби жінок у розумінні, співчутті, підтримці, позитивній оцінці зусиль щодо турботи про сім'ю загалом. Дружині ветерана дуже важливо відчувати, що психолог розуміє м емоційний стан, проявляє інтерес до її внутрішнього світу, не байдужий до турбот, тривог жінки; приймає непростий і часом драматичний досвід дружини бійця, її переживання; не засуджує за суперечливі почуття чи вчинки, поважає її право на свою думку. Жінці важливо побачити у психологові стійку і надійну фігуру - людину, якій можна довірити тривоги, сумніви, надії і радощі; з якою можна говорити як про прості буденні речі, так і про найглибше і дуже особисте, потаємне.

Особливе значення в роботі з українськими дружинами ветеранів є розуміння і вміння психолога відгукнутися також на потребу у визнанні мужності і зусиль цих жінок у період випробувань, що випали на їхню родину: у підтримці чоловіка, коли він воював; у визнанні неймовірної тривоги за нього під час його служби; у визнанні її зусиль по турботі про дітей і сім'ю, коли чоловік був на фронті; у визнанні того, що вона своєю причетністю до життя чоловіка-воїна, по суті, теж змагалася за благополуччя всіх українців.

СПІЛКУЮЧИСЬ ІЗ ДРУЖИНОЮ ВЕТЕРАНА ПСИХОЛОГ МАЄ ВРАХОВУВАТИ ПОТРЕБУ ЖІНКИ В ПОВАЗІ, У ВИЗНАННІ ТРУДНОЦІВ, ІЗ ЯКИМИ ВОНА ЗІТКНУЛАСЯ ДО ПОВАЗИ ДО ВНУТРІШНЬОЇ СТІЙКОСТІ В БОРОТБІ З ЖИТТЄВИМИ ВИКЛИКАМИ; ПІДТРИМУВАТИ САМООЦІНКУ, ПОЗИТИВНИЙ ОБРАЗ СЕБЕ, А ТАКОЖ ЗУСИЛЛЯ СТОСОВНО ТОГО, ЩО ВОНА РОБИТЬ ДЛЯ АДАПТАЦІЇ ЧОЛОВІКА ПІСЛЯ ДЕМОБІЛІЗАЦІЇ.

Вищезначені потреби жінок найкраще задовольняються за умови певного **ставлення психолога до них, а саме:**

- через прийняття, розуміння, прояв емпатії і визнання;
- через партнерські, шанобливі, доброзичливі, уважні, безпечні, довірчі стосунки;
- шляхом вселяння впевненості і надії;
- завдяки турботливому зацікавленню психолога у загальному благополуччі жінки.

Розглянемо докладніше позитивний ресурс **партнерського стилю** спілкування психолога з дружинами ветеранів. За нашими дослідженнями цей стиль спілкування виявився продуктивним з низки причин. По-перше, спілкування

на рівних у зазначеній ситуації підтримує і зміцнює наявні психологічні ресурси жінки: віру в себе і свої сили, підсилює її стійкість, уміння спиратися на внутрішню позицію «активного дорослого» на противагу позиції «залежної від обставин жертви». По-друге, партнерське спілкування дозволяє жінці засвоїти такий стиль взаємодії, а в подальшому спиратися на нього у стосунках із чоловіком, і таким чином, вже у ньому підтримувати впевненість і почуття партнерства, що є ресурсним фактором для ресоціалізації чоловіка, гармонізації його життя, а також життя сім'ї загалом.

ПАРТНЕРСЬКА ПОЗИЦІЯ ДРУЖИНИ СТОСОВНО ЧОЛОВІКА-ВETERАНА ДОЗВОЛЯЄ ЇЙ НЕ ВПАДАТИ НІ В РОЛЬ «МАТУСІ, ЩО СЮСЮКАЄ» СТИКАЮЧИСЬ ІЗ ПРОЯВАМИ СЛАБКОСТІ ЧОЛОВІКА, НІ В ДОМІНУЮЧУ РОЛЬ АВТОРИТАРНОЇ ГОСПОДИНІ-ЛІДЕРА, ЩО НАВЧИЛАСЯ ВСІ ПИТАННЯ В СІМ'Ї ВИРІШУВАТИ САМОСТІЙНО, БЕЗ ЧОЛОВІКА.

Вміння будувати партнерські стосунки може вберегти жінку і від позиції «жертви» у випадку вираженої неадекватності або агресивності близької людини.

Таким чином, розглянуті вище характеристики ставлення психолога до дружин ветеранів, особливості загального стилю спілкування з ними в значній мірі відповідають актуальним потребам жінок, сприяють створенню в їх сприйнятті потужного почуття підтримки, що позитивно впливає на якість психотерапевтичних стосунків з даною категорією постраждалих.

ЗМІСТ СПІЛКУВАННЯ ПСИХОЛОГА З ДРУЖИНАМИ ВETERANІВ

Основні теми, які хвилюють жінок, що приходять до психолога:

а) дружини учасників АТО та ООС потребують розуміння змін, що сталися з ветеранами під час їхнього перебування в зоні АТО (ООС), вплив бойового досвіду на поведінку чоловіків;

б) жінкам важливо засвоїти специфіку спілкування з демобілізованим, навчитися орієнтуватися в особливостях динаміки різних процесів життя сім'ї (структурних, ієрархічних, комунікативних та ін.), що виникають при поверненні чоловіка додому;

в) жінкам важливо вміти розуміти себе та власні реакції на ті чи інші сімейні ситуації, бажано оволодіти навичками емоційної регуляції, розширити спектр власних комунікативних умінь, навчитися піклуватися про себе.

Зазначені питання можна обговорювати з жінками у форматі психоедукації.

ПСИХОЕДУКАЦІЯ - ЦЕ ІНФОРМАЦІЙНА ПІДТРИМКА У ФОРМІ ПОЯСНЮВАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ І РЕКОМЕНДАЦІЙ, ЯКІ ДОПОМАГАЮТЬ ЗОРІЄНТУВАТИСЯ В СИТУАЦІЇ, ЩО СКЛАЛАСЯ І ОТРИМАТИ УЯВЛЕННЯ ПРО МОЖЛИВІ СПОСОБИ ДІЇ У ВАЖКІ ХВИЛИНИ.

Розуміння того, що відбувається, теоретична підготовленість до варіантів сприйняття, інтерпретації та відгуку на проблемні аспекти сімейного життя знижує рівень тривожності, напруження, сприяє поверненню почуття контролю над ситуацією, відроджує надію на благополучне вирішення негараздів, що виникли в родині. Якісно проведена психоедукація допомагає психологу встановити контакт із дружиною ветерана, створити атмосферу довіри і служить гарним початком для подальшої психологічної роботи.

Пропонуємо можливі варіанти відгуку (у форматі психоедукації на актуальні для дружин ветеранів питання).

ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ДРУЖИН ВЕТЕРАНІВ

1. Дружині ветерана важливо розуміти і враховувати, що чоловік повертається з фронту з новим унікальним досвідом - **війна суттєво змінює людину**. Він стає іншим, і це може викликати певне напруження в сім'ях.

«**ЧОЛОВІКА, ЯКИЙ ПРИЙШОВ ІЗ ВІЙНИ, ПОТРІБНО ПРИЙНЯТИ РАЗОМ ІЗ ЙОГО НОВИМИ ПОГЛЯДАМИ, ЗНАЙОМСТВАМИ, ПРОБЛЕМАМИ, СТРАХАМИ І, МОЖЛИВО, ПРОЯВАМИ АГРЕСІЇ. ПОВЕРНЕННЯ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ МОЖЕ ЗАТЯГНУТИСЯ, АЛЕ БЕЗ ЛЮБОВІ, ТУРБОТИ, ТЕПЛА І НАЙГОЛОВНІШЕ - БЕЗ ПРИЙНЯТТЯ РОДИНИ, ВОНО СТАНЕ ПРАКТИЧНО НЕМОЖЛИВИМ**».

Людина, що пройшла війну, стає сильнішою і мудрішою. Воїн повернувся додому, в сім'ю, живий. Це - головне. Всі інші труднощі й випробування можна пережити, якщо спільне життя, сім'я є цінністю.

2. Важливо **проявити увагу і терпіння до проблем чоловіка**, які часто виникають після пережитого бойового стресу:

- підвищена дратівливість;
- тривалий депресивний стан;
- відчуження;
- виснаження тощо.

Необхідно допомогти ветерану впоратися з цими тимчасовими станами.

3. Рекомендується **уважно й зацікавлено слухати** те, що чоловікові довелося пережити, що його бентежить, якщо в нього є потреба виговоритися. Відсутність такої можливості може спровокувати серйозні проблеми з психікою. Ветеран має відчувати, що поруч із ним рідна людина, якій він не байдужий. Багато хто замикається в собі, якщо бачить, що дружина відкидає його новий досвід і каже, що не хоче чути «жахів про війну». Але для ветерана ці спогади ще довго будуть незабутніми, це суттєва частина його життя, а довірити цей досвід більше нікому. Дім має стати місцем, де можна розслабитися, розкритися, отримати підтримку.

4. Разом із цим досить часто ветерани не хочуть розповідати рідним про те, з чим вони зіткнулися на війні, що пережили. Вони бояться їх налякати, оскільки впевнені, що близьким дуже важко буде таке чути. Так **чоловіки бережуть своїх рідних**, можливо, підсвідомо намагаючись не зруйнувати ресурсний стан, дають їм можливість залишатися здатними на підтримку, забезпечувати сприятливу атмосферу в сім'ї.

5. Іноді родичі запитують психологів про те, як краще поводитися, розпитувати про війну чи ні. Зауважимо: якщо боєць хоче поділитися, то дуже важливо вислухати все, що він хоче розповісти. Якщо він нічого не говорить, то важливо, щоб він знав, що ви його почуєте, якщо в нього з'явиться така потреба. Спеціально випитувати не потрібно, тим більше не етично запитувати: «А ти вбивав?», «А як це - вбити людину?» і так далі. **Якщо чоловік захоче, то розповість про війну сам**, але тільки тому, кому вважатиме за потрібне. Краще запитувати про нейтральні речі, що не стосуються бойових дій: «А як ви готували

їжу? Чим займалися під час тиші?». Дуже хороше запитання, яке б ваш чоловік оцінив: «Розкажи мені про свого друга».

6. Доречно дружині донести друзям та рідними демобілізованого **правила спілкування** із ним - про що можна запитувати, а що є «табу», як реагувати, якщо він виявляє агресію. Бажана спільна стратегія у ставленні до ветерана, його проявів.

7. Чоловіки часто хочуть піти з дому, посидіти зі своїми бойовими товаришами, випити і поговорити. Ветеран, дійсно, повноцінно може **виговоритися** лише в **співтоваристві побратимів**. І тому рідні не повинні перешкоджати йому спілкуватися з товаришами по службі, адже це допомагає відновлюватися. При цьому важливо не підтримувати зловживання алкоголем. Потрібно тактовно дати чоловікові зрозуміти, що алкоголь пагуба не тільки для нього, але й для подружніх стосунків і загалом для сім'ї.

8. Ветеран може привносити в життя сім'ї **форми спілкування і взаємодії, набуті на фронті**. Не варто ображатися через його категоричність, прямоту, безкомпромісність. На війні немає дипломатії, до якої звикли у щоденному житті - уваги до умовностей, пошуки компромісів. Разом із тим це не означає, що дружина повинна мовчки сприймати будь-які витівки чоловіка. У міру соціальної адаптації чоловіка подружжю важливо поступово знаходити і розвивати прийнятні для родини форми спілкування. У складних ситуаціях тема оптимізації комунікативних процесів у сім'ї може бути окремим психотерапевтичним завданням.

9. Щоб чоловік швидше адаптувався, його потрібно залучати до звичного повсякденного життя, підтримувати бажання щось зробити для сім'ї. «Він повинен розуміти, що потрібен тут і не є тягарем. Інакше у свідомості військовослужбовців з'являється «розлом» - там він герой, а тут дружина робить все сама, щоб він начебто відпочив» [там же]. Така тактика деяких жінок психологічно інвалідизує їхніх чоловіків, сприяє фіксації регресивного стану безпорадності, залежності, відчуженості, що підсилює наслідки бойової травми, гальмує процес відновлення психічного здоров'я. Ні в якому разі не можна жаліти чоловіка, потрібно залучати до вирішення побутових питань у міру його готовності, **повертати йому значимість у сім'ї, авторитет і відповідальність**. Разом із тим робити це треба коректно, м'яко, з повагою і любов'ю.

10. Важливо розуміти, що в перші дні і тижні після повернення додому демобілізований потребує відновлення і, ймовірно, буде пасивний стосовно домашньої роботи, повсякденного життя сім'ї. Він внутрішньо ще на передовій, постійно телефонує своїм побратимам, хоче чимось їм допомогти. Це типова картина, і дружині цю ситуацію на якийсь час треба прийняти. Її спроби в цей період активно залучити чоловіка до справ, якщо він сам ще такого інтересу не проявляє, призведуть лише до конфліктів. **Для первинної адаптації необхідний час**. Іноді чоловік починає щось робити вдома, але дружина вважає, що йому слід зайнятися зовсім іншим. Тут хочеться побажати жінкам розуміння і терпіння.

Приклад із практики. *Психотерапевтична робота з подружньою парою відбувалася під час перебування ветерана на реабілітації у Клініці професійних захворювань ДУ «Інституту медицини праці НАМІ України». Формат роботи*

складався із індивідуальних зустрічей окремо з кожним із подружжя, а також зі спільних сесій. Дружина скаржилася, що чоловік, після повернення був байдужий до домашніх справ. А останнім часом він став усамітнюватися на дачі і ремонтувати там мотоцикл, замість того, щоб добудовувати дачу. Дружина не розуміла такої поведінки чоловіка, ображалася на нього, була впевнена, що він «вже достатньо відпочив і пора рахуватися з інтересами родини, а не поводитися так егоїстично».

Почуття жінки, яка рік чекала чоловіка, сама піклувалася про сина-підлітка і батьків, тримала на собі всі господарські справи, можна зрозуміти. Але, як виявилось у подальшій роботі, мотиви поведінки ветерана були не такі однозначні, як це бачила дружина. За результатами обстеження у нього були всі ознаки ПТСР внаслідок дуже непростого досвіду: запеклі бої, втрата товаришів, хвилювання за долю друга, який потрапив у полон... Багато чого він жінці не розповідав. Ветеран потребував часу, щоб справитися з набутим досвідом, травмівними переживаннями. А мотоцикл він ремонтував, щоб поїхати на рибалку, побути на самоті з природою, спогадами, примиритися з дійсністю. Вернутися спочатку до себе, а потім уже в родину.

Тактовне, обережне з'ясування внутрішньої, особистісної ситуації кожного з подружжя, прийняття психологом глибинних переживань і чоловіка, і жінки, допомога подружній парі у досягненні взаємного співчуття та порозуміння - це те, що відбувалося на психотерапевтичних сесіях і крок за кроком наближало подружжя одне до одного, висвітлювало найкраще в їхніх стосунках, сприяло створенню умов для відновлення в парі довіри, взаємної турботи, бажання бути разом.

У наведеному випадку подружжя виявило здатність пройти цим шляхом, подолати непорозуміння у стосунках, що ускладнилися внаслідок досвіду війни.

11. Впродовж первинної адаптації дуже важливо дати чоловікові особистий простір і час, щоб він заново себе усвідомив. Добре, коли є окрема кімната, забезпечені тиша, спокій, задоволені базові потреби (їжа, вода тощо), коли є турботливий, але не нав'язливий догляд. **Турбота з повагою** ні в якому разі не має перетворитися на «сюсюкання»: «Ти мій бідненький». Із фронту повернувся чоловік - воїн, доросла людина! Не можна применшувати його гідність. Йому просто треба дати час для відновлення сили, підтримати, а потім допомогти повернутися в мирне життя [68].

12. Жінці бажано в моменти довірливого спілкування **розповісти чоловікові, як жила родина без нього**, що відбувалося, з якими проблемами вони стикалися, як їх вирішували. У чоловіка має відновитися реальна картина життєвих подій його рідних, щоб він знову відчув свою необхідність і затребуваність саме в сім'ї, а не тільки на фронті. Під час відсутності чоловіка лідером у сім'ї була дружина. Тепер їй важливо поступово повернути кермо влади чоловікові. Цей непростий процес відновлення колишньої структури та ієрархії сім'ї вимагає особливої турботи і часу. Скільки часу? Індивідуально для кожної родини. Саме в цей період дружині важливо бути чутливою, відчувати, коли чоловік дійсно потребує відпочинку і відокремленості, а коли і до чого його важливо залучати в контексті турбот родини. При труднощах проходження цього етапу цілком доречно

психологічна допомога сім'ї.

13. Дуже непроста тема можливої агресії чоловіка, що повернувся з фронту. При проявах словесної агресії важливо намагатися говорити з чоловіком спокійно. Піддаватися на агресію, відповідати в такому ж агресивному тоні не можна.

ОПТИМАЛЬНА СТРАТЕГІЯ ПОВЕДІНКИ - БУТИ ПРИКЛАДОМ І ДЖЕРЕЛОМ СПОКОЮ, АЛЕ БЕЗ ЕМОЦІЙНОЇ ХОЛОДНОСТІ Й ВІДЧУЖЕНОСТІ. СВОЄЮ ПОВЕДІНКОЮ, ІНТОНАЦІЄЮ І РЕАКЦІЄЮ ЖІНКА МАЄ ДАТИ ЗРОЗУМІТИ, ЩО ВОНА БАЧИТЬ, ЯК ВАЖКО ЧОЛОВІКОВІ, АЛЕ КРИК НЕ ДОПОМОЖЕ ЙОМУ ВИРІШИТИ СИТУАЦІЮ. СПОКІЙНА І ВРІВНОВАЖЕНА ПОВЕДІНКА ДРУЖИНИ ДОПОМОЖЕ РОЗШАРПАНОМУ ЧОЛОВІКОВІ ШВИДШЕ ЗАСПОКОЇТИСЯ І ВЗЯТИ ПІД КОНТРОЛЬ СВОЇ СИЛЬНІ ПОЧУТТЯ.

14. Буває, що чоловік після повернення додому з зони бойових дій довго мовчить, але в якийсь момент зривається і починає знищувати все навколо. У таких ситуаціях потрібно максимально прибрати всі небезпечні предмети, щоб вони не потрапили йому під руку.

ЯКЩО ПРОЯВИ ЧОЛОВІКА НІКОМУ НЕ ЗАГРОЖУЮТЬ - ХАЙ ВИПУСТИТЬ ПАР. АЛЕ ЯКЩО РИЗИК, ЩО ВІН МОЖЕ ПОРАНИТИ КОГОСЬ АБО НАНЕСТИ ШКОДУ СОБІ - ПОТРІБНО ВИКЛИКАТИ ФАХІВЦІВ.

15. Агресивні прояви ветеранів трапляються не тільки в колі сім'ї, а і в товариствах - хтось сказав «зайве» слово, неправильно зрозумів, не так подивився. Якщо жінка помітила, що чоловік починає заводитися - найкраще скористатися підтримкою тих, хто поруч, і вивести людину із зони ризику. Потрібно робити все можливе, щоб **уникати ескалації конфліктної ситуації.**

16. Буває, що ветеран **спить неспокійно.** Йому сняться кошмари, від яких він прокидається і шукає автомат або ворогів. У таких випадках варто звернутися до психотерапевта. Найпростіша рекомендація для полегшення цієї ситуації вирішення - не виключати світло в спальні. Прокинувшись, чоловік побачить, що він удома, в безпеці. Поруч рідна людина, а не сепаратист.

17. Важливо визнавати і враховувати факт, що за час розлуки подружжя змінилося. Необхідний час, щоб знову звикнути одне до одного, налаштувати повсякденне спілкування і взаємодію. Подружжя має вибудовувати стосунки фактично спочатку. **Основа відновлення - розуміння і терпіння.** Не варто нехтувати створенням сприятливої інтимної обстановки.

18. При відновлюванні звичних стосунків подружжя, діти не повинні залишитися без необхідної уваги і турботи. Важливо спостерігати за їхнім станом і поведінкою. Якщо у дітей виявляється підвищена тривожність, сльози, порушення сну, то їм теж потрібна допомога.

Якщо в чоловіка немає різко агресивних форм поведінки, не можна відгороджувати дітей від батька.

ДИТИНА - ЦЕ ДОДАТКОВА НИТОЧКА, ЩО ПРИВ'ЯЗУЄ ВЕТЕРАНА ДО РЕАЛЬНОГО ЖИТТЯ. ДІТИ РОЗУМІЮТЬ БІЛЬШЕ, НІЖ МОЖЕ ЗДАВАТИСЯ ДОРОСЛИМ. ЇХНЯ УЧАСТЬ І СПІВПЕРЕЖИВАННЯ МОЖУТЬ СТАТИ РЯТІВНИМИ.

Приклад із практики *Демобілізований поведився відчужено, був замкнутий*

і пригнічений. Єдиний, до кого він усміхався - був його шестимісячний син. Ця дитина реально допомагала батькові «відтанути», відновлювати власну чутливість, переживати радість близькості, повертатися в реальність, до стосунків із рідними.

19. Слід також пам'ятати, що **турбота про себе** в час, коли допомагаєш іншим, **не є ознакою егоїзму**. В результаті пережитого у жінки може бути підвищена тривожність, дратівливість, проблеми зі сном, соматичні негаразди. Жінка може ефективно піклуватися про рідних тільки, якщо зможе якісно подбати про себе. Дружині ветерана важливо навчитися цього. Як мінімум, важливо чергувати зайнятість та відпочинок, підтримуюче соціальне середовище. Освоєння навичок психоемоційної регуляції і ефективної комунікації також може бути дуже корисним в кризові періоди життя сім'ї. Взявши на свої плечі велику частку відповідальності, жінка сама може потребувати підтримки, розуміння і психологічної допомоги. Варто знати, де і яким чином, за необхідності, цю допомогу можна отримати - для сім'ї, для ветерана, для дітей і особисто для себе.

Розглянуті вище теми спілкування психолога з дружинами ветеранів, відповідають потребам жінок у розумінні змін, що сталися з їхніми чоловіками, з ними самими і в сім'ї загалом, орієнтують на продуктивні стратегії виходу зі складних ситуацій, що можуть виникати в сім'ях демобілізованих військових. Обговорення цих питань сприяє формуванню якісної психотерапевтичної взаємодії з цією категорією жінок. Узагальнено викладений вище тематичний матеріал у форматі практичних рекомендацій дружинам ветеранів.

12.3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ РОДИНАМ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

ГРУПОВА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА РОДИНАМ ВЕТЕРАНІВ

Численні дослідження зарубіжних та українських науковців і практиків показують, що сімейні проблеми можна ефективно вирішувати у форматі групи. Слід зазначити, що багато сімейних програм пропонуються саме в цій терапевтичній модальності.

СИЛА ГРУПИ ЗБІЛЬШУЄ ПОЧУТТЯ ЄДНОСТІ ПОБРАТИМІВ, ТА ДОЗВОЛЯЄ РОЗДІЛИТИ ЦЕ ЗІ СВОЇМИ СІМ'ЯМИ.

У кожного з членів групи схожий досвід, отже, сила взаємодопомоги, та сила виживання і згуртування має бути задіяна в терапевтичному процесі.

Група полегшує фасилітацію прикладів радості і живої взаємодії. Весела атмосфера групи часто різко контрастує з симптоматикою травми і тому забезпечує лікувальний ефект. Це важливо, тому що гумор був і залишається необхідним для виживання й адаптації. Терапія стає не лише безпечним місцем для зцілення, але і групою, де є радість, що моделює первинне середовище для зцілення. Подальше сподівання полягає в тому, що військові сім'ї перенесуть досвід зі змодельованого середовища групи в своє життя.

З огляду на принципи сімейної терапії, слід розуміти, що сім'я має отримувати терапію, насамперед, у домашніх умовах. Відпочинок та санаторні сімейні програми можуть бути корисними, проте для стійких позитивних змін у

сімейних стосунках, терапія має відбуватись у сімейному природному середовищі, вдома.

Особливості психологічної підтримки сім'ї демобілізованого визначаються в першу

чергу:

- особистими якостями членів родини;
- особливостями життєвого та травмівного досвіду кожного члена сім'ї;
- родинними цінностями;
- специфікою посттравматичних наслідків;
- суспільними процесами та мірою суспільної підтримки;
- професійною реалізованістю дорослих членів родини тощо.

В очікуванні на повернення рідної людини із зони бойових дій, як правило, члени родини створюють ідеальний образ того, як у них будуть у подальшому розвиватися стосунки, оскільки вважають, що «найстрашніше вже позаду».

Невідповідність ідеального образу реальному часто призводить до розвитку агресії в сімейних стосунках, активізації залежностей, деформації в структурі комунікацій «чоловік- жінка», «батько-діти».

Внаслідок змінених обставин, ветеранські сім'ї нерідко розпадаються (за даними преси - до 70%), оскільки їм виявляється досить важко самотійно подолати проблеми, адекватно оцінювати конфліктні ситуації. Вони нерідко використовують під час суперечки взаємні звинувачення, не бачать шляхів виходу з конфлікту і не знають конструктивних способів його подолання.

Навіть володіння знаннями не забезпечує подружжя конгруентною взаємодією. Доки знання не стають елементом внутрішнього вчинку вони виступають лише в якості констатації наукового факту, що не застосовується у житті. То ж для формування конструктивної подружньої взаємодії необхідно не просто забезпечити подружжя знаннями з основ психосоціальної та психосексуальної взаємодії між чоловіком та жінкою, а необхідно щоб ці знання стали стійким складником їхнього особистісного буденного досвіду.

Більшість сімей потребує лише психологічного супроводу. Але у випадку кризових сімейних стосунків необхідна психотерапевтична допомога. Групове та сімейне консультування, групова та сімейна психотерапія дозволяють не тільки відпрацювати особистісні та міжособистісні проблеми конкретної сім'ї, але й отримати від групи реакцію на ті чи інші дії збоку групи, а також відстежити деструктивність власних проявів на прикладі інших учасників групи, що в свою чергу забезпечує, з одного боку, розуміння власної невинятковості в переживанні проблем, а з іншого - сприяє отриманню додаткового ресурсу для їхнього подолання.

У процесі супроводу сім'ї ветерана чи військовослужбовця важливо створити середовище для поглибленої терапевтичної роботи необхідне для зцілення травми.

Послідовність групових зустрічей:

- привітання;
- мотиваційне слово ведучого;
- вправа на активізацію;

- урок сесії / вправа/зворотній зв'язок;
- обговорення теми наступного тижня;
- заключна дискусія / вправа/ зворотній зв'язок.

У додатках подано програму психологічної реабілітації сімей ветеранів війни Джошуа Креймейера та програму духовно-психологічного відновлення сім'ї ветерана Л. Гридковець.

Джошуа Креймейер американський психотерапевт, ветеран, що спеціалізується у сфері травмотерапії та психологічного консультування, працює з учасниками бойових дій та членами їхніх сімей.

Запропоновану ним реабілітаційну програму для родин військовослужбовців та ветеранів можна використовувати як самостійну або включати до інших реабілітаційних програм. Зокрема, її можна доповнювати темами, що стосуються:

- сексуальної сфери подружнього життя;
- взаємодії з ветеранами із проблемами залежності (алко-, нарко-, ігрова-, комп'ютерна);
- профілактики розвитку деструктивних життєвих сценаріїв у дітей тощо.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Які можуть бути наслідки для сім'ї ветерана, якщо дружина не знає або принципово не хоче розуміти базових умов адаптації учасника бойових дій до мирного життя.
2. Які проблеми «воєнних романів» і їхні наслідки для подальшого життя ветерана.
3. Чи може учасник бойових дій із посттравматичним стресовим розладом керувати власною агресією? Обґрунтуйте свою відповідь.

ЗАДАЧА

До вас на консультацію прийшов демобілізований учасник бойових дій. Він дуже поважає свою дружину. Проте на передовій він познайомився з дівчиною-волонтером. Його вразила її відвага, натхнення і цілеспрямованість. Тепер чоловік переживає внутрішній конфлікт: з одного боку, він боїться образити дружину, а з іншого - не хоче втратити дівчину. Поглиблення внутрішнього конфлікту погіршило його сон, посилило роздратованість та агресію. Він знову намагається повернутися на передову, оскільки тоді йому нікого не доведеться ображати. Опишіть стратегію консультативного процесу.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Назвіть базові умови психологічної адаптації демобілізованого до мирного життя, які мають знати близькі члени його родини.
2. Перерахуйте види домашнього насильства. Як можна допомогти родині, в якій явно проявлені ознаки насилля?
3. Який комплекс заходів сприяє ефективному лікуванню психічних розладів у особи з травмивним досвідом?

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Опишіть стратегію допомоги родині, в якій чоловік після повернення із зони бойових дій почав проявляти, на думку дружини, непомірну релігійну активність. Її дратує той факт, що він щоранку поспішає на богослужіння. Крім того її

непокоїть, що на передовій він змінив релігійну конфесію. З одного боку, вона констатує, що сама відвідує храм лише два рази на рік, а з іншого - вважає, що чоловік не має права змінювати не тільки конфесію, але й церковну спільноту (попри те, що їй самій не подобається церква, яку вони раніше відвідували).

Жінці здається, що чоловік втікає до храму, аби не виконувати домашні обов'язки. Коли вранці вона намагалася його зупинити, він спочатку пожартував, а потім відштовхнув її і пішов. Жінка розгублена, вона хоче зібрати речі і піти з дому.

Список використаних джерел

1. Бочелюк В. Й. Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями : навч. посіб. К. : Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
2. Гевчук Н.С. Організація виховної роботи з дітьми трудових мігрантів в умовах загальноосвітнього навчального закладу. Навчально-методичний посібник / За ред. проф. Р.Х. Вайноли. Кам'янець-Подільський, 2011. 121с.
3. Джудіт Герман. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів, 2015. 416 с.
4. Домашнє насильство: психологічні передумови, допомога, протидія: навчально-практ. посіб. / Авт. кол. Бандурка І. О., Федоренко О. І., Мілорадова Н. Е, Джагупов Г. ., Харчеко С. В., Доценко В. В., Макарова О. П., Бойко С. М., Медведєва О. В., Червоний П. Д. Харк. нац. ун-т внутр. справ. Харків : Вид-во Харк. нац. ун-ту внутр. справ, 2023. 398 с.
5. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях. навчально-практичний посібник. За заг. ред. О. А. Моргунова; О. І. Федоренко та ін. (Н. Е. Мілорадова – підрозділи 1.2, 2.1-2.9); МВС України, Харків. нац. Ун-т внутр.справ. Харків : ХНУВС, 2022. 84 с.
6. Прикладні аспекти військової психології : навчальний посібник / В. І. Осьодло, О. Ф. Хміляр, М. С. Корольчук, В. М. Невмержицький, Н. Е. Мілорадова та ін.; за заг. ред. В. І. Осьодла. Київ : НУОУ м. Івана Черняхівського, 2015. – 236 с.
7. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. / Н. Пророк, О. Запорожець, Д. Креймеєр, Л. Гридковець, Л. Царенко, О. Ковальчук, В. Невмержицький та ін.; за заг. ред. Н. Пророк./ Том 1. – Київ, 2018. – 208 с.
8. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. /Л. Царенко, Т. Вебер, М. Войтович, Л. Гриценко, В. Кочубей, Л. Гридковець, за заг. ред. Л. Царенко/ Том 2. – Київ, 2018. – 240 с.
9. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. /Л. Гридковець, Т. Вебер, Н. Журавльова, О. Запорожець, О. Климишин та ін.; за заг. ред Л. Гридковець/ Том 3. – Київ, 2018. – 236 с.
10. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія : навчально-методичний посібник. Вінниця : Віндрук, 2014. 100 с.
11. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
12. Військова психологічна підготовка та реабілітація/від. військ.-соц. роботи соц.- психол. упр. Голов. упр. по роботі з особовим складом Збройних Сил України. Київ: Вид. Філюк, 2015. 495 с.
13. Гітун Н.І. Проблема формування у суспільстві позитивного ставлення до осіб з обмеженими фізичними і розумовими можливостями. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. 2015. № 12. С. 10 – 25.
14. Єгорова О. Б. Реабілітаційна психологія: курс лекцій. Навчально-методичний посібник для студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія. Слов'янськ: Вид-во Б.І.Маторіна, 2018.132 с.
15. Іванов В.О. Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної

реабілітації осіб залежних від алкоголю : науково-методичний посібник / В. О. Іванов, Ю. М. Безсмертний, Д. Ю. Старков. К. : ПАТ «Віпол», 2013. 128 с.

16. Інвалідність та суспільство: навчально-методичний посібник / за заг. редакцією Байди Л.Ю., Красюкової-Еннс О.В. / кол. авторів : Байда Л., Красюкова-Еннс О, Буров С., Азін В, Грибальський Я., Найда Ю. К., 2012. 216 с.

17. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Л. Г. Царенко ; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ «Видавництво «Логос». 207 с.

18. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посіб. для практиків соціальної сфери / Мельник Л. А. та ін. ; за ред. Волинець Л.С. К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. 72 с.

19. Шевченко Л. О., Чепіга Л. П. Практична психологія: навч. посібник. Харків: Константа, 2018. 191 с.

20. Щербакова К. В. Петрочко Ж. В. Реабілітація дітей з функціональними обмеженнями засобами мистецтва: Навч. посіб. К.: ДЦСМ ЕПУ ім. М. П. Драгоманова, 2012. 156 с.

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Шайхлісламов Земфір Рафікович
Баженов Олександр Володимирович

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Конспект лекцій
для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня
денної та заочної форм здобуття освіти
за спеціальністю С4 «Психологія»

В авторській редакції

Підписано до розміщення 23.10.2025. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 6,50. Обсяг 2,323. Зам. № 537/25.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна