

Міністерство освіти і науки України
Львівський національний університет імені Івана Франка

Міністерство оборони України
Національний університет оборони України
імені Івана Черняхівського

І. СУЛЯТИЦЬКИЙ, К. ОСТРОВСЬКА, В. ОСЬОДЛО

Психолого-корекційний
П Р А К Т И К У М
травм війни

Навчальний посібник

Львів
ЛНУ імені Івана Франка
2019

УДК 159.96/.97.07-058.65-053:615.851](075.8)

С 89

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Фурман Анатолій Васильович – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології та соціальної роботи Тернопільського національного економічного університету, головний редактор журналу “Психологія і суспільство”;

Хміляр Олег Федорович – доктор психологічних наук, доцент, начальник кафедри суспільних наук Національного університету оборони України імені Івана Черняховського, полковник;

Снігур Людмила Анатоліївна – доктор психологічних наук, професор, професор кафедри гуманітарних та соціально-економічних дисциплін Військової академії (м. Одеса);

Шевченко Володимир Миколайович – кандидат педагогічних наук, докторант Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України

Колектив співавторів: професори Островський І. П., Климишина О. І.; військовий капелан отець Андрій Зелінський; доценти: Лобода В. В., Кашуба Л. В., Сікорська Л. Б., Химко М. Б., Ферт О. Г.; старший викладач Савяк Л. О.; викладачі (асистенти): Андрейко Б. В., Сайко Х. Я., Дробіт Л. Р., Ряба О. О.

Рекомендовано до друку

*Вченою радою Львівського національного університету імені Івана Франка
(Протокол № 60/12 від 26 грудня 2018)*

*Вченою радою гуманітарного інституту Національного університету оборони України
(Протокол № 8 від 26 березня 2019 року)*

Сулятицький І.

С 89 Психолого-корекційний практикум травм війни : навч. посібник / Сулятицький І., Островська К., Осьодло В. - Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2019. - 396 с.

ISBN

Посібник присвячений опису найтиповіших передумов виникнення, психологічних травм спричинених війною, у різних вікових соціальних демографічних категорій людей та їх особистісних проявів. Зміст посібника допоможе фаховим практичним, корекційним психологам, соціальним психотерапевтам, працівникам соціальних служб, спеціалістам інших державних і громадських установ і організації зрозуміти особливості етіології, симптоматики психологічної травми війни, специфіку їх проявів у дітей, вибрати оптимальні способи її діагностики, встановити обсяг і глибину отриманої особою психологічної травми, віднайти первинні способи запобігання її поглибленню, здійснити корекційний вплив та визначити напрямки необхідної психологічної реабілітації.

В окремому розділі посібника охарактеризовано спектр суміжних із психологічними травмами нозологій та наведено прийоми авторських корекційно-відновлювальних практик з ними. Навчальний посібник розрахований на допомогу науковцям, практикам, студентам а також родинам і близьким, які в життєвих обставинах змушені фахово реагувати на проблеми психологічних травм війни.

УДК 159.96/.97.07-058.65-053:615.851](075.8)

© Сулятицький І., Островська К.,
Осьодло В., 2019

© Львівський національний університет,
імені Івана Франка, 2019

ISBN

Зміст

ПЕРЕДМОВА	5
РОЗДІЛ 1. Особливості психологічних станів при травмі та кризі (доц. Сулятицький І. В.)	7
1.1. Загальна характеристика психологічних станів при травмах війни (загальні поняття і визначення).....	7
1.2. Психологічна травма та її характеристика.....	21
1.3. Особливості психологічних травм в учасників війни.....	31
РОЗДІЛ 2. Посттравматичний стресовий синдром (доц. Сулятицький І. В.; проф. Островська К. О.).....	43
2.1. Передумови походження посттравматичного стресового розладу.....	43
2.2. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в різних категоріях людей.....	49
2.3. Посттравматичний стресовий розлад в учасників війни	61
РОЗДІЛ 3. Напрями психологічної допомоги при травмах війни (доц. Сулятицький І. В.; проф. Островська К. О.)	81
3.1. Психологічне консультування	81
3.2. Діагностика психологічної травми	100
3.3. Психотерапевтичні напрями роботи з психологічними травмами.....	107
3.4. Психологічна корекція та її застосування при роботі з травмами війни	123
3.5. Особливості психокорекційної роботи з травмами війни	148
3.6. Кризова інтервенція, як вид психологічної допомоги...	158
3.7. Напрямки психологічної реабілітації	170

РОЗДІЛ 4. Психологічні травми війни у дітей та їх корекції	
<i>(доц. Сулятицький І. В.; проф. Островська К. О.)</i>	189
4.1. Етіологія психологічних травм війни у дітей	189
4.2. Особливості психологічних травм у дітей	192
4.3. Специфіка психологічних травм у дітей війни та вимушених переселенців	197
4.4. Напрями психологічної допомоги дітям з психотравмами	213
РОЗДІЛ 5. Окремі види психологічних порушень та корекційна робота з ними	237
5.1. Особливості організації та надання християнсько- психологічної допомоги учасникам АТО-ООС <i>(проф. Островський І.П.)</i>	237
5.2. Соціальна дезадаптація учасників бойових дій та особливості її профілактики та психокорекції <i>(проф. Климишин О.І.)</i>	242
5.3. Капеланські настанови на збереження людських цінностей на війні <i>(капелан, отець Андрій Зелінський)</i>	255
5.4. Концепція нової парадигми психологічних та психотерапевтичних послуг для батьків дітей з особливими потребами <i>(проф. Островська К.О., отець Олег Саламон, Андрейко Б.В., Химко М.Б.)</i>	268
5.5. Особливості корекційно-відновлюваної допомоги дорослим з афазією <i>(Кашуба Л.В.)</i>	281
5.6. Комплекс вправ на вироблення зміни ставлення до життя людей, які пережили кризові ситуації <i>(Химко М.Б.)</i>	292
5.7. Допомога дітям із заїканням <i>(Ряба О.О.)</i>	311
5.8. Прийоми педагогічного впливу на дитину з розладами поведінки та емоції набутими у складних життєвих обставинах <i>(Ферт О. Г.)</i>	315
5.9. Вплив музики як терапевтичного засобу на дитину, людину і суспільство <i>(Савяк Л.О.)</i>	322
5.10. Процес фасилітації при роботі в групі <i>(Лобода В.В.)</i> ..	323
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	340
ДОДАТКИ	358

ПЕРЕДМОВА

Зухвала і несподівана військова агресія, що супроводжується порушенням цілісності країни, політико-економічними катаклізмами, численними втратами (близьких людей, власних домівок, можливості звично жити і працювати), викликає у багатьох людей розгубленість, пригніченість, різні стресові розлади. Страждають і реагують на бойове протистояння серйозним поглибленням дезадаптованості не лише комбатанти (учасники бойових дій), члени їхніх сімей, військовополонені, поранені, а й ті, хто постійно проживає у зоні бойових дій чи у прифронтових областях, також вимушені переселенці, ті, хто у зоні бойових дій має родичів, колег, друзів. Велика частина з тих, кому війна заподіяла психічних травм і деформувала нормальний душевний стан надовго залишається з наслідками, які переходять у посттравматичні стресові розлади (ПТСР).

Експерти стверджують, що проблема ПТСР, з якою стикається Україна, не обмежуватиметься лише військовими. Близько 5,5 млн українського цивільного населення пережили досвід травм війни, включно з 2 млн тих, хто живе по обидва боки лінії припинення вогню на Сході (загалом 4 млн), та 1,5 млн тимчасово переміщених осіб. Більшість із них – це жінки, діти та люди похилого віку. Чимало з них пережили серйозні травми, пов'язані з тілесними пораненнями, загибеллю близьких людей, насильством, руйнуванням домівки та довготривалими

періодами без належного харчування, води або ж іншого забезпечення особистої безпеки. Врешті, тисячі цивільних осіб брали участь у подіях на Майдані, а потім поїхали до зони проведення бойових дій як волонтери, які постачали їжу, допомагали в організації обміну полоненими та навіть шукали тіла загиблих. Загальний травматичний досвід, отриманий українським народом, імовірно, вплине на його спроможність відновитися не лише психологічно, але й економічно. Людський вимір конфлікту ще довго відчуватиметься в Україні й особливо це стосуватиметься психологічних ран, заподіяних як українським військовим, так і цивільному населенню [145].

Вплив неоголошеної війни на особистість є складним, полігенним; він є результатом взаємодії багатьох досі не досліджених чинників. Швидкість і якість пристосування населення до життя в умовах війни залежать від адаптаційного потенціалу, психологічного ресурсу, життестійкості, що дає змогу долати стрес-фактори певної тривалості й інтенсивності. Якщо сила або тривалість несприятливих зовнішніх впливів перевищує індивідуальні пристосувальні можливості людини, відбувається “злам адаптаційного бар’єра”, її травмування [128, с. 283]. Загострюються хронічні соматичні захворювання, виникають невротичні розлади, різко знижується працездатність, погіршується спілкування.

З метою запобігання або мінімізації негативних наслідків конфліктних подій важливо формувати знання про ситуацію, що склалася у дітей, батьків, педагогічних працівників, родин, суспільства загалом.

Своєчасне донесення такої інформації сприятиме зверненню по допомогу від осіб, які її потребують, водночас запобігаючи складнішим наслідкам перенесених подій. Більш цілісне вирішення окресленої проблеми потребує кваліфікованої психолого-корекційної допомоги, адаптованої до кожної категорії травмованих війною осіб.

Розділ 1

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ПРИ ТРАВМІ ТА КРИЗІ

1.1. Загальна характеристика психологічних станів при травмах війни (загальні поняття і визначення)

Починаючи з дитинства і до старості людина зазнає різних негативних впливів, під час яких спрацьовують різноманітні захисти, щоб зберегти цілісність психіки. Кожен із нас щодня стикається з подразниками різного походження і сили, та всі ми реагуємо на ці “уколи долі” по-своєму. Психотравма – це життєва подія або ситуація, яка впливає на значущі сторони існування людини і призводить до глибокого психологічного переживання. Виникнення психічної травми розглядають як наслідок незавершеності інстинктивної реакції організму на травматичну подію. Психологічна травма – це реакція на подію або переживання людини, внаслідок якого різко погіршується життя. Такими переживаннями можуть бути страх смерті, небезпека, насильство, війна, втрата близької людини, розрив відносин і т. д. Причому одна і та ж подія матиме різні відповідні реакції у різних людей. Внутрішню травму можна порівняти з фізичною раною, до якої людина вже давно звикла і не звертає на неї ніякої уваги, хоча переживає дуже сильний біль, коли

хтось доторкається до хворої руки. І той інший зовсім не винен в тому, що людині боляче [17, с. 1].

Війна є одним із найсуворіших випробувань людського духу, психологічних і фізичних можливостей людини. Сприйняття і переживання подій війни – найбільша драма, що розігруються в душі кожного її учасника. Людська істота дуже вразлива перед потужними стрес-факторами війни (небезпека, загибель товаришів, поранення, інвалідність, участь у жорстокому насильстві, знищення противника, новизна і несподіванка зміни подій, найвища відповідальність, біль та ін.).

Відомо, що в бою людина змушена діяти всупереч природі, всім інстинктам самозбереження, ігноруючи потреби власного організму, на благо соціальних інтересів, потреб та цілей. Щоби зберегти собі життя в бойовій обстановці, людина має перекроїти все своє єство (жвавість реакцій, рівень обережності й активності, манеру поведінки, систему цінностей, ставлення до світу, людей, себе). І таке перетворення, пристосування до стану бойової життєдіяльності, до стрес-факторів війни відбувається з кожним її учасником. Цей процес має назву – “бойовий стрес” [85, с. 59].

Під бойовим стресом прийнято розуміти багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в умовах бойової обстановки, що супроводжується напругою механізмів реактивної саморегуляції та закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін [39, с. 1].

Змінені психічні стани, що виникають в учасників військових подій у період ведення бойових дій, охоплюють бойову стресову реакцію, бойову втому та посттравматичний стресовий розлад, а також реактивні стани як найважчі форми бойової психіатричної патології.

“Бойова й оперативна стресова реакція” (БСР) – загальний термін, що охоплює всі можливі реакції учасників воєнних подій

на бойові умови. Термін “бойова втома” (БВ) використовують для опису будь-якої пов’язаної з боєм стресової реакції, що потребує фахової психологічної допомоги. Більшість учасників воєнних подій, у яких проявляються ознаки і симптоми емоційних чи психологічних розладів, не мають психічних проблем, вони, швидше, намагаються подолати аномальний стрес військових операцій. В МКХ-10 діагностичні рубрики F 43.0 Гостра реакція на стрес та F 43.1 Посттравматичний стресовий розлад подані у розділі F 43 “Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації”. Це розмежування з психіатричними розладами допомагає визначити БВ як нормальний стан, який розвивається у нормальних людей під впливом ненормальних обставин.

Людина, яка вперше потрапляє в зону бойових дій, відчуває на собі негативний вплив кількох, спільно діючих факторів, які сумарно справляють на її психічну сферу кумулятивний ефект. Серед таких факторів виділимо: а) постійне відчуття небезпеки, що підкріплюється побаченим, почутим, пережитим, очікуваним; б) страх смерті або поранення, який може набувати перманентного характеру й провокувати соматичні розлади; в) трансформація ціннісних орієнтацій, зниження рівня культурних запитів; г) домінування фізичної сфери буття над духовною; ґ) переважання в мисленні фаталістичних, інколи навіть містичних суджень; д) цінність життя обмежується як “тут, так і зараз”; е) майбутнє редукується до поточного відрізка часу, перспектива втрачається або “розмивається”. Як результат – у військовослужбовця з’являється бойова психічна травма, наслідки якої супроводжують людину протягом усього життя.

Бойова психічна травма – це “переживання великої сили, яке викликане короткочасним або тривалим впливом психотравмуючих факторів бойової обстановки, що може призвести до розладів психіки різного ступеня важкості. Основним психотравмуючим фактором бойової обстановки є небезпека, тобто

страх за своє життя і фізичне здоров'я. Ця емоція є найсильнішою і як правило пов'язана зі сприйняттям жахливої картини загибелі і поранень інших людей” [11, с. 118–119].

Бойова травма є подією, що позначається на житті учасника бойових дій, котрий переживає “дещо” неординарне, емоційно яскраве й таке, що виходить за межі повсякденного досвіду, що накладає відбиток (можна казати про свого роду імпринтинг) на подальше життя, на ефективність процесів адаптації та соціалізації, а також ступінь суспільної активності колишніх учасників бойових дій. У психології подібні травми мають назву “посттравматичний стресовий розлад”. Найвідоміший на пострадянському просторі тип такого розладу – “афганський” синдром, у США – “в'єтнамський”, у Росії – “чеченський” синдром. Подібні синдроми, тобто сукупність симптомів із визначеною етіологією, реалізуються у вигляді важких травмуючих психічних станів, у яких перебуває людина після пережитого в умовах бойових дій.

Посттравматичний стресовий розлад має такі характеристики: людина була учасником травматичної події і при цьому: пережила, була присутньою або зіткнулася з однією чи декількома подіями, наслідком яких могли бути фактична чи імовірна смерть, тяжкі фізичні ушкодження, загроза фізичної недоторканності безпосередньо цієї особи або іншої людини; реакціями учасника травматичної події можуть бути інтенсивний страх, безпорадність. Симптоми повторного переживання травми призводять до одного з наступних п'яти симптомів: рекурентні (повторні), нав'язливі і неприємні спогади про травматичному подію; рекурентні неприємні сни про травматичному подію; враження про те, що травма знову відбувається через а) співпереживання травми; б) галюцинації; в) дисоціативні епізоди повернення в травматичну подію при раптовому пробудженні; дуже виражений дискомфорт при контакті з подразниками, які

символізують будь-який аспект травми або нагадують про неї. Симптоми забування ситуацій, пов'язаних з травмою або “узагальнене оніміння” з проявом не менше трьох симптомів з наступних: уникнути роздумів, переживань, почуттів або розмов, які стосуються травми; уникнути діяльності, місць або людей, пов'язаних із травмою; неможливість згадати аспекти травми; зниження інтересу до участі в діяльності; почуття дистанції або відчуження до інших людей; звуження сфери чутливості, почуття безперспективності щодо: а) планів роботи, б) планів шлюбу і сім'ї, в) очікувань і планів старості та майбутнього. Симптоми дратівливості: погане засинання або непостійна фаза сну; дратівливість або вибухи гніву; труднощі зі зосередженням уваги; надмірна настороженість; виражена реакція переляку і посмикування, нервові тики на нешкідливі подразники. Тривалість цих змін спостерігається довше місяця і призводить до порушень у соціальному, професійному та в інших планах у всіх важливих галузях життєдіяльності. ПТСР можуть здивувати людину непередбачуваними проявами, можуть нагадати про себе через кілька місяців, а іноді й через п'ятнадцять років. Спеціалісти сходяться на думці, що вирішити проблему можливо, лише об'єднавши зусилля лікарів – психологів, психіатрів та психотерапевтів [85, с. 61].

Важливу роль відіграє здатність самих військових та їхнього найближчого оточення (насамперед командирів, лікарів, психологів) адекватно оцінювати стан людини, виявляти ті симптоми, які свідчать про розвиток стресу. БСР спочатку проявляється як індивідуальна нездатність людини виконувати свої прямі службові обов'язки. Серед найхарактерніших ознак необхідно відзначити покидання поля бою, нез'ясовану відсутність та ін. У тих комбатантів, які відчувають бойову втому, існує велика ймовірність повторення симптомів, тому чим невідкладніше буде надана допомога, тим більше шансів швидкого

відновлення. Психологічні чинники (особистісні особливості людини) можуть затримати або ускладнити реабілітацію після таких станів.

Будь-яка поведінка військового, яка тривалий час відрізняється від звичної для нього раніше, може бути ранньою ознакою і симптомом бойового стресу.

Бойову втому можна класифікувати як легку або важку. Надання допомоги залежатиме від складності симптомів та тактичної ситуації. Легка БВ – мінімальне, незначне порушення функціональності, симптоми наявні, проте суттєво не впливають на виконання прямих обов'язків; скарги більше суб'єктивні, ніж об'єктивні, тактична ситуація дозволяє залишити бійця. Важка БВ – очевидні порушення, що впливають на виконання прямих обов'язків чи тактична ситуація не дає змоги залишити в підрозділі SOF medical handbook [14, с. 2].

У зв'язку з чим виникає необхідність проведення психологічної реабілітації воїнів?

По-перше, у воїнів, які протягом певного часу перебувають під впливом бойових стрес-факторів, виникає елементарна стомленість, що знижує ефективність їхньої бойової діяльності. Стомленість – це відчуття слабкості, безсилля, в'ялості, дискомфорту, що супроводжуються негативними емоційними станами, втратою інтересу та мотивації до бойової діяльності. Стомленість негативно впливає на всі психічні та психофізіологічні процеси воїна, наприклад, знижується увага, порушується пам'ять, мислення, можуть виникати ілюзії, конфліктні ситуації з товаришами по службі тощо. Коли ця стомленість не компенсується відпочинком, вона має схильність акумулюватися і досягати критичних рівнів. У дослідженнях німецького вченого Е. Динтера встановлено, що перебування особового складу безпосередньо на передовій більше 30–40 діб непродуктивне. Це пов'язано з тим, що після досягнення максимуму морально-

психічних можливостей, який настає через 20–25 діб, у вояків фіксують їх швидкий спад, що обумовлено виснаженням духовних і фізичних сил.

По-друге, у воїнів можуть виникати бойові психічні травми, під якими розуміють психічні розлади, порушення і захворювання, які призводять до часткової чи повної втрати їхньої бойової здатності у результаті впливу факторів бойової обстановки, що травмують психіку воїна, та умов військової служби під час ведення бойових дій, а також після їх закінчення [39, с. 3].

Виникненню бойових психічних травм сприяють:

а) *психічні перевантаження особового складу у бойовій обстановці*: постійна реальна загроза життю; жорстка відповідальність за виконання бойового завдання; недостатність і невизначеність інформації, що надходить; дефіцит часу при прийнятті рішення; невідповідність рівня військово-професійної підготованості особистості воїна до реальних умов бойової діяльності;

б) *психічна невідготованість воїна до дій у бойових умовах*; кумулятивний, індукований варіант перебігу реакцій у групах людей, наприклад, миттєве розповсюдження паніки серед воїнів; повна чи часткова ізоляція воїнів від основних сил тощо;

б) бойові фізіологічні перевантаження: фізичне виснаження в результаті перенапруги та порушення режиму годування; порушення режим сну;

в) *умови бойової діяльності*: виконання розпорядку дня і дисциплінарних вимог; організація побуту, забезпечення потреб і запитів воїнів; незвичні умови служби та бойових дій (клімат, погода, місцевість тощо); переживання особистого характеру (хвороба і смерть близьких, службові негаразди, фінансові проблеми тощо) [39, с. 4].

Усі стрес-фактори, які викликають бойові психічні травми, поділені на три групи:

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

- *бойові стресори бойової обстановки* (загроза життю; отримання поранення; свідoctва смерті близьких і товаришів по службі; ураження ракетним ударом, артилерійським і стрілецьким вогнем як з боку противника, так і власних військ (помилково); участь у спеціальних підрозділах, що діють на теренах противника;);

- *небойові стресори бойової обстановки* (прикладом вважаємо свідoctва смерті іракських і кувейтських солдат; страх перед застосуванням Іраком ракетних ударів чи атак з використанням хімічної та біологічної зброї; очікування наземних бойових дій, які асоціювалися зі страхом смерті чи пораненням; відношення Іраку до військовополонених; загальні негативні умови життєдіяльності у пустелі);

- *стресори, що пов'язані з відправкою у зону бойових дій* (ізоляція від сім'ї, близьких, друзів, товаришів по службі, роботі. Особливо це стосувалося солдатів Національної гвардії та військ Резерву) [39, с. 5].

Унаслідок дії цих стрес-факторів у воїнів виникають труднощі у функціонуванні психіки. Можна навести таку **психологічну класифікацію розладів їхньої психіки у бойових умовах**:

1. Розлади психіки, провідною ознакою яких є *фобія* – патологічний страх, характерними симптомами якого є серцебиття, холодний піт, сухість у роті, тремтіння кінцівок, мимовільне виділення сечі та калу, паралічі кінцівок, заїкання, німота. Можна виділити три основні *клінічні форми страху*:

- *рухова* – виявляється у неконтрольованих діях і рухах, наприклад, втеча від небезпеки;

- *ригідна* – виявляється в пасивності, недостатності міміки, байдужості, окляканні тощо;

- *прихована форма*, що має прояв у гарячковій пасивності, безглуздій активності, які призводять до зриву виконання бо-

йового завдання. У штабах така форма активності паралізує результативну роботу, породжує протилежні накази, розпорядження тощо.

Коллективною формою страху є *паніка* – стан масового страху перед реальною або уявною небезпекою, яка наростає в процесі взаємної індукції, що блокує здатність воїнів реально оцінювати ситуацію, мобілізацію вольових ресурсів та організацію спільних цілеспрямованих дій.

2. Бойовий шок і бойове стомлення. Бойовий шок проходить у три *стадії*:

- *перша* розвивається протягом кількох годин (дів) і характеризується почуттям тривоги, що поступово зростає, страхом та погіршенням настрою;

- *друга* – гостра стадія – триває від кількох днів до кількох тижнів, проявляється розвитком психосоматичних порушень невротичного характеру;

- *третья* – хронічна стадія – характеризується тривалою психічною декомпенсацією зі змінами особистості.

Під бойовим стомленням розуміють психічні розлади, які виникають у воїнів через кілька тижнів бойових дій середньої інтенсивності.

3. Посттравматичний синдром охоплює групу психічних розладів, які виникають унаслідок неусвідомлених намагань суб'єкта “витіснити” зі свідомості найбільш несприятливі епізоди.

Основні *форми прояву посттравматичного синдрому*:

- часткова чи повна соціальна дезадаптація, зниження пам'яті,

- думки про самогубство та суїцидальні дії,
- почуття постійної стомленості,
- неспроможність концентрувати увагу,
- порушення сну,
- зловживання алкоголем, прийом наркотиків,

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

- головні болі, шлунково-кишкові розлади, сексуальні розлади тощо [39, с. 6].

За важкістю можна класифікувати такі бойові психічні травми: легкого ступеня, що проявляються в надмірній дратівливості, замкненості, втраті апетиту, головних болях, швидкій стомлюваності; середнього ступеня, які характеризуються легкими істеричними реакціями, агресивністю, тимчасовою втратою пам'яті, депресією, підвищеною чутливістю до шуму, сильним страхом, втратою почуття реальності дій, що відбуваються; тяжкого ступеня, що проявляються порушеннями слуху, зору, координації рухів і психоруховими розладами від безглузких вчинків до розвитку ступору.

Психологічне супроводження учасників воєнних подій може стати суттєвим запобіганням важких бойових психічних травм. Воно має охоплювати у себе такі етапи:

- психологічний та психофізіологічний відбір (з метою визначення рівня підготовки, стресостійкості та особливостей індивідуального реагування на бойовий стрес; окрім того, необхідно зосередити увагу на виявленні випадків розладів психіки та поведінки у минулому, з'ясуванні інформації про зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами, проведенні аналізів на вживання наркотичних речовин);

- психологічна діагностика актуального психоемоційного та морально-психологічного стану учасників воєнних подій, на основі якого визначають напрями подальшої психологічної роботи, формують групу посиленої психологічної уваги, розробляють рекомендації з індивідуальної роботи;

- психологічну підготовку (за напрямом підготовки кожної військової спеціальності (паралельно у системі бойової та спеціальної підготовки); проведення психологічних тренінгів щодо згуртування військового колективу, створення команди; навчання автогенним способам психологічної підтримки

(самодопомоги), прийомам самоконтролю та саморегуляції психоемоційного стану; навчання учасників воєнних подій розпізнанню психічних розладів; навчання прийомам першої психологічної допомоги; психологічне інформування особового складу про можливі психологічні наслідки бойової діяльності та шляхи їх подолання);

- ідеомоторне тренування (спеціальна підготовка і мотивація до бойової діяльності) передбачає мисленнєве програвання правильних функціональних дій при вирішенні поставлених завдань (це дає можливість формувати стійкий стереотип правильних дій, який повинен фіксуватися на підсвідомому рівні, що характеризується автоматизмом виконання визначених дій як самостійно, так і у командних діях);

- психологічну допомогу (психологічна консультація, допомога в подоланні пригнічених емоційних станів та в переживанні життєвих труднощів);

- формування та підтримання в особового складу соціально-психологічних установок щодо необхідності виконання завдань;

- перевірка психологічної готовності до виконання завдань за призначенням [81, с. 7].

Основні напрями профілактики бойових психічних травм.

1. Навчання командирів, а через них і всіх учасників воєнних подій основам психології та практичним навичкам і вмінням своєчасного розпізнання психічних розладів з використанням найпростіших методик оцінювання бойового стресу, опрацювання навичок самоконтролю і спостереження за оточуючими.

2. Роз'яснення особовому складу природи стресових ситуацій та переконання їх у персональній відповідальності за власний психічний стан, опанування найпростішими прийомами релаксації, медитації тощо. Така робота має проводитися безпосередньо перед боєм і в періоди затишшя.

3. Оптимальне забезпечення особового складу всім необхідним, формування їх упевненості у власних силах, турбота про харчування й відпочинок, надання своєчасної психологічної та психіатричної допомоги.

4. Своєчасне розпізнання осіб з бойовими психічними травмами, надання їм оперативної психологічної допомоги та їх евакуація в тил. Основними критеріями для евакуації є: неспроможність військовослужбовця виконувати функціональні обов'язки, неадекватна оцінка оточення, відсутність контакту, деморалізуючий його вплив на оточуючих, загроза з його боку для інших учасників воєнних подій [114, с. 8].

Як свідчить світовий досвід, бойові психічні травми необхідно лікувати безпосередньо на передовій. В основі цього лікування мають лежати три основні принципи: своєчасність надання психологічної допомоги, максимальне наближення місця лікування до поля бою, мінімальні терміни лікування.

Під час надання психологічної допомоги кожному військовослужбовцю у відновний період ураховуються: а) ситуація, в якій було отримано ушкодження здоров'я; б) ступінь впливу на нього випадків смерті товаришів (особливо близьких по службі та життєдіяльності); в) характер його ставлення до явищ, що визначені в пунктах а) і б); г) особливості ставлення до цього різного командування; д) нагороди та заохочення, що пов'язані тією чи іншою мірою з цим явищем; е) характер відбиття цих явищ у свідомості товаришів по службі тощо; час виходу військової частини, підрозділу, військовослужбовця із зони бойових дій (чим раніше та оперативніше надано психологічну допомогу учасникам бойових дій, тим меншою є ймовірність виникнення згодом психічних проблем, зумовлених бойовим стресом), особливості соціально-психологічного клімату і міжособистісних взаємин у військовій частині, підрозділі, характер взаємин конкретного військовослужбовця з оточуючими; осо-

бливості та умови діяльності військової частини, підрозділу, військовослужбовця після виходу з бойової обстановки (нормальна і добре продумана організація життєдіяльності військової частини, підрозділу, конкретного військовослужбовця сприятиме психічному здоров'ю учасників воєнних подій і зменшуватиме необхідність психологічної допомоги та реабілітації); особистісні переживання конкретного військовослужбовця, що може бути пов'язано з фізичним знищенням солдат противника, загибеллю товаришів по службі, веденням бойових дій в оточенні противника, перебуванням у полоні, здійсненням протиправних вчинків, участю у них; урахування соціальних, етнічних, релігійних, сімейних та інших обставин, що мають суттєвий вплив на процес психологічної реабілітації кожного конкретного військовослужбовця.

Отже, існує досить чітка система надання психологічної допомоги та реабілітації учасників воєнних подій, що мають певні проблеми з психічним здоров'ям чи отримали суттєві бойові психічні травми [74, с. 3].

Одним із психічних станів, що часто виникають у військовослужбовців при травмах війни, є дисоціація. Дисоціація – нормальна частина захисту психіки від потенційного пошкодження травматичної дії. Це своєрідний фокус, який психіка розігрує сама над собою. Життя продовжується, коли нестерпні переживання розподіляються по різних відділах психіки і тіла, а саме переводяться в несвідомі аспекти психіки і тіла. У цей момент з'являється перешкода інтеграції зазвичай єдиним елементам. У пам'яті індивіда, що пережив травматичні події, з'являються провали, для нього стає неможливою вербалізація того, що з ним відбулося [122, с. 9].

Психологічні розлади та прояви дезадаптації в учасників воєнних подій виникають, як правило, після впливу травмуючих психіку умов бойових обставин та, навіть більше, здатні вини-

кати несподівано, через довгі роки на фоні загального благополуччя. У симптомокомплексі, що їх супроводжує, всі симптоми пов'язані між собою, і прояви одного з них породжують інший.

Наслідком цих проявів постають депресивні стани, що тільки ускладнюють взаємодію ветеранів у соціальному середовищі. В основі психічної травми можуть лежати усвідомлювані та неусвідомлювані зміни фізіологічної, емоційної, когнітивної (інтелектуальної) і поведінкової складових системи регуляції. Але якщо безпосередньо у позначеній стресовій ситуації ці зміни можна вважати нормою, то в мирному житті вони часто викликають дезадаптивні реакції і виглядають як психічні відхилення, але по суті це не що інше, як глибоко закоренілі способи поведінки, пов'язані з екстремальними подіями у минулому [91].

Після повернення до мирних обставин на вже наявні, пов'язані з війною психічні розлади, нашаровуються нові розлади, обумовлені стресами, пов'язаними зі соціальною дезадаптацією. У ветеранів по-особливому з'єднуються способи поведінки, що сформувалися під впливом стрес-факторів бойової обстановки, і колишні (довоєнні) способи поведінки.

Подолання індивідом психотравмуючого впливу стресорів бойових обставин залежить від трьох чинників: характеру психотравмуючих подій, індивідуальних характеристик ветеранів та особливостей умов, у які ветеран потрапляє після повернення з війни, в результаті чого можливі: психічна рестабілізація або десоціалізація. Впливаючи на умови, в які потрапляє ветеран, і змінюючи їх, можливо позитивно змінювати й індивідуальні характеристики ветерана. В цьому і полягає особливість реабілітаційних заходів та соціально-психологічної роботи з успішної реадаптації учасників бойових дій у мирних умовах [130].

Основними сферами соціалізації є діяльність, спілкування та самосвідомість. Залучення учасників бойових дій до соці-

альної активності, сумісної діяльності через Спілки ветеранів дає змогу комбатантам виражати себе як суспільним індивідам, проявляти особистісні смисли, виявляти самостійність, ініціативу, творчість та професіоналізм, засвоювати нові види активності. У сфері спілкування відбувається поглиблене розуміння себе та інших учасників комунікативного процесу, збагачення змісту взаємодії та сприйняття людьми одне одного, а у сфері самосвідомості передбачається становлення “Я-концепції” індивіда, осмислення свого соціального статусу, засвоєння соціальних ролей, формування соціальної та моральної позицій [16, с. 10].

1.2. Психологічна травма та її характеристика

Поняття “психологічна травма” виникло в кінці 80-х років минулого століття на основі теорії психотравматичного стресового розладу. ПТСР – це наслідок психотравми, неможливість людини знайти вихід з “психотравмуючого колапсу”, застрягання в травмуючій ситуації.

У сучасній психіатрії проблемам психічної травми та розладів, які були спричинені нею, приділяють дуже багато уваги. Це пов'язано, як загалом, зі зростанням “масових” психотравмуючих подій, так і з усе більшим обсягом наукових досліджень, які вказують на важливу роль психотравмуючих подій у походженні психіатричних розладів, зокрема посттравматичного стресового. Також, науковці зосереджуються на дослідженні впливу хронічної психотравматизації, зокрема скривдження дітей, на психологічний розвиток дитини [125].

Складність проблеми психотравми настільки багатогранна та неосяжна, що вона потребувала і в наш час потребує науково-структурованого впорядкування. За визначенням сучасної

дослідниці О. Д. Литвиненко, класифікація психотравм необхідна для пізнання причинно-наслідкових залежностей у виникненні межових психічних розладів; вона допомагає забезпечити можливість побудови систематики розладів та адекватної системи лікувально-профілактичної допомоги. Згідно зі систематизацією О. Д. Литвиненко, найпоширенішим є структурування наукового знання про психотравму за основними психологічними напрямками: психоаналітичним (З. Фрейд, А. Фрейд, Г. Гроддек та ін.), біхевіоральним (М. А. Джишкаріані, Ф. Є. Рибаків), гуманістичним (М. І. Аствацатуров), психодинамічним (L. Ibor, B. Fernandes), клінічним (П. Б. Ганнушкін, А. Є. Лічко, E. Kretschmer, K. Schneider та ін.). Окрім згаданих, варто вказати й інші, названі науковцем класифікації психотравми, зокрема: за розміром негативної значущості, за часом, що необхідний для адаптації, на підставі чого розрізняли критичні життєві події, травматичні, повсякденні або хронічні стреси (М. Пере, У. Бауман та ін.), та за типами травматичних агентів (A. Green), на підставі чого були виділені такі категорії: 1) загроза життю та цілісності тіла; 2) тяжка соматична шкода; 3) отримання навмисної шкоди/пошкодження; 4) вплив чогось фантастичного; 5) бути свідком або знати про насильство, яке вчиняють проти дорогої людини; 6) знання про напад під впливом шкідливого агента; 7) стати причиною смерті або тяжкого ушкодження когось [56, с. 180–186].

Починаючи зі самого дитинства і до старості людина зазнає різних негативних впливів. Під час цих негативних впливів спрацьовують різноманітні захисти, які допомагають зберегти цілісність психіки. Ми кожного дня стикаємося з подразниками різного походження та сили, і ми всі реагуємо на ці “уколи життя” по-своєму.

У людському житті дуже часто відбуваються психотравмуючі події: фізичне насильство, сексуальне скривдження, ДТП, природні та техногенні катастрофи, нещасні випадки.

Згідно з оцінкою дослідників, у США, наприклад, у 60 % осіб за життя буде щонайменше одна така подія, три травматичні події і більше виявлено у 17 % чоловіків і 13 % жінок. Звісно, що в “гарячих точках” земної кулі частота таких подій буде значно більшою, порівняно з іншими країнами на земній кулі – у таких країнах, як Алжир, Камбоджа, Ірак вона оцінюється в 92 % [108, с. 12].

Травматичні події займають важливе місце й у дитинстві. Відомо, що до 18 років щонайменше у 30 % осіб в житті відбудеться принаймні одна така травмуюча подія. При цьому більшість травм, яких зазвичай зазнають діти, це не техногенні чи природні катастрофи, а домашнє чи шкільне насильство, “інституалізоване” скривдження, якого зазнають діти, які виховуються в закладах інтернатного типу. Але, на жаль, більшість фактів про те, що дітей кривдять, ніхто не розголошує, ця інформація прихована від інших людей. Тобто, діти залежать від своїх кривдників, які їх залякують, і в результаті цього постраждали неповнолітні не можуть нікому (ні своїм рідним, ні чужим людям) розказати все, що з ними відбулося. Особливу категорію ризику становлять ті діти, які ростуть в неблагополучних сім'ях чи виховуються в інтернатних закладах. Імовірність зазнати повторного, тривалого скривдження, для цих дітей зростає у 5 разів, і в Україні, як свідчать дослідники, ця проблема є надзвичайно гострою.

Психотравма – це життєва подія або ситуація, яка впливає на значущі сторони існування людини і призводить до глибокого психологічного переживання. Виникнення психічної травми розглядають як наслідок незавершеної інстинктивної реакції організму на травматичну подію. Психологічна травма – це реакція на подію або переживання людини, через які у неї різко погіршується життя. Це може бути страх смерті, насильство, війна, втрата близької людини, розрив відносин і т. д. Причому

одна і та ж подія матиме різні відповідні реакції у кожної окремої людини. Травма має подвійну природу: спочатку проявляється її руйнівна сила, яка забирає здатність людини жити і радіти життю. Інша сторона, парадокс травми – її здатність зцілювати і трансформувати людину. Скільки у людини травм, стільки і сили за допомогою якої вона бореться з нею [91, с. 13].

Травма у цьому контексті – це все те, що викликає нестерпні душевні страждання і тривоги. Психіка влаштована достатньо гармонійно та має свої механізми, які допомагають людині в цих умовах зберегти свою цілісність і вижити. Це захист, який має назву дисоціація. При сильній психотравмі Фрейдівські механізми виявляються недієвими. В той момент оптимальним є вихід із травматичної ситуації, якщо це, звичайно, можливо. Але якщо не вдається уникнути психотравмуючої події, якась частина Я має бути видалена, щоб це відбулося інтегроване Его розділяється на фрагменти або дисоціюється [87, с. 13; 130].

Особливість багатьох травмуючих подій виражається в тому, що їх дуже рідко і майже неможливо передбачити та взяти під контроль. Травмуючі події можуть знищити в людині впевненість у безпеці та можливості благополучного виходу з тої ситуації, тому дуже часто люди стають вразливими до навколишнього оточення. Травми, що продовжуються, катастрофічні (масові) травми, гострі та раптові травми слугують джерелом клінічних станів, унаслідок яких такі зміни стану, як, наприклад, посттравматичний ефект з обґрунтуванням, іноді зумовлюють погіршення здоров'я. Психотравми також можуть призвести до інтимно-особистісних наслідків на біологічному й особистісному руйнівному рівнях, які здатні спровокувати психосоматичні захворювання, неврози та реактивні стани. Спеціалісти вважають, що для формування психотравми необхідні як події, що відбуваються, так і внутрішні та зовнішні чинники: психологічний склад особистості і сформовані в неї уявлення

про зло та добро, про те, що є правильним чи неправильним, що дозволено і що ні і так далі [78, с. 15].

Симптоми психологічної травми.

Кожна людина щодня стикається з травмами, різними за походженням та силою, і по-різному реагує на ту чи іншу травму. Симптоматика психологічної травми охоплює емоційні та фізичні ознаки. Дуже часто емоційні симптоми вважають невмінням організовуватися і відносять їх до нестриманості та розхлябаності. Але, якщо ці симптоми виникають в індивіда, який пережив травмуючу подію і при цьому був стійкою та оптимістичною особистістю, то це повинно насторожити.

Перш за все в індивіда можуть спостерігатися різкі зміни настрою: від апатії та байдужості до роздратованості, які іноді просто не контролюються. Індивід, який отримує психотравму, втрачає віру в можливість отримати від когось допомогу, в людську порядність і взагалі перестає вірити в дружбу. Така людина почуває себе нікому не потрібною, самотньою, такою, яку викреслили із життя. Ці люди часто страждають від безсоння та порушень сну, їхній сон, зазвичай, короткочасний і з переважанням нічних кошмарів [78, с. 15]

Емоційні симптоми травмуючої події охоплюють:

- шок, втрату віри, відторгнення;
- швидку та безпричинну зміну настрою, роздратування;
- переживання відчуття провини та самозвинувачення;
- відчуття того, що всі покинули і сором за свій вчинок у травмуючій ситуації;

- відчуття безвиході і туги;
- порушення концентрації та розсіяність;
- тривогу, страх;
- замкнутість.

Фізичні симптоми травми:

- лякливість;

- безсоння і нічні жахи;
- прискорене серцебиття;
- гострі та хронічні болі;
- підвищена втомлюваність;
- порушення уваги;
- м'язева напруга.

Це не весь перелік симптомів, всі ці ознаки у різних людей можуть або проявлятися, або ні, або проявлятися по-різному: у когось сильніше, а у когось слабше [78, с. 16] .

Усі ці відчуття і симптоми тривають від декількох днів до декількох місяців і можуть зникнути в міру переживання травми. Але навіть якщо людині, яка постраждала, стане краще, то все одно можуть “впливати” ті хворобливі відчуття та спогади, особливо на річницю події або якщо про ту ситуацію нагадає щось, наприклад, певний образ чи звук [133]

Види психологічних травм.

Існує кілька видів класифікації психічних травм:

1. За видами психотравми поділяють на:

- гострі – це психотравми, що мають короткострокову дію.

Вони виникають на тлі попередніх подій, таких, як приниження чи розрив відносин;

- шокові – це психотравми, які також мають короткострокову дію. Виникають завжди спонтанно, в результаті загрози власному життю чи життю близьких;

- хронічні – це психотравми, які мають негативний та затяжний вплив на психіку. Вони не мають яскраво вираженої форми, але тривати можуть роками або навіть десятиліттями.

2. За симптомами психологічні травми поділяються на:

- екзистенційні – вони становлять смертельну загрозу, або переконаність людини в тому, що їй та її близьким загрожує якась смертельна небезпека. Характерний симптом цього виду

– страх смерті. Людина в такій ситуації постає перед вибором: або стати сильнішою, або замкнутися в собі;

- травми втрати – ці травми характеризуються страхом самотності. Тут також людина постає перед вибором: або застрягти на фазі скорботи, або залишити думки про негативне в минулому;

- травми відносин – зазвичай виникає після зради близької людини. Після цього у людини виникають складнощі з довірою до людей у майбутньому;

- травми помилки – це почуття провини чи сорому за скоєне.

3. За суб'єктами (носіями) травм є:

- діти;
- дорослі.

Від чого залежить сила психологічної травми?

Наслідки психологічної травми залежать від декількох чинників, які роблять наші реакції, на одну і ту саму подію, індивідуальними:

- стресостійкість особистості;
- значущість події, яка стала причиною травми;
- наявність підтримки близьких людей у важкий момент;
- своєчасна допомога та лікування психологічної травми.

Що стається після психологічної травми?

Якщо людина, яка зіткнулася зі сильним болем, задається питанням, як пережити цю психологічну травму, то вона вже на півдорозі до одужання. Яка б травма не сталася у житті, свою увагу треба концентрувати на мріях, планах, людях, заради яких варто жити, тобто концентруватися на майбутньому [44, с. 17].

Стадії психологічної травми:

1. Шок.

Ця фаза характеризується тим, що коли людина дізнається про втрату близької людини, невиліковну хворобу, чи наприклад, переселенці, коли отримують відмову на поселення, всі

вони спочатку відчують шок. Людина просто не може зрозуміти, як з нею таке могло трапитися. Шоковий стан може тривати по-різному: у когось 2 секунди, а у когось 2 тижні. Якщо людина 2 тижні дезорієнтована і не знає, що їй робити, то це є нормально. Під час шокowego стану можуть спостерігатися безсоння, втрата апетиту, втрата пам'яті.

2. Заперечення.

Таку реакцію дуже часто ми простежуємо у фільмах. Коли людині кажуть, що хтось з її близьких загинув, вона одразу ж відповідає, що цього не може бути. Тобто, людина заперечує цю інформацію. Заперечення – це перший рівень психологічного захисту. Заперечення, так само як і шок, може тривати від 2 секунд до 2 тижнів. Зазвичай цей період характеризується тим, що людина постійно задає собі питання: “Як це могло статись?, Чому? Хто в цьому винен? Що я зробив не так?”.

3. Повторне переживання.

Людина постійно повертається до тієї чи іншої ситуації. Вона повертається до тих відчуттів і думок, які переживала під час травми, задає собі багато питань: “Що можна було зробити в цій ситуації?, Що я зробив не так?, Чому це сталося саме зі мною?, Що я міг зробити, щоб цього не сталося?, Хто винний у тому?, Як це можна повернути?, А якби я зробив оце, то тієї ситуації не було б?”. Людина нав'язливо, знову і знову, переживає ті всі відчуття і події, і ніяк не може позбутися їх і вийти з того стану. Цей період може тривати аж до шести місяців.

4. Переосмислення.

Людина вже думками повернулася з тих чи інших подій, вона довідалася, хто винний, а тепер переживає депресію та виснаження. На цій стадії людина починає переживати втрату. Людина вже осмислює, що внаслідок певної ситуації вона щось чи когось втратила. Вона розуміє, яке значення для неї мала та людина. Вона розуміє, що колишнє щастя не можна повернути, але треба жити далі.

Людина переживає певну стадію психологічної травми. Вона може порівнювати себе до війни та після війни. Вона може сумувати, бути розчарованою, бо те, що було колись, зараз повернути вже неможливо. Їй необхідно змиритися і прийняти все, що сталося, і що було. Ця стадія також триває до шести місяців.

5. Завершення або адаптація.

Це завершальна стадія. Людина вже виходить зі стану депресії, починає налагоджувати своє життя. Вона зникає жити після втрати. Вона сумує, але вже може нормально спати, замінює свої колишні суспільні зв'язки на нові. Якщо людина змогла пройти ці всі стадії за один рік, то це вважається нормою.

Отже, за нормою спочатку минає шок, потім заперечення, потім повторне переживання і потім ще спостерігається депресія. Але після тої депресії, може знову повернутися переживання, заперечення і знову депресія. Друга, третя та четверта стадії можуть повторюватися.

Із тих осіб, які пережили психотравмуючу подію, у великій частини “душевна рана”, що завдана певною психотравмою, не зможе загоїтися сама собою через деякий час, щонайменше у 30 % осіб розвиватиметься захворювання, яке увійшло до діагностичних класифікацій під назвою *посттравматичного стресового розладу* [119, с. 19].

ПТСР виникає як відтермінована реакція на дію тривалого чи особливо важкого стресу. ПТСР може розвинути у тому випадку, якщо гостра реакція на стрес не спостерігалась у людини, яка пережила психотравмуючу ситуацію [6, с. 19].

Його перші прояви можуть з'являтися аж через кілька місяців після травми. Це хронічне захворювання, яке характеризується хвилеподібним перебігом, тобто можуть спостерігатися періодичні загострення. Ці загострення, часто виникають унаслідок нових стресів та ситуацій, які нагадують про ту психо-

травму. Групою ризику щодо ПТСР є діти і підлітки, оскільки у них ще недостатньо розвинені особистісні ресурси, які допомогли б їм ефективно впоратися з наслідками травмуючої ситуації. Саме ПТСР є одним із найпоширеніших психіатричних розладів – щонайменше 7 % осіб (5 % чоловіків і 10 % жінок) матимуть прояви цього розладу протягом усього життя. З них приблизно у 30 % цей розлад буде хронічним з можливою персистенцією симптомів протягом 10 і більше років. Але ПТСР – це не єдиний розлад, який пов'язаний із психотравмуючою подією. Існує гіпотеза про те, що з психотравмою пов'язаний цілий спектр розладів: починаючи від простих форм ПТСР до його комплексних форм, гостра реакція на стрес, а також складні дисоціативні розлади, зокрема це може бути дисоціативний розлад ідентичності [115, с. 20].

Гостра реакція на стрес (ГРС) розвивається в перші хвилини або години після впливу психотравмуючої ситуації. Вона може тривати від декількох хвилин до декількох днів. Головними ознаками ГРС є: високе емоційне напруження, звуження свідомості, фрагментарне орієнтування в місці і часі, грубі порушення організації психічної діяльності, виражені фізіологічні прояви, до яких можуть належати почастішання серцебиття, підвищена пітливість, нудота, порушення сну та апетиту [115, с. 21].

Основне завдання роботи з людьми, які пережили кризові ситуації, полягає у тому, щоб допомогти їм змінити бачення на життя, шляхом подолання їхньої внутрішньої емоційної напруги та вирішення внутрішньо-особистісних конфліктів [164, с. 21].

1.3. Особливості психологічних травм в учасників війни

Проблема “повернення з війни” не менше, а можливо, і більш складна, ніж проблема “входження” в неї. Навіть якщо брати за основу лише психологічні наслідки і тільки для особового складу діючої армії, діапазон впливу факторів війни на психіку людей виявляється неймовірно широкий. Він охоплює різний спектр психологічних явищ, у яких зміни людської психіки коливаються від яскраво виражених, явних патологічних форм до зовні малопомітних, прихованих, пролонгованих, ніби “відкладених” у часі реакцій.

Упродовж пристосувальної активності психіка воїна радикально перебудовується, набуває властивостей “надчутливості”, “воєнізується”, “надрозуміння”, “надреактивності” та інших. Ці трансформації відбуваються на психологічному, психофізіологічному, соціально-психологічному рівнях та іноді доходять до анормальних рівнів. У людини в умовах війни формується так би мовити “спеціальний психологічний орган”, що допомагає миттєво вловлювати “логіку” рухів елементів зорового поля, значення слів, звукових стимулів, жестів і вчинків інших людей [57, с. 59–62].

Зазначений орган “відточує” свою роботу і стає потужним регулятором поведінки військовослужбовця. Доведено, що звичка відкритої, простої поведінки призводить до детренованості механізмів психологічного захисту внаслідок їх бездіяльності. Повернути таку “психологічно оголену” людину в звичайне мирне життя без попередньої спеціальної психологічної підготовки значить створити умови для її соціальної дезадаптації і навіть для розвитку психологічних розладів. У значній кількості військовослужбовців, які пройшли через збройні конфлікти, існують хронічні посттравматичні стани, що викликані стресом.

Близько 80 % учасників антитерорестичної операції на Донбасі отримали психологічні травми. При цьому до 30–40 % це можуть бути безповоротні психогенні втрати, тобто психологічні травми переходять у психіатричні. Також в учасників АТО фіксуються випадки неадекватної поведінки, спроби суїциду, проблеми в сімейному житті, можливе зниження рівня стресостійкості [14, с. 24].

Стабільніший психологічний стан АТО спостерігається у кадрових військових, ніж мобілізованих або добровольців. До негативних психологічних наслідків призводить висока інтенсивність обстрілів і бойових зіткнень із супротивником, а також тривалість перебування в зоні бойових дій без ротації [59].

У такому напруженому психологічному стані людина може перебувати 35–45 діб, а багато військових провели в зоні АТО близько 2 років [181, с. 24].

Якщо йдеться про людину, яка психологічно здоровою пішла в АТО і не піддавалася дії наркотичних речовин, сильного алкоголю, якщо вона не мала симптомів, наприклад, шизофренії, то в неї досить низька ймовірність виникнення галюцинацій. Щоби з'явилися галюцинації, має бути суттєве ураження головного мозку на біологічному рівні. Тому у ветеранів АТО, як правило, галюцинацій не буває. Але якщо вони тривалий час піддаються стресу, для них характерний посттравматичний стресовий розлад [181, с. 24].

Для психологічного розладу властиве таке відчуття, як інтрузія, або флешбек. Це хворобливе переживання у реальному часі тієї картинки, яка була в АТО. Тобто, боєць заглиблюється у свої переживання, емоційно згадує пережите й у нього на хвилинку перед очима виринає це переживання. Людина ніби відгороджується від реальності, і спогади настільки її накривають, що вона просто у них поринає. Це відчуття схоже на сон [120, с. 24].

Загалом, у бійців можна виокремити стрес асоційовані захворювання, тобто невротичні, пов'язані зі стресом розлади, коли на фоні повного благополуччя у людини виникають певні порушення. Також можна виокремити соматичні порушення. Коли людина брала участь у бойових діях, але не була на передових позиціях, не стріляла, не вбивала, не бачила безпосередньо загибель, у неї не стріляли, але морально-психологічно вона піддавалася дії стресових чинників, знала, що там стріляють, там люди гинуть, там є вибухи, – у неї ризик виникнення стресових ситуацій значно менший. Але з огляду на те, що такі люди робили певну фізичну роботу – перевантаження боєприпасів, продуктів харчування, займались інженерним забезпеченням – у них формувались інші хвороби. Йдеться про захворювання опорно-рухового апарату, а також про застудні захворювання взимку і перегрівання, теплові та сонячні удари у літні періоди [117, с. 25].

Страх, викликаний бойовими обставинами, пригнічується ціною великого нервового напруження. В якості одного з головних наслідків впливу стрес-факторів на особистість розглядають психічну травму, в основі якої можуть лежати усвідомлені та неусвідомлені зміни у фізіологічній, емоційній, когнітивній (інтелектуальній) і поведінковій складових системи регуляції [1, с. 25]

Саме це й спостерігається у випадку зі стрес-фактором участі в бойових діях, де окрім фізіологічних чинників, якщо не яскравіше діють психологічні. Але якщо безпосередньо у позначеній стресовій ситуації ці зміни можна вважати нормою, то в мирному житті вони часто викликають дезадаптивні реакції. Цими невідповідностями, в сукупності зі соціокультурним контекстом та чинником соціальної підтримки, і породжується психологічна травма [8, с. 26].

Яскравою відзнакою “бойового стресу” є те, що на війні людина є не тільки свідком насильства, але і його активним учас-

ником, і те, і інше слугує джерелом травматичних переживань [138, с. 26].

Окрім того, зазначають: нестійкість психіки, за якої навіть незначні втрати, труднощі штовхають людину на самогубство; страх нападу ззаду; почуття провини за те, що залишився живий; ідентифікація себе з убитими. Для учасників бойових дій характерні також емоційна напруженість й емоційна відособленість, підвищена дратівливість і агресивність, безпричинні спалахи гніву, напади страху та тривоги. Відзначають повторювані яскраві “бойові” сні і нічні кошмари, нав’язливі спогади про психотравмуючу подію, що супроводжуються важкими переживаннями, раптові вибухи емоцій з “поверненням” до психотравмуючої ситуації [6, с. 26].

Психічні розлади, які пов’язані зі стресом під час військових дій, стають надалі одним із головних внутрішніх бар’єрів на шляху подальшої адаптації до повоєнного життя. При цьому після повернення до мирної обстановки на посттравматичні стресові розлади, які пов’язані з попередньою участю в бойових діях, нашаровуються нові психічні розлади, що обумовлені вже тривалою соціальною дезадаптацією учасників бойових дій (комбатантів) після повернення з війни. Останні, як правило, стикаються з нерозумінням, засудженням, складнощами в спілкуванні і професійному самовизначенні, з проблемами у сфері фінансів, освіти, створення або збереження сім’ї, сексуального життя тощо [66, с. 27].

Подолання індивідом психотравмуючих стресорів бойової обстановки залежить від трьох чинників: характеру психотравмуючих подій, індивідуальних характеристик ветеранів та умов, у які ветеран потрапляє після повернення з війни. Взаємодія цих трьох факторів з процесом когнітивної переробки психотравмуючого досвіду призводить або до зростання психічного напруження, або до поступової асиміляції пси-

хотравмуючого досвіду. На перший з факторів ми вплинути не в змозі, а ось впливати на умови, в які потрапляє ветеран, можна. Через них позитивно змінюючи й індивідуальні характеристики ветерана. В цьому і полягає особливість реабілітаційних заходів та соціально-психологічної роботи з успішної реадaptaції ветеранів у мирних умовах. Комплекс реадaptaційних заходів, повинен охоплювати: інформування ветеранів та членів їхніх сімей про систему підтримки учасників бойових дій; профілактику здоров'я; індивідуальну (точкову) роботу, зокрема організацію відвідувань ветеранів на дому, особливо в періоди кризових станів; психологічне консультування; залучення в соціальну активність і до суспільно-корисної діяльності; ознайомлення з наданими державою пільгами та можливостями їх реалізації; робота з представниками влади, проведення семінарів і круглих столів, залучення ЗМІ тощо. На думку деяких фахівців, повне позбавлення від психологічної травми неможливе, її ознаки мають тенденцію не тільки зберігатися тривалий час і наростати, а й виявлятися раптово на тлі зовнішнього благополуччя. Психотравма руйнує когнітивні Я-схеми і звичний погляд на світ. Відтворення зруйнованого буває хворобливим, тому ефективними у роботі з ветеранами можуть виявитися різні рівні психотерапевтичних технік: вислуховування, консультування, короткочасна і довгострокова динамічна психотерапія і т. д. Тим більше, що проходження ПТСР часто хвилеподібне і майже неможливо прорахувати піки проявів постстресових розладів. У більшості випадків, особливо при комплексному впливі, застосуванні системи спеціальних заходів, спостерігається одужання. Якщо ж пустити процес адаптації (реадaptaції) учасників бойових дій на самоплин, то можливий і затяжний перебіг з наростаючою психопатизацією, епізодами антисоціальної поведінки, алкоголізацією, наркотизацією [16, с. 28].

Досвід спілки ветеранів показує, що якщо не надавати своєчасну психологічну підтримку, без індивідуального підходу, реадaptaційних заходів, їх інтеграція в сучасне суспільство майже неможлива. Особливо якщо це стосується інвалідів, які обмежені у своїх фізичних можливостях і, як правило, замкнуті та обмежені в спілкуванні, ізольовані від суспільних відносин. Часом дуже важко розговорити таких людей (спочатку вони цьому дуже опираються), організувати їм спілкування з іншими ветеранами, але якщо це вдається, то результати не змушують на себе чекати. Величезний вплив справляють на подальшу долю інваліда особистий приклад і досвід таких же інвалідів, як і він, але більш активних, адаптованих. І коли відбуваються спільні зустрічі соціально-активних людей з пасивними, то і в других теж починає змінюватися світогляд: “ще не все втрачено, ще варто жити, можна займатися якоюсь корисною справою” і т. д. А якщо ще й є можливість виявити спрямованість та інтереси ветерана й надати посильну допомогу в його зайнятості, прагненнях, то людина кардинально змінюється – немов “оживає”. У процесі соціальної взаємодії ветеранові значно легше розкритися, виговоритися, переробити свій військовий досвід, отримати післявоєнний досвід інших, таких як і він ветеранів, і спільними зусиллями, вирішити свої соціальні та психологічні проблеми [138, с. 28].

Психологічні наслідки участі в бойових діях призводять до того, що в умовах вже мирного часу, через підвищене почуття справедливості, підвищену тривожність, “вибухові” реакції, що періодично виникають, депресивні стани, у ветеранів порушується соціальна взаємодія, з’являються сімейні та проблеми з працевлаштуванням. У таких людей втрачається інтерес до суспільного життя, знижується їхня активність при вирішенні життєво-важливих проблем [16, с. 29].

Відомо, що симптоми можуть проявитися відразу після перебування в травматичній ситуації, а можуть виникнути після багатьох років – у цьому особлива підступність посттравматичного стресового розладу [14, с. 29].

Військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, піддані воєнно-травматичному стресові, що викликаний такими обставинами. По-перше, військовослужбовці перебувають у ситуації, яка безпосередньо загрожує їхньому життю, вони опосередковано переживають смерть та поранення товаришів, психологічна напруга підтримується постійними негативними очікуваннями. По-друге, військовослужбовці в бойових умовах перебувають у стані психічної депривації (*deprivation* – втрата, обмеження), що викликана неможливістю довгий час задовольнити важливі життєві потреби (зміна цивільного життя на воєнне, розлука з близькими та ін.). По-третє, бійці в зоні АТО, які здебільшого, стримують натиск супротивника, а не проводять активних наступальних дій, переживають психічний стан фрустрації (від лат. *frustratio* – омана, марне очікування), який виникає у разі невідповідності реальної дійсності очікуванням людини. Стан фрустрації може з'явитися при зіткненні з об'єктивними непереборними труднощами (наприклад, неможливістю одержати перемогу над супротивником з об'єктивних причин його кращої технічної оснащеності) або суб'єктивними переживаннями (наприклад, з приводу неможливості побороти ворога, оскільки керівництво не віддає відповідних наказів). Участь у проведенні антитерористичної операції на Сході України українських військовослужбовців, які морально не готові до бойових дій, стає причиною посттравматичних стресових розладів. Доцільно розуміти, що війна, як і будь-яка інша діяльність, по-перше, висуває свої вимоги до особистості, й не кожна людина їм відповідає за своїми психологічними, фізичними та духовними якостями [115, с. 30].

Основним негативним наслідком участі особистості у бойових діях є посттравматичний стресовий розлад, підступність якого полягає в тому, що з роками у більшій частині воїнів він не згладжується, а посилюється, виливаючись в асоціальну поведінку, невротичні реакції, соматичні розлади, таким способом, перетворюючись з психологічної проблеми на хворобу. Наслідки посттравматичного стресового розладу часто проявляються як девіантна поведінка (агресія, конфліктність, зловживання психоактивними речовинами, спиртними напоями, наркотичними засобами, злочини тощо) [34, с. 30].

Алкоголізм, участь у бійках, бажання вирішити навіть просту проблему найшвидше і жорстко, наркоманія – ось у що може перетворитися життя людей, для яких війна триває і на мирних територіях.

Військовий, який повернувся зі зони бойових дій, потребує часу для адаптації до мирного життя. Якщо довкола нього відбуваються події, які нагадують про війну, боєць може реагувати на них по-різному: від появи нав'язливих образів перед очима, небажаних думок до спогадів про воєнні дії. Ці спогади можуть бути настільки реалістичними, що йому здаватиметься, ніби він знову на війні.

Більшість учасників військових подій, які повернулися із зони бойових дій, переживає стресові реакції. Їх ще називають “в'єтнамським”, “афганським” синдромом. Це важкий психічний стан, який виникає в результаті психотравмуючих ситуацій. В учасників військових подій він виникає внаслідок реакції на загрозливі або катастрофічні події, тобто на пряму загрозу смерті. До прикладу, солдати потрапляють у зону бойових дій і тривалий час перебувають тут під обстрілом. У цей період у бійців триває стан підвищеного нервового напруження, коли їм не до їжі, не до сну. При цьому вони ведуть бойові дії або ж просто сидять і чекають, коли закінчиться обстріл. На їхніх очах гинуть

або стікають кров'ю товариші. Все це викликає шоковий стан. Його наслідки зазвичай проявляються в нервових тіках, тремтінні, конвульсіях, затинанні, але трапляються і важкі випадки. Через шоковий стан солдати можуть робити незрозумілі, інколи навіть божевільні вчинки.

Бійця можуть турбувати нав'язливі яскраві спогади, що часто повторюються у снах, постійне відчуття тривоги, дратівливість, підвищена чутливість до інших подій, які нагадують пережитий стрес, спалахи гніву, зниження концентрації уваги, а також почастішання серцебиття, підвищення артеріального тиску, головний біль.

Військові, які мають психологічну травму, можуть постійно перебувати у стані підвищеної боєготовності, дуже швидко відчують нервове збудження. Вони намагаються уникати речей, які можуть нагадувати про воєнні події. А спогади можуть повернутися будь-коли. Тоді військовий відчуватиме той самий страх і жах, який він відчував безпосередньо на фронті. Коли у людини немає можливості розрядити внутрішнє напруження, її тіло і психіка знаходять спосіб якось пристосуватися до цієї напруги.

Наслідки психологічних травм призводять до зміни особистості, соціальної та професійної дезінтеграції, алкогольної та наркотичної залежностей, суїцидів. А відсутність спеціальних медико-психологічних заходів для відновлення психологічної реабілітації – до хронічного перебігу психічних розладів.

Посттравматичний синдром – це бомба уповільненої дії, що може проявитися через півроку, а то й через десять. ПТСР може вдарити по нації, адже нині в зоні АТО воюють чоловіки, яким від 18 до 60 років (тобто працездатна, репродуктивна частина населення країни). Наявні і зафіксовані випадки, коли у ветеранів Другої світової війни психологічні травми виявилися через сорок років після закінчення воєнних дій.

Зверніть увагу: якщо через шість місяців видно чіткі клінічні ознаки розладу, то лікувати військовослужбовця потрібно комплексними методами, які охоплюють фармакологію, психіатричну і психологічну допомогу. Трапляються люди, в яких розлад переходить у хронічну форму. Варто пам'ятати, що психічні розлади, які пов'язані зі стресом під час воєнних дій, стають одним із головних внутрішніх бар'єрів на шляху адаптації людини до мирного життя. Тому потрібно завчасно звертатися до спеціалістів (це можуть бути психологи, психотерапевти чи лікар, який призначить необхідні медикаменти) по допомогу.

Доцільно в кожному районному військкоматі країни ввести посаду штатного психолога, який би проводив моніторинг учасників АТО безкоштовно. Це буде мінімальна робота з повернення їх до життя. Вона потрібна, щоб учасники АТО відчували себе потрібними в суспільстві. Реабілітація таких людей повинна бути справою кожного зокрема і всієї держави загалом [97, с. 32].

Коли бійці потрапляють у мирне життя, у них вже вироблені психологічні механізми захисту і дії у війні. Тому їм важко повернутися морально до нормального, спокійного, мирного життя. Такі моменти називаються розладами адаптації. Вони знають, що в АТО є свої закони та правила: не підставити, не зрадити, поділитися останнім, врятувати, допомогти, захистити [8, с. 32].

З поверненням додому бійці часто відчують суттєвий контраст між мирним життям і жахіттями зони бойових дій. Це впливає на стосунки з близькими, ставлення до роботи і соціуму загалом. Історії про те, як ветеран, ставши комбатантом, не може знайти спільну мову з оточуючими, відчуває себе відсторонено, не може спілкуватися з сім'єю, як раніше – не рідкість. У відповідь на це в громадському і державному секторі з'явилися ініціативи, покликані допомогти ветеранам у скрутній ситуації.

У людей, які повертаються з війни, підвищене відчуття справедливості, а ще вони навчилися користуватися зброєю та вирішувати конфлікти фізично.

Психологи впевнені, що цю проблему можна лише пом'якшити, працюючи з бійцями. Але уникнути її неможливо [90, с. 33].

Підводячи підсумки, можемо говорити, що пов'язані зі стресом під час військових дій психічні розлади є одним із головних внутрішніх бар'єрів на шляху адаптації ветеранів до звичайного життя. Після повернення до мирних обставин на вже наявні, пов'язані з війною ПТСР, нашаровуються нові розлади, зумовлені стресами, пов'язаними зі соціальною дезадаптацією. Ветерани підходять до мирного життя з фронтовими мірками і переносять військовий спосіб поведінки на мирний ґрунт; у них по-особливому з'єднуються способи поведінки, що сформувалися під впливом стрес-факторів бойової обстановки, і колишні (довоєнні). І можна зробити висновок про те, що посттравматичний синдром учасників військових локальних конфліктів є особистісною кризою з усіма властивими їй ознаками, а, значить, як і будь-яка психологічна особистісна криза, потребує корекції, терапії [56, с. 33].

Контрольні запитання до розділу 1

1. *Які передумови виникнення психологічної травми ?*
2. *Як змінюються психічні стани особистості у тривалих бойових умовах?*
3. *Окресліть чинники, що спричиняють виникнення бойової психічної травми.*
4. *Назвіть та опишіть типові розлади психіки внаслідок бойової травми.*
5. *Які основні напрями профілактики бойових психічних травм наявні в сучасній психології?*
6. *Окресліть зміст поняття “психологічна травма” та її симптоми.*
7. *Проаналізуйте види посттравматичних розладів психіки воїнів.*
8. *Як поділяються психологічні травми учасників війни за симптомами?*
9. *Опишіть стадії психологічної травми.*

Розділ 2

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

2.1. Передумови виникнення посттравматичного стресового розладу

Центральними положеннями в концепції стресу, яку ще 1936 року запропонував її автор Ганс Сельє, є гомеостатична модель самозбереження організму і мобілізація ресурсів для реакції на стресор. Стресори зазвичай поділяються на фізіологічні (біль, голод, спрага, надмірне фізичне навантаження, висока і низька температура тощо) і психологічні (небезпека, загроза, втрата, обман, образа, інформаційне перевантаження тощо). Останні своєю чергою поділяються на емоційні й інформаційні [7, с. 34]. Проблеми виникнення травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу вивчали і вітчизняні, і зарубіжні психологи та науковці, а саме: А. Кардінер, А. Меркер, В. Конторович, В. Петрухін, В. Ромек, Г. Сельє, Дж. Мітчел, К. Калмикова, З. Фрейд, М. Горовіц, М. Падун, Н. Ласко, Н. Тарабріна, Р. Яноф-Бурман та ін. Відомо про науковий доробок у галузі вивчення механізмів розвитку стресу та ПТСР (М. Горовіц, Л. Китаєв-Смик, Р. Лазарус); психологічні основи впровадження в практику технологій діагностики та подолання стресових

розладів, зокрема ПТСР (І. Котеньов, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тімченко, С. Яковенко).

Стрес стає травматичним, коли результатом дії стресора є порушення в психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями. В цьому випадку, згідно з існуючими концепціям, порушується структура “самозвеличування”, когнітивна модель світу, афектна сфера, неврологічні механізми, управління процесами навчання, система пам’яті, емоційні шляхи навчання. Як стресори в таких випадках виступають травматичні події – екстремальні кризисні ситуації, що мають потужний негативний наслідок, ситуації загрози життю для самого себе або близьких [7, с. 35].

Тобто узагальнимо вищесказане та *надамо визначення: травматичний стрес* – це переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу; це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за межі звичайного людського досвіду. Перелік явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широкий і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власному життю або життю близької людини, загроза фізичному здоров’ю або образу Я. Отже, *посттравматичний стресовий розлад* (ПТСР) – це неспсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, який здатний викликати психічні порушення практично у будь-якої людини.

Були виділені такі чотири характеристики травми, здатної викликати травматичний стрес [62, с. 67].

1. Подія, що трапилася, усвідомлюється, тобто людина знає, що з нею сталося і через що у неї погіршився психологічний стан;
2. Цей стан обумовлений зовнішніми причинами;
3. Пережите руйнує звичний спосіб життя;

4. Подія, яка відбулася, викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля що-небудь зробити або змінити.

За деяких обставин замість мобілізації організму на подолання труднощів стрес може стати причиною серйозних розладів. У разі неодноразового повторення або за великої тривалості афективних реакцій у зв'язку з тривалими життєвими труднощами емоційне збудження може набути застійної стабільної форми. У цих випадках навіть у разі нормалізації ситуації застійне емоційне збудження не слабшає, а навпаки, постійно активізує центральні утворення нервової вегетативної системи, а через них змінює діяльність внутрішніх органів і систем. Якщо в організмі виявляються слабкі ланки, то вони стають основними у формуванні захворювання. Первинні розлади, що виникають при емоційному стресі в різних структурах нейрофізіологічної регуляції мозку, призводять до зміни нормального функціонування серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, зміни згортаючої системи крові, розладу імунної системи.

Будь-який різновид психологічного стресу (особистісного, міжособистісного, сімейного, професійного тощо) є в своїй основі інформаційним. Джерелом його розвитку служать зовнішні повідомлення, інформація про поточний (реальний) і передбачуваний, імовірний вплив непристойних подій, їх загрозу, або внутрішня інформація у формі уявлень з минулого про травматичні події, ситуації та їх наслідки. Ці реакції, як правило, пов'язані з продукуванням негативних емоцій, розвитком почуття тривоги впродовж усього існування конфліктної ситуації – аж до її вирішення або суб'єктивного подолання цього стану. У цих видах психологічного стресу інформація про несприятливу, небезпечну подію є пусковим моментом, що визначає загрозу його виникнення і формує почуття тривоги, психічну напругу на основі актуалізації психічного образу ситуації професійної діяльності.

Інформаційний стрес можна визначити як стан підвищеної психічної напруги з явищами функціональної вегетосоматичної і психічної дезінтеграції, негативними емоційними переживаннями, порушеннями працездатності в результаті несприятливого впливу чинників емоційної взаємодії. В іншому тлумаченні інформаційний стрес – це стан інформаційного перевантаження, коли індивід не може впоратися з поставленим завданням і не встигає приймати правильні рішення в необхідному темпі, будучи відповідальним за наслідки прийнятих рішень [62].

Стрес стає травматичним, коли результатом дії стресора є порушення в психічній сфері, яке відбувається за аналогією з фізичними порушеннями. У цьому випадку, згідно з існуючими концепціями, порушується структура “самості”, когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що управляють процесами навчання, система пам’яті, емоційні шляхи наuczіння. У ролі стресора в таких випадках постають травматичні події – екстремальні кризові ситуації, що мають потужний негативний наслідок, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких. Такі події докорінно порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого різні. Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи в них у майбутньому посттравматичного стресового розладу.

Психологічна травма – це стан, при якому людина потрапляє в стресову ситуацію, в ситуацію, коли вона взагалі не розуміє, що відбувається. Наприклад, коли ви ідете по вулиці і бачите аварію, у вас є розуміння, що треба викликати швидку тощо. Хтось ціпеніє від побаченого і дивиться на все збоку, це теж нормальна реакція – шок. Але все одно є розуміння того, що відбувається.

Тобто, стрес – це нормальна реакція на ненормальні речі. Реакція на те, з чим наша психіка не готова зустрітись.

Первинна психологічна травма – це коли людина безпосередньо її отримала. Наприклад, солдат на війні. Це поранення і втрата здоров'я, це бачити, як гинуть інші. Це коли людина не може впоратися з тим, що з нею відбувається.

Вторинна психологічна травма стосується людей, які постійно спостерігають і перебувають у стані безперервних змін. Ми піддаємося вторинній травмі, спостерігаючи за новинами, і коли чуємо різні історії з війни від друзів та знайомих [133, с. 46].

Зараз усе наше суспільство перебуває в стані стресу.

Етіологія (причини)

Загальні умови розвитку травматичного стресу:

- людина сприймала ситуацію як неможливу;
- людина не могла ефективно протидіяти ситуації (боротися або тікати);
- людина не могла вивільнити емоційну енергію (стан заціпеніння);
- присутність у житті людини раніше невирішених травматичних ситуацій.

Чинники, що впливають на ступінь дії на людину сильної стресової ситуації

Чинники, що підсилюють травматичний стрес	Чинники, що послаблюють травматичний стрес
Сприйняття того, що відбулося, як несправедливості	Сприйняття того, що відбулося, як можливого
Нездатність і/або неможливість хоч якось протистояти ситуації	Часткове прийняття відповідальності за ситуацію
Пасивність у поведінці. Наявність невилікованих травм	Поведінкова активність. Наявність позитивного досвіду самостійного вирішення складних життєвих ситуацій
Фізична перевага	Сприятливе фізичне самопочуття
Відсутність соціальної підтримки	Психологічна підтримка з боку членів родини, друзів, товаришів по службі

Чинником, що призводить до отримання психічної травми може стати фізіологічний стан у момент отримання травми, особливо фізичної перевтоми на фоні порушення режиму сну та прийому їжі.

Посттравматичний стресовий розлад виникає як відстрочена, відставлена чи затяжна реакція на дію тривалого і (або) особливо важкого стресу. ПТСР може розвинутиися і в тому випадку, якщо безпосередньо після психотравми не спостерігалося гострого стресового стану. Його перші прояви можуть бути відтерміновані на кілька місяців від психотравми (до півроку, а в окремих випадках навіть більше). Це хронічне захворювання, яке характеризується хвилеподібним перебігом з періодичними загостреннями. Причиною таких загострень часто стають нові стреси, а також ситуації, що нагадують про психотравму.

Важливою характеристикою важкого травматичного стресу є несподіваність, стрімкий темп розвитку катастрофічної події і тривалість впливу. Важливу роль відіграє також уразливість індивідуума до ПТСР (астенічні риси, гіперсенситивність, залежність і ін.) і психологічні аспекти стресу, а саме: значущість події, релігійного та ідеологічного світогляду. Сприятливим чинником може стати фізіологічний стан у момент отримання травми, особливо соматичне виснаження на фоні порушення стереотипу сну і прийому їжі. Початок ПТСР виникає вслід за травмою після латентного періоду, який триває від декількох тижнів до 6 місяців. Перебіг хвилеподібний, іноді можна виявити хронічний перебіг упродовж багатьох років і стійку зміну особистості після переживання катастрофи. Найвні в літературі дані вказують на те, що схильність до ПТСР корелює з певними психічними порушеннями, які виникають, як наслідок травми або існували до неї. До таких порушень належать: невроз тривоги; депресія; схильність до суїцидальних думок і спроб; алкогольна або наркозалежність; психосоматичні розлади; захво-

рювання серцево-судинної системи. Дані свідчать про те, що у 50–100 % пацієнтів, які страждають ПТСР, є які-небудь із перерахованих супутніх захворювань, а найчастіше два або більше [66, с. 688].

Вплив тривалих, екстраординарних психотравмуючих подій, які пов'язані із загрозою життю, призводять до певних особистісних змін: загострюються одні особливості особистості, інші – нівелюються. На фоні таких подій проявляються невластиві людині риси. Оточуючі можуть сприймати людину з ПТСР як таку, яку підмінили. Значення у розвитку ПТСР мають резервні можливості організму та зовнішні чинники. Діти, підлітки, люди похилого віку більш вразливі до появи психопатологічних реакцій на стрес. У жінок частота ПТСР в середньому в 2 рази вища, ніж у чоловіків. Екстремальні умови, створені людьми, мають більший травматичний вплив, ніж природні. Існують особистісні фактори, які можуть знизити поріг розвитку синдрому та ускладнити його перебіг. До цих факторів можна віднести компульсивні та астенічні риси. Серед типів акцентуацій, які сприяють формуванню та розвитку ПТСР, найбільш значущими є тривожний, демонстративний та педантичний типи. Меншою мірою – епілептоїдний, екзальтований типи, найменш значущі – гіпертимний, емотивний, збудливий, циклотимічний та дистимічний типи [140, с. 38].

2.2. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в різних категоріях людей

Причини психологічних травм ніколи не лежать цілком поза психікою людини. Навіть, здавалося б, суто зовнішня, об'єктивна подія призводить до психотравми, а в результаті її сприйняття суб'єктом. Подію, що породжує гострий стрес у од-

нієї людини, інша може пережити відносно легко. Проте є деякі типові причини психологічних травм (екстремальні ситуації). Екстремальні ситуації можуть бути як локальними, так і масовими. Локальні екстремальні ситуації можуть стосуватись як окремої людини, так і окремої сім'ї. Це може бути автокатастрофа, пожежа в квартирі, ситуація, що загрожує життю і здоров'ю, важка хвороба самої людини або когось із її близьких, смерть когось із членів сім'ї.

Як виникає ПТСР у дітей? Які його прояви? Найбільш травматичні випадки – це насильницька смерть і суїцид (самогубство). Для дитини особливо травматична смерть когось із батьків. Психотравма буває особливо глибокою в тих випадках, коли дитина була безпосереднім свідком смерті. Джерелом важких психологічних травм стає насильство – чи внутрішньосімейне, чи позасімейне. Особливо глибокі психологічні травми виникають у результаті сексуального насильства. Немовляті важку психотравму може завдати тривала розлука з матір'ю. Основні прояви психологічної травми подібні, незалежно від того, чи викликана вона локальною або масовою психотравмуючою ситуацією, породжена природною, техногенною або соціальною катастрофою. Однак у випадках масових катастроф ці прояви бувають особливо сильно виражені. Першою реакцією на важку психологічну травму часто стає шоківий стан, схильність до якого особливо висока у дітей. Він може виявлятися у формі патологічної загальмованості або, навпаки, хаотичного патологічного збудження. У першому випадку дитина бліда, малорухома (аж до ступору), її рухи уповільнені. У її позі відображається загальна скутість, напруженість. Міміка виражена слабко (“маскоподібне обличчя”). Вираз обличчя може бути нейтральним, сумним або переляканим. Мова бідна, тиха, аж до ледь чутного шепотіння. Іноді спостерігається мутизм. Реакція на зовнішні впливи різко ослаблена. Дитина може не відповіда-

ти на поставлені їй запитання, не звертати уваги на оточуючих, які намагаються вступити з нею в контакт. При патологічному порушенні спостерігається висока, але нецілеспрямована рухова активність. Дитина може кудись бігти, бігати по кімнаті, кричати, голосно плакати. Можливі агресивні або деструктивні (руйнівні) дії. При патологічному збудженні, так само як і при патологічній загальмованості, різко знижена реакція на будь-які зовнішні впливи. Нерідко ці стани чергуються: загальмованість змінюється збудженням, потім знову настає загальмованість і т. д.

На наступному етапі до дитини повертається спроможність до цілеспрямованої діяльності, хоча продуктивність все ще істотно знижена, типові зниження активності, астенія. У сприятливому випадку – якщо загалом психіка дитини досить стійка, якщо малюку надана необхідна психологічна допомога та підтримка – починається повернення до нормального стану. У важчих випадках цей етап характеризується появою симптомів ПТСР [164, с. 29–31].

Багато дослідників вказує, що у дітей, які зазнали психологічної травми, спостерігається постійне відтворення пережитого в різних формах: у яскравих страхітливих візуалізаціях (флешбек), у багаторазових іграх на тему травматичної події, в кошмарних сновидіннях. Діти чекають і бояться реального повторення цієї події. Психотравма часто призводить до загострення емоційних чи поведінкових порушень, що були раніше. Вередлива дитина стає ще більш примхливою, замкнутою.

Нерідко навколишні дорослі помічають передусім порушення в поведінці дитини, не бачать, які за ними стоять емоційні проблеми. Найпомітніші такі форми поведінки, як агресія, деструктивні (руйнівні) дії, негативізм. У підлітків нерідко спостерігається використання психоактивних речовин (алкоголю,

наркотиків), які сприяють тимчасовому підвищенню настрою, допомагають хоча б ненадовго забути про травмуючу подію.

Одним із найтипівіших наслідків психологічної травми у дітей є регресія, тобто повернення до форм поведінки і взаємин з оточуючими, типовим для попередніх вікових періодів. Це може бути, наприклад, прагнення підлітків грати в “дошкільні” ігри, спати з батьками і т. п. Регресія свідчить про наявність психологічної кризи, подолання якої є необхідною умовою подальшого розвитку особистості. Якщо психологічну травму переживає вся родина, становище стає особливо складним. У цьому випадку відновленню соціальної ситуації розвитку, адекватної віку дитини, перешкоджає не тільки її власний стан, а й і нездатність батьків побудувати з нею правильні відносини. Зокрема, вони нерідко бояться навіть ненадовго відпустити від себе дитину, підтримуючи і культивуючи симбіотичний зв'язок з ними. Водночас іноді батьки емоційно дистанціюються від дитини, не знаючи, як реагувати на ті чи інші її прояви або побоюючись заразити її власними негативними переживаннями. Отже, в сім'ї, що пережила психологічну травму, часто спостерігається суперечливе поєднання побутового симбіозу з емоційною відстороненістю. Дитина постійно перебуває біля батьків, проте емоційне спілкування між ними різко ослаблене [147, с. 304].

Наслідки психотравми можуть розтягуватися на невизначено довгий період. У ряді випадків є ризик появи захворювання, яке визначається як хронічна зміна особистості після переживання катастрофи.

Симптоми цього синдрому у дітей до шести років: порушення сну – дитині часто сняться кошмари з пережитою раніше подією; неухважність; блідість шкіри; прискорене серцебиття і дихання; відмова від спілкування з іншими дітьми або сторонніми людьми.

Ознаки ПТСР у дітей від шести до дванадцяти років: агресія стосовно інших дітей; недовірливість з приводу того, що сумна подія трапилася з їх вини; прояв недавньої події в повсякденному житті, наприклад, через малюнки чи оповідання можна простежити деякі моменти, що відбулася раніше події [109].

Діагностичні критерії 309.81 (F43.10).

Примітка: наступні критерії застосовують для дорослих, підлітків та дітей віком понад 6 років.

А. Піддавання ризику реальної смерті або її загрози, серйозних травм або сексуального насильства, які охарактеризовано в одному (або більше) з наступних пунктів:

1. Безпосереднє переживання травматичної події/подій.

2. Людина особисто була свідком події/подій, які відбувалися з іншими.

3. Травматична подія/події відбулися з близькими членами сім'ї чи близьким другом. У випадках смерті або загрози смерті члена сім'ї чи друга подія/події були насильницькими або випадковими.

3. Переживання неодноразового, надмірного впливу подробиць травматичної ситуації, які викликають відразу (наприклад, у служб екстреного реагування, що збирають людські останки; в офіцерів поліції, які неодноразово перебувають під впливом подробиць щодо насильства дітей).

Примітка: критерій А4 не поширюється на експозицію за допомогою електронних медіа, телебачення, фільмів та фотографій, окрім випадків, які стосуються роботи.

4. Наявність одного (чи більше) з наведених нижче інтрузивних симптомів, пов'язаних із травматичною подією/подіями, які виникають після того, як подія відбулася:

1. Періодичні, мимовільні, інтрузивні, болючі спогади про травматичну подію/події.

Примітка: у дітей, що мають більше 6 років, може виникати повторювана гра, в якій відображається основна тема або аспекти травматичної ситуації/ситуацій.

2. Періодичні тривожні сни, зміст яких і/або емоційна реакція на які пов'язані з травматичною подією/подіями.

Примітка: у дітей можуть бути моторошні сни без розпізнаного змісту.

3. Дисоціативні реакції (флеш-беки), у яких людина почувається або діє так, ніби травматична подія/події відбувається знову (такі реакції можуть доходити аж до повної втрати усвідомлення того, що діється навколо в цей момент). *Примітка:* у дітей під час гри може виникати специфічна реконструкція травми.

4. Інтенсивне чи тривале психологічне страждання через вплив внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспекти травматичної події.

5. Виражені фізіологічні реакції на внутрішні чи зовнішні сигнали, що символізують або нагадують аспекти травматичної події/подій.

Постійне уникання пов'язаних з травматичною подією подразників, які з'являються після події. Про це свідчить зазначене в одному чи обох наступних пунктах:

1. Уникання або намагання уникнути болісних спогадів, думок.

2. Уникання або намагання уникнути зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, дій, об'єктів, ситуацій), які викликають болісні спогади, думки про травматичну подію/події чи почуття щодо неї або тісно пов'язані з нею/ними. Д. Негативні зміни у думках і настрої, пов'язані з травматичною подією, які починаються або погіршуються після події, про що свідчать два чи більше з наступних виявів:

1 Нездатність згадати важливий аспект травматичної події/подій (через дисоціативну амнезію, але не через травму голови, алкоголь чи медикаменти).

2 Постійні і перебільшені негативні переконання та очікування щодо себе, інших і щодо світу (наприклад, “я поганий”, “нікому не можна довіряти”, “світ повністю небезпечний”, “моя нервова система назавжди зруйнована”) [19, с. 85–89].

Чи відрізняються прояви ПТСР у дорослих? Розглянемо перебіг посттравматичного синдрому у дорослих. Динаміка переживання травматичної ситуації охоплює чотири етапи.

Перший етап – фаза заперечення або шоку. На цій фазі, що настає відразу після дії травматичного фактора, людина не може прийняти подію на емоційному рівні. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації. Цей етап, як правило, відносно нетривалий.

Другий етап назвають фазою агресії та провини. Поступово починаючи переживати те, що трапилося, людина намагається звинувачувати в цьому тих, хто прямо або опосередковано причетний до події. Потім людина спрямовує агресію на себе й відчуває інтенсивне почуття провини (“якби я вчинив інакше, цього б не сталося”).

Третій етап – фаза депресії. Після того, як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає депресія. Вона супроводжується почуттями безпорадності, самотності, власної неpotрібності. Людина не бачить виходу зі ситуації, що склалася, втрачає відчуття мети. Життя стає безглуздим: “Що б я не робив, нічого не зміниш”.

На цій стадії дуже важлива ненав’язлива підтримка близьких, але людина, яка переживає травму, не завжди її отримує, оскільки оточуючі несвідомо бояться “заразитися” її станом. Окрім цього, людина в депресивному настрої неухильно втрачає інтерес до спілкування (“Ніхто мене не розуміє”), співроз-

мовник починає втомлювати її, спілкування переривається, почуття самотності посилюється.

Четвертий етап – це фаза зцілення. Для неї характерне повне (свідоме та емоційне) прийняття свого минулого і набуття нового сенсу життя: “Те, що трапалося, дійсно було, я не можу цього змінити; я можу змінитися сам і продовжувати життя, незважаючи на травму”. Людина здатна з того, що трапалося, набутти корисний життєвий досвід [90, с. 11].

Люди, які пережили травму, відчувають себе старшими, дорослішими. Змінюються їхня особистість, погляди на інших людей. Життя поділяється на період до травми і після (“це було до війни”). Минуле часто спотворено, часто ідеалізовано, а час, коли була пережита травматична ситуація, незважаючи на болісні, трагічні потрясіння, згадується з великою теплотою. З цієї причини завжди досить велика ймовірність для таких людей повторення травматичної ситуації в майбутньому. Травматична подія ніби притягує до себе і не відпускає людину. Тому психологічно особа ніби залишається в тому часі і, що особливо важливо, в тому ж віці. Психологічно залишившись у часі, коли відчувалася травма, особа живе в зовсім іншому вимірі, продовжуючи дотримуватися тих, минулих законів і правил. Наприклад, ветеран війни психологічно ніяк не може “повернутися з війни” та в мирний час намагається будувати взаємини і своє життя так, як це було на війні. Але в мирному житті все зовсім інакше, і людина виявляється неадекватною, хоча на війні вона орієнтувався прекрасно і завжди знала, що і коли треба робити. Травма впливає не тільки на минуле, а й вносить корективи у визначення людиною свого майбутнього. З людьми, які пережили психологічну травму, частіше відбуваються нещасні випадки, вони частіше, ніж інші, вчиняють самогубства, захоплюються алкоголем, наркотиками. За даними американських психологів, понад 70 % гвалтівників самі в дитинстві пережили

травму, пов'язану з насильством. Тобто реалізується життєвий сценарій, спрямований на саморуйнування [102, с. 56–60].

Симптоми за механізмом розвитку можна умовно поділити на дві групи. Перша з них пов'язана з тим, що травматична пам'ять не інтегрується, залишається у формі імпліцитної, відповідно спогади не "архівуються", а періодично "вискакують" у свідомість людини, спричиняючи виражений дистрес – це так звані позитивні дисоціативні симптоми (у моделі Hart, 2006). Людина, попри небажання, постійно переживає травматичну подію знову і знову у формі інтрузивних спогадів (візуальних, соматосенсорних і т. д.) – ці спогади мають усі характеристики імпліцитної пам'яті: людина немов "провалюється" в минуле, має таке відчуття, наче знову переживає травматичну подію, відповідно, активуються всі емоції, пов'язані з травмою. Ці спогади можуть також існувати в снах людини буквально та символічно, її можуть переслідувати страхітливі сновидіння. Спогади можуть "виринати" самостійно або викликатися певними "тригерами" – ситуаціями чи стимулами, які нагадують про травматичну подію. Відповідно, може мати місце виражена поведінка уникнення, мета якої – зменшити контакт із тригерами та спогадами. Відсутність інтеграції травматичної пам'яті супроводжується і тим, що мигдалеподібне тіло "утримує" симпатичну нервову систему у стані постійної гіперактивації – у людини можуть бути постійне відчуття тривоги, її вегетативні симптоми, порушення сну, підвищена дратівливість, труднощі з концентрацією уваги.

Друга група спогадів (негативні дисоціативні симптоми у моделі Hart, 2006) пов'язана з відсутністю, втратою певних аспектів психічного життя, що зумовлено утворенням дисоціативних "бар'єрів". До цих симптомів може відноситися втрата пам'яті щодо травматичної події чи окремих її деталей, загальне емоційне "оніміння", почуття загального "відчуження" тощо.

Намагання уникнути зіткнення зі спогадами про травматичну подію має у своїй основі фобію окремих аспектів власної пам'яті, власного внутрішнього життя. Відповідно, життєвий простір людини може суттєво обмежуватися – як внутрішній, інтрапсихічний, так і зовнішній, адже багато аспектів зовнішнього світу є тригерами внутрішніх переживань. Людина з ПТСР, особливо при комплексних його формах, пов'язаних із досвідом хронічної травматизації у дитинстві, може поступово маргіналізуватися у зовнішньому світі, а також у внутрішньому – жити на периферії власної душі... [109. с.33].

Стадії розвитку посттравматичного стресового розладу:

Три основні стадії:

- Гостра (від моменту події до 6 тижнів);
- Хронічна (від 6 тижнів до 6 місяців);
- Відстрочена (від 6 місяців до кількох років).

Гостра стадія розвитку ПТСР. Перший – гострий – період розвитку екстремальної ситуації триває від початку впливу до початку організації евакуації та рятувальних робіт (тривалість періоду – від декількох хвилин до декількох годин).

Цей період характеризується загрозою власному життю і загибелі близьких, що виникла раптово. Поведінка в гострому періоді екстремальної ситуації багато в чому визначається емоцією страху, яка до певної межі є нормальною і сприяє психічній та фізичній мобілізації, необхідній для самозбереження. За усвідомлюваної людиною катастрофи виникають психічна напруга і страх.

По завершенні гострого періоду деякі потерпілі відчувають короточасне полегшення, підйом настрою, активно беруть участь у рятувальних роботах, багатослівно і багато разів повторюючи, розповідають про свої переживання, бравуючи і дискредитуючи небезпеку.

Як правило, ця фаза ейфорії триває від декількох хвилин до декількох годин і змінюється млявістю, байдужістю, загальмованістю.

Постраждали справляють враження відсторонених, занурених у себе, вони вагаються з відповіддю на найпростіші запитання, відчувають значні труднощі при виконанні найпростіших завдань. У деяких людей з'являється неспокій, метушливість, нетерплячість, прагнення до частих контактів з оточуючими.

Для багатьох постраждалих характерна зміна відчуття часу: його плин сповільнюється і тривалість гострого періоду уявляється людині збільшеною в кілька разів. Змінюється сприйняття простору: спотворюються відстані між предметами, їх розміри і форма.

У потерпілих на цій стадії відзначають короткочасні порушення переважно у фізіологічній та емоційній сферах.

Хронічна стадія розвитку ПТСР. Безпосередньо після гострого періоду, коли небезпека явно проявила себе, у постраждалих нарастають розгубленість, нерозуміння того, що відбувається.

У багатьох учасників екстремальної ситуації відзначається зміна активності – рухи стають більш чіткими, економними, збільшується м'язова сила, що сприяє переміщенню людини у безпечніше місце. Для цієї стадії найвищою мірою характерний прояв порушень поведінкової сфери. При цьому, легкість або тяжкість подальшої адаптації визначається поведінкою людини і ступенем прийняття нею відповідальності за власне життя [138, с. 105].

Якщо людина, яка пережила травму, не говорить про пережите (не схильна, не дозволяє собі або намагається, але залишається невислуханою), то у неї посилюється тривога, нерідко загострюється жага помсти, відплати. Навіть абсолютно невинна поведінка інших людей у разі наростання тривоги може сприйматися як загрозна і викликати у по-

терпілого неадекватні агресивні реакції, що проявляються досить часто.

Для такої людини, як правило, постійним емоційним фоном стає депресія з важким почуттям надзвичайної втоми.

Порушується сфера інтересів. У свідомості несподівано і яскраво спалахує психотравмуюча подія. Людина зациклюється на думках про те, що трапилося, і, не маючи можливості сконцентруватися на реальності та об'єктивно її оцінити, часто виявляється жертвою нещасних випадків, аварій.

Дуже часто проблемними стають стосунки з найближчими людьми, які щиро хочуть допомогти.

Поступово у людини формується бажання “піти від дійсності”. Формами “відходу від дійсності” у дорослих постраждалих можуть бути алкоголь, наркотики; імпульсивний секс.

У дітей спостерігаються елементи регресивної поведінки (енурез, смоктання пальців тощо) [138, с. 67].

Відстрочена стадія розвитку ПТСР. Для цієї стадії характерний досить стійкий прояв симптомів постстресових розладів: відчуття підвищеної втоми, денна сонливість поряд із розладом нічного сну; поява тремтіння в руках і ногах, постійне очікування можливого нещастя, підвищена вразливість і образливість.

Людина, поглинута почуттям безсилля перед душевним болем, відчуває себе непотрібною, нікчемною, нічого не вартою, але одночасно не може цього прийняти, не може і не хоче погодитися з цим. Депресія ще більше поглиблюється, частішають спалахи пережитого у свідомості, нічні кошмари не залишають. Переживання, які не отримали виходу або розрядки йдуть у внутрішній світ людини і проявляються у вигляді хронічних фізичних нездужань, що не знаходять об'єктивного підтвердження.

Спроби заглушити душевний і тілесний біль алкоголем або наркотиками втягують у болото фізичної та психічної залежності від них.

Людина втрачає відчуття влади над своїм життям і можливості його контролювати. Контроль над життям стає імпульсивним і часто агресивно-насильницьким – почасти через зафіксовані стереотипи поведінки, почасти в пошуках сильних, “оживляючих” переживань. Деякі прагнуть піти подалі від світу людей, де багато чого травмує, і стають сучасними відлюдниками.

Основними симптомами відстроченої стадії розвитку ПТСР є:

- наростаюча депресія;
- всепоглинаюче почуття безсилля;
- різні болі, які не одержують об’єктивного підтвердження;
- низька самооцінка, гостре відчуття нікчемності, непотрібності [138, с. 90].

2.3. Посттравматичний стресовий розлад в учасників війни

За час антитерористичної операції (АТО) в безпосередні військові дії на сході України були втягнуті не тільки військові та воєнізовані формування, а й цивільне населення окремих районів Луганської та Донецької областей. Вільну чи мимовільну участь у військових діях можна розглядати як стресову подію виняткового характеру, яка може викликати загальний дистрес чи не у будь-якої людини. Причому, на відміну від багатьох інших стресових ситуацій, участь у війні формує психічні травми з віддаленими наслідками [6, с. 23].

Перебування на війні і безпосередня участь у бойових діях супроводжується комплексним впливом таких чинників: 1) ясно усвідомлюване почуття загрози для життя, так званий “біологічний страх смерті”, а також страхи поранення, болю, інвалідизації; 2) ні з чим не порівнянний стрес, що виникає у безпосереднього учасника бою; 3) психоемоційний стрес,

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

пов'язаний із загибеллю товаришів по зброї; 4) психоемоційний стрес, пов'язаний із необхідністю вбивати інших людей; 5) вплив специфічних чинників бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпу дій, раптовість, невизначеність, новизна); 6) негаразди й обмеження в умовах бойових дій (нерідко відсутність повноцінного сну, дефіцит води та харчування); 7) іноді незвичайний для учасника війни клімат і рельєф місцевості (гіпоксія, спека, підвищена інсоляція та ін.) [103, с. 13].

Психічні розлади, які пов'язані зі стресом під час військових дій, стають надалі одним із головних внутрішніх бар'єрів на шляху подальшої адаптації до повоєнного життя. При цьому після повернення до мирного життя на посттравматичні стресові розлади, які пов'язані з попередньою участю в бойових діях, нашаровуються нові психічні розлади, що обумовлені вже тривалою соціальною дезадаптацією учасників бойових дій (комбатантів) після повернення з війни. Останні, як правило, стикаються з нерозумінням, засудженням, складнощами в спілкуванні і професійному самовизначенні, з проблемами у сфері фінансів, освіти, створення або збереження сім'ї, сексуального життя тощо.

Світова статистика показує, що кожен п'ятий учасник бойових дій навіть за відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами, а серед поранених і калік – кожен третій. Але це лише частина гігантського айсберга – всього масиву різних порушень, які залишаються після екстремальних впливів. Інші наслідки починають проявлятися через кілька місяців після повернення до нормальних умов життя. Це різні психосоматичні захворювання [78].

Основними проблемами комбатантів є страх (57 %), демонстративність поведінки (50 %), агресивність (58,5 %) і підозрілість (75,5 %). До їхніх поведінкових особливостей належать конфліктність у сім'ї, з родичами, колегами по роботі, спалахи

гніву, зловживання алкоголем і наркотиками. Крім того, зазначають: нестійкість психіки, за якої навіть незначні втрати, труднощі штовхають людину на самогубство; боязнь нападу ззаду; почуття провини за те, що залишився живий; ідентифікація себе з убитими. Для учасників бойових дій характерні також емоційна напруженість та емоційна відособленість, підвищена дратівливість і агресивність, безпричинні спалахи гніву, напади страху і тривоги. Відзначаються повторювані яскраві “бойові” сни і нічні кошмари, нав’язливі спогади про психотравмуючі події, що супроводжуються важкими переживаннями, раптові сплески емоцій з “поверненням” до психотравмуючої ситуації. Серед інших психічних явищ, які спостерігаються в учасників бойових дій, варто згадати: стан песимізму; відчуття занедбаності; недовіру; нездатність говорити про війну; втрату сенсу життя; невпевненість у своїх силах; відчуття нереальності того, що відбувалося на війні; почуття, що “я загинув на війні”; відчуття неможливості впливати на актуальний хід подій; нездатність бути відкритим у спілкуванні з іншими людьми; трижовність; потреба мати при собі зброю; неприйняття ветеранів інших війн; негативне ставлення до представників влади; бажання зігнати на когось злість за те, що був посланий на війну, і за все, що там відбувалося; ставлення до жінок тільки як до об’єкта задоволення сексуальних потреб; схильність брати участь у небезпечних “пригодах”; спроба знайти відповідь на запитання, чому загинули твої друзі, а не ти [133, с. 88].

Клінічна картина зазвичай охоплює ще додаткові симптоми ПТСР:

- імпульсивність поведінки, експлозивні спалахи, роздратованість, схильність до фізичного насилля;
- зловживання алкоголем чи наркотиками, особливо для зняття напруги та “гостроти” переживань;
- антисоціальна поведінка чи протиправні дії;

- депресія, суїцидальні думки та спроби самогубства;
- високий рівень психічної нестійкості;
- неспецифічні соматичні скарги (головний біль тощо). В осіб з ПТСР часто виявляються соматичні та психосоматичні розлади у вигляді хронічного м'язового напруження, підвищеної втомлюваності, виразки шлунку, коліту, болю в ділянці серця, респіраторних симптомів.

Недавно проведено дослідження, до якого залучено 71 військовослужбовця (69 чоловіків та 2 жінок) віком 22–35 років (середній вік – 26,2 року), що переніс закриту черепно-мозкову травму (ЗЧМТ) у вигляді струсу головного мозку або контузії з ПТСР (основна група). Дослідження проводили через 3–6 міс після ЗЧМТ у Центральному клінічному госпіталі Державної прикордонної служби України (Київ).

У контрольну групу ввійшли 37 пацієнтів (34 жінки та 3 чоловіки) віком 27–42 роки (середній вік – 32,2 року), які також мали ПТСР. Пацієнтів спостерігали в Центрі функціональної неврології Київської обласної клінічної лікарні. Клінічну оцінку психічного та неврологічного статусу пацієнтів проводили загальноприйнятими методами. Під час дослідження для оцінювання ступеня депресії та тривожності використовували шкали Гамільтона: Hamilton depression rating scale (HAM-D) і Hamilton Rating scale for anxiety (HAM-A); шкалу Бека для самооцінки рівня депресії, опитувальник Спілбергера-Ханіна для оцінювання вираженості реактивної та особистісної тривожності, а також Шкалу оцінювання самопочуття, активності і настрою (САН). Стан когнітивних функцій визначали за допомогою шкали оцінювання психічного стану (Mini Mental Scale – MMS). За допомогою цього тесту визначали якість життя пацієнтів у балах: висока – 5 балів, максимальне зниження – 12 балів. Проводили параклінічні дослідження (загальний і біохімічний аналіз крові, коагулограму, загальний аналіз сечі), комп'ютерну та магнітно-резонансну то-

мографію головного мозку. Для статистичного оцінювання матеріалу використовували непараметричні критерії....

Результати та їх обговорення

Маніфестація ПТСР у досліджуваних пацієнтів відбувалася у вигляді таких варіантів:

- вторгнення (проникнення) – з наявністю нав'язливих спогадів про обставини психічної травми (коли минуле “тримає”), тривожність, паніка, страхи;
- уникання (витіснення) – намагання уникати будь-яких обставин, думок, спогадів, що нагадують ситуацію психічної травми (тригерів як частин минулого досвіду);
- гіперактивації – у клінічній картині переважали симптоми гіперактивації або гіперафект, з більш характерним для цього типу потягом до компульсивного (нав'язливого) переживання травматичних подій, несвідоме прагнення до повторного програвання травматичних ситуацій.

Для ПТСР характерна наявність флешбеків (невимушене і непередбачуване відновлення травматичного досвіду через надзвичайно яскраві спогади, тривалістю від кількох секунд до кількох годин, під час якого здається, що відбувається вторгнення страшних реалій минулого в сьогодні: “перед очима стоїть війна”, “я тут і не тут”, сцени смерті друга, насильства; стираються межі між “тією” і справжньою реальністю) [123, с. 43].

У групі учасників військових подій із ПТСР та ЗЧМТ в анамнезі (частіше – контузії) відзначено такі психічні синдроми: астенічний – у 27 (38,0 %), тривожно-фобічний – у 19 (26,8 %), істероформний – у 8 (11,3 %) та депресивний – у 17 (23,9 %) хворих. Серед переселенців із зони АТО з ПТСР виявлено такий розподіл психічних синдромів: астенічний – у 12 (32,4 %), тривожно-фобічний – у 11 (29,7 %), істероформний – у 6 (16,2 %), депресивний – у 8 (21,6 %) хворих (таблиця 1).

Таблиця 1

Розподіл хворих за основним синдромом, n (%)

Група	Астенічний синдром	Тривожно-фобічний синдром	Істероформний синдром	Депресивний синдром
Основна	27 (38,0)	19 (26,8)	8 (11,3)	17 (23,9)
Контрольна	12 (32,4)	11 (29,7)	6 (16,2)	8 (21,6)

У разі астенічного типу ПТСР переважали симптоми, характерні при виснаженні нервової системи з вегетативними, сенсомоторними та афективними дисфункціями, домінуванням відчуття погіршеної розумової діяльності та підвищеної втомлюваності, млявості. Низький фон настрою поєднувався з почуттям втрати задоволення від життя, переважанням думок про власну неповноцінність. Поведінка відрізнялася пасивністю. Для розладів сну характерна гіперсомнія з неможливістю піднятися з ліжка, відчуттям сонливості протягом усього дня.

Для тривожно-фобічного типу ПТСР були властиві високі рівні немотивованої тривоги з болісними переживаннями, при яких найчастіше відзначали напади, інколи до панічних станів, із характером нав'язливості. Зареєстровано невротичні фобії з типово невротичним станом із патологічно вираженими страхами конкретних предметів або ситуацій. Характерним є відчуття внутрішнього дискомфорту, дратівливості, напруженості. Розлади сну супроводжували труднощі при засинанні, з домінуванням у свідомості тривожних думок про свій стан, страхом перед болісними сновидіннями. Характерні пароксимальні стани з відчуттям нестачі повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом [56].

Для істероформного типу ПТСР характерні превалювання порушення вегетативних, сенсорних та моторних функцій

(конверсійна форма), селективна амнезія за типом “умовної приємності та бажаності”, підвищені рівні навіювання та самонавіювання на фоні афективно звуженої свідомості, а також зміни форм поведінки, інколи до ступеня істеричної фуги. Рідше виявляють істероформні невротичні розлади у вигляді соматоформних розладів з нападами задухи, запаморочення, не пов’язаними зі серцево-судинною чи легеневою патологією. У пацієнтів реєструють астазію-абазію, відчуття клубка в горлі, зрідка – рухові розлади з подальшою м’язовою слабкістю і сонливістю. У разі депресивного типу ПТСР встановлено невротичні розлади, які відображені неадекватною за силою і клінічним проявом депресією, що є наслідком психотравмуючих обставин, з вираженою загальною загальмованістю, байдужістю до оточуючих. При депресивному типі ПТСР відсутні прояви вітальних компонентів, добові та сезонні коливання. Людина повністю зосереджена на психотравмуючій ситуації. Пацієнти обох груп скаржилися на плаксивість, дратівливість, почуття постійної втоми, розлади сну. Характеристику пацієнтів, обстежених за різними шкалами, наведено в таблиці 2. Достовірних відмінностей між групами за рівнем депресії та якістю життя не виявлено. Однак пацієнти із ЗЧМТ мали достовірно нижчі показники щодо настрою за шкалою САН і MMS [66].

У 17 пацієнтів із ЗЧМТ спостерігали значне погіршення настрою, втрату почуття задоволення та інтересу до навколишнього життя. Вони відчували провину, вважаючи, що стали тягарем для родичів і тривожилися щодо свого майбутнього. Ці скарги супроводжувалися зниженням апетиту та маси тіла, больовим синдромом різної локалізації, схильністю до тахікардії, гіпервентиляцією, пітливістю, частішим сечовипусканням (Матяш М.М., 2012). При цьому соматичні симптоми не можна було пояснити наявними супутніми захворюваннями [133].

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

Таблиця 2

Показники депресії, тривоги, якості життя, MMS в обстежених хворих

Група	Шкали Гамільтона		Шкала Спілбергера-Ханіна		MMS		ШАКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ		САН	
	НАМ-А	НАМ-D	Особистісна тривожність	Реактивна тривожність	7,9	8,3	Само-почуття	Активність	41,0	41,0
Основна	6,2	8,1	8,3	51,2	42,3	7,9	8,3	40,0	41,0	41,0
Контрольна	4,5	4,5	6,2	45,5	39,3	8,1	9,9*	45,0	45,0	54,5*

*Різниця показників між групами достовірна ($p < 0,05$).

Таблиця 3

Вираженість депресії у хворих, які перенесли ЗЧМТ

Клінічне визначення депресії	НАМ-D		Шкала Бека	
	Балів	Кількість хворих, n (%)	Балів	Кількість хворих, n (%)
Відсутня/легка	0-6	18 (58)	0-15	19 (61)
Помірна	7-15	10 (32)	16-19	2 (1)
Виражена	>16	3 (10)	>20	10 (32)

У процесі узагальнення результатів клінічного й експериментального досліджень виражену депресію відзначено у 23,9 % пацієнтів, які перенесли ЗЧМТ. Вона виникала зазвичай у відновний період через 3–6 міс після травми. Це відповідає даним літератури, згідно з якими частка депресії серед осіб із ЗЧМТ становить 11–25 % (Матяш М.М., 2012).

Результати оцінювання за шкалами Гамільтона і Бека (таблиця 3) засвідчили, що депресивні явища були відсутні у понад половини пацієнтів основної та контрольної груп (58 і 61 % відповідно). При використанні шкал самооцінки пацієнти схильні до певного перебільшення (агравації) клінічних симптомів. Виражену депресію при оцінюванні за шкалою Бека мали 32 % хворих, а під час оцінювання тяжкості депресії лікарем – лише 10 %. Окрім депресії, у багатьох хворих виявлено тривожність, яку за шкалою НАМ-А в середньому оцінено у 8,3 бала, за шкалою Спілбергера–Ханіна реактивна тривожність становила 42,3 бала, а особистісна тривожність – 51,2 бала. Отже, так само, як при депресії, показники шкали самооцінки Спілбергера–Ханіна перевищували такі показники за шкалами Гамільтона. Кореляційний аналіз результатів, отриманих при використанні об'єктивних і суб'єктивних методів оцінювання депресії та тривожності у пацієнтів із ЗЧМТ, виявив достовірну кореляцію, що підтверджує правомірність використання суб'єктивних оцінних шкал. Якість життя пацієнтів після ЗЧМТ не відрізнялася від якості життя у хворих групи порівняння. В обох групах вона була істотно порушена. Для аналізу причин погіршення якості життя використано кореляційний аналіз, який враховував показники клінічних спостережень і патопсихологічних тестів. При ЗЧМТ зниження якості життя достовірно корелювало з усіма клініко-психологічними показниками. У пацієнтів без ЗЧМТ вірогідних кореляційних зв'язків не виявлено. Очевидно, зниження якості життя у пацієнтів без ЗЧМТ визначають інші

причини. Досліджували рівень депресії у пацієнтів, які перенесли ЗЧМТ, залежно від статі та соціальних чинників. Виявилося, що у жінок депресія в посттравматичний період більше виражена: за шкалою НАМ-D у чоловіків – 18 балів, у жінок – 19,2; за шкалою Бека – 15 і 32,2 бала відповідно. У жінок депресія поєднувалася з вищими показниками тривожності порівняно з чоловіками (Дмитриєва Т.Б., Дроздов А.З., 2010). Найважливішим соціальним чинником, що впливає на виникнення посттравматичної депресії, виявився соціальний стан пацієнта: розвитку вираженої депресії сприяла самотність, за наявності родини вона не розвивалася або мала легший ступінь [52].

Наші спостереження підтверджують дані літератури, які свідчать про те, що депресія (як ускладнення ЗЧМТ) впливає на реабілітацію пацієнта. Це пов'язано з тим, що пацієнти з депресією погано дотримуються рекомендацій, спрямованих на профілактику ускладнень. Отже, посттравматична депресія є поганою прогностичною ознакою і потребує своєчасної діагностики та лікування. Складності діагностики депресії в пацієнтів, які перенесли ЗЧМТ, можуть бути зумовлені утрудненням контакту з хворим унаслідок тяжкості травми і вираженими когнітивними порушеннями. У наше дослідження не були залучені пацієнти з грубими мовними порушеннями, а також із вираженими когнітивними порушеннями. Доведено, що у таких випадках для діагностики депресії та тривожності можна використовувати результати патопсихологічного тестування (психометричні шкали Бека, Гамільтона, Спілбергера–Ханіна). Проведений кореляційний аналіз показників об'єктивних і суб'єктивних шкал виявив високі рівні коефіцієнтів кореляцій між ними, що свідчить про доцільність використання простих стандартних шкал самооцінки. Значні труднощі при клінічній діагностиці депресії після ЗЧМТ пов'язані зі сумним виразом обличчя, що спричинений слабкістю лицевих м'язів; насильницьким плачем при

псевдобульбарному синдромі, плачем унаслідок надмірної емоційності чи фрустрації; з апатією при ураженні правої півкулі головного мозку, а також певною агравацією симптоматики через рентні установки. Тому лікареві необхідно орієнтуватися на такі симптоми, як зниження апетиту і маси тіла, поганий сон із раннім прокиданням, недостатній ефект реабілітаційних заходів, погане дотримання рекомендованих профілактичних заходів без об'єктивних причин [99].

Прояви депресії при її середньому рівні вираженості у пацієнтів із ЗЧМТ не відрізнялися від таких у хворих групи контролю, що, очевидно, свідчить про переважання вагомості таких чинників, як вік і соціальні фактори, над церебральними. Згідно зі спостереженнями, ступінь депресії в пацієнтів, які перенесли ЗЧМТ, не залежав від локалізації травматичного ураження, його розмірів і вираженості функціонального дефекту внаслідок неврологічного дефіциту. Але це стосується депресії взагалі. Якщо відповідний аналіз проводили у групі хворих із клінічно тяжкою депресією, то її вираженість була достовірно вищою в разі локалізації травматичного ушкодження у правій півкулі головного мозку. У пацієнтів із такою локалізацією травматичного ураження процес відновлення в гострий період хвороби утруднений. Очевидно, тісний зв'язок правої півкулі мозку з емоційно-мотиваційними функціями і виникнення вторинної органічної депресії при локалізації ушкодження у правій півкулі є найважливішим чинником, що визначає процес реабілітації. Серед психічних чинників, що впливають на вираженість депресії у посттравматичний період, можна виділити відносно високий рівень інтелекту в поєднанні з особистісною тривожністю. Відзначимо, що навіть при локалізації травматичного ураження у правій півкулі головного мозку на тлі зниження когнітивних функцій, депресія не розвивалася, тобто збережений інтелект є однією з умов розвитку посттравматичної депресії [133].

Згідно з результатами дослідження, депресія після ЗЧМТ переважно поєднується з тривогою, страхом залишатися на самоті зі собою, страхом смерті (Лэнгле А., 2009). Скарги на почуття тривоги супроводжуються відчуттям серцебиття, нестачі повітря, несистематичними запамороченнями, епізодичним головним болем, напруженням, відчуттям дискомфорту в ділянці серця. При експериментальному психологічному дослідженні також виявлено високий рівень кореляції депресії з тривожністю, особливо особистісною. Є всі підстави говорити про виникнення посттравматичної депресії у високотривожних особистостей, для яких характерна також наявність коморбідних психосоматичних і вегетативно-судинних порушень [30].

Відомо, що депресія у жінок розвивається в 2–3 рази частіше, ніж у чоловіків (Дмитриева Т.Б., Дроздов А.З., 2010). При посттравматичній депресії у людей старшого віку, коли біологічні (гормональні, нейромедіаторні) відмінності між чоловіками і жінками дещо стираються, депресія переважає у жінок, що може бути пов'язано з великим впливом факторів особистісної тривожності. Серед соціальних чинників, з якими може бути пов'язане виникнення депресії після ЗЧМТ, можна виокремити два: наявність родини і втрата роботи після перенесеної травми. Останній зумовлює обмеження звичних соціальних контактів, зниження почуття незалежності, впевненості у власних силах (Лазебная Е.О., 2007). Хоча фактор втрати роботи і менш значущий. На основі маніфестації та розвитку симптоматики ПТСР сформована динамічна модель розвитку хвороби, в результаті дії психотравмуючої ситуації: травмуючий фактор → невротична реакція → ПТСР → невротичний розвиток особистості. Отже, результати дослідження пацієнтів різного віку, які перенесли ЗЧМТ і не мали грубих мовних і когнітивних порушень, свідчать про провідну роль у формуванні депресії психосоціальних

чинників і фактора статі, тоді як органічне ураження головного мозку не є безпосередньою причиною депресії [126].

*Подібні емпіричні факти досліджень дають підставу **стверджувати, що:***

1. Маніфестація ПТСР у досліджуваних пацієнтів проходить у вигляді таких варіантів: вторгнення, уникання, гіперактивація.

2. У групі учасників військових подій із ПТСР та ЗЧМТ зареєстровано такі синдроми: астеничний – у 27 (38,0 %), тривожно-фобічний – у 19 (26,8 %), істероформний – у 8 (11,3 %), депресивний – у 17 (23,9 %) хворих.

3. У групі вимушених переселенців із зони АТО з ПТСР відзначали: астеничний – у 12 (32,4 %), тривожно-фобічний – у 11 (29,7 %), істероформний – у 6 (16,2 %), депресивний синдроми – у 8 (21,6 %) хворих.

4. При узагальненні результатів клінічного й експериментального досліджень виражену депресію констатовано у 23,9 % пацієнтів із ЗЧМТ. Рівень депресії у пацієнтів, які перенесли ЗЧМТ, залежить від статі й соціальних чинників. Виявлено, що у жінок депресія у посттравматичний період більш виражена.

5. На основі маніфестації та розвитку симптоматики ПТСР сформована динамічна модель розвитку хвороби внаслідок дії психотравмуючої ситуації: травмуючий фактор → невротична реакція → ПТСР → невротичний розвиток особистості [133].

Відстрочені психічні стани ветеранів як реакції на бойовий стрес. Одними з перших учені стали розглядати відстрочені психічні стани ветеранів як реакції на бойовий стрес. У своїй роботі “Люди під впливом стресу” (1945 року) Р. Грінкер і Д. Шпігель виділили **найхарактерніші відстрочені реакції на бойовий стрес.**

До них були віднесені: нетерплячість, дратівливість, агресивність, підвищена стомлюваність, апатичність, труднощі за-

синання, тривожність, втома, підвищена ^ реактивність, напруженість, депресивність, особистісні зміни, ослаблення пам'яті, тремор, труднощі концентрації, поглибленість спогадами про війну, нічні кошмари, підозрілість, фобічні реакції. При цьому спостерігається також зниження апетиту, пристрасть до алкоголю і різні психосоматичні симптоми. Спостереження за поведінкою ветеранів локальних військових конфліктів та бесіди з ними показують, що у них в бойовій обстановці сформувався комплекс особистісних змін, який іноді трансформується у своєрідний комплекс "воєнізованої психіки". Для нього характерні специфічні феномени у сферах потреб, ціннісних орієнтацій та соціальної взаємодії учасників військових подій. Його наслідками є спрощення когнітивної сфери учасників екстремальної діяльності, у них відзначається посилення жорстокості, безкомпромісності і ригідності моральних орієнтирів. Нерідко виявляється прагнення переробити цивільне життя відповідно до негласних законів людських відносин воєнного часу. При поверненні до мирного життя у ветеранів бойових дій актуалізується низка потреб. Ці потреби є універсальними, проте, в цьому випадку, вони мають надзвичайний ступінь виразності [39].

По-перше, у більшості учасників бойових дій відзначається яскраво виражене бажання бути зрозумілим. У спілкуванні з оточуючими вони хочуть мати такий зворотний зв'язок, який би явно підтверджував, що вони боролися за праве діло, що їхня участь у жорстокому насильстві морально виправдана і соціально корисна. По суті, йдеться про дію такого механізму психологічного захисту людини, як раціоналізація, що допомагає військовослужбовцеві подолати комплекс провини, виправдатися перед самим собою, своєю совістю, зробити спогади про агресивні і жорстокі вчинки менш травмуючими.

По-друге, у психологічній картині переживань учасників бойових дій наявна потреба бути соціально визнаними. При-

родне бажання людини бути особистістю, отримати високу оцінку своїх особистих зусиль, дій у людей, які повертаються в мирне життя, набуває особливого значення. При цьому справедливо вважається, що гідними суспільного визнання є не тільки героїчні вчинки, а й внутрішні перемоги людини над собою, зокрема те, що військовослужбовець не злякався, не дезертирував, не симулював і т. д. Спостерігається бажання, щоб факт позитивної оцінки став відомий широкому колу людей, товаришам по службі, членам сім'ї. По-третє, важливою тенденцією, яка характеризує психічний стан учасників бойових подій, є прагнення бути прийнятим у систему соціальних зв'язків і відносин мирного життя з вищим, ніж раніше, соціальним статусом. Це пояснюється тим, що справа, яку вони робили "там", соціально більш значуща, ніж та, якою займалися військовослужбовці, що залишилися в місцях постійної дислокації частин. На підставі цього учасники бойових дій очікують особливого ставлення до себе з боку оточуючих. В іншому випадку виникають різного роду синдроми типу "чеченського", коли з боку учасників бойових дій проявляється агресивне ставлення до товаришів по службі, які не одержали бойового досвіду. По-четверте, нерідко у людей, які повертаються зі зони бойових дій локального воєнного конфлікту, спостерігається своєрідне приголомшення при зіткненнях з реальностями мирного життя. Їм важко звикнути з думкою, що в той час, коли вони ризикували життям, у країні, в армії нічого не змінилося, суспільство взагалі не помітило їхньої відсутності. Більше того, виявляється, не всі люди поділяють їхні погляди на мету, характер і способи ведення війни. Це може викликати стан психічного шоку, призвести до серйозних психічних розладів у ветеранів війни, сформувати у них відчуття ворожості до соціального оточення. По-п'яте, істотною психологічною характеристикою учасників локальних військових кон-

фліктів є зниження порогів чутливості до соціальних впливів [39, слайд 6].

Первинну психологічну допомогу необхідно надавати безпосередньо у бойових умовах. Бійці мають усвідомлювати, що звернення за психологічною допомогою – це не визнання власної неадекватності, а намагання уникнути проблем із психікою у майбутньому. Потрібно долати у собі комплекс щодо звернення до профільного лікаря-фахівця. Командири мають усвідомлювати, що усі підлеглі по-різному реагують на зовнішні подразники: комусь потрібна глибока бесіда, а комусь вистачає дружнього плескання по плечу, або вигуку. До того ж командири мають виявляти осіб-панікерів зі слабкою і нестабільною психікою, а також тих, які можуть у кризовій ситуації поставити під загрозу життя усього підрозділу. Зазвичай 80–90 % осіб, яким було вчасно надано допомогу психолога у польових умовах, поверталися в стрій.

Для батьків учасників військових подій АТО також запропоновано варіант дій. По-перше – не передавати солдатам негативних емоцій. Навпаки – вселяти у бійців силу й упевненість в їхніх діях. Якщо солдат прибув у відпустку додому, батькам та друзям треба оточити його увагою та переключити психіку військовослужбовця із думок про війну на інші, більш позитивні теми [4].

Є поради психологів і вчителів як модуляторам і ретрансляторам суспільних настроїв у дитячому середовищі. Висвітлюючи навіть негативну інформацію щодо бойових дій, учитель має структурувати та стабілізувати її. Тобто, в учнів як отримувачів інформації замість того, щоб скласти руки і поринути у депресію, має з'явитися стимул щось робити і допомагати фронту. Психологічна складова гібридної війни, яку веде Росія проти України, спрямована якраз на те, щоби залякати суспільство і не дати розвиватися усім тим добрим започатку-

ванням, які з'явилися у нашому соціумі. Одне із завдань перемоги у психологічній війні – кожному членові нашого суспільства продовжувати бути ефективним і успішним на робочих місцях. Для цього, стверджують фахівці, потрібно розвивати і робити доступними психологічні послуги, консультації для населення.

Основними об'єктами психологічної підтримки в сучасній ситуації є три основні групи: це військовослужбовці, вимушені переселенці та родичі і близькі учасників АТО.

До фундаментальних принципів терапії ПТСР учасників бойових дій відносять:

- принцип нормалізації;
- принцип партнерства і підвищення гідності особистості;
- індивідуальний підхід.

У сучасній терапевтичній практиці основний акцент роблять на тому, що нормальний індивід зіткнувся з ненормальним випадком. Аби нейтралізувати наслідки травми, необхідно головно робити ставку на мобілізацію механізмів подолання клієнта. Це докорінно відрізняється від застарілого переконання в тому, що ПТСР є продуктом особистої неспроможності та патологічних, невротичних механізмів. Окрім того, дуже важливий міждисциплінарний підхід до лікування ПТСР [133].

Знання біологічного та психологічного аспектів і соціальної динаміки дає змогу консультантові й клієнтові дивитися на травму в широкому контексті та знаходити пояснення наявним симптомам і засобам для їх корекції в різних сферах життя. Усі методи, які ефективно використовували і використовують для корекції ПТСР, можна поділити на чотири категорії.

- Освіта. Ця категорія охоплює обговорення книг і статей, ознайомлення з основними концепціями фізіології та психології. Освітній процес сприяє двосторонньому обміну. Клієнти можуть шукати власні ресурси для відновлення. Наприклад,

одне лише просте ознайомлення з клінічною симптоматикою ПТСР допомагає клієнтові усвідомити те, що його переживання й труднощі “нормальні” в ситуації, яка склалася, і це дає йому можливість сподіватися, що фахівець може зрозуміти його страждання та забезпечити необхідну підтримку й лікування.

- Друга група методів зосереджена на холистичному (цілісному) ставленні до здоров'я. Фахівці у сфері формування здорового способу життя слушно відзначають, що фізична активність, правильне харчування, духовність і розвинене почуття гумору суттєво впливають на одужання.

- Третя категорія охоплює методи, які збільшують соціальну підтримку і соціальну інтеграцію. Сюди можна віднести родинну та групову терапію. Крім того, це розвиток мережі самопомоги, створення громадських організацій і участь у їхній діяльності. Тут важлива точна оцінка соціальних навиків і їх тренування, зменшення ірраціональних страхів, здатність іти на ризик при формуванні нових стосунків.

- Остання, четверта, категорія охоплює власне терапію. Це робота з реакцією втрати, фобічними реакціями (робота зі супутніми травмуючими образами), бесіди про травматичне переживання, рольові ігри, гештальт-терапія і багато інших видів психотерапії. Усі чотири перераховані методи можна об'єднати поняттям “Соціально-психологічна реабілітація”. Іншими словами, термін “психологічна реабілітація” (від латинського *rehabilitatio* – відновлення) найточніше відображає процес і результати діяльності психолога при наданні допомоги під час соціально-психологічної адаптації.

Психологічна реабілітація – це допомога на всіх етапах формування нової системи значущих стосунків. Психолог допомагає військовослужбовцям і членам їхніх сімей відновити та затвердити свої зв'язки з природним, соціальним і культурним

просторами життя, реструктурувати в свідомості реальності зовнішнього світу, співвіднести їх з реальностями світу внутрішнього [130].

Психологічна допомога як колишнім комбатантам, так і іншим категоріям осіб з психічними травмами, особливо пов'язаних з війною, повинна охоплювати декілька напрямів:

1. Діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації (психоемоційного стану до травми, стратегій адаптації, які використовували раніше, особливостей поведінки) на підставі результатів психодіагностики індивідуальних особливостей.

2. Психологічне консультування (індивідуальне і родинне). При індивідуальній роботі необхідно дати клієнтові можливість висловити все наболіле, виявляючи зацікавленість. Потім доцільно пояснити, що стан, який він переживає, – тимчасовий, він властивий усім, хто брав участь у бойових діях. Дуже важливо, щоб він відчув розуміння і побачив готовність допомогти не лише з боку фахівців, але і з боку близьких та рідних. Потужним засобом психологічної реабілітації є щирий прояв розуміння проблем ветерана та терпіння. Відсутність цих якостей у близьких призводить інколи до трагічних наслідків.

3. Психологічна корекційна робота. Психологічна корекція, або психокорекція, визначається як спрямована дія на ті або інші психологічні структури з метою забезпечення повноцінного розвитку та функціонування особи.

4. Навчання методам саморегуляції (зняття напруги за допомогою релаксації, аутотренінгу та інші методи).

5. Соціально-психологічні тренінги, спрямовані на підвищення адаптивності і особистісного розвитку клієнта [130].

Контрольні запитання до розділу 2

1. *Опишіть етіологію посттравматичного стресового розладу.*
2. *Окресліть прояви посттравматичного розладу психіки у дітей.*
3. *Які етапи переживання травматичної ситуації у дорослих?*
4. *У чому полягає своєрідність посттравматичних розладів в учасників війни?*
5. *Охарактеризуйте маніфестації ПТСР у досліджуваних.*
6. *Якою є модель розвитку хвороби внаслідок дії психотравмуючої ситуації?*
7. *Опишіть чотири основні категорії ефективних методів для корекції ПТСР.*

Розділ 3

НАПРЯМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

3.1. Психологічне консультування

Психологічним консультуванням називається особлива галузь практичної психології, пов'язана з наданням безпосередньої психологічної допомоги фахівця-психолога людям, які потребують її, у вигляді порад і рекомендацій. Консультації відбуваються у формі особистої бесіди між психологом та клієнтом після попереднього вивчення тієї проблеми, з якою в житті зіткнувся клієнт. Найчастіше психологічне консультування проводять в заздалегідь обумовлений час, у спеціально облаштованому для цього приміщенні, як правило, ізольованому від сторонніх людей, і в конфіденційній обстановці.

Один сеанс психологічного консультування проходить у формі особистої бесіди психолога з клієнтом, що триває в середньому від декількох десятків хвилин до півтора, двох і більше годин. У процесі цієї бесіди клієнт розказує психологові про себе, про свою проблему. Психолог своєю чергою уважно вислуховує клієнта, намагаючись вникнути в суть його проблеми, розібратися в ній, прояснити її як для себе, так і для самого клієнта. Під час консультації оцінюють особу клієнта, і з урахуванням його індивідуальних особливостей надають науково обґрунтовані, аргументовані рекомендації з при-

воду того, як найкраще практично вирішити його проблему [7, с. 27–30].

Під час консультації психолог зазвичай застосовує спеціальні прийоми і методи роботи з клієнтом і впливу на нього, розраховані на те, щоб за порівняно короткий термін (час проведення консультації) знайти і точно сформулювати спосіб практичного вирішення проблеми клієнта, причому зробити це так, щоб прийняте рішення було зрозуміле і доступне для реалізації клієнтові.

Кількість зустрічей психолога-консультанта з клієнтом найчастіше не обмежується однією-двома. У більшості випадків потрібне тривале консультування, від трьох і більше зустрічей з клієнтом. Необхідність у такому пролонгованому консультуванні виникає в наступних типових випадках [99, с. 37–40].

Хто, коли і навіщо звертається до психолога-консультанта? Найчастіше до психолога-консультанта звертаються люди, що представляють так званий середній клас населення і за станом фізичного та психологічного здоров'я перебувають у зоні підвищеного ризику. Під зоною підвищеного ризику розуміють життєві ситуації, опинившись у яких, люди, схильні до нервових, психічних, а також фізичних захворювань, дійсно ризикують захворіти. Інші, фізично і психологічно сильні, досить здорові люди виходять з подібних життєвих ситуацій лише з відчуттям втоми чи дискомфорту.

Ті, хто звертається в психологічну консультацію, – це зазвичай не дуже добре пристосовані до життя і не надто зайняті активною діяльністю люди, оскільки, щоб отримати ґрунтовну консультацію психолога, необхідний час. Серед тих, хто найчастіше звертається за допомогою до психолога-консультанта, чимало життєвих невдач, і саме невдачі змушують цих людей, які почуваються фізично здоровими, шукати допомоги з боку психолога. Серед клієнтів психологічних консультацій є чима-

ло людей, що мають ті чи інші емоційні відхилення, які своєю чергою є наслідком багаторазових життєвих розчарувань і фрустрації [7, с. 23–26].

Коли ж ці та інші люди активно починають шукати допомогу у психолога? Це, як правило, відбувається не відразу при виникненні у них проблем, а в найважчі періоди їхнього життя. Людина приходить до психолога-консультанта тоді, коли не знає, як вчинити, або коли вичерпані її можливості самостійно впоратися зі своєю проблемою. За консультативною допомогою до психолога людина може звернутися тоді, коли перебуває в стані душевного розладу, коли їй здається, що з нею або з близькими для неї людьми відбувається щось жахливе, що матиме непередбачувані наслідки [76, с. 37–42].

Професійна позиція психолога-консультанта така, що він повинен приймати всіх без винятку клієнтів, уважно, доброзичливо і по-людськи ставитися до них незалежно від того, хто вони, навіть якщо прийшли до нього, як налаштовані і які цілі переслідують. Це не тільки пов'язано з необхідністю професійного психолога зберегти свій авторитет і обличчя, але також із тим, що він так само, як і лікар, за нормами своєї професійної етики зобов'язаний надавати допомогу всім, хто до нього звертається і хто цього потребує, в тому числі і тим, хто під час консультації поводить себе не цілком етично [64, с. 45].

Чим психологічне консультування відрізняється від інших видів практичної психологічної допомоги людині? На відміну, наприклад, від індивідуальної та групової психотерапії психологічне консультування припускає відносно короткочасний період і епізодичність особистих контактів психолога-консультанта з клієнтом. Різні види індивідуальної та групової психотерапії розраховані зазвичай на тривалий термін безперервної взаємодії психолога з клієнтом – від декількох тижнів до декількох місяців і навіть років, при зна-

чно більшій загальній кількості годин, які витрачаються на роботу з клієнтом.

У психотерапії (на відміну від практики психологічного консультування) активну роль у позбавленні клієнта від психологічних проблем відіграє психолог. Саме він робить активні дії, спрямовані на вирішення проблеми клієнта, а сам клієнт грає переважно пасивну роль, тобто в основному сприймає впливи психотерапевта і реагує на них. У психологічному консультуванні все відбувається інакше: тут психолог-консультант в основному тільки дає поради клієнтові, їх практична реалізація стає справою самого клієнта, активну роль він зберігає за собою.

У психологічному консультуванні психодіагностика на початку роботи з клієнтом повинна бути зведена до мінімуму і головно має спиратися на результати безпосереднього спостереження консультанта за поведінкою клієнта, коли консультант спілкується з ним у психологічній консультації. Психодіагностика охоплює аналіз і узагальнення даних, безпосередньо одержуваних від клієнта без застосування спеціальних психологічних тестів. У психокорекційній роботі психодіагностика відіграє помітнішу роль, проводиться зазвичай на початку консультації і на неї відводиться значно більше часу.

За результати роботи з клієнтом психолог-консультант не несе прямої персональної відповідальності (консультант не відповідає за те, скористається чи не скористається клієнт його порадами). Консультант відповідає лише за правильність своїх висновків про суть проблеми клієнта і за потенційну ефективність запропонованих клієнтові практичних рекомендацій. В інших видах психотерапевтичної практики психолог несе особисту відповідальність за результати своєї роботи з клієнтом, оскільки сам займається корекцією психології та поведінки клієнта, сам реалізує свої висновки і рекомендації [3, с. 57–66].

Консультант-психолог не обов'язково повинен володіти прийомами і методами психотерапії, за винятком тих, які він може застосувати в консультаційній практиці. Натомість психотерапевт, який займається практичною корекцією, повинен професійно володіти її методами, оскільки в їх застосуванні і полягає основна частина його роботи [86, с. 36].

Цілі і завдання психологічного консультування. Консультування як основний вид психологічної практики має такі цілі:

1. Надання оперативної допомоги клієнтові у вирішенні наявних у нього проблем.

У людей часто виникають такі проблеми, які потребують термінового втручання, нагального вирішення, – такі, на вирішення яких клієнт не має можливості витратити багато часу, сил і засобів.

2. Надання клієнтові допомоги у вирішенні тих питань, з якими він цілком би зміг самостійно впоратися без втручання з боку, без безпосередньої і постійної участі психолога в його справах, тобто там, де спеціальні професійні психологічні знання, як правило, не потрібні, а необхідні лише загальні життєві поради. Наприклад, такою проблемою може стати визначення клієнтом оптимального режиму праці та відпочинку, раціональний розподіл часу між різними видами діяльності.

3. Надання тимчасової допомоги клієнтові, який насправді потребує тривалого, більш-менш постійного психотерапевтичного впливу, але з огляду на ті чи інші причини не в змозі скористатися ним у даний момент. В подібних ситуаціях психологічне консультування використовують як засіб надання поточної, оперативної допомоги клієнтові, яка стримує прогресивний розвиток негативних процесів, перешкоджає подальшому ускладненню проблеми, з якою зіткнувся клієнт. Таким, наприклад, може виявитися досить несподівана поява у клієнта стану депресії.

4. Коли у клієнта вже є правильне розуміння своєї проблеми і він готовий сам приступити до її вирішення, але ще сумнівається в дечому, не цілком упевнений у своїй правоті. Тоді в процесі проведення психологічного консультування клієнт, спілкуючись із психологом-консультантом, отримує з його боку необхідну професійну та моральну підтримку, і це надає йому впевненість у собі.

5. Надання допомоги клієнтові в тому випадку, коли ніякої іншої можливості, крім отримання консультації, у нього немає. У цьому випадку, проводячи психологічне консультування, фахівець-психолог повинен дати зрозуміти клієнтові, що він насправді потребує отримання більш ґрунтовної, досить тривалої психокорекційної або психотерапевтичної допомоги.

6. Коли психологічне консультування застосовують не замість інших способів надання психологічної допомоги клієнтові, а разом з ними, як доповнення до них з розрахунком на те, що не тільки психолог, але й сам клієнт займеться вирішенням виниклої проблеми.

7. У тих випадках, коли готового рішення у психолога-консультанта немає, оскільки ситуація виходить за межі його компетенції, він повинен надати клієнтові хоча б якусь, нехай навіть мінімальну і недостатньо ефективну, допомогу [114, с. 50].

У всіх цих та інших подібних випадках психологічне консультування вирішує такі основні завдання:

1. Уточнення (прояснення) проблеми, з якою зіткнувся клієнт.
2. Інформування клієнта про суть виниклої у нього проблеми, про реальний ступінь її серйозності (проблемне інформування клієнта.)

3. Вивчення психологом-консультантом особистості клієнта з метою з'ясування того, чи зможе клієнт самотійно впоратися з виниклою у нього проблемою.

4. Чітке формулювання порад і рекомендацій клієнтові з приводу того, як найкраще вирішити його проблему.

5. Надання поточної допомоги клієнтові у вигляді додаткових практичних порад, пропонованих у той час, коли він вже приступив до вирішення своєї проблеми.

6. Навчання клієнта тому, як найкраще запобігти виникненню в майбутньому аналогічних проблем (завдання психопрофілактики).

7. Передача психологом-консультантом клієнтові елементарних, життєво необхідних психологічних знань і умінь, освоєння і правильне використання яких можливе самим клієнтом без спеціальної психологічної підготовки (психолого-просвітницьке інформування клієнта) [114, с. 52].

Мета психологічного консультування.

Як визначити мету психоконсультативної роботи психолога? Що варто вважати за особливе у її визначенні?

Безперечно, основна мета психологічного консультування – це надання психологічної допомоги, тобто розмова з психологом має допомогти людині у вирішенні її проблем і налагодженні міжособистісних стосунків з оточуючими. Чи можливо для практичного психолога самостійно визначити завдання психологічного консультування, чи наявні тут якісь об'єктивні алгоритми? Відповідь на це питання повертає нас до пригадування визначення мети психологічного консультування.

Як вже вище згадувалося, основною метою психолога, який проводить консультацію, є допомога клієнтові в усвідомленні його проблеми та в пошуку шляхів і способів її якнайскорішого розв'язання [86, с. 32].

Ця мета передбачає виконання таких завдань:

По-перше, психолог має уважно вислухати клієнта. Важливість цього аспекту діяльності консультанта наголошено в усіх відомих працях із психологічного консультування.

Максимально терпляче, з використанням спеціальних прийомів вислуховування клієнта не лише близько знайомить психолога з ним та його проблемою, а й допомагає клієнтові краще усвідомити свою ситуацію, забезпечує полегшення його стану, в результаті, великою мірою визначає ефективність консультативної роботи.

По-друге, в процесі консультування психолог працює над розширенням уявлень клієнта про себе, свою конкретну життєву ситуацію, про навколишню дійсність. Саме таким шляхом відбувається корекційний вплив психолога на клієнта, внаслідок чого останній починає по-новому бачити й оцінювати свою ситуацію, формулює альтернативні варіанти поведінки в ній.

По-третє, психолог проводить консультацію і при цьому має на увазі, що його клієнт – здорова людина, яка відповідає за себе і свої стосунки з оточуючими людьми. Але досягти того, щоб сам клієнт узяв на себе відповідальність за те, що з ним відбувається, – нелегке завдання, оскільки клієнти психологічної консультації, як правило, звинувачують у своїх життєвих труднощах когось іншого.

Найважливіші завдання, що постають перед професіоналом, – це завдання, пов'язані не безпосередньо із процесом психологічної допомоги, а, власне кажучи, такі, що стосуються його (професіонала) власного особистого розвитку та благополуччя, професійної майстерності. Немає, мабуть, необхідності наголошувати, що недостатнє опрацювання особистісних проблем (фрустрованих або нереалістичних потреб, фантазій, страхів, конфліктів, захистів, ціннісних смислів, самооцінок, мотивів та ін.) і недостатня професійна (технічна й теоретична) підготовка можуть легко замість психологічної допомоги травмувати як клієнта, так і консультанта, додавши до нерозв'язаних проблем психогенні розлади [99, с. 31].

Поступове й цілеспрямоване обговорення з клієнтом проблеми вини та відповідальності має підвести його до висновку, що він сам відповідає за ситуацію, яка склалася, та спонукати до змін у своїх ставленнях і поведінці, результатом яких може бути і зміна самої ситуації. Унаслідок консультування клієнт має не лише краще зрозуміти свою проблему й уявити шляхи її розв'язання, а й повірити у себе і бути готовим до реалізації знайдених способів подолання своїх труднощів. Але про це йти-меться докладніше у подальшому викладі.

Види психологічного консультування. Оскільки психологічного консультування потребують різні люди і за допомогою вони звертаються з різних приводів, психологічне консультування можна поділити на види залежно від індивідуальних особливостей клієнтів і тих проблем, з приводу яких вони звертаються в психологічну консультацію.

Насамперед виокремимо так зване *інтимно-особистісне* психологічне консультування, необхідність якого виникає досить часто й у багатьох людей. До цього виду можна віднести консультування з таких питань, які глибоко зачіпають людину як особистість, викликають у неї сильні переживання, і які вона зазвичай ретельно приховує від оточуючих. Це, наприклад, такі проблеми, як психологічні або поведінкові недоліки, від яких людина хотіла би позбутися, проблеми, пов'язані з її особистими взаєминами з колом авторитетних людей, різні страхи, невдачі, психогенні захворювання, які не потребують втручання лікаря, і багато іншого. Сюди ж можуть належати глибоке невдоволення людини собою, проблеми в інтимних, наприклад, статевих відносинах.

Наступним видом психологічного консультування за складністю і частотою повторювань у житті є *сімейне* консультування. До нього можна віднести консультування з питань, що виникають у родині клієнта чи в родині інших, близьких для

неї людей. Це, зокрема, вибір майбутнього чоловіка (дружини), оптимальна побудова і регулювання взаємин у сім'ї, запобігання та вирішення конфліктів у внутрішньосімейних взаєминах, відносини чоловіка або дружини з родичами, поведінка подружжя в момент розлучення і після нього, вирішення поточних внутрішньосімейних проблем. До останніх належать, наприклад, вирішення питань розподілу обов'язків між членами сім'ї, економіки сім'ї та низки інших [99, с. 37–43].

Третій вид консультування – *психолого-педагогічне*. До нього можна віднести обговорення консультантом з клієнтом питань навчання і виховання дітей, навчання чого-небудь і підвищення педагогічної кваліфікації дорослих людей, педагогічного керівництва, управління дитячими та дорослими групами і колективами. До психолого-педагогічного консультування належать питання вдосконалення програм, методів і засобів навчання, психологічне обґрунтування педагогічних інновацій та деякі інші.

Четвертим з-поміж найпоширеніших видів психологічного консультування є *ділове* консультування. Воно своєю чергою має стільки різновидів, скільки існує різних справ та видів діяльності у людей. Загалом діловим називається таке консультування, яке пов'язане з вирішенням людьми ділових проблем. Сюди, наприклад, можна віднести питання вибору професії, вдосконалення і розвитку в людини здібностей, організації її праці, підвищення працездатності, ведення ділових переговорів і т. п.

Кожен із перелічених видів психологічного консультування в чомусь схожий з іншими, наприклад, у тому, що однакові у своєму психологічному трактуванні проблеми можуть виникати в різних видах діяльності і в різних ситуаціях. Але водночас у кожному з названих видів психологічного консультування є свої особливості [99, с. 23].

Умови результативності психологічного консультування

Для успішності психологічного консультування, ідеться про максимально можливі позитивні результати, в процесі проведення консультування необхідно дотриматися низки умов.

Розкриємо суть і пояснимо ці умови.

Умова 1. Людина, яка звертається за допомогою до психолога-консультанта, повинна мати реальну, а не вигадану психологічну проблему, а також явно виражене бажання якомога швидше її вирішити. Вище ми вже говорили про те, що деякі люди йдуть на прийом до психолога-консультанта не тому, що у них насправді є складна проблема, яку вони хочуть вирішити, а, наприклад, просто з цікавості або з наміром щось довести психологові-консультанту, тобто з наміром, дуже далеким від бажання що-небудь змінити в собі. Психолог-консультант навряд чи безпосередньо зможе чимось істотно допомогти таким людям, за винятком, можливо, зниження їхніх амбіцій і самопевненості.

Умова 2. Консультант-психолог, до якого за практичною допомогою звернувся клієнт, повинен мати досвід проведення психологічного консультування та відповідну професійну психологічну підготовку. У зв'язку з цим психологічне консультування певною мірою схоже до лікарської практики. Головним завданням психолога-консультанта, як і лікаря, насамперед є не нашкодити клієнтові і зробити все від нього залежне, щоб консультування пройшло успішно.

Умова 3. За тривалістю психологічне консультування повинно бути досить довгим, щоб психолог-консультант зміг до кінця зрозуміти і знайти оптимальне рішення проблеми, яка турбує клієнта, а також успішно її вирішити разом зі самим клієнтом. Тут також ідеться про час, необхідний для того, щоб контролювати кроки, спрямовані на вирішення проблеми, дати оцінку одержаним результатам і довести розпочату справу до

кінця, тобто отримати те, що повністю задовольнило б як клієнта, так і консультанта-психолога.

Умова 4. Клієнт повинен суворо дотримуватися отриманих від психолога-консультанта рекомендацій. В іншому випадку проблема клієнта навряд чи буде вирішена, і поради консультанта клієнтові залишаться для останнього лише благим побажанням, але не рекомендаціями до дії.

Умова 5. Психологічне консультування варто проводити у відповідній, сприятливій обстановці. Про те, якою має бути ця обстановка, детально зазначено далі, а зараз варто зауважити, що в більшості випадків психологічне консультування має відбуватися конфіденційно, воно повинно не розділяти, а зближувати між собою психолога-консультанта та клієнта, знімати напруженість у клієнта, дозволяти йому бути цілком відкритим і відвертим у спілкуванні з психологом-консультантом [64, с. 34].

Як проводять психологічне консультування?

Консультація починається з особистої зустрічі психолога-консультанта з клієнтом. Консультантові або його помічнику рекомендується зустрічати клієнта, стоячи біля входу в приміщення консультації, де відбуватиметься консультування. При цьому працівник психологічної консультації повинен першим представитися клієнтові і, якщо це необхідно, провести його і посадити на те місце, де проходитиме консультування. Далі, перш ніж розмовляти з клієнтом щодо тої проблеми, з якою він звернувся в психологічну консультацію, варто зробити невелику паузу в розмові, щоб він зміг заспокоїтися і налаштуватися на майбутню розмову [99, с. 37–43].

Бесіду з клієнтом варто починати зі знайомства з ним як з людиною, уточнюючи те, що важливо для консультування, але не зазначено в картці клієнта. За необхідності консультант може розповісти клієнтові і дещо про себе.

Після завершення процедури загального знайомства консультант може запропонувати клієнтові розповісти про те, що його хвилює, та уважно, терпляче і доброзичливо вислухати його. Час від часу психолог-консультант може задавати клієнтові запитання, уточнюючи дещо для себе, але не заважаючи клієнтові у його сповіді. Необхідно стежити за тим, щоб питання психолога-консультанта не збивали клієнта з думки, не викликали в нього роздратування, напруги, опору, не породжували бажання перервати розмову, перевести на іншу тему або ж просто формалізувати її.

Консультант під час слухання клієнта повинен запам'ятовувати імена, дати, факти, події та багато іншого, що важливо для розуміння особистості клієнта, для пошуку оптимального вирішення його проблеми, вироблення правильних і ефективних висновків і рекомендацій.

Найкраще запам'ятовувати інформацію, що надходить від клієнта, без письмової фіксації. Однак якщо психолог-консультант не цілком упевнений у своїй пам'яті, то, попросивши дозволу клієнта, він може робити короткі письмові записи почутого від клієнта, у тому числі і під час сповіді.

Іноді психологові-консультанту недостатньо того, що про себе і про свою проблему розповів у сповіді клієнт. Щоб зробити правильні висновки і сформулювати обґрунтовані рекомендації щодо суті та вирішення проблеми клієнта, психолог-консультант іноді може потребувати додаткової інформації про нього [64, с. 48–52].

У цьому випадку, перш ніж формулювати свої висновки, психолог-консультант проводить додаткову бесіду з клієнтом або іншими особами, які дотичні до проблеми, що виникла у клієнта, здатними представити корисну для консультування інформацію.

Про те, що психолог-консультант збирається розмовляти з іншими особами про проблему клієнта, він повинен заздалегідь поінформувати самого клієнта і запитати у нього дозволу.

Що таке результативність психологічного консультування?

Під результативністю психологічного консультування розуміють його кінцеві підсумки для клієнта, а саме те, що в його психології та поведінці справді змінилося під впливом проведення консультування.

Результати психологічного консультування в більшості випадків його проведення є позитивними, принаймні такими, яких очікують клієнт і психолог-консультант. Проте одна справа очікування і надії, інша – дійсність. Іноді явний позитивний, миттєвий результат психологічного консультування може бути відсутнім і навіть на перший погляд здаватися негативним. У результаті проведення психологічного консультування щось у психології і в поведінці клієнта може дійсно змінитися, але не відразу.

Про позитивні результати психологічного консультування можна судити з низки ознак:

- Позитивне, оптимальне вирішення тієї проблеми, з якою клієнт звернувся в психологічну консультацію і яке задоволення як психолога-консультанта, так і клієнта.

Ефективність результату підтверджує сукупність позитивних підсумків.

По завершенні консультації обидві її сторони – консультант і клієнт – визнають, що проблема, заради якої консультування проводили, успішно вирішена, причому для цього є переконливі об'єктивні докази. Ні психологові-консультанту, ні клієнтові не потрібно якихось додаткових аргументів на користь того, що консультування дійсно пройшло успішно.

Психолог-консультант може вважати, що консультування було успішним і проблема клієнта вирішена, тоді як сам клієнт

може в цьому сумніватися, заперечувати або не відчувати повністю реальних результатів психологічного консультування.

Об'єктивні ознаки результативності психологічного консультування виявляються в тому, що його супроводжують достовірні факти, що свідчать про успішність консультування.

Суб'єктивні ознаки результативності психологічного консультування виявляються в почуттях, відчуттях, думках і уявленнях консультанта.

Внутрішні ознаки результативності психологічного консультування проявляються в змінах психології клієнта, вони можуть бути відчутними (усвідомленими) або не відчутними (не усвідомленими), можуть проявлятися або не проявлятися в його реальній поведінці, бути помітними у діях і вчинках клієнта.

Зовнішні ознаки результативності психологічного консультування, навпаки, завжди і досить виразно проявляються у видимих, доступних прямому спостереженню та оцінкам, формах його поведінки [3, с. 12–14].

Як оцінювати результати психологічного консультування?

Відповідно до наведеного вище визначенням результативності психологічного консультування, його підсумки можна оцінювати по-різному:

- По-перше, за самовідчуттям клієнта, за тим, наскільки краще він став себе почувати після проведення психологічного консультування;
- По-друге, за результатами психологічного тестування станів і психологічних властивостей (особливостей особистості) клієнта;
- По-третє, за спостереженнями за поведінкою клієнта.

Оцінювати підсумки проведеного консультування можна за кожним із названих критеріїв окремо, а краще – за всіма такими критеріями, разом узятими [3, с. 17–22].

Процедури, як і критерії оцінювання результатів психологічного консультування, можуть бути різними. Оцінювання можна проводити, наприклад, у процесі консультування, після його початку, після закінчення консультування. Багаторазове оцінювання результатів психологічного консультування дає змогу клієнтові переконатися в тому, що воно проходить успішно.

Підсумки психологічного консультування можна оцінювати і через деякий час після завершення консультування, якщо наявна ймовірність, що його позитивні результати виявляться не відразу і настільки, щоб їх можна було повністю оцінити. Останній варіант процедури оцінювання результатів психологічного консультування найчастіше застосовують тоді, коли змінювані у процесі психологічного консультування властивості та форми поведінки клієнта є досить інертними, стійкими і перетворюються повільно, ледь помітно. Це можуть бути, наприклад, здібності, риси характеру, звички клієнта.

Для ефективності проведеного консультування важливо вміти природно продемонструвати реальні здобутки цільових взаємин з психологом. Надання клієнтові швидких і переконливих доказів того, що психологічне консультування дійсно йде успішно, підкріпить його впевненість, підвищить довіру до психолога-консультанта, посилить віру в можливість досягнення позитивних результатів і, безсумнівно, змусить старанніше працювати над реалізацією рекомендацій, отриманих від консультанта [114, с. 8–12].

Другий спосіб оцінювання – по закінченні консультування рекомендується застосовувати в таких ситуаціях:

- Тоді, коли і психолог-консультант, і клієнт цілком упевнені в успіху психологічного консультування; У практиці проведення психологічного консультування можна застосовувати будь-який із перелічених способів окремо і в будь-якому їх по-

єднанні. До першого – поточного – способу оцінювання результатів консультування рекомендовано звертатися тоді, коли клієнт не цілком упевнений у собі, в можливостях без сторонньої допомоги виправити ситуацію.

- Коли ні психолог-консультант, ні клієнт не бажають витрачати час на те, щоб у процесі консультування проводити додатковий аналіз та оцінювання результатів консультування;

- Коли психолог-консультант очікує, що позитивні зміни в психології і поведінці клієнта мали б відбутися тільки по завершенні психологічного консультування.

Третій із зазначених вище способів оцінювання результатів – з певним інтервалом після закінчення консультування – доцільно застосовувати тоді, коли очікують, що підсумки консультування виявляться не відразу, а тільки через певний час. Окрім того, до цього способу оцінювання результатів психологічного консультування рекомендують звертатися тоді, коли психолог-консультант очікує, що результати консультування залежатимуть від того, наскільки наполегливо і сумлінно клієнт дотримуватиметься отриманих рекомендацій вже по закінченні психологічного консультування.

У цьому випадку психолог-консультант, по-перше, має від самого початку попередити клієнта про те, що розраховувати на позитивні результати консультування він зможе лише, при бездоганному виконанні отриманих рекомендацій; по-друге, він повинен проконтролювати дії клієнта з погляду врахування отриманих рекомендацій; по-третє, йому доведеться заздалегідь домовитися з клієнтом про те, коли і як практично оцінюватимуться результати психологічного консультування [86, с. 38].

Що ж до вибору засобів оцінювання результатів консультування, то це питання психолог-консультант зазвичай вирішує самостійно залежно від того, на що було спочатку спрямовано

консультування. Важливо, щоб використані прийоми оцінювання, якщо, приміром, використовують психологічні тести, були зрозумілі клієнтові.

Отже, психологічне консультування є досить важливим. На теперішній час існує багато проблем, з якими стикаються люди, оскільки навіть у разі найменших розладів психіки люди повинні звертатися до консультанта, який допоможе вирішити проблему.

Для того, щоб вилучити або звести до мінімуму більшість помилок, психологові-консультантові рекомендують дотримуватися таких загальних правил ведення психологічного консультування:

1. Психолог-консультант не повинен будувати ніяких гіпотез про суть проблеми клієнта доти, доки не дізнається якнайбільше про нього.

2. Не варто давати клієнтові ніяких практичних рекомендацій доти, поки не будуть оцінені його індивідуальні поведінкові особливості й поки не буде достовірно встановлено можливість практичної реалізації клієнтом рекомендацій консультанта.

3. Проводячи психологічне консультування й формуючи психологічний діагноз клієнтові і його проблемі, психологові не варто розглядати клієнта як об'єкт неупередженого вивчення або якимось намагатися маніпулювати ним чи проводити експерименти.

4. Психолог-консультант не повинен намагатися "розколоти" або "переграти" клієнта.

5. У психологічному консультуванні, за деяким винятком, не повинні фігурувати особисті спогади та власні сповіді консультанта перед клієнтом, тобто консультант і клієнт у процесі консультування не повинні мінятися своїми ролями.

6. Психологові-консультантові не варто прагнути розуміти клієнта, порівнюючи зі собою. Його завдання інше – намагати-

ся зрозуміти внутрішній світ клієнта, який відмінний від його власного.

7. Аналізуючи сповідь клієнта, консультант формулює свої судження про нього та про його проблему в можливій, але не в безапеляційно-стверджувальній формі. Найкраще висловлювати їх клієнтові як гіпотези, які клієнт зі свого боку повинен підтвердити або спростувати.

8. Спростування клієнтом тлумачення сповіді не завжди є достатньою підставою для повної відмови консультанта від такого тлумачення. Нерідко спростування або протест клієнта з приводу висновків консультанта є не більше, ніж захисною реакцією й ознакою того, що запропоноване психологом тлумачення правильне.

9. Що менше професійного досвіду в психолога-консультанта, то більше часу він повинен приділяти уважному вислуховуванню сповіді клієнта й обережніше формулювати свої висновки.

10. Навіть доволі досвідченому психологові корисно під час бесіди з клієнтом робити деякі записи, щоб потім повернутися до них і спокійно, не кваплячись, обдумати їх.

11. Іноді дуже корисно вести й потім аналізувати відеозаписи проведення психологічної консультації. Аргументува їхню доцільність клієнтові можна, пояснивши, наприклад, що й сам він зможе краще себе зрозуміти й успішніше вирішити проблеми, якщо побачить себе на екрані.

12. Завдання консультанта на стадії сповіді у тому, щоб розумно й ненав'язливо підвести клієнта не тільки до усвідомлення, а й до правильного вирішення своєї проблеми.

Загалом, памятаймо, що психолог-консультант – не радник. Його головне завдання полягає в тому, щоб допомогти клієнтові навчитися приймати відповідальні та конструктивні рішення самостійно.

3.2. Діагностика психологічних травм

На сьогодні ситуація переживання стресу та знецінення різних аспектів власного життя є доволі актуальною. Однією з основних причин такого явища є зростання травматичного досвіду, головню з переживанням воєнних подій у нашій країні [139].

У низці досліджень констатують, що посттравматичні стресові розлади становлять від 10 до 50 % усіх медичних наслідків бойових подій. Ними донині страждають 29–45 % ветеранів Другої світової війни, 25–30 % американських ветеранів в'єтнамської війни. Серед осіб, які отримали поранення, ПТСР сягають 42 % [39]. Згідно з МКХ-10, за травмуючими подіями, які виходять за межі звичайного людського досвіду, може розвиватися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Під “звичайним” людським досвідом розуміють такі події, як втрата близької людини, що відбулися з огляду на природні причини, важка хронічна хвороба, втрата роботи або сімейний конфлікт. До стресорів, що виходять за межі звичайного людського досвіду, належать ті події, які здатні травмувати психіку чи не будь-якої здорової людини: стихійні лиха, техногенні катастрофи, а також події, що є результатом цілеспрямованої, нерідко злочинної діяльності (диверсії, терористичні акти, катування, масове насильство, бойові дії, потрапляння в “ситуацію заручника”, руйнування власного будинку і т. д.). У міжнародній класифікації психічних порушень у травматичному стресі виділяють три групи симптомів: симптом повторного переживання (або симптом “вторгнення”), симптом уникнення і симптом фізіологічної гіперактивності.

Критерії діагностики ПТСР по DSM-IV:

А. Індивід перебував під впливом травмуючої події, причому мають виконуватися обидва наведені нижче пункти:

– Індивід був учасником, свідком або зіткнувся з подією (подіями), які зумовлюють смерть, загрозу смерті, загрозу серйозних ушкоджень або загрозу фізичної цілісності інших людей (або власної);

– Реакція індивіда охоплює інтенсивний страх, безпорадність або жах.

В. Травматична подія повторюється в переживанні одним (або більше) з наступних способів:

– Повторюване і нав'язливе відтворення події, відповідних образів, думок і сприймань, викликає важкі емоційні переживання;

– Повторювані важкі сни про подію;

– Такі дії або відчуття, ніби травматична подія відбувалося знову (охоплює відчуття “оживання” досвіду, ілюзії, галюцинації і дисоціативні епізоди – флешбек-феномени, у тім числі ті, які з'являються в стані інтоксикації або в сонному стані);

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

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

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

– Зусилля з уникнення думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою;

– Зусилля з уникнення дій, місць або людей, які пробуджують спогади про травму;

– Нездатність згадати про важливі аспекти травми (психогенна амнезія);

– Помітно знижений інтерес або участь у раніше значущих видах діяльності;

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

– Відчуття відстороненості або відокремленості від решти людей;

– Знижена вираженість афекту (нездатність, наприклад, до почуття любові);

– Відчуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань з приводу кар'єри, одруження, дітей або побажання довгого життя).

Д. Постійні симптоми зростаючого збудження (що не спостерігалися до травми). Їх визначають за наявністю принаймні двох із нижченазваних симптомів:

– Труднощі зі засинанням або поганий сон (ранні пробудження);

– Дратівливість або вибухи гніву;

– Труднощі зосередження уваги;

– Підвищений рівень настороженості, гіперпильність, стан постійного очікування загрози;

– Гіпертрофована реакція переляку .

Е. Тривалість перебігу розладу (симптоми в критеріях В, С і D) понад 1 міс.

Ф. Розлад викликає клінічно значущий важкий емоційний стан або порушення в соціальній, професійної або інших важливих сферах життєдіяльності [43].

Гостра реакція на стрес, яку спочатку розглядали в межах розвитку ПТСР, потім була виділена в самостійний діагноз під рубрикою тривожних розладів. Ще із часів громадянської війни в Америці вважалося, що ті, хто страждав гострою або хронічною формою розладу, що нагадувало симптоми ПТСР, повинні були під час одержання травми перенести помітний для стороннього ока шок. Звичайно солдати, які у процесі воєнних дій зіштовхнулися з гострою травмуючою ситуацією, на певний час втрачали здатність функціонувати: вони демонстрували або занурення у себе, або сильне збудження, погано розуміли, що

відбувається, втрачали орієнтацію, переживали патологічний страх, проявляли занепокоєння й очевидні ознаки гіперактивності. Нерідко їхня поведінка ставила під загрозу їхню безпеку або безпеку їхнього підрозділу. Подібна поведінка, що недавно отримала назву бойової стресової реакції, настільки помітна, що командири, які мають достатній досвід звичайно розпізнають його й відстороняють потерпілого від участі в бойових діях. Вважається, що схожі реакції можуть розвиватися у відповідь і на інші травми, що викликає ПТСР.

У DSM-IV бойова стресова реакція, що виступає за назвою гострої реакції на стрес, діагностується на основі набору симптомів, які описані в літературі, присвяченій гострим реакціям на травму. Тому не дивно, що те, що називається гострою реакцією на стрес, може проявлятися в різних формах, оскільки опирається на критерії, які дотепер ще не цілком достатньо описані.

У світовій психологічній практиці для діагностики ПТСР розроблений і використовується величезний комплекс спеціально розроблених клініко-психологічних і психометричних методик. Основними діагностичними критеріями ПТСР за МКХ-10 є:

- критерій А (належить до травматичної події);
- критерій В (критерій “вторгнення”);
- критерій С (критерій “уникання”);
- критерій D (критерій “гіперактивації”);
- критерій Е (належить до тривалості перебігу розладу);
- критерій F (критерій значущості розладу) [43].

Основним клініко-психологічним методом є структуроване клінічне діагностичне інтерв'ю – СКДІ (SCID – Structured Clinical Interview for DSM) і клінічна діагностична шкала (CAPS – Clinician-administered PTSD Scale). СКДІ охоплює низку діагностичних модулів (блоків питань), що забезпечують діагностику психіч-

них розладів за критеріями DSM-IV (афектних, психотичних, тривожних, викликаних вживанням психоактивних речовин і т. д.). Конструкція інтерв'ю дає змогу працювати окремо з будь-яким модулем, у тому числі і з модулем ПТСР. У кожному модулі наведено чіткі інструкції, що допомагають експериментаторові у міру потреби перейти до бесіди в іншому блоці питань. За необхідності для постановки остаточного діагнозу можуть брати участь незалежні експерти. Автори методики передбачили можливість її подальших модифікацій залежно від конкретних завдань дослідження (Тарабріна, 2001) [127].

До інших методик діагностики ПТСР, які найчастіше використовують у світовій практиці належать:

- Шкала оцінювання тягаря дії травматичної події (Impact of Event Scale-Revised, IOES-R) (Додаток 1)
- Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій (Додаток 2);
- Опитувальник Бека для оцінювання депресії (Додаток 4);
- Опитувальник для оцінювання вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатіса) (Додаток 3) ;
- Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків (Додаток 5). Цей опитувальник призначений для вивчення стану людини після впливу надзвичайних чинників, а саме – перебування в екстремальних умовах (Котенев, 1996).

Він вивчає наявність в учасника бойових дій таких проявів посттравматичного синдрому, як надпильність, перебільшене реагування, агресивність, порушення пам'яті і концентрації уваги, депресія, тривожність, зловживання наркотичними і лікарськими засобами, галюцинаторні переживання, проблеми зі сном (труднощі зі засинанням і переривчастий сон) [127].

Для діагностики наявності стресових розладів та їх вираженості зазвичай використовують такі методики [90]:

1. Тест САН. Ця методика призначена для самоконтролю і самооцінки самопочуття, активності та настрою.

Шкала САН складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображають рухливість, швидкість і темп виконання функцій (активність), силу, здоров'я, стомлюваність (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Перевагами тесту є його стислість і можливість кількаразового використання впродовж певного часу [90].

2. Шкала реактивної та особистісної тривожності (Спілбергера-Ханіна).

Підвищена тривога є основним механізмом неадаптивної поведінки, однак, певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість продуктивної активності людини. Кожен має свій рівень тривоги і тривожності. Самоконтроль і самооцінка цього стану є істотним компонентом адаптивної саморегуляції, тому що підвищений рівень тривожності є провідним “облігатним механізмом” дезадаптивних розладів.

Особистісна тривожність – це стійка індивідуальна особливість людини, що характеризує її тенденцію сприймати певний діапазон ситуацій як загрозливих, небезпечних для самооцінки і самоповаги.

Реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію [90].

3. Метод Холмса-Раге

Для оцінювання рівня стресу можна використовувати методику Холмса-Раге. Автори вивчали залежність захворювань від різних стресогенних життєвих подій у майже п'яти тисяч па-

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

цієнтів. Вони дійшли висновку, що психічним і фізичним хворобам зазвичай передують певні серйозні зміни в житті людини. На підставі цього вони склали шкалу, в якій кожній важливій життєвій події відповідає певна кількість балів залежно від ступеня їх стресогенності.

4. Тест “Самооцінка психічних станів” (Г. Айзенк).

Тест допомагає оцінити деякі неадаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрованість, агресивність і ригідність).

На підставі аналізу попередніх матеріалів дослідження можна скласти алгоритм діагностики ПТСР:

1) З’ясування наявності реальної психотравмуючої події, її інтенсивності і давності.

2) Проведення диференційного діагнозу з психотичними станами з урахуванням психологічного і соматичного анамнезу, наявності травми та її характеру, особистісних особливостей як можливими предикторами виникнення розладу.

3) На підставі давності появи симптомів розладу встановлення діагнозу.

4) Проведення психодіагностичного дослідження особистості з використанням стандартизованих, валідних, надійних методик для визначення психоемоційного статусу особистості [90].

Необхідно також зважати на специфіку психодіагностики ПТСР: першим етапом при її проведенні є встановлення в анамнезі досліджуваного факту переживання ним травматичної події, тобто вже на цьому етапі відбувається актуалізація індивідуального травматичного досвіду і супутньої йому стресової симптоматики. Досвід показує, що процес обстеження травма-тизованих клієнтів ставить до психолога-діагноста вимоги, що стосуються не лише безпосередньо до його компетентності, але й до уміння надавати “першу психотерапевтичну допомо-

гу". Отже, методи стандартизованої психодіагностики в роботі з особами, які страждають травматичними стресовими розладами, становлять інтерес не лише в плані встановлення діагнозу, але і в плані оптимізації психокорекційних і реабілітаційно-відновлювальних заходів, які проводять з пацієнтами – носіями цієї групи психічних порушень [127].

Для діагностики посттравматичного стресового розладу у дітей існують дві взаємодоповнюючі методики:

- напівструктуроване інтерв'ю для оцінювання травматичних переживань дітей;
- батьківська анкета для оцінювання травматичних переживань дітей (Тарабрина, 2001) (Додаток 7) [46].

Отже, при виконанні кожного пункту, маючи теоретичну підготовку щодо діагностики травматичних розладів та практичні навички психодіагностики, можна забезпечити ранню правильну діагностику розладу. Це дає змогу уникнути гіпо- і гіпердіагностики, своєчасно надати допомогу пацієнтові, запобігти довготривалості симптомів, що призводять до морфофункціональних змін в органах і системах [178].

3.3. Психотерапевтичні напрями роботи з психічними травмами

Психотерапія посідає особливе місце серед різновидів професійної допомоги особистості. Непростим є питання про професійну належність психотерапії. У Радянському Союзі психотерапія належала до медичних спеціалізацій. На Заході психотерапія традиційно була напрямом практичної психології. Таке подвійне розуміння діяльності психотерапевта зберігається і дотепер. Діяльність психотерапевта розглядають відповідно до двох його професійних ролей:

фахівця-медика, який лікує пацієнта за допомогою як психологічного впливу, так і за допомогою специфічних медичних засобів (медикаменти, гіпноз тощо) [50];

фахівця-психолога, покликаного допомагати особистості вижити у різних життєвих і соціальних ситуаціях та орієнтованого на роботу з глибинними смисложиттєвими проблемами клієнта[50]. У цьому випадку він користується лише психологічними засобами діяльності.

Звичайно, фахівець з практичної психології може займатися психотерапією лише у другому сенсі цього поняття і не має права використовувати медичні засоби. Тому прийmemo за вихідне таке твердження. Психотерапія спрямована на глибинне проникнення в особистість і здійснення прогресивних зрушень у її взаємодії зі світом шляхом зміни само- і світосприймання та передбачає створення умов для повноцінного становлення особистості [77].

Аналіз психотерапевтичної літератури дає підстави стверджувати, що на сьогоднішній день у цій галузі практичної психології не склалося єдиного підходу до вирішення основних напрямів психотерапії. Це зумовлено її розглядом то як методу лікування (частіше цей підхід фігурує в зарубіжній психологічній літературі), то як різновиду психологічної допомоги клієнтові.

Наприклад, Ю. Г. Дем'янов виділив такі методи психотерапії, які використовують у практиці:

- раціональна психотерапія;
- психоаналітична психотерапія;
- когнітивно-аналітична психотерапія;
- психотерапія на основі трансактного аналізу;
- особистісно-орієнтована психотерапія;
- гештальт-терапія;
- аутогенне тренування;
- емоційно-стресова терапія;

- групова психотерапія;
- позитивна психотерапія [28].

Класифікацію моделей психотерапії, як різновиду лікувальних дій, описав Х. Ремшмідт. Він запропонував класифікувати моделі психотерапії за такими принципами:

- теоретичної концепції, яка лежить в основі психотерапії (психоаналіз, поведінкова психотерапія, когнітивна терапія тощо);
- організаційних форм лікування (індивідуальна, групова та сімейна терапія);
- специфікою коригованого розладу (психози, синдром аутизму, невротичні порушення, депресивні стани, синдром страхів, синдром нав'язливості тощо) [50].

У психологічній літературі теж немає одностайності у виділенні основних моделей психотерапії. Зокрема, Г. Онищенко, В. Панок виділяють три основні моделі психотерапії [70]:

- психодинамічну психотерапію, яка зорієнтована на психоаналіз;
- гуманістичну психотерапію та її основні течії – роджеріанська, екзистенційна, гештальт-терапія;
- біхевіоральна (поведінкова) психотерапія.

Дещо відмінний підхід представив О. Ф. Бондаренко. Він виділив чотири основні теоретичні підходи до психотерапії:

- психодинамічний;
- гуманістичний;
- когнітивний;
- поведінковий або біхевіористичний [16].

Групову психотерапію у практику психологічної допомоги 1932 року запровадив Дж. Морено, а через 10 років вже існували журнал з групової психотерапії та професійна організація групових психотерапевтів.

Під груповою психотерапією розуміють такий метод психотерапії, за якого одночасно надають допомогу кільком клієнтам.

Поява групової психотерапії обумовлена, на думку Дж. Морено, недостатньою кількістю психотерапевтів та значною економією часу [119].

Найпершим методом групової психотерапії була психодрама. У 40-х роках з'являються Т-групи (К. Левін), що передбачали формування міжособистісних стосунків і вивчення процесів у малих групах та у їх різновиді – групі сенситивності. Сьогодні ці групи трансформувалися у групи, які розвивають спеціальні вміння, та групи особистісного розвитку або групи зустрічей.

Психотерапевтичні групи – це невеличкі тимчасові об'єднання людей під керівництвом психолога або соціального працівника, які мають спільну мету міжособистісного дослідження, особистісного зростання та саморозкриття.

Це групи, в яких відбувається цілісний глибинний розвиток особистості та самоактуалізація здорової людини, прискорюється процес її психічного визрівання.

Залежно від загальної мети група має відносно чітку ієрархічну структуру. Один із членів психотерапевтичної групи виступає в ролі лідера, інші перебувають у ролі підлеглих. Ця структура може змінюватися залежно від цілей психотерапії. Загальні цілі в поєднанні з потребами окремих членів групи визначають групові норми, тобто форми і стиль поведінки всіх учасників групи.

Варто, на думку Ф. В. Лемкуля, відрізнити груповий тренінг та роботу з групою від власне групової психотерапії. Хельмут Ремшмідт пояснив це так: "Груповий тренінг сконцентрований на подоланні певних порушень поведінки і вимагає високої структурованості (цілеспрямовані вправи, жорсткий терапевтичний план), при груповій психотерапії йдеться про набуття емоційного досвіду і досягнення інтрапсихічних змін; при цьому ступінь структурування малий" [77].

Усі форми групової терапії застосовують переважно вербальні методи, а також методи, орієнтовані на дію або біхевіоральні методи. Останнім часом усе більшого значення набувають підходи, орієнтовані на діяльність. Вони містять терапевтичні елементи й основні принципи обох вказаних вище методів, але відрізняються від них акцентом на активну діяльність і проведення групових вправ.

Успішність групової психокорекції та психотерапії багато в чому залежить від особистості керівника (тренера групи). Керівник групи виконує, зазвичай, чотири ролі: експерта, каталізатора, диригента та зразкового учасника. Тобто він коментує групові процеси, допомагає учасникам об'єктивно оцінювати свою поведінку та її вплив на ситуацію; сприяє розвитку подій; вирівнює внески кожного учасника до групової взаємодії; відкритий та автентичний [77].

На сьогоднішній день ситуація переживання стресу та знецінення різних аспектів власного життя є доволі актуальною. Одна із основних причин такого явища є зростання травматичного досвіду, переважно з переживанням воєнних подій у нашій країні.

Реакція на травматичні події є доволі складною, оскільки може проявлятися через соматичні, пізнавальні, емоційні та поведінкові порушення. Це залежатиме від індивідуального вміння долати стресові ситуації. Життєва подія, яка має характер стресора – це подія, прояв якої змінює попереднє життя особи і вимагає від неї пошуку нових адаптаційних дій [172].

У психопрофілактиці соціальної дезадаптації в учасників бойових дій доцільно розрізняти первинний, вторинний та третинний її аспекти.

Первинний аспект є соціальною програмою психологічного, правового та медичного супроводу осіб, що повернулися з місць воєнних конфліктів (особливо тих, які мають поранення,

контузії, загострення соматичних хвороб або пережили гострий психогенний шок чи мали ознаки “бойової втоми”, надмірну екзальтацію, окремі прояви непатологічних проявів пограничних психічних розладів). Передусім це створення належних умов для підтримання здоров’я (безкоштовне надання медичної допомоги в повному обсязі, сучасна діагностика у сфері соматичного та психічного здоров’я, можливість користуватися рекреаційними ресурсами); організація соціального та інших видів обслуговування; виконання цільових програм соціального і правового захисту ветеранів війни; виховання молоді в дусі поваги та розуміння складностей життєвого шляху ветеранів, створення умов живого спілкування поколінь, передачі цінного особистісного досвіду (вольових якостей, мужності, військового братерства, готовності до взаємовиручки) [119].

Вторинна психопрофілактика спрямована на своєчасне виявлення, лікування та психокорекцію невротичних, психосоматичних та поведінкових розладів, які є наслідками дезадаптивних процесів, з метою запобігання їх ускладнення та хронізації. Велику роль при цьому відіграє застосування ефективних методів лікування: сучасних лікарських препаратів спрямованої дії, тривалої підтримуючої терапії, що не допускає можливість рецидивів, психотерапії, медико-психологічної корекції. Такі хворі повинні перебувати під постійним наглядом психіатра та медичного психолога, зі залученням лікарів-інтерністів. Фахівці мають добре знати побутові, сімейні умови таких хворих, щоб за необхідності гасити родинні конфлікти, таким способом запобігаючи загостренню пограничного психічного захворювання та дезадаптації загалом. До реабілітаційного процесу в міру видужання залучають також: фахівців з арттерапії, бібліотерапії; доцільним є санаторно-курортне лікування, з багатьма його цілющими аспектами (бальнеологічним, ландшафтотерапії тощо) [119].

Третинна психопрофілактика спрямована на запобігання важких для колишнього комбатанта та оточуючих соціальних наслідків захворювань. Важкими наслідками для самого хворого є його інвалідизація, неможливість працювати, адаптуватися в соціальному середовищі, ускладнений перебіг пограничного психічного, психосоматичного захворювання, поглиблення адикції. Для оточуючих наслідки також можуть бути значними. Якщо не адаптований у суспільстві комбатант живе у сім'ї, то в ній створюється важка психологічна атмосфера, яка зазвичай призводить до розвитку психогеній у членів сім'ї та в багатьох випадках до остаточної руйнації сімейної системи. Нарешті, велике значення має запобігання протиправних дій з боку дезадаптованих колишніх військових. У межах третинної профілактики СД важливу роль відіграє правильне і своєчасне призначення хворим медикаментозного та психотерапевтичного лікування, за необхідності – госпіталізація у профільне відділення, постійний супровід з боку психолога і соціального працівника. Соматичне неблагополуччя, яке притаманне всім хворим, потребуючим третинної психопрофілактики, згубно відбивається на церебральній діяльності, послаблюючи її, порушуючи здатність мозку до об'єднання та координації всіх функцій організму. Ознаками церебральної недостатності виявляються різні психічні феномени, які прискорюють інвалідизацію хворого. Крім того, на тлі соматичного обтяження полегшується розвиток власне психічних захворювань – ендогенних, психогенних та ін. Відомо, що особи, які страждають на важкі соматичні захворювання, належать до групи з підвищеним ризиком появи психічних порушень. Велике значення на цьому етапі відіграє групова психотерапія, яку проводять у малих однорідних за складом групах (по 5–7 учасників), у яких завжди повинні бути присутні пацієнти з позитивним досвідом вирішення аналогічних проблем [88].

Кожна країна зобов'язана організувати ефективну систему охорони здоров'я своїх громадян, а реабілітація є невід'ємною складовою цієї системи. В Україні на сьогоднішній день вже існують поодинокі реабілітаційні центри та відповідні програми для учасників АТО, які надають суттєву підтримку і допомогу сучасним ветеранам.

Кажучи про профілактику і психологічну корекцію соціальної дезадаптації та реабілітацію учасників бойових дій варто зазначити, що в інших країнах ситуація також складається доволі по-різному.

Досвід Ізраїлю свідчить про те, що не можна людину з передової одразу повертати додому. У них є спеціальні реабілітаційні табори, куди воїни спочатку повертаються. З ними працюють психологи, психотерапевти, визначають, у кого який ступінь порушень. Потім скеровують у спеціальні табори для сім'ї, де солдат повністю адаптується до спокійного життя. І тільки тоді його відправляють в умови повсякдення [88].

Особливістю психологічної реабілітації військових у США є використання методів рекреації для стабілізації внутрішнього стану особистості. Спеціально для цього існують центри рекреаційної терапії, яка допомагає в такого роду реабілітації. У країні функціонує система навчальних закладів, у яких навчають спеціалістів з рекреаційної терапії. Рекреаційна терапія – це сервіс, призначений для відновлення, усунення та встановлення ментального рівня людини під час виконання професійних обов'язків та в процесі життєдіяльності, зміцнення здоров'я і благополуччя, а також зменшення або усунення обмеження активності та обмеження участі в суспільному житті, які були викликані хворобою [181].

Методи та можливі результати рекреаційної терапії залежать від індивідуальних уподобань пацієнта, його способу життя та рівня мобільності. Саме тому, формування програми ре-

креаційної реабілітації є індивідуальною. Фахівці спілкуються з пацієнтом перед початком програми реабілітації та складають найоптимальнішу програму. І лише після цього, для пацієнта підшукують точки дотику з груповими програмами реабілітації, які діють у межах того чи іншого Центру.

Рекреаційна терапія має на меті ресоціалізацію особистості, котра має проблеми із взаємодією зі суспільством за допомогою лікувальної рекреаційної діяльності.

Під час рекреаційної терапії застосовують такі методи [138]:

- до першої групи рекреаційних методів відносять арт-терапію, терапію мистецтвом та ремеслами, садову терапію та кулінарну терапію (використання об'єктів творчості допомагає покращити професійні відносини у людей з психологічними проблемами, які шукають особистого розвитку. Це дає можливість пацієнтові розслабитися, відчуття обов'язку щось зробити, покращити навички моторики, отримати змістовне хобі тощо. Завдяки створенню предметів мистецтва і роздумам про художні вироби та самому процесу, люди можуть підвищити свою обізнаність, зменшити стрес через травматичний досвід, підвищити когнітивні здібності, насолоджуватися творчістю;

- до другої групи належать музична, танцювальна, драматична терапія (вплив музичної терапії підтверджений науково. Вона допомагає управляти стресом, полегшити біль, висловити свої почуття, поліпшити пам'ять, а також сприяє фізичній реабілітації);

- до третьої групи належать фізичні розминки (вправи з навантаженнями, розрахованими для кожного пацієнта індивідуально, які сприяють досягненню належної фізичної витривалості перед певним рівнем психологічного навантаження);

- четверта група охоплює досвідну рекреаційну терапію (вона полягає у створенні певних штучних суспільних ситуацій

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

та середовища, у якому люди підвищують свою соціалізацію за допомогою взаємодії між собою, задля досягнення певної спільної мети);

- п'ята група охоплює тваринну терапію (вона полягає у позитивному впливі домашніх тварин на психофізичне самопочуття людини);

- до шостої групи відносять рекреаційне навчання (навчання в межах суспільного розвитку особистості – як метод соціальної і психологічної реабілітації);

- до сьомої групи належить програмна рекреація (вона спрямована на підвищення обізнаності особи, її відпочинок, соціалізацію, творчий розвиток, релаксацію та адаптацію).

Також, незамінною допомогою, є допомога найближчому оточенню учасників війни.

Основними напрямками соціальної і психологічної реабілітації постраждалих є наступні:

- соціально-педагогічна допомога сім'ям вимушених переселенців у налагодженні соціальних зв'язків із місцевими закладами охорони здоров'я, працевлаштування, соціальних служб, закладів і установ освіти, забезпеченні дітей навчальними посібниками, підручниками, іншим навчальним приладдям;

- надання соціально-педагогічної і психологічної допомоги вступникам і першокурсникам ВНЗ і ПТНЗ в адаптації до нових умов навчально-виховного процесу та налагодження побутових умов їхнього проживання і встановлення нових соціальних зв'язків у навчальному закладі та за його межами;

- залучення постраждалих дітей до участі в діяльності позашкільних навчальних закладів з метою створення умов для їхньої самореалізації та проведення діагностичної і корекційно-відновлювальної роботи з ними практичних психологів цих закладів;

– робота з дітьми зазначених категорій під час літнього оздоровлення у таборах відпочинку, навчальних закладах, місцях тимчасового перебування;

– залучення вихованців, учнів, студентів названих категорій до активної виховної і розвивальної діяльності в позаурочний час, реабілітація;

– забезпечення індивідуального супроводу працівниками психологічної служби системи освіти всіх без винятку дітей, вихованців, учнів, студентів зазначених категорій та надання їм необхідної корекційної, реабілітаційної і соціально-педагогічної допомоги від пережитого протягом навчального року шляхом впровадження психологічних ігор, праце-, і музикотерапії тощо;

– створення сприятливого соціально-психологічного клімату в навчальному закладі та оптимізація змісту і форм психологічної освіти педагогічних працівників і батьків;

– недопущення своїми діями чи бездіяльністю вторинної травматизації учасників навчально-виховного процесу та у разі потреби перескерування дітей, батьків і педагогів до інших спеціалістів (психотерапевта, невролога);

– застосування міжсекторальної взаємодії і мультидисциплінарного підходу до вирішення проблем, які виникають (за потреби звернутися до закладів і установ охорони здоров'я, підрозділів служби з надзвичайних ситуацій з пропозицією про співробітництво та координацію у справі надання психологічної допомоги тим, хто її потребує);

– залучення до надання психологічної допомоги висококваліфікованих фахівців, практичних психологів, соціальних педагогів, психотерапевтів, консультантів ПМПК [26].

Групову психотерапію розглядають як один із основних методів надання психологічної допомоги особам, котрі перенесли психотравмуючий стрес. Вона може охоплювати велику кіль-

кість людей і поступово активізувати здорові захисні механізми. Групова психотерапія допомагає полегшувати симптоматику, дозволяє змінювати позицію окремих членів групи і посилювати у них почуття належності до групи за допомогою внутрішньогрупових взаємодій та емоційних реакцій. Належність до категорії людей, які пережили подібні психотравми, підтримує індивіда. Група спонукає індивіда до прояву емоцій і пригнічуваних почуттів так, щоб він міг зосередитися на дійсності та реалізації своїх найнагальніших потреб.

Ще в 1944 році, акцентуючи роль групового підходу в підвищенні ефективності реабілітації ветеранів, Г. Роум виділив чинники, що сприяють ефективності його використання:

- подоби психологічних проблем у членів групи;
- зниження внутрішньої психічної напруженості;
- подолання почуття неповноцінності;
- довірливі відносини між психотерапевтом і пацієнтом;
- контрольоване емоційне розкріпачення;
- контрольований глибинний аналіз проблем;
- доповнення групової роботи (за необхідності) індивідуальної [148].

Терапія для людей, які пережили інші екстремальні події. Поняття “психологічна травма”, введене в працях З. Фрейда і К. Г. Юнга, розглядали в психоаналітичному ключі. Однак в останні десятиліття його стали використовувати представники різних наукових шкіл та воно набуло значно ширшого значення.

Психологічною травмою (психотравмою) називають особливо важкі переживання, які суттєво порушують нормальне психічне життя людини. Психотравма може бути наслідком як зовнішніх життєвих обставин, так і внутрішньоособистісних конфліктів (зіткнення несумісних спонукань). Важка психотравма може призводити до крайніх психічних розладів, най-

специфічнішими з яких є гостра реакція на стрес і посттравматичний стресовий розлад.

Гостра реакція на стрес (ОРС) розвивається в перші хвилини або години після впливу психотравмуючої ситуації. Її тривалість варіюється від декількох хвилин до декількох днів. Головні ознаки ОРС – високе емоційне напруження, звуження свідомості, фрагментарне орієнтування в місці та часі, грубі порушення організації психічної діяльності, виражені фізіологічні прояви: почастішання серцебиття, пітливість, нудота, порушення сну й апетиту.

Посттравматичний стресовий розлад виникає як відстрочена, відставлена чи затяжна реакція на дію тривалого й (або) особливо важкого стресу. ПТСР може розвинутиися і в тому випадку, якщо безпосередньо після психотравми не спостерігалося гострого стресового стану. Його перші прояви можуть бути відтерміновані на кілька місяців від психотравми (до півроку, а в окремих випадках навіть більше). Це хронічне захворювання, яке характеризується хвилеподібним перебігом з періодичними загостреннями. Причиною таких загострень часто стають нові стреси, а також ситуації, що нагадують про психотравму. Діти та підлітки становлять групу ризику щодо ПТСР, оскільки у них ще недостатньо розвинені особистісні ресурси, які допомагають ефективно впоратися з наслідками травматичних ситуацій.

Наслідки психотравми можуть розтягуватися на невизначено довгий період. У деяких випадках є ризик появи захворювання, яке визначають як хронічну зміну особистості після переживання катастрофи. Воно характеризується:

- ворожим або недовірливим ставленням до світу;
- соціальною відгородженістю;
- відчуттям спустошеності і безнадії;
- хронічним хвилюванням, відчуттям постійної загрози та існуванням “на межі” відчуженості.

Цей стан нерідко є довічним. За наявності своєчасної психологічної допомоги ризик його виникнення різко знижується [90].

У динаміці переживання травматичної ситуації наявні чотири відомі етапи, коли людина не тільки не може прийняти подію на емоційному рівні, а і ті, коли вона мимовільно у метушливо-хаотичному душевному стані звинувачує в цьому тих, хто прямо або опосередковано причетний до події чи, навпаки, спрямовує агресію на саму себе й відчуває інтенсивну провину (“у всьому, що сталося – моя вина. Цього могло б не бути, якби я вчинив інакше...”). Усвідомлюючи власну безсилість перед обставинами, людина впадає у відчай і депресію. Вчиняючи самосуд над власною психікою, людина скочується до повної безпорадності, втрачає сенс жити.

На цій стадії дуже важливо повернути людину до життєвого імпульсу, допомогти побачити його цілі за межею травмуючих обставин, сформувані розуміння, що “те, що відбулося, дійсно було, я не можу цього змінити; я можу змінитися сам і продовжувати життя, незважаючи на травму”. Людина здатна з того, що трапилося, набути корисний життєвий досвід.

Одним із таких терапевтичних алгоритмів допомоги може стати імагінативна терапія.

За визначенням сучасного автора Х. І. Турецької, імагінація на психологічному рівні, забезпечує образний контекст, за допомогою якого пацієнт може наново пережити травму, при цьому, допомога терапевта полягає в заохоченні пацієнта використовувати внутрішні ресурси у цьому повторному переживанні, щоб протистояти травматичній події. В результаті відбувається не лише усунення симптомів ПТСР, а й таких негативних наслідків травми, як негативне самосприйняття, ненависть до себе, переживання власної нікчемності й сорому [131]. До такого висновку автор дійшла у процесі скрупульозного вивчення

комплексних впливів імагінативних методів при роботі з психологічною травмою. Терапевтична значущість імагінації полягає в тому, що в людини, яка уявляє певні образи, виникає відповідна емоційна, поведінкова або психофізіологічна активність без реальної події-стимулу. Отже, образи уяви можуть бути використані для зміни фізіологічних процесів, психічних станів, самооцінки, продуктивності та поведінки. Позитивні уявлення і релаксації стимулюють виділення ендорфінів, які зв'язуються з опіоїдними рецепторами в центральній нервовій системі й блокують передачу больових імпульсів.

Практичну цінність має оригінальний опис Х. І. Турецькою ефективності імагінативних прийомів у різних видах психотерапії. Зокрема, при застосуванні імагінативної експозиційної терапії (*Exposure therapy*) – один з видів поведінкової терапії ПТСР, під якої пацієнт стикається зі ситуацією, об'єктом, думками або спогадами, які лякають; вплив триває доти, поки тривога зменшується. Для досягнення необхідного ефекту можлива взаємодія як з реальним об'єктом (*in vivo*), так із з його уявним образом); при ПТСР, травмуючі стимули-спогади потрібно попередньо ієрархічно організувати від найменш до найбільш тривожних. Необхідна кількість сесій – не менше чотирьох. Імагінація триває близько 60 хв. Під час сеансу експозиції пацієнтам пропонують говорити від першої особи і в теперішньому часі, описуючи те, що вони бачать, чують, які запахи чи смаки відчувають. Імагінація травматичного стимулу повторюється кілька разів за сеанс, особливо акцентують на найтривожніших моментах [168]. Метааналіз 12 досліджень ефективності експозиційної терапії при ПТСР (6 досліджень проведено з ветеранами В'єтнаму) підтвердив її результативність. Подібні ефекти описані також при використанні імагінацій у *Imagery Rehearsal Therapy (IRT)*, тобто при методі психокорекції нічних кошмарів, які є частими симптомами ПТСР; в *Imagery rescripting* – методи-

ці, розробленій для полегшення симптомів посттравматичного стресового розладу у жертв дитячого сексуального насилля, а також зміни схем, пов'язані з наслідками насилля (безсилля, віктимізація, почуття себе “внутрішньо поганим”); у *гештальт-терапії* як одного з ефективних методів терапії тривожних, фобічних і депресивних розладів. Її також з успіхом застосовують при терапії багатьох психосоматичних розладів і в роботі з широким спектром інтрапсихічних та міжособистісних конфліктів. Щодо *кататимно-імагінативної психотерапії (символ драми)* – одного з напрямів психотерапії, котрий полягає в уявленні образів (імагінації) на вільну або задану психотерапевтом тему (мотив), то в самій її суті закладена ієрархічно організована та структурована система методів і принципів психотерапевтичного застосування імагінації. В цій техніці – три напрями психотерапевтичного впливу: у першому наявне фокусування на конфлікті пацієнта й опрацювання цього конфлікту у процесі терапії. При цьому імагінація у супроводі та “під захистом” терапевта дає змогу проживати сцени, що містять у собі як актуальні, так і ранні конфлікти, та у символічній формі долати їх. Другий – “ресурсний”, тобто задоволення потреб пацієнта з використанням безконфліктних мотивів, коли в імагінаціях конфлікти взагалі не проявляються. Стан розслабленості та спокою в результаті релаксації супроводжується ресурсною та позитивною атмосферою мотивів, приємних відчуттів, ідеалізованих стосунків, почуття щастя, заспокоєння і релаксації; третій – це розвиток творчих здібностей, креативності, коли, наприклад, під час переживання образу, пацієнт потрапляє в безвихідне становище й розв'язання цієї проблеми вимагає від нього активізації його творчих можливостей. Наша робота з психологічними травмами в учасників АТО засобами короткотермінової психотерапії також підтверджує особливе значення активації “ресурсів” – позитивних характеристик особистості,

які можуть бути доступні, щоб зміцнити здатність пацієнта справлятися з минулим травматичним досвідом [131].

3.4. Психокорекція та її застосування у роботі з травмами війни

Психокорекція – це система заходів, спрямованих на виправлення недоліків психології або поведінки людини за допомогою спеціальних засобів психологічної дії.

Психокорекції підлягають недоліки, що не мають органічної основи і що не є такими стійкими якостями, які формуються досить рано і надалі майже не змінюються.

Психологічна корекція відрізняється від психологічного консультування та психотерапії тим, що вона не спрямована на зміну поглядів, внутрішнього світу особистості і може здійснюватися навіть у тому випадку, коли клієнт не усвідомлює своїх проблем і психологічного змісту корекційних вправ. Метою психологічної корекції є усунення недоліків у розвитку особистості. Психокорекцію також розглядають як процес розширення діапазону реагування клієнта на ті чи інші подразники, формування навичок, що роблять його поведінку гнучкішою, підвищують адаптивні можливості його особистості.

Основна відмінність психокорекції від дій, спрямованих на психологічний розвиток людини, полягає в тому, що психокорекція має справу з вже сформованими якостями особи або видами поведінки і скерована на їх переробку, тоді як основне завдання розвитку полягає в тому, аби за відсутності чи недостатнього розвитку сформувати у людини потрібні психологічні якості.

Відмінність між психотерапією і психокорекцією полягає в тому, що психотерапія має справу з різного роду порушеннями у людей, які страждають різними видами соматичних або психіч-

них захворювань (розладів). Багато аномалій психіки і поведінки людей, які виявляються в захворюваннях, схожі на тих, з якими має справу психолог, що займається психокорекцією. Проте людей, котрі звертаються за допомогою до психотерапевта, зазвичай називають хворими або пацієнтами, а тих, хто потребує лише коректувальної допомоги, іменують клієнтами.

Психологічна корекція та її види

Термін “психологічна корекція” набув поширення на початку 70-х років ХХ століття. У цей період психологи стали активно працювати в галузі психотерапії, перш за все групової. Тривалі дискусії про те, чи може психолог займатися лікувальною (психотерапевтичною) роботою, були переважно теоретичними, бо на практиці психологи не лише хотіли, могли й успішно реалізували цю можливість, але й завдяки базовій психологічній освіті були у той час більше підготовлені до такого виду діяльності, зокрема у сфері групової психотерапії. Проте психотерапія є лікувальною практикою, якою згідно із законом може займатися лише особа, що має вищу медичну освіту. Тому поширення терміна психологія до певної міри було спрямоване на подолання цієї ситуації: лікар займається психотерапією, а психолог – психологією. Однак питання про співвідношення поняття “психотерапії” і психології залишається відкритим і сьогодні, тут можна вказати дві основні позиції. Одна з них полягає у визнанні повної ідентичності понять психологія і “психотерапія”, проте при цьому не враховують, що психологія як спрямована психологічна дія реалізується не лише в медицині (де можна вказати три основні сфери її застосування: психопрофілактика, власне лікування – психотерапія і реабілітація), але і в інших сферах людської практики, наприклад, у педагогіці.

Навіть звичайне, буденне людське спілкування може містити більшою або меншою мірою цілеспрямовано використовувану психологію.

Інша думка ґрунтується на тому, що психологія переважно має вирішувати завдання психопрофілактики на всіх її етапах, особливо при проведенні вторинної і третинної профілактики. Проте таке жорстке обмеження сфери вживання психології видається певною мірою штучним. По-перше, у сфері неврозів повністю розвести поняття “психічна корекція” і “психотерапія”, “лікування” і “профілактика” не вдається, оскільки невроз – це захворювання в динаміці, де не завжди можна відокремити стан передхвороби власне хвороби, а сам процес лікування значною мірою охоплює і вторинну профілактику. По-друге, в цей час у системі відновного лікування різних захворювань все ширше реалізується комплексний підхід, що враховує наявність у патогенезі біологічного, психологічного і соціального чинників, кожен із яких потребує лікувальних або коригуючих дій, відповідних його природі. Якщо психологічний чинник при тому або іншому захворюванні виступає як один із етіологічних, то його корекція значною мірою збігається з вмістом психотерапії – одного з компонентів лікувального процесу. Визначити загальну схему співвідношення психології і психотерапії поза конкретною нозологією майже неможливо. Значення психологічного чинника в патогенезі того або іншого захворювання обумовлює спрямованість методів психології на рішення власне лікувальних – психотерапевтичних – завдань і дає змогу розглядати методи психології, як методи психотерапії. Завдання психології можуть істотно варіюватися від спрямованості на вторинну і третинну профілактику основного захворювання та первинну профілактику можливих його наслідків як вторинних невротичних розладів при соматичній патології до практично повної їх ідентичності, що вже є завданням психотерапії (у межах різних особово-орієнтованих систем психотерапії).

Зіставлення понять психологія і “психологічне втручання” виявляє очевидну схожість. Психологію, так само як і психоло-

гічне втручання, розуміють як цілеспрямовану психологічну дію, що реалізується в різних сферах людської практики і реалізується психологічними засобами. Психологія у медицині може бути спрямована на вирішення завдань профілактики, лікування (психотерапія) і реабілітації. Психологічне втручання в медицині (клініко-психологічне втручання) також виконує функції профілактики, лікування та реабілітації. І психологія, і психологічне втручання, використовувані з метою лікування, виконують психотерапевтичну функцію. Вочевидь, по суті ці поняття збігаються. Можливо, найбільш точним і адекватним був би термін “психологічне втручання” з метою психології, проте він дуже громіздкий. Можна лише вказати, що у вітчизняній літературі поширенішим є поняття психологія, а в зарубіжній – “психологічне втручання” [7, с. 33–38].

В практичній площині перевагу все-таки надають терміну “психологічне втручання”. Варто також наголосити, що як психотерапія, так і психопрофілактика не обмежують свою практику лише методами психології, що ще раз вказує на різнорівневість, динамічність співвідношення завдань і методів психології та психотерапії, які перетинаються, але повністю не вичерпують один одного.

У житті досить часто доводиться стикатися з проблемами і питаннями, що належать до сфери психології. Людина влаштована так, що їй властиво прагнути до внутрішньої рівноваги, гармонії, фізичного і психічного здоров'я. Проте, реалізуючи на практиці це прагнення, людина частенько опиняється у складних ситуаціях, наодинці з проблемами, самотійно впоратися з якими вона не може. Психологія – наука про душу, про внутрішній, психічний світ людини, і саме та її частина, яка називається практичною, покликана допомогти людині вирішити життєво важливі для неї проблеми. На жаль, у нашому суспільстві недостатньо розвинена психологічна культура, досягнення

якої допомагає людині краще розібратися у своїх проблемах і стосунках з іншими людьми [3, с. 61–63].

Психологічна культура – це турбота про своє психічне здоров'я, уміння виходити з психологічних криз самостійно і допомагати близьким людям. У психологічній культурі виділяють три основні компоненти:

1. Самопізнання і самооцінка.
2. Пізнання інших людей.
3. Уміння управляти своєю поведінкою, емоціями, спілкуванням.

Опанування психологічної культури само собою несе великий психотерапевтичний заряд. Багато проблем людина може вирішувати самостійно, використовуючи рекомендації фахівців – психологів. Кожна людина може бути сама для себе інтуїтивним психологом, оцінювати свої психічні стани, особливості поведінки і прояву емоцій. Проте бувають ситуації, коли людина не може самостійно впоратися зі складними проблемами, які зустрічаються на її життєвій дорозі, і потребує психологічної допомоги [7, с. 99–101].

Психологічна допомога охоплює: психодіагностику, психокорекцію, психотерапію, психологічне консультування, профорієнтацію і ін. Залежно від віку, особливості життєвої ситуації людини, стану здоров'я, наявності або відсутності певного життєвого та соціального досвіду і так далі таку допомогу може надати:

- психолог – фахівець з базовою психологічною освітою, який володіє методами оцінювання психічних явищ і уміння їх коректувати;
- психотерапевт – лікар за освітою, який надає людині допомогу в рішенні проблем, пов'язаних із психічним здоров'ям, але не з психопатологією. За наявності психопатології необхідно звернутися за допомогою до лікаря-психіатра.

Досить дискусійним дотепер є питання про розділення двох сфер психологічної допомоги – психологічна корекція і психотерапія. Як у психокорекції, так і в психотерапії пред'являють схожі вимоги до особи клієнта і фахівця, що надає допомогу; до рівня його професійної підготовки, кваліфікації і професійних навиків; використовують однакові процедури і методи; пред'являють однакові вимоги; допомога виявляється в результаті специфічної взаємодії між клієнтом і фахівцем.

На думку Ю. Е. Алешиной, відмінність термінів “психокорекція” і “психотерапія” виникло не у зв'язку з особливостями роботи, а з укоріненою думкою, що психотерапією можуть займатися люди, котрі мають спеціальну медичну освіту. Крім того, термін “психотерапія” є міжнародним і в багатьох країнах світу його однозначно використовують щодо методів роботи, які застосовують професійні психологи. Саме тому, як вже відзначали, існують певні труднощі в розмежуванні на практиці понять “психологічна корекція” і “психотерапія” [3, с. 97–113].

На думку Р. С. Немова, відмінність між поняттями “психотерапія” і “психокорекція” полягає в такому: психотерапія – це система медико-психологічних засобів, які використовує лікар для лікування різних захворювань, психокорекція – сукупність психологічних прийомів, які застосовують психологи для виправлення недоліків психології або поведінки психічно здорової людини.

Термін “корекція” буквально означає “виправлення”.

Психокорекція – це система заходів, спрямованих на виправлення недоліків психології або поведінки людини за допомогою спеціальних засобів психологічної дії.

Психокорекції підлягають недоліки, що не мають органічної основи і що не є такими стійкими якостями, які формуються досить рано і надалі майже не змінюються.

Виділяють специфічні риси психокоректувального процесу, що відрізняють його від психотерапії:

- Психокорекція орієнтована на клінічно здорових людей, які мають у повсякденному житті психологічні труднощі, проблеми, скарги невротичного характеру, а також на людей, що почувають себе добре, проте бажають змінити своє життя або які ставлять перед собою мету розвитку особи;

- Корекція орієнтується на здорові сторони особи незалежно від міри порушення;

- У психокорекції частіше орієнтуються на сьогодення і майбутнє клієнтів;

- Психокорекція зазвичай орієнтується на середньострокову допомогу (на відміну від короткострокової – до 15 зустрічей – допомоги при консультуванні і довгострокової – до декількох років – допомоги при психотерапії);

- У психокорекції акцентують ціннісний вклад психолога, хоча відхиляють нав'язування певних цінностей клієнтові;

- Психокоректувальні дії спрямовані на зміну поведінки і розвиток особи клієнта.

Основна відмінність психокорекції від дій, скерованих на психологічний розвиток людини, полягає в тому, що психокорекція має справу з уже сформованими якостями особи або видами поведінки і має на меті їх переробку, тоді як основне завдання розвитку полягає в тому, аби за відсутності чи недостатнього розвитку сформувані у людини потрібні психологічні якості.

Відмінність між психотерапією і психокорекцією полягає в тому, що психотерапія має справу з різного роду порушеннями у людей, які страждають різними видами соматичних або психічних захворювань (розладів). Багато аномалій психіки і поведінки людей, які виявляються в захворюваннях, схожі на ті, з якими має справу психолог, що займається психокорекцією.

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

Через це виробився стереотип, коли людей, які звертаються за допомогою до психотерапевта, зазвичай називають хворими або пацієнтами, а тих, хто потребує лише коректувальної допомоги, іменують клієнтами [4, с. 76–77]. Сьогоднішня практика надання психологічної допомоги при різних нозологіях доказує примітивність подібних стереотипів.

Клієнт – це нормальна, фізично і психічно здорова людина, в якій у житті виникли проблеми психологічного або поведінкового характеру. Він не здатний самостійно вирішити їх і тому потребує сторонньої допомоги.

Як об'єкти коректувальної дії можуть виступати особа, сім'я або група.

Види психокорекції

Враховуючи певні критерії, психокоректувальні заходи можна класифікувати.

1. За спрямованістю виділяють корекцію:

- симптоматичну;
- каузальну.

Каузальна корекція (лат. *causa* – причина). Метод психокорекції, ґрунтується на принципах аналізу причинності у соціальній сфері та стійких уявленнях про конкретні причинні зв'язки (каузальні схеми).

Каузальна корекція спрямована на джерела і причини відхилень. Цей вид корекції триваліший за часом, потребує значних зусиль, проте ефективніший порівняно зі симптоматичною корекцією, оскільки одні й ті ж симптоми відхилень можуть мати абсолютно різну природу, причини та психологічну структуру порушень.

Каузальна схема розкривається 3 принципами:

1) принципом знецінення, або сприйняттям причини применшеною внаслідок наявності інших причин, які потенційно сприяють його появі;

2) принципом посилення, або сприйняттям ролі певної причини в обумовленні події як перебільшеної в результаті наявності чинників, що перешкоджають його настанню;

3) принципом систематичного спотворення причинних суджень про людей, систематичних відхилень причинних пояснень поведінки людей від правил формальної логіки.

Структура каузальної схеми ґрунтується на таких трьох положеннях:

1) люди, пізнаючи одне одного, не обмежуються отриманням побачених ззовні відомостей, а прагнуть до з'ясування причин поведінки і висновків, що стосуються відповідних особистісних якостей суб'єкта;

2) оскільки інформація про людину, яку отримують у результаті спостереження, найчастіше недостатня для належних висновків, спостерігач знаходить імовірні причини поведінки і риси особистості та приписує їх суб'єктові, за яким проводять спостереження;

3) ця причинна інтерпретація істотно впливає на поведінку спостерігача.

Основними мішенями каузальної схеми психокорекції є:

1) систематичні відмінності в поясненні людиною своєї поведінки та поведінки інших людей;

2) відхилення інтерпретації суб'єктом причин і мотивів поведінки інших людей від логічних норм під дією суб'єктивних (мотиваційних та інформаційних) чинників;

3) стимулюючий вплив на мотивацію і діяльність людини, що провокується поясненням невдалих результатів цієї діяльності зовнішніми чинниками, а успішних – внутрішніми.

Раціональну психотерапію можна вважати формою каузальної психокорекції. Причому найбільш простою та ефективною з відомих. У контексті раціональної психотерапії психологи орієнтуються переважно на найпростіші й очевидні (прямо-

лінійні) причинно-наслідкові зв'язки. В якості однієї з основних систем каузальної психокорекції розглядають когнітивну психотерапію.

Опис події, наслідком якої було звернення до психотерапевта у зв'язку з погіршенням здоров'я і встановлення причинних зв'язків між ними, не вимагав би особливих зусиль від клієнта, якби він не змішував разом те, що трапилося, і те, як він сприймає та як оцінює події. Завдання психотерапевта – розвести ці процеси, але цьому заважає зайва інформація про подію, оскільки основні параметри, через які подія набула такого значення, губляться.

Або протилежна тенденція: неясність при описі події, навіть заперечення її наявності. Це свідчить про наявність відбитку психологічного захисту (неусвідомленого бажання витіснити його зі свідомості), що також ускладнює вирішення психокорекційного завдання. Ще один варіант, що ускладнює ідентифікацію події, – випадок, коли наслідки активуються подією (ефект замкненого кола). Наприклад, виникнення тривоги, страху провокує подальше посилення побоювань за своє здоров'я, що своєю чергою ще більше погіршує емоційний розлад. При існуванні такого дворівневого реагування, до аналізу другого рівня емоційних порушень приступають раніше, ніж до досліджень причин першого рівня змін, що викликали емоційне напруження.

Основною системою каузальної психокорекції при неврозах є особистісно-орієнтована (реконструктивна) психотерапія. Серед основних її завдань – досягнення у клієнта усвідомлення та розуміння причинно-наслідкового зв'язку між особливостями його системи відносин і його психологічним станом. Різноманіття цілей, які ставить перед собою психотерапевт під час її проведення, обумовлює надзвичайну багатогранність і складність психотерапевтичного процесу, основою якого є вза-

ємодія особистості психолога, який забезпечує психокорекційний вплив, і особистості клієнта.

На основі вже виявлених закономірностей причинно-наслідкових зв'язків (відносин) розробляють нові й удосконалюють старі прийоми практичного використання каузальної психокорекції. З метою більш спрямованого впливу на емоційні розлади, мотивацію та ефективність діяльності клієнтів із впровадженням у психотерапію сучасної відеотехніки помітно розширилися можливості каузальної психокорекції. Завдяки більшій наочності при демонстрації клієнтам різних причинно-наслідкових зв'язків доступнішим є розуміння психогенез їхніх психологічних проблем та негативних емоційних станів.

Поряд із каузальною психокорекцією необхідно застосовувати симптоматичну психокорекцію, яка є невід'ємною частиною індивідуальних психотерапевтичних програм. До симптоматичної психокорекції належать напрями, методи, форми і прийоми, орієнтовані безпосередньо на усунення або послаблення симптому. Цим симптоматична психокорекція відрізняється, наприклад, від особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії Карвасарського, Ісуріної, Ташликова, що дає змогу реалізувати каузальний підхід до розуміння та ліквідації причин і механізмів хвороби, а також інших методів каузальної психотерапії (раціонально-емоційної психотерапії, когнітивної психотерапії, психоаналітичної психотерапії, класичного психоаналізу і ін.).

За цілями проведення симптоматична психокорекція може бути орієнтована на усунення ключового симптому, на поліпшення загального стану клієнта, на встановлення контролю над фізіологічними функціями і управління ними, на оптимізацію поведінки. Інші види симптоматичної психокорекції припускають більшу центрованість її методів на різні сфери особистісного функціонування. Наприклад, симптоматична психокорекція

спрямована на когнітивні компоненти особистості, більшою мірою зачіпає емоційні процеси, що впливають на поведінку.

Як симптоматична психокорекція можуть виступати самостійні методи, технічні прийоми різних методів психотерапії і їх поєднання, орієнтовані в системі конкретної індивідуальної психотерапевтичної програми.

Для усунення основних симптомів або поліпшення загального стану в практиці психотерапевтів традиційно застосовують різні варіанти гіпнотерапії, непрямого навіювання (голко-рефлексотерапія, методика “маска”), плацебо-терапія, аутогенне тренування тощо.

Останнім часом значного поширення набули нейролінгвістичне програмування, психосинтез.

Для симптоматичної психокорекції, яка передбачає активізацію когнітивного компонента особистості, також використовують раціональну психотерапію, метою якої є логічне переконання клієнта, а також різні варіанти роз'яснювальної психотерапії.

До групи методів симптоматичної психокорекції, зосереджених на емоційній стороні особистості, можна віднести різні варіанти катарсичної психотерапії, методики навіювання наяву і в гіпнотичному стані, гіпносугестивну емоційно-стресову психотерапію Рожнова, прийоми і техніки гештальт-терапії та ін.

До методів, спрямованих на зміну поведінки, належать різні варіанти поведінкової психотерапії, деякі методики аутогенного тренування, тренінг біологічного зворотного зв'язку, поведінкового моделювання з використанням відеозв'язку, техніки нейролінгвістичного програмування, соціодрами та ін. У наркології використовують специфічні методики аверсивної та умовно-рефлекторної психотерапії.

2. За змістом розрізняють корекцію:

- пізнавальної сфери;

- особи;
- афектно-вольової сфери;
- поведінкових аспектів;
- міжособових стосунків:
- внутрішньогрупових взаємин (родинних, подружніх, колективних);

- дитячо-батьківських стосунків.

3. За формою роботи з клієнтом розрізняють корекцію;

- індивідуальну;
- групову;
- у закритій природній групі (сім'я, клас, співробітники і так далі);

- у відкритій групі для клієнтів зі схожими проблемами;

- змішану форму (індивідуально-групову).

4. За наявністю програм:

- програмовану;
- імпровізовану.

5. За характером управління коригуючими діями:

- директивну;
- недирективну.

6. За тривалістю:

- надкоротку (надшвидко);
- коротку (швидко);
- тривалу;
- надтривалу.

Надкоротка психокорекція триває хвилини або години і спрямована на дозвіл актуальних ізольованих проблем і конфліктів. Її ефект може бути нестійким.

Коротка психокорекція триває декілька годин і днів. Застосовують її для вирішення актуальної проблеми, ніби “запускає” процес зміни, який продовжується і після завершення зустрічей.

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

Тривала психокорекція продовжується місяці, в центрі уваги – особистісний зміст проблем. Під час корекції опрацьовують безліч деталей, ефект розвивається повільно і є стійким.

Надтривала психокорекція може продовжуватися роки і зачіпає сфери свідомого та несвідомого. Багато часу приділяють досягненню розуміння суті переживань. Ефект розвивається поступово, є тривалим.

За масштабом вирішуваних завдань розрізняють психокорекцію:

- загальну;
- приватну;
- спеціальну.

Під загальною корекцією мають на увазі заходи загальнокоректувального порядку, нормалізуючи спеціальне мікросередовище клієнта, які регулюють психофізичні, емоційні навантаження відповідно до вікових та індивідуальних можливостей, які оптимізують процеси дозрівання психічних властивостей в особі, що само собою може сприяти ліквідації психічних порушень і гармонізації особи у процесі подальшого розвитку.

Під приватною психокорекцією розуміють набір педагогічних для психологотипу дій, що є адаптованими для дитячого і підліткового віку психокоректувальними прийомами та методиками, використовуваними в роботі з дорослими, а також спеціально розробленими системами психокоректувальних заходів, заснованих на провідних для певного віку онтогенетичних формах діяльності, рівнях спілкування, способах мислення і саморегуляції.

Кожен прийом має, як правило, декілька напрямів психокоректувальної дії. Приватна психокорекція озброює фахівця арсеналом засобів психологічної дії, якими він насичує програму групової чи індивідуальної роботи.

Спеціальна психокорекція – це комплекс прийомів, методик і організаційних форм роботи з клієнтом або групою клієнтів одного віку, що є найефективнішими для досягнення конкретних завдань формування особи, окремих її властивостей або психічних функцій, що виявляються в поведінці, яка відхиляється, і утрудненій адаптації (соромливість, агресивність, невпевненість, наднормативність або асоціальність, невміння діяти за правилами й утримувати узятую на себе роль, чітко викладати свої думки, боязливість, схильність до стереотипії, конфліктність, завищена самооцінка і так далі).

Отже, спеціальна психокорекція призначена виправляти наслідки неправильного виховання, що порушило гармонійний розвиток, соціалізацію особи. Негативні аспекти можуть бути обумовлені як суб'єктивними, так і об'єктивними чинниками.

Особливий випадок становлять умови дитячих будинків, виправних установ для неповнолітніх, виховання в яких невіддільне від корекції. У цих випадках первинним чинником, що порушує психічний онтогенез, є психогенія, і психокорекція, спрямована на подолання результатів неправильного виховання.

Психокорекційна ситуація

Не дивлячись на відмінність у теоріях, цілях, процедурах і формах коректувальної роботи, психологічна дія зводиться до того, що одна людина намагається допомогти іншій.

Коректувальна ситуація охоплює 5 основних елементів:

1. Людина, яка страждає і шукає полегшення своєї проблеми. Людина, яка має низку проблем різного роду та потребує психологічної допомоги, в психокорекції – це клієнт.

2. Людина, яка допомагає і завдяки навчанню або досвіду сприймається як здатна надавати допомогу, – це психолог, психокоректор.

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

3. Теорія, яку використовують для пояснення проблем клієнта. Психологічна теорія охоплює психодинаміку, принципи навчання та інші психічні чинники.

4. Набір процедур (техніки, методів), використовуваних для вирішення проблем клієнта. Ці процедури безпосередньо пов'язані з теорією.

5. Спеціальні соціальні стосунки між клієнтом і психологом, які допомагають полегшити проблеми клієнта.

Психолог повинен прагнути до створення такої атмосфери, яка допомагає клієнтові з оптимізмом дивитися на вирішення своїх проблем. Таке спеціальне ставлення є чинником, характерним для всіх форм дії [1, с. 55–57].

Основні моделі психологічної корекції

У практиці психокорекційної роботи традиційно виділяють три основні моделі корекції: загальна, типова та індивідуальна психокорекція.

Загальна модель корекції – це система оптимального вікового розвитку особи взагалі. Вона охоплює ощадний охоронно-стимулюючий режим для дитини, відповідний розподіл навантажень з урахуванням психічного стану, організацію життєдіяльності дитини в школі, у сім'ї і в інших групах.

Типова модель корекції заснована на організації конкретних психокоректувальних дій із використанням різних методів:

- ігротерапії;
- родинної терапії;
- психорегулюючих тренувань і ін.

Індивідуальна модель корекції орієнтована на психологічну корекцію різних порушень у дитини або підлітка з урахуванням його індивідуально-типологічних, психологічних, клініко-психологічних особливостей. Це досягається в процесі створення індивідуальних психокоректувальних програм, спрямованих

на корекцію наявних недоліків з урахуванням індивідуальних чинників.

Усі три моделі тісно зв'язані та взаємозалежні, хоча мають різні завдання. Загальна модель психокорекції орієнтована на профілактичну роботу з дитиною, типова модель – на оптимізацію, стимулювання психічного розвитку, а індивідуальна модель – психокорекцію недоліків у розвитку дитини з урахуванням її клініко-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей.

Ефективність психокорекційного процесу значною мірою залежить від уміння психолога скласти психокоректувальну програму. При цьому необхідно враховувати такі методичні вимоги до програми:

- чітко сформулювати основні цілі роботи;
- виділити завдання, які повинні конкретизувати основну мету;
- визначити зміст коректувальних занять з урахуванням структури дефекту та індивідуально-психологічних особливостей дитини, розвитку провідного виду діяльності;
- визначити форму роботи з дитиною (групова, родинна, індивідуальна);
- відібрати відповідні методи і техніку з урахуванням вікових, інтелектуальних і фізичних можливостей дитини;
- запланувати форму участі батьків та інших осіб у коректувальному процесі;
- розробити методи аналізу оцінювання динаміки психокоректувального процесу;
- підготувати приміщення, необхідне устаткування та матеріали.

Блоки психокорекційного комплексу

Цілеспрямована психокоректувальна дія на дитину та підлітка з проблемами в розвитку відбувається за допомогою пси-

хокоректувального комплексу, який складається з чотирьох взаємозв'язаних блоків:

- діагностичний;
- коректувальний;
- оцінний;
- прогностичний.

До діагностичного блоку належать діагностика психічного розвитку дитини і діагностика соціального середовища. Діагностика психічного розвитку дитини охоплює:

- всестороннє клініко-психологічне вивчення особи дитини та її батьків, системи їхніх стосунків;
- аналіз мотиваційної сфери дитини і членів її сім'ї;
- визначення рівня розвитку сенсорно-перцептивних та інтелектуальних процесів і функцій;
- діагностику соціального середовища дитини (аналіз несприятливих чинників соціального середовища, що травмують дитину, порушують її психічний розвиток, формування характеру особи та соціальну адаптацію).

Коректувальний блок охоплює такі завдання:

- корекція неадекватних методів виховання дитини з метою подолання її мікросоціальної занедбаності;
- допомога дитині або підліткові в оволодінні психотравмуючою ситуацією;
- формування продуктивних видів взаємин дитини з тими, хто є поруч (у сім'ї, в класі);
- підвищення соціального статусу дитини в колективі;
- розвиток у дитини або підлітка компетентності в питаннях нормативної поведінки;
- формування і стимуляція сенсорно-перцептивних, мнемічних та інтелектуальних процесів у дітей;
- розвиток і вдосконалення комунікативних функцій, емоційно-вольової поведінки;

- створення в дитячому колективі, де навчається дитина, атмосфери прийняття, доброзичливості, відвертості, взаєморозуміння.

У досягненні цієї мети на перший план виступає робота психолога не лише з близьким соціальним оточенням дитини (сім'єю), але і з педагогами, які навчають дитину, та з її однокласниками, друзями, знайомими. Це одне з важливих завдань, оскільки соціальна інтеграція дитини з проблемами в розвитку у суспільстві є важливим чинником всестороннього виховання особи.

Оцінний блок, або блок оцінювання ефективності психокоректувальних дій, спрямований на аналіз змін пізнавальних процесів, психічних станів, особових реакцій у дитини в результаті дій. Критерії оцінювання ефективності вимагають обліку структури дефекту, механізмів його прояву, аналізу цілей і використуваних методів психологічної дії.

Результати психокоректувальної роботи можуть виявлятися у дитини в процесі роботи з нею, до моменту завершення процесу і впродовж довгого часу після закінчення заняття.

Ефективність роботи залежить як від об'єктивних, так і суб'єктивних чинників. До об'єктивних чинників належать:

- міра тягаря дефекту у дитини;
- чіткість поставлених завдань;
- чіткість організації процесу;
- час початку процесу;
- професійний і особовий досвід психолога.

До суб'єктивних чинників можна віднести:

- установки дитини і батьків на психологічну корекцію;
- ставлення їх до корекції і до психолога.

При оцінюванні ефективності психокоректувальних дій необхідно використовувати всілякі методи, залежно від поставлених завдань. Наприклад, у процесі аналізу ефективності

емоційних порушень у дітей доцільно використовувати звіти батьків про поведінку дітей до і після занять. При оцінюванні поведінкових та емоційних реакцій дитини доцільно поєднувати метод спостереження з проектними методами дослідження особи. При оцінюванні ефективності пізнавальних процесів у дітей можна використовувати функціональні проби, спрямовані на аналіз процесів діагностик, результати педагогічних спостережень. Оцінювання ефективності психологічної корекції може провести і незалежна експертна комісія, до якої входять не лише психологи, а й лікарі, педагоги та соціальні працівники.

Організаційні аспекти психокорекційних технологій

Ефективність психокоректувальних дій значною мірою залежить від:

- форми проведення роботи;
- підбору і комплектації груп;
- тривалості та режиму занять.

Традиційно виділяють дві форми проведення занять – індивідуальну і групову. Вибір форми роботи залежить від особливостей психічного та фізичного розвитку, віку і вираженості афектних проблем. У практиці часто використовують змішану, індивідуально-групову форму.

Індивідуальну вибирають у таких випадках:

- якщо проблеми дитини або підлітка є індивідуальними, а не міжособовими, наприклад, недорозвинення пізнавальних процесів у дітей з інтелектуальною недостатністю або затримкою психічного розвитку;
- якщо дитина або підліток відмовляється працювати в групі з якихось причин, а саме: недостатній соціальний досвід, важкий фізичний дефект, негативне ставлення батьків до групової взаємодії дитини;

- якщо у дитини або підлітка спостерігаються виражені афектні проблеми: висока тривожність, необґрунтовані страхи, невпевненість у собі, агресивна поведінка і так далі.

У разі застосування групової форми цілеспрямоване використання всієї сукупності взаємодій та взаємин між учасниками групи з коректувальними цілями. Групова психокорекція сфокусована на трьох складових самосвідомості:

- самопізнання (когнітивний блок) – усвідомлення дитиною і підлітком своїх інтелектуальних, особових та емоційних ресурсів;

- ставлення до себе – формування у дитини і підлітка позитивного емоційного ставлення до себе, переживання в групі й усвідомлення минулого емоційного досвіду, здобуття нових емоційних переживань у групі;

- саморегуляція (поведінковий блок) – подолання неадекватних форм поведінки, розвиток і закріплення нових форм поведінки.

Групова психокорекція більшою мірою акцентує увагу на міжособових проблемах дитини та підлітка, а індивідуальна – на внутрішньоособових проблемах. Під час комплектування груп необхідно враховувати міру тягаря та клініко-психологічну структуру дефекту у дитини. Бажано, аби в групі були діти з різною мірою тягаря фізичного та психічного дефекту, але однієї нозологічної форми. Наприклад, у групу дітей з ДЦП доцільно відібрати дітей з різною мірою тягаря рухового дефекту, але з підлягаючим зберіганню інтелектом. Вік дітей не відіграє визначальної ролі при відборі в групу, особливо коли в корекції беруть участь діти з психічним недорозвиненням і ЗПР. У таких групах різниця у віці може варіювати від 2 до 5 років. У групах дітей з емоційними проблемами (дисгармонійний розвиток, диспропорційний розвиток і так далі) бажано, аби вік учасників групи був приблизно однаковим.

ПК процес може бути короткочасним (від 2 до 6 місяців) або довготривалим (від 1 року і довше). Тривалість занять залежить від завдань ПК, від психологічних особливостей членів групи та від віку учасників ПК. Для дітей з вираженими афектними й інтелектуальними порушеннями тривалість групових занять може бути від 40 до 70 хвилин при частоті 2 заняття на тиждень. При частоті 1 заняття на тиждень тривалість занять може бути збільшена до 90 хвилин [6, с. 33–39].

Відомий психолог і порадник Пітер Левін у своїй книзі “Зцілення травми” написав про те, що суспільство вчить нас боротися з переживаннями, ховати їх, “бути сильними”, “не здаватися перед лицем труднощів” – ми дивимося фільми про сильних особистостей, які завжди долають будь-які перешкоди, читаємо книги, в яких герої “беруть себе в руки” відразу після травматичної події і йдуть далі, всупереч усьому..., нас вчать “тримати обличчя”, не показувати, що нам боляче, не дозволяти собі слабкість, хоча, зазначив П. Левін, психологічну травму переживають значно важче, ніж фізичну. Наявні декілька очевидних аргументів. Перший із них у тому, що психологічна травма – це поняття дуже суб’єктивне. Якщо наслідки фізичної травми очевидні й піддаються зрозумілому лікуванню, то з травмою психологічною кожному з нас доводиться розбиратися самостійно. Уникати травматичних переживань неможливо, сам П. Левін написав про важливу роль, яку відіграють травми в нашому житті: важкі випробування допомагають нам усвідомити важливі для нас речі, трансформуватися. Але дуже важливо правильно пройти і завершити всі процеси, щоб травматичне переживання стало досвідом, який ми можемо взяти за основу, а не джерелом проблем і захворювань [36].

Пітер Левін розробив програму з правильного опрацювання травми, яка складається з 8-ми основних етапів: ЕТАП 1: повернення почуття безпеки. Якщо ви пережили травматичну подію

(зраду коханого, смерть близького, публічне приниження, розрив відносин тощо), то перше, з чого радить почати лікар, це з відновлення меж власного простору. Травматична подія руйнує наш захист, ми перестаємо почуватися в безпеці, нас буквально розривають важкі емоції, ми відчуваємося незахищеними перед зовнішньою агресією. П. Левін запропонував спеціальні вправи, які допомагають знову відчути межі, всередині яких ми в безпеці – це межі нашого тіла. Постукування по шкірі, контрастний душ допоможуть буквально “шкірою” відчути межу, яка відокремлює і захищає наш особистий простір від агресивного зовнішнього світу. Відчуйте, що ви “в будиночку”, і ніхто й ніщо не може проникнути у ваш простір, ви в абсолютній безпеці.

ЕТАП 2: набуття ґрунту під ногами. Будь-яка травматична подія буквально вибиває ґрунт у нас з-під ніг. Нам здається, що все валиться навколо нас, все нестабільно: ми начебто летимо на швидкості в безповітряному просторі, і нічого не можемо з цим вдіяти, ми не контролюємо події, які розвиваються поза нашою волею. П. Левін рекомендує “заземлитися” – буквально встати голими ступнями на землю і просто відчути, що ось він, ґрунт, що ви стоїте дуже надійно. Немає ніякого безповітряного простору, ви стоїте на землі двома ногами, і світ не руйнується, навколо вас усе стабільно. Ви не падаєте і не втрачаєте своєї рівноваги, ви на 100 % контролюєте те, що відбувається, відчуйте це і дайте собі час, щоб це відчуття закріпилося.

ЕТАП 3: визначення джерел “підживлення” і латання “дірок”. Це дуже важливий етап. У нас у кожного є свої способи поповнення енергії – хтось спить або перечитує улюблені книги, щоб відновитися, хтось готує та їсть улюблені страви, хтось займається спортом, хтось слухає музику, хтось їде до мами тощо. П. Левін радить спробувати визначити, що є таким джерелом для вас – згадайте, що допомогло вам подолати травматичні переживання в минулому? Які заняття приносять вам почуття

задоволення, заспокоюють? Поруч із якими людьми ви почуваетесь в безпеці, хто підживлює вас своєю енергією?

Пітер Левін радить закрити очі й уявити можливі джерела енергії, а також спробувати побачити, хто або що, навпаки, вашу енергію забирає. В якості проломів, через які витікає енергія, можуть виступати, наприклад, батьки, які вимагають, щоб ми відповідали їхнім вимогам, або хтось поруч із нами, хто висмоктує сили і час, ненависна робота, неприємна рутинна, навіть певні місця, міста і країни .

Після того, як ви провели реєстр “джерел живлення” і визначили “дірки”, важливо максимально захистити себе від того, що забирає сили, і наповнити життя заняттями та спілкуванням з тими людьми, які вас підживлюють. Коли ви відновлюєтеся після фізичної травми, ви дотримуетесь певного режиму й уникаєте того, що може погіршити ваш стан – відновлення після психічної травми відбувається за таким самим принципом. Ви зараз дуже вразливі, захистіть себе максимально від нових травм.

ЕТАП 4: пошук блоків і відстеження ефекту травми. На цьому етапі психолог вчить стежити за відчуттями тіла, щоб зрозуміти, як саме травматичне переживання проектується на фізичні відчуття. Наприклад, коли дівчина переживає біль зради – в якому місці ця емоція проявляється фізично? І як відчувається фізично? Біль у сонячному сплетінні? Холод у животі? Грудка у горлі? Ці відчуття важливо відстежити та спробувати “помацати”, яка за розмірами ця грудка? А за вагою? З якого вона матеріалу?

ЕТАП 5: активне спостереження за відчуттями. Тількино ви зможете відстежувати фізичні прояви своїх переживань, травматичний ефект події почне знижуватися, бо ви знову відчуватимете контроль над тим, що відбувається. Неможливо перестати відчувати образу або страх, але можна

спостерігати і контролювати фізичні відчуття, які викликають ці емоції.

На цьому етапі лікар радить дуже уважно спостерігати за собою та відчуттями тіла. Заплющіть очі й задайтеся запитанням: що я відчуваю, коли згадують про подію? Які відчуття у тілі відчуваю при думках про людину, з якою пов'язане травматичне переживання? Чи змінюються ці відчуття? Можливо, камінь, який ви відчуваєте в районі сонячного сплетіння, коли думаєте про зраду коханого, стає легшим і менш щільним? Або навпаки? Можливо, грудка в горлі, яку ви відчуваєте, коли згадуєте про смерть близької людини, пішла, натомість ви відчуваєте біль у грудях? Спостерігайте і записуйте свої відчуття.

ЕТАП 6: “контакт з переживанням”. Важкі травматичні переживання часто мають властивість завдавати довгий негативний вплив, бо нам дуже важко повертатися до них, щоб переробити їх у досвід і відпустити. Енергія, яка вивільнилася в момент травми (сором, страх, приниження – це все дуже сильні переживання, які вивільнюють багато енергії) нікуди не йде, і якщо ми не випустимо її на волю, то вона так і залишається всередині бомбою уповільненої дії. “Контакт з переживанням” – це можливість розмінувати цю бомбу. У своїй книзі психолог навів кілька вправ, які допомагають “знешкодити” травму, всі вони побудовані на програванні різних сценаріїв моменту травматичного переживання та спостереження за собою. В якості однієї з вправ П. Левін радить сісти в зручну позу, заплющити очі, повернутися в момент переживання, згадати свої відчуття (сором, переляк, біль, страх тощо) і постаратися утримувати на цих відчуттях свою увагу якомога довше, доти, доки вони не почнуть видозмінюватися та їхня інтенсивність не почне знижуватися.

ЕТАП 7: повернення до нормального життя. Коли ми перебуваємо під владою травми, ми настільки зайняті своїм болем

і виживанням, що майже не реагуємо на зовнішні переживання. Ми не відчуваємо смаку їжі, не помічаємо хорошої погоди, всі наші відчуття притупляються. Після того, як ми випустили руйнівний ураган на волю, ми можемо, нарешті, відкрити очі та з подивом виявити той світ, який ми не помічали, доки лікувалися від травми.

Пітер Левін буквально радить відкрити очі й уважно вивчити предмети довкола себе: їхній колір, особливості, призначення. Що відбувається у світі? Які фільми, книги, теми обговорюють? Цікавість, яка пробуджується на цьому етапі, допомагає остаточно позбутися наслідків травми – травма не може співіснувати з енергією пізнання, яка тягне нас уперед.

ЕТАП 8: закріплення результату і рух далі. Коли тяжкість травматичного переживання піде, ви відчуєте, як до вас повертаються сили та бажання рухатися вперед. Дуже важливо залишатися на цій хвилі, не скочуючись назад, й іноді тут може знадобитися зовнішня допомога. Пітер Левін навів афірмацію, яку він радить повторювати всім своїм клієнтам, ця афірмація насправді – давня молитва північноамериканських індіанців: “Я дякую за допомогу, яка, – я знаю, – вже на шляху до мене”. Коли травматичне переживання опрацьовується, і ми позбавляємося гніту руйнівних емоцій, нова енергія “наповнює наші вітрила”. Ми щиро дякуємо долі за досвід, нехай і дуже важкий, і робимо крок у щасливе майбутнє [36].

3.5. Особливості психокорекційної роботи з травмами війни

Серед методів психокорекції необхідно виділити: методики психічної саморегуляції, непряме навчання з використанням елементів раціональної психотерапії й елементи нейролінгвістичного програмування. Ці методи досить прості,

доступні і не потребують спеціальної підготовки лікаря чи психолога.

Загальним принципом побудови психокорекції при дизадаптації осіб, які травмовані війною є диференційоване поєднання при її проведенні методів симптоматичної, особистісно-орієнтованої та соціоцентрованої психокорекції. Треба враховувати також послідовність проведення різних психокорекційних методик залежно від етапу корекції. Вибір психотерапевтичних методів передусім визначається їх спрямованістю та ефективністю, а також можливостями і професіоналізмом лікаря. Крім того, варто враховувати особистісні особливості учасників воєнних подій [95]. Необхідне глибоке та всебічне вивчення особистості з психотравмами після війни, особливостей її емоційного реагування, мотивації, специфіки формування, структури та функціонування системи її відносин; виявлення і вивчення етіопатогенетичних механізмів, що сприяють як виникненню, так і збереженню симптоматики; досягнення у неї усвідомлення та розуміння причинно-наслідкового зв'язку між особливостями системи її відносин і його стану; допомоги в розумному вирішенні психотравмуючої ситуації, зміни за необхідності її об'єктивного становища та ставлення до неї оточуючих; зміни відносин, корекції неадекватних реакцій і форм поведінки, що своєю чергою веде як до поліпшення суб'єктивного самопочуття, так і до відновлення повноцінності її соціального функціонування.

Враховуючи наявність високого рівня тривожності, емоційної збудливості та дратівливості, закономірно, що такі стани супроводжуються соматовегетативними порушеннями, м'язовою напруженістю і т. д., а також у більшості випадків підвищеною сугестивністю, обумовленою астенізацією і наявною загрозою для життя на тлі спочатку низької готовності до спільної активної психокорекційної роботи фахівці-практики

[95] радять організувати психокорекційну практику за такою структурою:

- на першому етапі найбільш адекватним є застосування елементів раціональної психотерапії та нейролінгвістичного програмування для виявлення особливостей розладів, встановлення довірливих відносин, роз'яснення помилкового ставлення до свого стану;

- на другому етапі – методики саморегуляції (аутогенне тренування, нервово-м'язова релаксація, психічна саморегуляція), використовувані у формі індивідуальної та групової психотерапії;

- на третьому етапі – соціальна корекція у формі соціально-психологічного тренінгу.

Психокорекція на першому етапі формує більш позитивне ставлення до майбутньої роботи. Встановлюються довірливі відносини пацієнтів до лікаря, впевненість у компетентності останнього, формуються стійка позитивна установка на проведеному і майбутню психокорекцію, почуття відповідальності за те, що в психічних компетенціях клієнта буде сформовано заново. Крім відповідних особистісних якостей і професійного досвіду, в психокорекції психологу-лікареві необхідне практичне вміння встановлювати продуктивний контакт із пацієнтом на емоційному та когнітивному рівнях з використанням вербальних і невербальних прийомів комунікації. Щоб добре володіти такими навичками, досить корисно використовувати прийоми нейролінгвістичного програмування, що відомі під назвами “підстроювання”, “синхронізація” і “ведення” та детально описані у відповідних посібниках.

Стрижнем раціональної психотерапії є правильне, доступне для розуміння пацієнта трактування характеру, причин виникнення його стану, що дає змогу сформувати до нього найбільш адекватне ставлення.

У межах раціональної психотерапії психолог може використовувати теоретичні положення різних напрямів, але в основі роботи повинні бути такі правила: висока компетентність у цьому напрямі, забезпечення цим напрямом “широти маневру” в певних психокорекційних заходах, доречність їх застосування в певному випадку, зрозуміла для пацієнта форма викладу.

Як приклад, можна навести трансактний аналіз Е. Берна, що дозволяє наочно інтерпретувати взаємодію пацієнта з оточуючими через позицію неузгодженості у структурі так званого “Я-стану” (Дитина, Дорослий, Батько). Аналіз психологічних ігор і сценаріїв допомагає пацієнтові глибше зрозуміти справжні мотиви і цілі власної поведінки, походження деструктивної поведінки і т. д. На основі проведеної роботи, а також психологічного тестування виділяється “мішень” психокорекційного впливу і визначаються відповідні психотехніки.

У результаті першого етапу досягається більш повне розуміння пацієнтом причин свого розладу та механізму його розвитку; формулюється мета психокорекції, бажані зміни в психічному стані (ті, які хоче досягти пацієнт); зміна порушених відносин, корекція неадекватних реакцій і форм поведінки, вироблення нових стереотипів і форм емоційного та поведінкового реагування.

Застосування методик саморегуляції на другому етапі дає змогу редукувати страх, тривогу, психоемоційне напруження; сформувати фоновий позитивний психоемоційний стан; навчити прийомам релаксації і мобілізації.

Враховуючи достатньо виражену початкову пасивність учасників військових подій та їх достатньо високу сугестивність, найрезультативнішими є методики саморегуляції з використанням на перших етапах навчання гетеросугестії і поступового збільшення ролі учня, його внутрішньої активності у процесі їх освоєння. Тому поряд із такими класичними методиками, як

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

аутогенне тренування, м'язова релаксація Джекобсона, можна застосовувати розроблені російськими військовими психіатрами методику психічної саморегуляції для реабілітації учасників воєнних подій, які брали участь у бойових діях "Мобілізація – 1"; асоціативну методику саморегуляції.

На третьому етапі бажаний соціально-психологічний тренінг. Досвід показує, що в генезі і проявах психічних порушень в учасників військових подій важливе місце займають порушення в плані міжособистісних відносин, які своєю чергою породжують невротичні патерни поведінки (що підсилюють невротичну симптоматику), і таким шляхом формують освіту порочного кола. Проблема корекції міжособистісних відносин на рівні мікро- і макрооточення часто можливо вирішити тільки в групах. Групова психокорекція допомагає: усвідомити особливості своїх міжособистісних відносин і поведінки, можливість їх оцінювання в різних ситуаціях, коригувати самооцінку на основі зворотного зв'язку в атмосфері емоційної відкритості та довіри; зняти ореол винятковості психологічних проблем; отримати емоційну підтримку від інших учасників групи, що мають спільні проблеми та цілі; апробувати й освоїти нові навички поведінки, мати можливість експериментувати з різними стилями міжособистісних відносин; вирішити наявні міжособистісні конфлікти.

Запропоновані психокорекційні методики довели ефективність у цієї категорії учасників воєнних подій. У переважній більшості випадків вони забезпечують високу ефективність і швидкість досягнення корисного результату, що важливо при обмеженому часі впливу. Методики відносно прості в освоєнні, і застосовні в різних контингентів з "прикордонними" станами, оскільки мають широкий психокоректувальний спектр [65].

Щодо психокорекційної роботи з вимушеними переселеними зі зони воєнного конфлікту, то тут є своя специфіка.

Більшість спеціалістів, які займаються психологічним супроводом вимушено переселених, одноставно вважають, що психологічні проблеми членів сімей переселенців, зокрема із зони воєнного конфлікту, є комплексними [65]. Ядром цих проблем є тяжкий травматичний досвід, переживання якого ускладнюється необхідністю адаптуватися у новому середовищі. Іншими словами, спостерігається ефект ретравматизації – одна травма накладається на іншу: загроза життю та благополуччю за місцем попереднього проживання (одна травма) поєднується із необхідністю контактувати з незнайомим середовищем (вторинна травма).

Особливо стресовою і травматичною ситуацією ці події стали для дітей, які змушені були змінити місце проживання й отримали статус “діти-переселенці”, тому що діти взагалі є більш вразливими та чутливими до впливу несприятливих чинників оточуючого середовища, аніж дорослі. Діти-переселенці змушені зустрічатися із травматичними і стресовими чинниками значно частіше. Ці чинники впливають на дитину в період її розвитку, порушуючи цим нормальні процеси формування і становлення особистості. Пережитий травматичний досвід впливає на когнітивні процеси, особливості поведінки, міжособистісні відносини, самооцінку і загалом на світогляд.

Травмуючі обставини залишають дитину без стабільного, безпечного та сприятливого оточення, яке є необхідним для нормального розвитку. Навіть якщо сім'я переїхала на нове місце в повному складі, дорослі не можуть приділяти вихованню і проблемам дітей стільки ж уваги, скільки приділяли раніше. Батьки, самі, переживаючи тяжкий стрес та кризу ідентичності, не завжди здатні виконувати звичні сімейні ролі. Вони часто не мають сил, щоб допомогти своїм дітям. Із втратою найближчого оточення (близьких, родичів, сусідів), сім'я втрачає значну частину соціальної підтримки.

До сімей, які класифікуються як ті, що опинились у складних життєвих обставинах, належать, зокрема: сім'ї з дітьми, які опинились у складних життєвих обставинах і не в змозі подолати їх самостійно у зв'язку з вимушеною міграцією.

Необхідно враховувати і категорію постраждалих: хто перед нами, – дитина, людина похилого віку, жінка або чоловік. Це також треба брати до уваги під час організації психологічної роботи.

До основних проблем, які можуть спостерігатися у дітей-переселенців, належать:

1) порушення когнітивних процесів (погіршення пам'яті, труднощі концентрації уваги, розлади мислення);

2) невротичні реакції (стресове виснаження, фобічні реакції, порушення сну й апетиту);

3) функціональні розлади (регрес поведінки та психосоматичні розлади);

4) емоційні та поведінкові порушення (реакції протесту, підвищена плаксивість та капризність, часті зміни настрою);

5) проблеми пов'язані зі спілкуванням (несформованість адекватних соціально-комунікативних навичок, страх і недовіра або агресія і дратівливість стосовно оточення, можлива надмірна залежність від думок оточуючих);

6) порушення взаємовідносин у сім'ї, коли зміна соціальної ситуації та обов'язків у сім'ї часто змушує дітей і підлітків "включатися" в дорослі проблеми (до яких вони можуть бути не готові).

Особливі труднощі переживають діти-переселенці підліткового віку, який є найважливішим етапом у формуванні та розвитку ідентичності. Переселенці займають маргінальне положення у приймаючому середовищі. З одного боку, якщо підлітки не входять у соціальну мережу земляків, то їм доволі важко сформувати позитивне ставлення до себе. А з іншого – традиції

та стиль життя, які пропагують члени такої мережі можуть суперечити нормам приймаючого середовища. Як результат, підліток може відчувати відчуження та дезорієнтацію.

Майже всі діти-переселенці мають досвід життєвих потрясінь і потребують допомоги з відновлення їхнього психологічного здоров'я [65].

Метою психологічної підтримки цієї категорії дітей має бути допомога в подоланні проблем розвитку, викликаних пережитим досвідом вимушеної міграції.

Допомога дітям-переселенцям передбачає:

1. Забезпечення умов для оптимального розвитку (створення безпечної та сприятливої ситуації для розвитку дитини шляхом роботи зі всією сім'єю, забезпечення стимулюючих соціальних контактів і можливостей для розкриття її здібностей):

- створення сприятливого соціально-психологічного клімату в навчальному закладі та оптимізація змісту і форм психологічної просвіти педагогічних працівників, батьків;

- застосування міжсекторальної взаємодії та мультидисциплінарного підходу до вирішення проблем, які виникають (за потреби звернутися до закладів і установ охорони здоров'я, підрозділів служби з надзвичайних ситуацій тощо з пропозицією співробітництва та координації у справі надання психологічної допомоги тим, хто її потребує);

- залучення до надання психологічної допомоги висококваліфікованих фахівців, практичних психологів, соціальних педагогів, психотерапевтів, консультантів ПМПК.

2. Стимулювання розвитку завдяки підтримці дитини:

- забезпечення індивідуального супроводу працівниками психологічної служби системи освіти всіх без винятку дітей, вихованців, учнів, студентів названих категорій та надання їм необхідної корекційної, реабілітаційної і соціально-педагогічної допомоги;

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

- залучення постраждалих дітей до участі в діяльності позашкільних навчальних закладів з метою створення умов для їхньої самореалізації та проведення діагностичної і корекційно-відновлювальної роботи з ними практичних психологів цих закладів;

- робота з дітьми названих категорій під час літнього оздоровлення у таборах відпочинку, навчальних закладах, місцях тимчасового перебування;

- залучення вихованців, учнів, студентів зазначених категорій до активної виховної і розвивальної діяльності в позаурочний час.

3. Усунення перешкод для розвитку дитини:

- соціально-педагогічна допомога сім'ям вимушених переселенців у налагодженні соціальних зв'язків із місцевими закладами охорони здоров'я, працевлаштування, соціальних служб, закладів і установ освіти, забезпеченні дітей навчальними посібниками, підручниками, іншим навчальним приладдям;

- надання соціально-педагогічної і психологічної допомоги абітурієнтам і першокурсникам ВНЗ і ПТНЗ в адаптації до нових умов навчально-виховного процесу та налагодження побутових умов їх проживання і встановлення нових соціальних зв'язків у навчальному закладі та за його межами;

- недопущення своїми діями чи бездіяльністю вторинної травматизації учасників навчально-виховного процесу та, у разі потреби, перескерування дітей, батьків і педагогів до інших спеціалістів.

Соціально-психологічний супровід дітей-переселенців має найперше створити сприятливе поле успішної адаптації дітей у закладі освіти.

Психологічний супровід учнів з посттравматичним стресовим розладом має охоплювати такі напрями роботи:

1. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу з використанням невербального спостереження за реакцією дитини під час спілкування з практичним психологом, тілесними сигналами несвідомих процесів (приховані емоції, витіснені, але актуальні переживання), аналіз висловлювань дитини (особисте ставлення дитини до травми і її значення для неї), проективних методик (виявляють актуальні процеси емоційно-вольової сфери, допомагають зрозуміти, наскільки травма спотворила сприйняття себе та навколишнього світу, виявити особливості реакції на подію), опитувальника Басса-Дарки, симптоматичного опитувальника Ю. Олександровича, батьківської анкети для оцінювання травматичних переживань дітей, тесту тривожності Спілбергера-Ханіна та інших методик, які пройшли експертизу відповідно до Положення про експертизу психологічного та соціологічного інструментарію, що застосовується в навчальних закладах. Психологічну діагностику учнів проводять за згодою батьків чи осіб, які їх замінюють.

2. Психологічне консультування учнів з посттравматичним стресовим розладом передбачає індивідуальну та групову психоконсультаційну допомогу. Для елімінації травматичного стресу використовують емпатійне слухання як засіб, що знімає частину внутрішньої емоційної напруги. Якщо дитині необхідно проговорити, емоційно відреагувати на переживання, що накопичилися з приводу травми, використання цього прийому допомагає їй відчути себе почутим, легалізувати травмуючі переживання, у відповідь на емоційну підтримку та прийняття з боку практичного психолога.

3. Психолого-педагогічне консультування батьків учнів з посттравматичним стресовим розладом. Переважно консультування спрямоване на розвиток можливостей сімейної психокорекції посттравматичного стресового розладу, підвищення адаптивних можливостей самих батьків.

4. Психолого-педагогічне консультування і просвіта педагогічного колективу школи з питань супроводу дітей із посттравматичним стресовим розладом з метою безпечного та дружнього середовища у закладі.

5. Психокорекція посттравматичного стресового розладу спрямована на допомогу дитині опанувати ситуацію, навчити її пристосовуватися до дійсності і долати психотравмуючі впливи. В її основі – використання комплексу психокорекційних методик: заняття в арт-студії, навчання прийомам релаксації та зняттю м'язової напруги, психокорекційні вправи, соціально-психологічні тренінги, різні прийоми групової та індивідуальної арт-терапевтичної корекції (фіксація травмуючих переживань у формі малюнка, метафори, складеної дитиною про себе історії, допомагають спрямувати в певне русло емоційну енергію, знизити її руйнівний потенціал, зробити керованою і доступною для терапевтичного розуміння свідомості дитини) [65].

3.6. Кризова інтервенція як вид психологічної допомоги учасникам бойових дій

Сучасна ситуація на Сході України зумовлює необхідність застосування ефективних методів психологічної допомоги в умовах посттравми.

Якщо розглядати особливості кризової інтервенції як етапу надання психологічної допомоги учасникам бойових дій, то, окрім визначення ознак кризової інтервенції, а саме змістових особливостей її основних етапів, необхідно описати специфіку застосування різних психотерапевтичних напрямів в умовах посттравми та окреслити напрями реалізації комплексного підходу до психологічного супроводу учасників бойових дій.

Водночас, з огляду на складність посттравми, звичні засоби часто виявляються недостатньо дієвими, що актуалізує потребу в подальших розробках за цією проблематикою та відповідає пріоритетним напрямам державної політики в галузі захисту та збереження психічного здоров'я громадян.

Пережиті військові події сягають за межі звичного досвіду особистості. Людина опиняється в стані психічного виживання під впливом таких чинників: 1) усвідомлення загрози життю (біологічний страх смерті, поранення, біль, інвалідизація); 2) переживання психоемоційного стресу внаслідок загибелі товаришів та необхідності вбивати; 3) стан невизначеності та потреби в миттєвому реагуванні на раптові події в умовах дефіциту часу; 4) блокування базових потреб організму в повноцінному сні та харчуванні; 5) труднощі в пристосуванні до кліматичних і погодних умов [19, с. 35].

Усе це призводить до формування посттравматичного синдрому, що в суті спричинює тяжкий психічний стан і є різновидом тривожного розладу (неврозу), зумовленого поодинокістю або повторюваною психотравмуючою ситуацією. Бойові дії – це стресова подія виняткового характеру, що призводить до загального дистресу практично в усіх її учасників. Досить влучним є вираз: людина, яка пройшла через війну, зрештою починає воювати сама зі собою.

Нині в системі реабілітації учасників бойових дій інтенсивно застосовують найефективніші види психотерапії, апробовані на практиці. Водночас питання про використання численних психотерапевтичних методів у структурі інтегративних моделей психолог має вирішувати після надання клієнтові консультації на основі особливого методу психологічної допомоги – кризової інтервенції.

Одна із конкретних цілей, яку ми ставимо перед собою, полягає у визначенні ролі та змістової специфіки кризової ін-

тервенції як методу надання психологічної допомоги в умовах посттравми.

Кризовій інтервенції притаманні такі ознаки: сприяння вираженню сильних емоцій; зменшення негативних почуттів завдяки процесу повторення; відкриття доступу до дослідження нагальних проблем; формування розуміння актуальних проблем для підтримки клієнта; створення фундаменту для прийняття людиною набутого досвіду [104, с. 98–103].

Кризова інтервенція завжди сконцентрована на актуальній ситуації, а не на особистості, оскільки на цьому етапі в людини немає сил із нею впоратися. Психологові необхідно ідентифікувати нерозв'язані "історичні" проблеми, пов'язані з кризовою ситуацією, після чого сконцентруватися на актуальній темі. Причому навички активного слухання дають змогу зменшити хаос, сприяючи відновленню контролю. Кризова інтервенція спрямована на те, щоб уможливити подальше опрацювання проблеми, а не терміново її розв'язати.

На **першій стадії** діяльності проводять збір інформації та вирішують низку завдань, які розглянемо детальніше.

1. Допомога клієнтові в ідентифікації почуттів та поєднанні їх зі змістом ситуації. Це сприяє зниженню рівня емоційної напруги та визначення кризи через окремі події та проблеми.

Посттравматичний синдром характеризується певними симптомами, серед яких безсоння, нічні жахи, часті неконтрольовані спогади, пов'язані з травмуючою подією, можливі галюцинації, апатія чи, навпаки, висока збудливість, надмірна напруга, агресивні прояви, порушення пам'яті та концентрації уваги, нервові виснаження, негативне ставлення до світу, утрата інтересу до життя, зниження потреби в душевній близькості, невміння повернутися до звичного соціального життя (криза ідентичності, утрата цілісності сприйняття себе та власної соціальної ролі в суспільстві) [19, с. 56–60].

У депресивному стані в людини з'являються думки про самогубство, відчуття так званої "провини того, хто вижив". Особливі психологічні драми переживають військові, які стали інвалідами.

У психологічному консультуванні відомо, що у відповідь на запитання про почуття клієнт розповідає факти з життя, але коли запитують лише про події, майже відсутні шанси почути що-небудь про почуття. Це вказує на неабияку важливість ідентифікації почуттів. Психолог концентрує увагу на суб'єктивних аспектах буття клієнта, допомагаючи йому розібратись у почуттях, які мають складний, суперечливий характер, що сприяє подоланню внутрішніх конфліктів. Причому важливим є не лише відображення почуттів, а й узагальнення їх, оскільки це надає можливість клієнтові усвідомити єдність протиріч в емоційній сфері, припустити "нормальність" негативних почуттів, зменшивши у такий спосіб їхню інтенсивність. Важливо допомогти виразити негативізм також з огляду на те, що власне клієнтові легше контролювати відкрито виражені почуття [61, с. 25–30].

Прояв афекту є важливою складовою кризової інтервенції. Адже реагування саме не зумовлює певних змін, але створює передумови для них. На цьому етапі застосовують також такий механізм психотерапевтичної дії, як саморозкриття клієнта, що відбувається у процесі наративу. У цьому контексті З. Фрейд зазначав, що полегшенню сприяє можливість хворого вільно говорити про власну хворобу. Запроваджений ним метод вільних асоціацій походить від інституту сповіді в католицизмі.

Посттравматичним переживанням притаманні такі ознаки: дисоціація засад ідентичності, що сформувалися раніше; невизначеність умов для подальшого розвитку особистості; обмеження можливостей. Саме невизначеність слугує точкою відліку для визначення процесу особистісних змін. Цей процес має властивості нелінійного, непередбачуваного, не-

зворотного руху. Про це свідчить досвід людей, які пережили душевну травму. Водночас окремі з них констатують наявність у цих ситуаціях сильного потоку життєвої енергії [61, с. 8–14].

Характерною ознакою стану людини, яка перебуває в умовах посттравми, є численні спроби захиститися від хворобливих спогадів, що виявляються неефективними. Людина не може забути попереднє стабільне життя та пережиті травмуючі події. Ця суперечність може бути подолана лише в межах нової ідентичності, що містить у собі тенденцію як до стабілізації, так і до саморуйнування.

2. Максимально ґрунтовне дослідження проблеми разом із клієнтом. На цьому етапі необхідно допомогти особі пов'язати почуття зі змістом ситуації. Це дає змогу зменшити емоційну напругу та визначити кризу через окремі події й проблеми. Варто приділити достатньо часу поглибленому дослідженню проблеми спільно з клієнтом. У разі ж передчасних спроб розв'язання проблеми важлива інформація може залишитися неврахованою.

3. Ідентифікація події, що викликала посттравму, а також розмежування "історичних" проблем та актуальної ситуації. У процесі кризової інтервенції не можна зачіпати старі рани, оскільки в людини немає сил впоратися з ними. Водночас не вирішені "історичні" проблеми можуть бути вплетені у кризову ситуацію, а отже підсилювати актуальний конфлікт. Клієнт не завжди це усвідомлює. Тому важливо визначити такі питання, зрозуміти їх місце в означеній ситуації, після чого сконцентруватися на актуальній проблемі.

Друга стадія діяльності передбачає формулювання та переформулювання проблеми, а також вирішення таких завдань:

1) визначення ключових аспектів проблеми, можливий її розподіл на дрібніші її складові;

2) з'ясування того, що клієнт вже робив для подолання посттравми. Повторення неефективних способів розв'язання проблеми може її підтримувати. Відокремлення проблеми від таких непродуктивних дій дає змогу поглянути на неї інакше;

3) визначення ресурсів для опрацювання проблеми. Для цього потрібно з'ясувати, що допомагало клієнтові раніше переживати складні ситуації.

На третій стадії висувають гіпотези стосовно альтернатив розв'язання проблеми, що передбачає певні етапи:

1) з'ясування причини кризи та відмова від спроб розв'язання проблеми, якщо клієнт намагається контролювати події, які йому непідвладні, або намагається прийняти певне рішення, що сприятиме поглибленню кризи;

2) визначення того, що реально можна зробити для поліпшення ситуації, ураховуючи набутий досвід;

3) виявлення хибних способів контролю та запобігання передчасним рішенням [106, с. 110–115].

Отже, у процесі кризової інтервенції психолог створює умови для обговорення пережитих почуттів клієнта, пояснення їх нормальності; створює робочий альянс із клієнтом; ураховує індивідуальні особливості реагування та відновлення після стресу. Психологічну допомогу у вигляді кризової інтервенції необхідно надати клієнтові якомога швидше, оскільки чим більше часу минуло з моменту травми, тим складнішим виявляється процес реабілітації. Подальша психотерапевтична діяльність залежить від вираженості психологічної дезадаптації клієнта [61, с. 55–57].

У процесі опрацювання кожної зі стадій кризової інтервенції відкриваються можливості для застосування інтегративного підходу. Під час відокремлення "історичних" проблем від актуальної ситуації можливим є застосування інтерпретаційних психоаналітичних технік. Визначення ключових аспектів про-

блеми та її переформулювання може відбуватися з урахуванням системи переконань клієнта, виявлення раціональних та ірраціональних компонентів цієї системи завдяки методам когнітивної психотерапії. Аналіз засобів опрацювання посттравми клієнтом дає змогу уникнути повторення неефективних способів вирішення з використанням методів поведінкової психотерапії. Усвідомлення конструктивної значущості кризової події, встановлення зв'язку посттравми з екзистенціальними проблемами доцільно проводити з позицій гуманістичної психотерапії.

Посттравматичні стресові порушення неминуче супроводжуються особистісними змінами, які можуть бути як деструктивними, так і конструктивними. Згідно з результатами психологічних досліджень та клінічних спостережень наслідків посттравми, ці явища містять не лише негативний досвід, а й надають можливість людині набути принципово нових можливостей (О. Ф. Бондаренко, Р. Девіс, П. В. Лушин, Т. Міллон, Ф. Шапіро та ін.).

Методи подальшої психотерапевтичної роботи з клієнтом та психологічного супроводу спрямовані на: корекцію образу "Я"; досягнення об'єктивності власної оцінки подій; реабілітацію "Я" у власних очах і досягнення впевненості в собі; корекцію системи цінностей, потреб, їх ієрархії; корекцію соціальних взаємин, передусім соціальних; досягнення здатності до емпатії та розуміння пережитих іншими станів та їхніх інтересів; набуття навичок рівноправного спілкування, здатності до запобігання та вирішення міжособистісних конфліктів; корекцію неадекватного способу життя та подолання апатії [19, с. 69–70].

Пріоритетність інтегративних моделей зумовлена специфікою психотерапевтичної роботи в умовах посттравми, що полягає в недоцільності дотримання жорсткого алгоритму та передбачає гнучке застосування різних принципів і підходів.

Залежно від того, що набуває пріоритетного значення під час з'ясування причин внутрішньоособистісного конфлікту в умовах посттравми, визначають спрямованість аналізу з позицій психодинамічного, когнітивно-поведінкового та феноменологічного (гуманістичного) підходів.

Представники психодинамічного підходу вбачають причини порушень у викривленні внутрішніх структур особистості та прагнуть до відновлення її цінності, балансу психодинамічних сил. Психотерапевтичну роботу проводять за допомогою з'ясування неусвідомлених причин хворобливих проявів і впливу на спонуки, що забезпечують розвиток і функціонування внутрішнього "Я", пошуку витоків неадаптивної поведінки клієнта в психологічних травмах минулого.

Під час діяльності в руслі поведінкового підходу психотерапія зосереджена на дефіцитарному середовищі та прагненні модифікувати поведінку клієнта завдяки змінам у середовищі й навчання його новим формам поведінки. Методи поведінкової психотерапії спрямовані на набуття людиною нових установок, формування адаптивних форм поведінки та гальмування її дезадаптивних форм.

Інтеграція поведінкового напрямку психотерапії з когнітивним сприяла спрямуванню діяльності психотерапевта на пізнавальні структури психіки, а також використанню логічних здібностей людини під час побудови ефективних моделей поведінки. Іншим варіантом інтеграції є когнітивно-аналітичний метод. Він передбачає створення моделі психологічної проблеми, яка була б зрозумілою для клієнта та спонукала його до самостійного її розв'язання.

Основна мета гуманістичного підходу у психотерапії полягає в допомозі людині стати цілком дієздатною особою.

У межах гуманістичного напрямку психотерапії вітчизняний науковець П. В. Лушин запропонував екофасилітативний підхід.

Концепція цього підходу ґрунтується на розкритті особистісних змін, що виникають під час переходу особистості, яка перебуває в умовах посттравми, до нової ідентичності, тобто під час змін системи її уявлень про саму себе чи спосіб власного життя. Зміни ідентичності можуть відбуватися радикально та неочікувано як власне для суб'єкта, так і для оточуючих. У такий спосіб суб'єкт набуває нових цінностей, переконань, способів дії, у нього формується новий тип емоційного реагування, що супроводжує міжсистемний перехід до принципово нових можливостей ідентичності.

Особистісним змінам в умовах посттравми притаманні такі ознаки: по-перше, вони зумовлені міжсистемним переходом до нової ідентичності; по-друге, цей перехід поєднує як негативні, так і позитивні аспекти (негативні – унаслідок пережитих психологічних травм, що виявляються в невизначеності, позитивні – виникнення принципово нових можливостей, що часто мають соціальне значення).

Отже, екофасилітативний підхід П. В. Лушина описує процес змін особистості в період кризи як перехід від застарілої ідентичності до нової, більш пристосованої до умов зовнішнього середовища.

Фасилітація, яку розробив науковець, – це модифікація концептуальних положень фасилітації, запропонованих К. Роджерсом. Відповідно до уявлень останнього, фасилітація – це необхідність створення середовища для абсолютно позитивного сприйняття особистості іншого. Водночас екофасилітація, хоча й ґрунтується на позиціях гуманістичної психотерапії К. Роджерса, відрізняється від неї більш вираженими процесами управління з боку психотерапевта.

Поняття екофасилітації узгоджується з уявленнями К. Роджерса про те, що фасилітація – це створення середови-

ща для абсолютно позитивного прийняття особистості іншого [106, с. 98–102].

Екофасилітація будується також на взаємодії “психолог–клієнт” як екосистеми, наділеної саморозвитком та самоорганізацією, у якій усе взаємопов’язано.

З цього випливає, що неможливо створити позитивний клімат для прийняття особистості іншого, не приймаючи себе. Якщо фасилітація має відношення до управління ситуацією розвитку наявного потенціалу особистості, то екофасилітація передбачає управління ситуацією невизначеності особистості в умовах генералізації принципово нових можливостей (нового потенціалу) та за умови толерантного ставлення до невизначеності. Необхідністю застосування фасилітації є ситуація суперечностей у переживаннях клієнта, умовою екофасилітації – переживання комунікативного бар’єра в саморозвитку як клієнта, так і психотерапевта. Мета фасилітації полягає в поліпшенні стану клієнта, результатом же екофасилітації є поява нових можливостей саморегуляції соціального суб’єкта чи соціальної екосистеми.

Відповідно до концепції П. В. Лушина, екофасилітація пов’язана з процесом реконструкції можливостей людини в умовах системних переходів чи змін. Індивідуальні зміни є системними, тобто зміна суб’єкта змінює систему та навпаки. Психотерапевт має допомогти людині розглянути кризові явища як перехідну форму до розвитку нових системних можливостей. Ефективність психологічної допомоги зумовлена відповідальністю клієнта за свій запит і здатністю психотерапевта задовольнити цей запит. Згідно з положеннями екофасилітаційного підходу, немає сенсу відновлювати попередній рівень психологічного здоров’я, однак доцільно інтегрувати набутий досвід екстремального реагування з новими психологічними способами дії [5, с. 67–69].

Отже, теорії, на яких ґрунтується певний психотерапевтичний напрям, передбачають певну модель особистості клієнта та відповідну систему засобів психотерапевтичного впливу на неї. Робочі моделі визначають характер інтервенцій, які застосовує терапевт, тривалість курсу психологічної допомоги, часовий діапазон біографії клієнта, вибір методів, характер взаємодії та бажаний результат. Отже, психолог розглядає ситуацію клієнта й картину його поведінки крізь своєрідну призму, зумовлену принципами теорії та практики власне терапевта. Це визначає певний спосіб сприймання психологом проблеми клієнта, стратегію й тактику психотерапевтичного впливу.

Принцип особистісного підходу в психотерапії передбачає визнання того положення, що об'єктом впливу є особистість загалом із її індивідуальними особливостями, установками, а не окрема функція чи ізольоване психічне явище. Цей принцип охоплює врахування інтересів особистості, визнання її цінності та унікальності, права на свободу вибору, застосування диференційованого підходу в процесі психологічного впливу. Положення концепції В. М. М'ясищева, згідно з якою особистість є продуктом системи значущих відношень, визначають необхідність аналізу в психотерапевтичному процесі різних видів відношень людини. В умовах посттравми психолог відмовляється від опори на поняття узагальненої особистісної норми, намагаючись визначити для себе особливості загальних закономірностей та індивідуальних проявів у поведінці клієнта, орієнтуватися на його особисті досягнення. Це передбачає створення умов для прояву природних рушійних сил особистісного зростання, ключовими серед яких є система відношень особистості та діяльність [67, с. 96–99].

Інтегративний підхід у психотерапії дає змогу розробити глобальну модель переструктурування особистості в умовах

посттравми, що ґрунтується на таких видах особистісних змін [106, с. 76–84]:

1) зміни особистості в процесі міжособистісних взаємин, визначальним чинником яких є здатність до соціальної емпатії. Це положення застосовують майже в усіх техніках поведінкової психотерапії, індивідуальній психології А. Адлера, гештальт-терапії;

2) зміни особистості на основі взаємодії. Психотерапевтичні засоби надають можливість перевірити ефективність старих форм взаємодії та набути й апробувати нові, які є більш адаптивними. Ці поведінкові техніки застосовують у поєднанні з методами когнітивної та раціонально-емотивної терапії;

3) зміни особистості в результаті подолання криз розвитку, протягом яких з'являються новоутворення. Цю модель застосовують у психоаналітичних концепціях, зокрема під час розгляду таких понять, як “конфронтація”, “регресія”, “систематична інтерпретація повсякденного оточення” тощо. У когнітивній психотерапії вона слугує основою зміни переконань, що сприяє переоцінці наявних ірраціональних когніцій, формуванню нових, більш ефективних;

4) зміни особистості в процесі навчіння, який слугує підґрунтям поведінкової психотерапії. Водночас різні види процесів навчіння визнають майже всі психотерапевтичні підходи;

5) модель особистісних змін на основі соматопсихічної взаємодії, яку застосовують у тілесно-орієнтованій психотерапії. Вивчають зв'язок особистісних змін з усвідомленням тілесних можливостей або в результаті подолання важкого захворювання.

Реалізація комплексного підходу до психологічного супроводу учасників бойових дій передбачає вирішення таких завдань: просвітницьких, що сприяє усвідомленню клієнтами власних проблем; психопрофілактичних, спрямованих на формування здорового способу життя та створення умов для ефективної

реабілітації; соціальних (сімейна й групова терапії, підтримка з боку громадських організацій); психотерапевтичних лікування неврозів, фобій, розладів Серед сучасних психотерапевтичних методів, визнаних найефективнішими для подолання посттравматичного синдрому, вирізняють метод EMDR Ф. Шапіро, метод візуально-кінестетичної дисоціації Ф. Джербода, метод редукації травматичного інциденту, терапію уявного поля, психологічний дебрифінг тощо.

Оцінювання ефективності психологічної допомоги проводять на основі аналізу обсягу та якості тих змін, що відбулися з учасником бойових дій як під час терапевтичної комунікації, так і в реальному житті. Важливим є врахування взаємодії когнітивних, емоційних і поведінкових механізмів особистісного зростання клієнта в процесі опрацювання посттравми [80].

3.7 Напрями психологічної реабілітації

Спостереження за поведінкою ветеранів локальних військових конфліктів та бесіди з ними показують, що в них у бойовій обстановці сформувався комплекс особистісних змін, який деколи трансформується у своєрідний комплекс “воєнізованої психіки”, при якому сфера потреб, ціннісних орієнтацій та соціальної взаємодії набирає специфічного характеру. В учасників воєнних подій внаслідок деформації нормальних стереотипів має місце спрощення когнітивної сфери, у них, зазвичай, відбувається посилення жорстокості, безкомпромісності і ригідності моральних орієнтирів. Нерідко виявляється прагнення переробити цивільне життя, але відповідно до негласних законів людських відносин воєнного часу.

На етапі повернення до мирного життя у ветеранів бойових дій актуалізується низка потреб. Ці потреби є універсальними,

проте, в цьому випадку, вони мають надзвичайний ступінь вираженості.

По-перше, у більшості учасників бойових дій наявне заго-стрено виражене прагнення бути зрозумілим. Вони хочуть мати в контактi з оточуючими такий зворотний зв'язок, який би явно демонстрував їх індивідуальну героїчну заслугу. підтверджував, що вони боролися за правду, що їхня участь у жорстокому насильстві морально виправдана та соціально корисно. По суті, йдеться про дію такого механізму психологічного захисту людини, як раціоналізація, що допомагає військовослужбовцеві подолати комплекс провини, виправдатися перед самим собою, своєю совістю, зробити спогади про агресивні та жорстокі вчинки менш травмуючими [78, с. 283].

По-друге, у психологічній картині переживань учасників бойових дій вирізняється потреба бути соціально визнаними. Природне бажання людини бути особистістю, отримати високу оцінку особистих зусиль, дій у людей, які повертаються в мирне життя, набуває особливого значення. При цьому справедливо вважають, що гідними суспільного визнання є не тільки героїчні вчинки, а й внутрішні перемоги людини над собою, те, що військовослужбовець не злякався чи не дезертирував, що не симулював і т. д. Спостерігається бажання, щоб факт позитивної оцінки став відомий широкому колу людей, товаришам по службі, членам сім'ї.

По-третє, важливою тенденцією, що характеризує психічний стан учасників бойових подій, є прагнення бути прийнятим у систему соціальних зв'язків і відносин мирного життя з вищим, ніж раніше, соціальним статусом. Це пояснюється тим, що справа, яку вони робили "там", соціально більш значуща, ніж те, яким займалися військовослужбовці, що залишилися в місцях постійної дислокації частин. На підставі цього учасники бойових дій очікують особливого ставлення до себе з боку оточую-

чих. В іншому випадку виникають різного роду синдроми, типу “чеченського”, коли з боку учасників бойових дій проявляється агресивне ставлення до товаришів по службі, які не одержали бойового досвіду, не кажучи вже про ставлення до звичайних громадян.

По-четверте, нерідко у людей, які повертаються зі зони бойових дій локального воєнного конфлікту, спостерігається своєрідне приголомшення при зіткненнях з реальностями мирного життя. Їм важко звикнути з думкою, що в той час, коли вони ризикували життям, у країні, в армії нічого не змінилося, суспільство взагалі не помітило їхньої відсутності. Більше того, виявляється, не всі люди поділяють їхні погляди на мету, характер і способи ведення війни. Це може викликати стан психічного шоку, призвести до серйозних психічних розладів у ветеранів війни, сформувані у них відчуття ворожості соціального оточення.

По-п’яте, істотною психологічною характеристикою учасників локальних військових конфліктів є зниження порогів чутливості до соціальних впливів.

Ще одним психологічним синдромом війни є масові форми депресії і тривоги, зокрема у переселенців.

Підтвердженням цьому є наслідки подій на Сході України. Так, зокрема, за офіційними даними ООН, восени 2016 в Україні було зареєстровано близько 430 тисяч переселенців зі східних областей.

У чверті переміщених осіб спостерігаються симптоми депресії і тривоги. Такі дані на міжнародній конференції для психологів “Травма війни: психологічна допомога та реабілітація”, проведеної 18 листопада в Києві, озвучила Ірина Пінчук, директор Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології.

Фахівець наголосила, що сфера психологічної допомоги в Україні потребує суттєвих реформ та залучення держави.

“На жаль, у нас не використовується існуючий кадровий потенціал. В Україні – 3 200 фахівців-психіатрів, 1 200 наркологів, 545 психологів у МОЗ і 25 000 в Міносвіти”, – розповідає фахівець.

Президент Асоціації психіатрів України Семен Глузман застеріг, що конфлікт в Україні загрожує всій країні зростанням алкоголізму та наркотизації суспільства.

Проблеми, які виникають у людей, – не психіатричні. Це нормальні реакції на ненормальну ситуацію. Адже людина перебуває в такій ситуації – не короточасній, а хронізованій (відсутність житла, грошей, руйнування побуту та багато іншого). Найголовніше тут “людське тепло і взаєморозуміння”, – дав свій рецепт відомий психіатр. У стратегії роботи намагаємось інтегрувати світову практику, запозичену у колег, менторів із США, які спеціалізуються на посттравмі.

Психотравми війни

1. Відстрочені психічні стани ветеранів як реакції на бойовий стрес.

Одними з перших стали розглядати відстрочені психічні стани ветеранів як реакції на бойовий стрес. У своїй роботі “Люди під впливом стресу” (1945 року) Р. Грінкер і Д. Шпігель виділили найхарактерніші відстрочені реакції на бойовий стрес.

До них були віднесені: нетерплячість, дратівливість, агресивність, підвищена стомлюваність, апатичність, труднощі засинання, тривожність, втома, підвищена реактивність, напруженість, депресивність, особистісні зміни, ослаблення пам’яті, тремор, труднощі концентрації, поглиненість спогадами про війну, нічні кошмари, підозрілість, фобічні реакції. При цьому спостерігається також зниження апетиту, пристрасть до алкоголю та різні психосоматичні симптоми.

У 2014 році ще під час кампанії у Криму в Україну приїхав перший психологічний десант на чолі з Брюсом Янгом – одним

із найавторитетніших фахівців у світі з питань першої психологічної допомоги при ПТСР [90, с. 93].

Окрім візитів, підготовки чотирьох сотень фахівців у Львові та Києві, Брюс Янг продовжував надавати допомогу, консультиючи наших психологів дистанційно. Загалом на початках конфлікту на Сході України близько 37 іноземних спеціалістів зі США, Об'єднаного Королівства, Австрії, Чехії, Ізраїлю, балканських країн періодично консультивали чи провадили підготовку/перепідготовку українських фахівців, а також надавали їм супервізію за різними міжнародними програмами. Це дуже цінна робота, хоча є лише краплиною в морі від реальної потреби в експертній допомозі на всіх рівнях, від міністерств до рядових соціальних працівників.

Особливу увагу приділяють стратегії роботи. Наприклад, певна категорія пацієнтів краще реагує на бесіду: вони виговорилися, їм легше. А є люди, які не можуть говорити. З ними ліпше працювати за допомогою тілесно-орієтованого підходу в терапії. Адже фізіологія – первинна. “Ми навчилися стискатися раніше, ніж у нас з’явився мозок”, – цей вираз Брюса Янга вірно правильно і влучно відображає причини фізіологічної реакції на стрес. Фізіологічно ми реагуємо стисканням раніше, ніж починаємо аналізувати, що трапилось. Якщо тіло від стресу перевантажене, серцево-судинна система під ударом, – процедури, приміром, лазня, душ “шарко”, гарячі ванни протипоказані. Серце в стресі не любить тепла, особливо, якщо стрес не минає – м’язове розслаблення від тепла настає, але ефект буде недовготривалим. Навіть точковий масаж допоможе більше, ніж нагрівання – він допомагає трохи “відпустити” стискання м’язів. Без розслаблення фізичного – психологічний вплив не матиме стійкого ефекту. Тобто, варто працювати через тіло паралельно з психологічними консультаціями, і первинно – через дихання. Дихальна система працює як автономно, так і підконтрольно

нашій волі. Втрата контролю викликає тривогу, а вона своєю чергою впливає на серцебиття та дихання. Навчаючись впливати на свій стан за допомогою дихальних технік, ми знижуємо тривогу, повертаємо відчуття контролю над тілом і власним життям. Тому переключення організму демобілізованого з “режиму бою” в “режим дому” варто починати з того, щоб знову навчити людину контролювати дихання, це ж найпростіше.

В цих проблемах доцільно повернутися до досвіду психотерапевтичної практики з травмою за допомогою соматичної терапії травми П. Левіна і танцювально-рухової терапії.

Коротко згадаємо суть цих технологій.

Соматична терапія травми П. Левіна. Пітер Левін, американський учений і психотерапевт, у 70–90-х роках розробив метод, який назвав “Соматичне переживання”. Спочатку цю техніку застосовували для роботи з шокowymi травматичними переживаннями. Потім її почали використовувати і для терапії інших видів травм (емоційних, медичних, травм розвитку). “Цей метод спрямований на активацію, усвідомлення і дезактивацію тілесного переживання травматичного досвіду. Ключ до зцілення травми лежить в усвідомленні і переживанні того, що тілесно відчувається”, – говорив сам П. Левін. Суть роботи полягає в тому, що під час тілесних відчуттів відбувається пробудження тих природних зціляючих процесів, які допомагають вилікуватися від травми. Тілесне відчуття актуалізує у людини, яка переживає травму, незавершені травматичні реакції і допомагає їм завершитися. Це завершення відбувається завдяки специфічним психологічним і фізіологічним зціляючим процесам, які виникають в процесі тілесного переживання і дозволяють трансформувати травматичні симптоми” [90, с. 83].

На сьогодні найширшого застосування в арміях різних держав набули такі способи психологічної реабілітації, як фізіологічні (глибокий сон, якісна їжа, відпочинок і т. д.); аутогенні

(аутотренінг, саморегуляція, медитація); медикаментозні; організаційні; психотерапевтичні (раціональна психотерапія, музико-, бібліо-, імаго-, арттерапія та ін.). Найбільш релевантною для вирішення завдань психологічної реабілітації учасників військових подій, що беруть участь у бойових діях, і поширеною формою групової раціональної терапії є методика “Дебрифінг стресу критичних інцидентів”. Вона становить організоване обговорення стресу, спільно пережитого військовиками під час виконання загального бойового завдання. Мета дебрифінгу – мінімізація і купірування страждань військовослужбовців, його проводять у перші 48 годин після травмуючої події. Стрижневим механізмом дебрифінгу є техніка “закриття минулого”. Вона полягає в підведенні своєрідного підсумку під тим, що було пережито, у демонстративному, фіксованому розриві зі своїми тривогами, сумнівами, нічними жахіттями. Часові строки обмежують основні стратегії подолання наслідків бойового стресу, а також кількість випадків, у яких учасник дебрифінгу повинен буде шукати спеціальної допомоги (наявність постстресових симптомів через 6 місяців після дебрифінгу, їх ескалація, наявність труднощів у виконанні найпростішої роботи й ін.) [27].

Соматопсихотерапія – розшифровується, як робота з тілесними відчуттями і їх психічним переживанням. Цей метод працює так: відчуття в тілі опредмечуються завдяки певним запитанням. Потім пацієнт з клієнтом вирішують, що з цими почуттями робити далі. Робота в соматотерапії поділяється на 3 етапи:

- 1) діагностичний;
- 2) оцінний;
- 3) терапевтичний.

У соматичній терапії детально були розроблені методи і техніки роботи з тілесними відчуттями: сканування тілесних відчуттів, дослідження відчуттів, створення ресурсів на рівні

тіла. Важливу увагу приділяють роботі з рухами, оскільки виникнення психічної травми розглядають як наслідок незавершеності інстинктивної реакції організму на травматичну подію. Використовують техніки відстежування імпульсів до руху і їх руховий вираз, сповільнення руху, повторне відтворення руху (один і той же рух повторюють кілька разів у повільному темпі).

Танцювально-рухова терапія (ТРТ). Поява танцювально-рухової терапії була пов'язана з іменами Меріон Чейз, Труді Шооп, Мері Уайтхауз. Цей метод почав розвиватися в США у 40–60-ві роки. ТРТ – це використання виразного руху і танцю як засобу, за допомогою якого індивіда залучають до процесу особистісної інтеграції та зростання. Вона ґрунтувалася на принципі, що існує взаємозв'язок між рухами й емоціями. Через рух і танець внутрішній світ кожної людини стає відчутним, відкритим для розуміння й усвідомлення.

Три рівні допомоги

Перший рівень – це коли психологічну травму людині допомагає подолати родина і близьке оточення.

Другий рівень – родина і оточення не можуть допомогти адаптуватися до нового становища. Тоді потрібна допомога психолога чи психотерапевта, або учать у так званих групах допомоги.

Третій рівень – коли людині потрібна психіатрична допомога. Це не обов'язково перебування в певному закладі. Це просто медикаментозне втручання, щоб налагодити фізичні функції людини, яка постійно перебуває у стані депресії.

Якщо говорити про медикаментозну допомогу, то зараз є такі препарати, вживаючи які, можна навіть сідати за кермо. Часто-густо потрібен комплексний підхід [90, с. 103].

Психологічна допомога бійцям АТО повинна сприяти успішній адаптації військовослужбовця до нових умов життя. Термін

“психологічна реабілітація” (від латинського *rehabilitatio* – відновлення) найточніше відображає процес і результати діяльності психолога при наданні допомоги в процесі соціально-психологічної адаптації. Напрями психологічної допомоги:

1. Діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації у військовослужбовця (психоемоційного стану на мирних територіях, використовуваних стратегій адаптації, поведінки) на підставі результатів психодіагностики індивідуальних особливостей.

2. Психологічне консультування (індивідуальне та сімейне).

3. Психокорекційна робота – це діяльність з виправлення (коригування) тих особливостей психічного розвитку, які за прийнятою системою критеріїв не відповідають оптимальній моделі (нормі).

Цілі реабілітації: відновлення особистого і соціального статусу пацієнтів, що перенесли ПТСР у локальних бойових діях; корекція соціальної поведінки пацієнта, покращення комунікабельності, розвиток здібностей до самореалізації, вирішення психологічних та подолання соціальних конфліктів; відновлення виснаженої, деформованої депресіями, стресами і перевантаженнями психіки, зняття внутрішньої напруженості і тривожності. Збільшення ресурсності та стресостійкості організму; мобілізація внутрішніх резервів на подолання залежності від психоактивних засобів (алкоголь, наркотики, нікотин).

Основне завдання психолога – допомогти клієнтові усвідомити можливість трансформації його кризового стану, побачити нові перспективи і можливості повернення до нормального життя. Перш за все консультант інформує клієнта про необхідність дотримання психологічної гігієни, пропонує змінити його установку щодо інших людей: навчає відокремлювати особистість від поведінки. Психолог допомагає клієнтові виразити свої відчуття, поглянути на ситуацію з боку, завершити неза-

вершене, знайти опору в собі. На наступній стадії триває робота над усвідомленням причин появи кризи і прийняттям відповідальності за свій стан самим пацієнтом. У результаті пацієнт доходить до розуміння того, що відбувається і до усвідомлення завершення кризи. Слабшає страх перед майбутнім. Отже, психотерапевт допомагає клієнтові трансформувати, змінити свій стан, навчитися не бути жертвою. Завершальна стадія роботи – це “кристалізація ідеї майбутнього”, обговорення нових можливостей і нових дій, прийняття відповідальності за майбутні зміни, психологічна підтримка нових дій пацієнта. При роботі з ветеранами бойових дій добре зарекомендували себе такі напрями психотерапії, як гештальт-терапія, родинна терапія, нейролінгвістичне програмування, символ-драма (кататимно-імагінативна психотерапія), метод десенсибілізації і перетворення рухами очей та низка інших [78, с. 173].

У загальному вигляді модель психологічної реабілітації містить такі послідовні кроки:

1. Взаємна адаптація психолога та пацієнта.
2. Навчання пацієнта методам саморегуляції.
3. Катарсичний етап (повторне переживання).
4. Обговорення найтипівіших форм поведінки (на прикладі життєвих ситуацій).
5. Апробація нових способів поведінки через гру.
6. Визначення життєвих перспектив.

Робота психолога з учасниками АТО потребує індивідуального підходу, хоча існує стандартна схема. На первинному прийомі проводять бесіду з пацієнтом, збирають основну інформацію. За потреби проводять тестування. Надають інформацію про особливості психологічної допомоги учасникам бойових дій та іншим категоріям пацієнтів; ознайомлення з техніками релаксації, дихання; робота з ресурсом. Є невеликий відсоток осіб, які не потребують психологічної реабілітації – не виявляють скарг

на порушення емоційного стану, погіршення самопочуття. Ці люди, зазвичай, ведуть здоровий спосіб життя: займаються спортом, не вживають алкоголь, наркотики. На певний час вони можуть не звертати уваги на наявність негативних сновидінь або гостру реакцію справедливості на поточні події в країні. Але це також може бути сигналом порушення адаптації після повернення зі зони АТО. Тому, якщо пацієнт і зазначає, що скарг нема, то все одно йому надають інформацію про особливості психологічної реабілітації. У разі більш проблемних ситуацій проводять поглиблену діагностику та психокорекцію. Це найчастіше відбувається на вторинному прийомі та в подальшій роботі. Використовують тести та опитувальники на виявлення посттравматичного стресового розладу, тривожного розладу, депресивних проявів, рівня агресивності. Проводять діагностику стану особистості та її якості [78, с. 283].

Психокорекційна робота також повинна мати певну структуру та відповідати індивідуальним особливостям особистості, на яку вона спрямована. Існують три обов'язкові етапи загального психокорекційного процесу, а саме: підготовчий етап, безпосередньо психокорекція та етап рефлексії позитивних змін і психокорекційної роботи загалом.

Цілями підготовчого етапу є:

- встановлення довірливих відносин між психологом та клієнтом;
- заспокоєння клієнта. Безпосередній етап психокорекції охоплює три блоки:
 - а) діагностичний блок: 1) діагностика особливостей особистості; 2) вияв факторів ризику; 3) формування загальної програми психокорекції;
 - б) настановний блок: 1) формування мотивації роботи клієнта над собою; 2) зняття тривожності; 3) підвищення впевненості клієнта в собі;

в) корекційний блок, метою якого є гармонізація та оптимізація розвитку особистості клієнта: 1) формування навичок саморегуляції; 2) самопізнання за допомогою психолога та психодіагностичних засобів; 3) розвиток самосвідомості: усвідомлення особистістю власних психологічних проблем та зон психологічного дискомфорту; 4) корекція характерологічних рис особистості, які зазнали деструктивного впливу внаслідок надзвичайної ситуації, та структури особистості загалом; 5) оволодіння засобами взаємодії з внутрішнім та зовнішнім світом особистості;

г) на завершальному етапі психокорекційної роботи відбувається:

1) рефлексія позитивних змін особистості; 2) закріплення отриманих психологічних навичок; 3) розвиток антиципаційної спроможності особистості (прогностичних здібностей).

Спеціаліст використовує такі методи:

- аутогенне тренування (розвиток релаксаційних здібностей та психорегуляційних механізмів особистості);
- поведінкова психотерапія. Основна мета якої є забезпечення нових умов для навчання особистості, тобто формування нової адаптивної поведінки або подолання поведінки, яка стала неадаптивною.

Окремими цілями поведінкової психокорекції є:

- формування нових соціальних умінь, оволодіння психологічними засобами саморегуляції та подолання шкідливих звичок, зняття стресу та позбавлення емоційних травм;
- когнітивна психотерапія, основним завданням якої є формування конструктивних змін у самосприйманні людини в напрямі збільшення об'єктивності та реалістичності її світосприймання загалом. Адекватність системи когніцій та когнітивна обробка життєвого досвіду особистості є чинником подолання

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

травмуючих переживань людини, психопатологічної симптоматики та оптимізації її функціонування;

- гештальт-терапія – забезпечення повноцінної роботи актуальної самосвідомості, завершення гештальтів шляхом виявлення психологічних блоків та їх подолання, формування внутрішнього локусу контролю;

- тренінг спілкування, метою якого є розвиток комунікативних навичок особистості;

- сугестивна терапія – формування нових умовно-рефлекторних зв'язків, адекватних цілям терапії настанов, гіпноз-відпочинку;

- нейролінгвістичне програмування – наведення трасового стану, як сприяння позасвідомому “лікуванню” свідомих установок, досягнення гіпнотичного стану;

- імаго-терапія – навчання методам адекватного реагування у важких життєвих ситуаціях, мобілізації власного життєвого досвіду, розвитку деформованого “образу Я”, творчих здібностей та збагачення емоційних ресурсів людини;

- арт-терапія, цілями якої постають подолання важких переживань людини, сублімація агресивності та інших негативних почуттів, розвиток творчого самовираження та гармонізація особистості взагалі;

- екзистенціально-гуманістична терапія, яка ґрунтується на принципах емпатії, аутентичності, безумовного прийняття особистості клієнта з боку психотерапевта (психолога) та спрямована на особистісне зростання клієнта, розвиток його конгруентності, прийняття відповідальності за своє життя і вирішення проблемних ситуацій;

- ціннісно-морально-зорієнтована терапія – психокорекція світоспогляданням, ідеалами (перебудова системи цінностей, формування цілющого духовного світоспоглядання, коли людина виходить за межі власної особистості, що страждає,

і відчуває себе частиною людства загалом). Через залучення особистості до духовних цінностей, відчуття власної індивідуальності та самоцінності досягаються зміни психосоматичного стану, зниження тривожності особистості;

- логотерапія, завданням якої є знаходження сенсу життя людиною, яка страждає. Основним постулатом логотерапії є положення, що унікальний сенс життя може бути завжди знайдений людиною у творчості, емоційних переживаннях та свідомому прийнятті життєвих обставин, які людина не здатна змінити [78, с. 293].

На сучасному етапі психологічна допомога ветеранам у подоланні відстрочених реакцій на вплив стрес-факторів бойової обстановки ґрунтується на концепції посттравматичних стресових реакцій.

Основним завданням психотерапевта в цьому разі є створення умов для поступового усунення негативного впливу бойового досвіду, що травмує психіку.

На думку Р. Скерфілда, під час організації допомоги ветеранам необхідно враховувати чотири ключові моменти: явище, яке травмує психіку і безпосередню реакцію на нього, що супроводжується, як правило, його запереченням; наступне усвідомлення і повторне переживання негативних аспектів, що мають відношення до психічної травми; спроби контролювання, зниження чи відсторонення від нав'язливих спогадів шляхом використання взаємодії психічних механізмів заперечення психотравми та повторення переживань, що травмують психіку; інтеграцію травматичного досвіду та його позитивний чи негативний вплив на особистість, ставлення до значущих явищ, подій, стосунки з людьми та оточенням взагалі.

На думку М. Горовіца, завданням психотерапії, що розрахована на короткий строк, є повернення до нормального процесу відновлення після впливу явища, що травмує психіку. Згідно з

його моделлю “короткої” психотерапії (12 сеансів). Психічний вплив у цьому випадку передбачає підведення ветерана до спогадів про явища, що травмують психіку, емоційну підтримку під час спогадів, створення умов для чіткішого усвідомлення того, що відбулося, і його переосмислення. Одною із важливих умов цієї психотерапії є все ближчий контакт між психотерапевтом і пацієнтом. Головну увагу приділено вирішенню “основного” конфлікту, що є причиною посттравматичних реакцій. Психотерапевт також звертає увагу на стиль реагування ветерана на стресові впливи та виділяє три види: істеричний, обсесивний, нарцисичний.

Основними принципами психологічної допомоги у подоланні відстрочених реакцій на травматичний стрес, яка розрахована на довгий період, Р. Скерфілд назвав: установлення довірливих взаємин між пацієнтом і психотерапевтом; ознайомлення пацієнта з необхідною інформацією про процес подолання посттравматичного стресу; контроль за станом пацієнта; редукція підвищеної напруги; повернення до повторних переживань, що мають відношення до психічної травми; інтеграція травматичного досвіду.

Зокрема Д. Сміт розглянув процес індивідуальної психотерапії з ветеранами, що розрахований на довгий строк, з погляду когнітивно-емоційного підходу. Він визначив його як процес, у ході якого пацієнт інтегрує свідомі та підсвідомі ефекти травматичного досвіду й опановує його. Він виокремив дев'ять основних етапів у психотерапевтичному процесі.

Перші три пов'язані з обговоренням проблем довіри до людей, умінням контролювати власні дії, подоланням драматичності, гніву та обвинувальної поведінки щодо інших людей;

- Четвертий етап передбачає підведення ветерана до відкриття власних проблем;

- П'ятий охоплює перетворення системи настанов і відношень, що склалися, та створення умов для інтеграції травматичного досвіду в нову систему;
- Шостий – обговорення значення травматичного досвіду для інших подій у житті ветерана;
- Сьомий – повернення до того, про що вже говорилося і внесення уточнень;
- Восьмий – створення умов для емоційного розкріпачення;
- Дев'ятий етап – збудження бажання у ветерана надати допомогу іншим. На його погляд, прояв агресивності ветерана може мати три форми: надмірний контроль та уникнення її прояву, активна її демонстрація та змішана поведінка.

Натомість Т. Кін та його співавтори використовували метод поведінкової психотерапії – імплузії. Також застосовують інші ефективні методи поведінкової терапії – десенсибілізації (A. Celluci, R. Lawrence, 1978), зупинки обмірковувань, когнітивної реконструкції, поведінкової бібліотерапії (R. Marafiorite, 1980; E. Parson, 1984), десенситизації шляхом впливу на рух очей (F. Shapiro, 1989). Досить результативні такі види психотерапії, як арт-терапія (D. Johnson, A. Morgan, M. James), гіпноз (J. Brendi, V. Benedict, 1980), гештальт-терапія (E. Parson, 1984), наркосинтез (L. Kolb, 1985), трансцендентальна медитація (B. Brooks, T. Scarano, 1982) та ін. [128, с. 43].

Широку популярності набувають різні модифікації групової психотерапії.

У 1970 році група американських психотерапевтів (R. Lifton, C. Shatan, F. Pincus та ін.) зібрала так звані “гар”-групи ветеранів з організації “В’єтнамські ветерани проти війни” з метою надання допомоги у подоланні психічних наслідків війни та осмислення свого військового досвіду.

Зокрема Є. Парсон запропонувала модель багаторазової “гар”-групи ветеранів, яка розрахована на три фази психотера-

певничного процесу. У групу першої фази залучають тільки ветеранів бойових дій.

Завданнями першої фази є: допомога в подоланні нав'язливих спогадів про війну, почуття війни, відчуття на собі "печатки смерті", стану лиха та депресії; допомога в подоланні фобійних реакцій, стану емоційного залякання, соціальної відчуженості, підвищення самоконтролю та відкритості у спілкуванні; допомога в осмисленні травматичного досвіду, відновленні самототожності, почуття належності до кола людей, збудження бажання відновити перервані взаємини з іншими людьми і виявляти активність у всіх сферах життя.

Друга фаза групової психотерапії передбачає залучення в "гар"-групи ветеранів певної війни, які не брали участі в бойових діях. Це дає можливість розширити тематику психічних проблем. Завдання цієї фази: поглиблення у ветеранів довіри один до одного та до інших людей; формування відкритості у взаєминах; допомога в усвідомленні "фальшованого Я" та його проявів у спілкуванні, стимулювання переходу від "дзеркально-рефлекторних" форм спілкування до більш змістовних.

На третьому етапі в групу долучають осіб, які не є ветеранами, у тому числі жінки. Це спеціально зроблено так, щоб соціальне оточення, стиль спілкування, характер обговорення проблем ветеранів наблизити до реального життя, розширити коло знайомих, зацікавити проблемами життєдіяльності звичайних людей, формувати інтерес до повсякденних проблем соціального оточення ветерана. А тому завданням цієї фази є більш глибокі та суттєві особистісні зміни у ветеранів шляхом усвідомлення та осмислення власного психічного життя, аналізування особистісних проблем, що зумовлені участю в бойових діях.

Остання група психологічної допомоги – це сімейна психотерапія, якій зарубіжні психологи надають суттєвого значення (С. R. Figley, 1978, 1989; T. Williams, 1980; T. Sarano, 1982 та ін.).

Наприклад, за Ч. Фіглі, будь-яка психологічна допомога сім'ям ветеранів має ґрунтуватися на таких принципах: шанування інтимних аспектів життя сім'ї, її самовідданості під час війн, а також досвіду сім'ї щодо пережитих стресових життєвих обставин; інформування сім'ї про можливі психічні наслідки війни; сполучення психологічної допомоги зі соціальною підтримкою сім'ї, у тому числі з боку сімей інших ветеранів; психотерапевтичні втручання в життя сім'ї передбачає: уважне вивчення джерел стресу в сім'ї; визначення основних психологічних прийомів, які використовують у ній для налагодження взаємин; інформування сім'ї про різні способи та прийоми подолання наслідків травматичного стресу; допомога сім'ї у створенні системи взаємної підтримки; допомога у мобілізації тих сфер життєдіяльності сім'ї, які сприяють її зміцненню та забезпечують розв'язання психічних проблем [78, с. 383].

Отже, ефективність реабілітаційних психологічних впливів на травмовану особистість визначається збільшенням фонових, стабілізаційних та зменшенням екстремальних, ризикованих практик побудови життя, досягненням певного балансу між ними.

Основними векторами психологічної реабілітації людини, яка переживає руйнацію можливості звично жити, є переконфігурування практик, спрямованих на самоідентифікацію, освоєння значущої комунікативної території та смислопородження відповідно до етапу життєвого шляху.

Конструювання нових смислів, їхня особиста інтерпретація полегшуються під час продуктивного, симетричного діалогу травмованої людини із психотерапевтом, який допомагає реконструювати життєву історію, перетворити екстраординарну подію на один із елементів подієвого ряду, попрацювати над демаркацією меж між старим і новим досвідом, довоєнними і теперішніми друзями, колишніми і теперішніми цінностями, планами, уподобаннями.

Контрольні запитання до розділу 3

1. *Чим психологічне консультування відрізняється від інших видів практичної психологічної допомоги людині?*
2. *Які основні цілі і завдання психологічного консультування?*
3. *Окресліть базові етапи психологічного консультування.*
4. *Назвіть умови досягнення корекційно-терапевтичної цілі під час консультування.*
5. *Охарактеризуйте критерії результативності психологічного консультування осіб з психотравмами.*
6. *Які критерії діагностики ПТСР по DSM-IV?*
7. *Опишіть основні методики діагностування ПТСР у світовій практиці.*
8. *Назвіть типові моделі психотерапевтичної практики психотравм.*
9. *Охарактеризуйте три аспекти психопрофілактики соціальної дезадаптації в учасників бойових дій.*
10. *У чому особливість групової психотерапії як одного з основних методів надання психологічної допомоги?*
11. *Яка цінність імагінативної терапії у роботі з психотравмою з війни?*
12. *Які суттєві схожості і відмінності між психотерапією і психокорекцією?*
13. *Визначте відмінність між симптоматичною і каузальною корекцією у роботі учасниками війни.*
14. *У яких випадках доцільна спеціальна психокорекція розладів, зумовлених війною чи іншими причинами?*
15. *Опишіть різні психокорекційні комплекси.*
16. *Визначте загальні особливості психокорекційної роботи з травмами війни.*
17. *У чому суть кризової інтервенції як виду психологічної допомоги учасникам бойових дій?*
18. *Зміст стадій кризової інтервенції.*
19. *Опишіть напрями психологічної реабілітації.*
20. *Окресліть алгоритми психотерапевтичної роботи з травмою за допомогою соматичної терапії травми.*
21. *Охарактеризуйте роль танцювально-рухової терапії та інших видів психореабілітаційних технік і прийомів.*

Розділ 4

ПСИХОЛОГІЧНІ ТРАВМИ ВІЙНИ У ДІТЕЙ ТА ЇХ КОРЕКЦІЇ

4.1. Етіологія психологічних травм війни у дітей

За офіційними даними (точної статистики, на жаль, не знає ніхто) до початку бойових дій на території Донецької та Луганської областей проживало близько 1 млн дітей. За оцінками експертів, приблизно 200 тис. із них виїхали за межі зони АТО, 250 тис. перемістилися на підконтрольну Україні частину Донбасу. Близько 500 тис. залишилися на окупованій території Сходу України, ще 50 тис. виїхали в країни далекого і ближнього зарубіжжя, а також до Криму.

Психологічний стан дітей-переселенців. 27 % батьків стверджує, що їхня дитина почала відчувати страх, третина вважає, що в малюка підвищилася конфліктність. Кожен третій опитаний вважає, що його дітям потрібна психологічна допомога. 30 % зазначають, що діти стали замкнутішими. 12 % упевнені, що в сина чи доньки чітко проявляються психологічні проблеми. За оцінками батьків, діти найбільше сумують за родичами, друзями, на третьому місці – рідний дім.

На думку батьків, 52 % дітей не адаптувалися на новому місці проживання, кожному п'ятому це вдалося. Деякі батьки

зазначили, що їхні діти змогли стати лідерами в нових колективах, а ось 4 % стверджують, що їхні діти абсолютно не адаптувалися і стали ізгоями в дитячому колективі [90].

На жаль, тема психологічної підтримки переселенців, дітей війни більшою мірою лежить на плечах волонтерів, громадських організацій, благодійних фондів.

На сьогодні не існує єдиної державної програми психологічної підтримки дітей, які пережили війну.

Психологи констатують, що якщо не допомогти дітям пережити важкі ситуації, з якими вони зіткнулися, в майбутньому це може спричинити великі соціальні проблеми. Психологічні травми можуть залишитися з дитиною на все життя. Є ризик, що діти надалі проявлятимуть себе як жертви або агресори. У них може бути дуже багато страхів, а це впливає на світовідчуття загалом, на шкалу цінностей, на здатність до навчання, до розвитку, на те, як вони надалі будуватимуть свої дорослі відносини, створюватимуть сім'ї та виховуватимуть своїх дітей.

“Я не хочу нагнітати, але це може вилитися в агресію, жорстокість або депресію, які в майбутньому можуть трансформуватися в злочинність, наркоманію, суїцид. Сьогодні з цим можна працювати, виправити ситуацію, – вважає психолог зі Слов'янська Тетяна Шульга. – До речі, такі діти часто не справляють враження, що вони чимось дуже сильно пригноблені або з ними щось не так. Тобто, зовнішньо це можуть бути абсолютно радісні, щасливі діти. А от коли ми починаємо працювати з ними, з'ясовується, що переживання не завершилися, вони не прожиті, залишилося багато страхів. Від дітей практично не почуєш “я боюся війни” або “я боюся танків”, дитячі страхи трансформуються в боязнь монстрів, драконів, казкових героїв” [29].

Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають всі рівні людського функціонування, призводять до стійких особистісних змін не тільки у безпосередніх

учасників, а й у очевидців і членів їхніх сімей. Посттравматичні стресові порушення сприяють формуванню специфічних сімейних відносин, особливих життєвих сценаріїв і можуть впливати на все подальше життя. Тому необхідно розглянути проблему надання екстреної та систематичної допомоги постраждалим від впливу травматичних подій не тільки дорослим, але й дітям, перебіг переживань травм яких має низку своєрідних для цього періоду розвитку особистості станів [21, с. 93].

Для розуміння та надання більш ефективної психологічної допомоги дітям, які опинилися в стресовій ситуації у зв'язку з належністю до військових дій, до зони військових конфліктів, необхідно виділити чинники, які посилюють вплив психологічної травми. До таких належать: стан захисних сил особистості – вік, стресостійкість, рівень розумового розвитку, особистісна активність, фізіологічний стан у момент травми; особливості самого травматичного випадку – раптовість, відсутність схожого досвіду, тривалість, брак контролю, горе та втрата, постійні зміни, експозиція смерті, моральна невпевненість (власна витримка), поведінка під час події (почуття провини, непідвладність поведінки), масштаб руйнувань; наявність травматичного досвіду, залежність від психоактивних речовин, ідентифікація себе з жертвою, множинність стресових чинників, невизначеність наслідків.

Незаперечною є значущість сім'ї, батьків, окрім того, й учителів, шкільного середовища, які в надзвичайних ситуаціях виявляються в ролі буфера, що пом'якшує силу психічного стресу дітей з травмою війни. Життєва практика показує, що діти, які перебувають у стресових ситуаціях переносять важкі випробування значно легше, якщо відчують підтримку в соціальному колі перебування, зокрема в школі, у спілкуванні та контакті з учителями. Психологічна допомога шкільного вчителя, надана дитині з травмою війни, полягає в регуляції актуального психо-

логічного, психофізичного стану і негативних емоційних реакцій [21, с. 93].

Ще один важливий момент на замітку батькам. Діти бачать і добре розуміють, як переживають дорослі, батьки, які повторюють: “Все вже минуло, ми живемо на мирній землі, не згадуймо про це, живімо новим життям, не говорімо про погане”. Дитина знає, що мама чи тато засмутяться, якщо говорити про війну. Є сім’ї, в яких ця тема й зовсім під забороною для всіх членів сім’ї, мовляв, не згадуймо про це. Це дуже погано. Переживання повинні бути прожитими. Батьки повинні створити в сім’ї атмосферу підтримки, де дитина може говорити про свої почуття, якщо їй це потрібно. Батькам не варто забувати, що вони є найважливішими психотерапевтами для своїх дітей, а психологічний стан малюків – це концентрований стан дорослих.

Взаєморозуміння з дорослими. Для дорослих період психологічного відновлення може затягнутися значно довше, ніж у дітей. Вони можуть і не здогадуватися, що потребують психологічної допомоги, а іноді не знають, що вона існує взагалі.

4.2. Особливості психологічних травм у дітей

Дорослі і діти по-різному сприймають надзвичайну ситуацію. По-перше, це пояснюється тим, що дитяча психіка є більш пластичною і дитина може значно швидше вийти зі ситуації, що травмує, ніж це вдається дорослому. Це можливо лише за однієї умови, коли дорослі створять навколо дитини атмосферу, яка допоможе їй впоратися з цією ситуацією.

Вчені наголошують на тому, що психотравмуючі ситуації виходять за межі звичайного життєвого досвіду і з погляду психології мають можливість викликати стрес у будь-якої людини, незалежно від її досвіду чи соціального статусу. Відштовхую-

чись від психологічної сутності екстремальних ситуацій, можна сказати, що вони порушують у людини відчуття безпеки (стан захищеності), загрожують її цілісності.

Травматичні події часто наявні й у дитинстві: до 18 років щонайменше у 30 % осіб буде хоча б одна така подія. При цьому більшість травм, яких зазнають діти, – це не техногенні чи природні катастрофи, а домашнє, шкільне насильство; “інституалізоване” скривдження, якого зазнають діти, яких виховують в інтернатних закладах. На жаль, більшість фактів скривдження дітей є прихованими – залежні від своїх кривдників, залякані ними, діти не можуть розповісти свої історії. Знову ж таки, особливу категорію ризику становлять діти, котрих виховують у неблагополучних сім'ях, та діти-вихованці інтернатних закладів. Згідно з даними досліджень, імовірність зазнавати повторного, тривалого скривдження для цих дітей зростає у 5 разів, і ця проблема в Україні є особливо гострою [109].

Оскільки в надзвичайних ситуаціях діти становлять найбільш вразливу категорію населення, при наданні екстреної психологічної допомоги психолог перш за все повинен враховувати індивідуальні особливості дитини, а також ту конкретну надзвичайну ситуацію, в якій вони перебувають, і застосовувати не один метод, а радше набір технік, методик, які поєднуються одна з одною і підходять конкретній постраждалій дитині, тобто потрібно застосовувати індивідуальний підхід. Отже, при роботі з дітьми, які постраждали в результаті надзвичайної ситуації, повинні працювати фахівці, котрі є професіоналами не тільки в галузі екстремальної та кризової психології, але й у галузі вікової та педагогічної психології. Досвід роботи з дітьми й підлітками різного віку принципово значущий у такій ситуації [108].

Психологічні травми можуть залишитися з дитиною на все життя. Вже зараз волонтери та соціальні працівники повідо-

мляють про наслідки побаченого дітьми – це тривожні розлади, нічні кошмари, дратівливість, нав'язливі спогади, заїкання [109].

Посттравматичний синдром виникає як відставлена і/або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) винятково загрозливого чи катастрофічного характеру, яку може викликати стрес у будь-якої людини а, тим більше, у дитини, проте дитячі реакції протікають триваліше.

Дітям, котрі пережили психологічну травму, досить важко зрозуміти, що з ними трапилося. Це пов'язано, насамперед, з їхніми віковими особливостями, їм не вистачає соціальної, фізіологічної та психологічної зрілості. Дитина не в змозі повністю усвідомити зміст того, що відбувається, вона просто запам'ятовує саму ситуацію, свої переживання в цю мить (у пам'ять вривається вереск гальм, свист падаючого снаряда, гул вертольотів, звуки ударів, вибуху, жар вогню тощо).

Інтенсивність переживань може бути занадто сильною для дитини, і вона стає дуже вразливою.

Травмовані діти висловлюють свої почуття, пов'язані з пережитим, через поведінку. Зокрема, у дітей дошкільного віку (від 4 до 7 років) відзначається прагнення до одноманітних ігор з використанням предметів, що мають відношення до психотравми.

Спектр посттравматичних симптомів у дітей охоплює зміни на фізіологічному, емоційному, когнітивному і поведінковому рівнях [90].

До загальних посттравматичних симптомів, характерних для дитячого віку, належать:

I. На фізіологічному рівні:

1. Різні порушення сну, часті пробудження під час сну, внаслідок кошмарних снів.

2. Багато дітей скаржаться на болі в животі, головні болі, що не мають фізичних причин.

3. Часте сечовипускання.

4. Розлад стільця.

5. Тремтіння, тики, посмикування.

6. Схематизація – стан, пов'язаний із рецидивуючими та соматичними скаргами тривалістю кілька років.

II. На емоційному рівні:

Найбільша загальна і найперша реакція на пережитий стрес – страх, фобії. З часом у дітей можуть розвинутися специфічні фобії; розлад тривожної розлуки, порушення характеризується вираженою тривогою, внаслідок відділення дитини від звичної турботи про неї, боязнь засинати в темряві самому.

Деякі діти часто відчують почуття провини за те, що трапилося, у них формується уявлення про те, що “погані речі трапляються з поганими” і вони сприймають хвилювання та страхи батьків як викликані власною поведінкою [79].

1. Психотравмовані діти стають більш дратівливими.

2. Розвивається депресія.

3. Діти стають плаксивими.

III. На когнітивному рівні:

1. У травмованих дітей погіршується концентрація уваги, вони стають неуважними.

2. Порушується пам'ять, діти стають забудькуватими, часто не можуть пригадати важливу персональну інформацію, зазвичай травматичного або стресового характеру.

3. Дисоціативна фуга. Характеризується нездатністю згадати минуле і безладом, плутаниною, у поєднанні з раптовим і несподіваним утіканням з дому.

4. У травмованих дітей часто з'являються думки про смерть.

IV. На поведінковому рівні:

1. У травмованих дітей можлива різка зміна поведінки: вони не хочуть розлучатися з батьками навіть ненадовго, деякі

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

можуть у прямому сенсі слова чіплятися за батьків і мати потребу в їхній постійній присутності, фізичному контакті з ними і заспокоєнні.

2. Багато дітей часами повертаються до поведінки, властивої для молодшого віку. Деякі мочаться в ліжко, втрачають навички охайності, смокчуть пальці або взагалі поведуться як малюки.

3. Травмовані діти стають більш впертими, гнівними, агресивними. Їхня поведінка характеризується ворожістю і конфліктністю стосовно інших.

4. У травмованих дітей зазвичай відзначається широке коло проявів поведінки страху або уникання, як зокрема страх виходити з дому, залишатися самому або бути в замкненому просторі.

5. Розлад реактивної прихильності характеризується помітним порушенням розвитку соціальних навичок до п'ятирічного віку.

Відразу після травми або через досить тривалий час у дітей-переселенців можуть з'являтися такі симптоми:

- порушення сну, нічні кошмари, нав'язливі думки про травматичну ситуацію, упевненість у тому, що травматична ситуація може повторитися, підвищена тривожність, сильна реакція на будь-який стимул або ситуацію, що символізує травму, психофізіологічні порушення;

- діти можуть не говорити про свої переживання, пов'язані з травматичними подіями, тому необхідно звертати увагу на невербальні ознаки порушень;

- нав'язливе відтворення травматичного випадку в дітей може мати форму повторюваних ігор, у яких простежуються тема або аспекти травми. Це особливий вид гри, коли діти одноманітно, монотонно повторюють той самий сюжет гри, не вносячи туди жодних змін, ніякого розвитку. Діти, програвши певні сюжети, не відчувають полегшення;

- порушення сну, які тривають довше, ніж кілька місяців після травми. У дітей можуть бути сни, на перший погляд незрозумілі, але які викликають жах. Дитина може не розуміти, що в сні якимось відображена катастрофа, тоді як дорослій людині це очевидно. У той же час сни, безпосередньо пов'язані з травматичною ситуацією, можуть бути відсутніми;

- страх розлуки з батьками, поведінка “зчеплення” з батьками;

- страх при появі стимулу (місця, людини, телевізійної передачі і т. п.), пов'язаного з травматичним переживанням;

- соматичні скарги, невпевненість у власному здоров'ї;

- підвищена тривожність, що виявляється вдома або в школі;

- порушення в пізнавальній сфері в дітей, які пережили психотравмуючі події, часом досягають такої виразності, що це призводить до погіршення успіхів у навчанні. Діти можуть дуже болісно переживати цей факт [94].

4.3. Специфіка психологічних травм у дітей війни та вимушених переселенців

Ключову роль при наданні допомоги дітям, які перебували в ситуації збройних конфліктів (потерпілі або свідки), відводять спеціалістам: служб у справах дітей, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, психологам, соціальним педагогам і соціальним працівникам закладів соціального обслуговування та соціального захисту дітей. Ці організації безпосередньо захищають права дітей і забезпечують необхідну допомогу та підтримку.

Під час надання допомоги постраждалим дітям варто пам'ятати, що незалежно від ситуації, діти можуть мати проблеми зі здоров'ям і потребувати як медичної, так і психологіч-

ної (а в деяких випадках – і психіатричної) допомоги, а робота з такою дитиною можлива лише тоді, коли вжито заходів для відновлення її фізичного здоров'я, та коли вона психологічно готова до отримання допомоги.

Вивчення травматичного досвіду, який пережили діти-вимушені переселенці, свідчить про його деформуючий вплив на процес формування довіри, активності, ініціативності, міжособистісних відносин, розвиток мислення, формування самооцінки, самоконтролю та особливості загалом. Необхідно розрізняти події, які особисто переживала дитина, та ті, які пережили інші люди, значущі для дитини. Таке розрізнення особливо важливе в роботі з дітьми, оскільки для них характерні довірливі та залежні відносини з членами сімей. Тому ризик розвитку посттравматичних розладів у дітей-переселенців вищий настільки, у наскільки близьких відносинах вона перебуває з людиною, яка потерпає від травматичної ситуації [94].

Досвід психічної травматизації викликає як гострі, так і довготривалі психологічні проблеми, що поглиблюються “вторинним стресом”. Вторинний стрес, що викликаний додатковими травмуючими обставинами, ускладнює, спотворює та уповільнює процес адаптації, а також впливає на взаємини в родині, спілкування з однолітками. Діти в ситуації вимушеного переселення особливо схильні до дії вторинного стресу, оскільки травматичний досвід військових дій найчастіше поєднаний із втратами, негараздами в сім'ї, зміною її статусу, радикальними змінами способу життя.

На інтенсивність психологічного стресу можуть впливати такі параметри:

- 1) ворожість травматичної ситуації (загроза життю, фізичній або психічній цілісності);
- 2) інтенсивність негативних впливів;

- 3) тривалість негативних впливів;
- 4) невизначеність ситуації (її непередбачуваність, багатозначність);
- 5) неможливість контролю над ситуацією (все, що відбувається поза волею людини);
- 6) брак соціальної підтримки;
- 7) несумісність нового досвіду зі звичною реальністю;
- 8) неможливість раціонального пояснення того, що трапилося. Можна виділити два типи поведінки дитини, що пережила психотравмуючу ситуацію: інтерналізована та екстерналізована поведінка.

Інтерналізована поведінка. У дітей з цим типом поведінки виявляються такі поведінкові риси:

- закритість і уникнення контактів з іншими (наявні, але їх не враховують);
- ознаки зниженого настрою аж до депресії;
- недостатність спонтанності та ігрової поведінки;
- слухняність і легка піддатливість;
- надмірна пильність і лякливість;
- фобічні реакції на нетипові подразники;
- часті головні болі або болі в животі;
- порушення харчового циклу;
- схильність до адиктивної поведінки;
- можливі загрози самогубством;
- схильність до дисоціативних розладів;
- нанесення собі ушкоджень; однією з причин нанесення собі ушкоджень (наприклад, різаних ран або припікання сигаревою) є спроба набуття контакту з реальністю (вихід зі стану депресії і дисоціації). Біль, що виникає у цьому випадку, є своєрідною копінговою реакцією – адаптаційною реакцією людини на складну життєву обставину. Якщо таку поведінку не припинити, то вона може закріпитися як копінгова реакція і зберегтися в дорослому віці.

Екстерналізована поведінка – це поведінка, яка спрямована на інших. Діти з екстерналізованою поведінкою спрямовують свої емоції та почуття назовні, на інших дітей, на дорослих, на предмети. Такі діти приносять проблеми оточуючим, тому зазначені порушення поведінки легко розпізнати.

При цьому:

- діти можуть бути агресивними, ворожими та деструктивними;
- вони можуть поводити себе зухвало, самі провокувати або вчиняти напади на інших;
- вони можуть знущатися над тваринами (аж до їх убивства);
- вони схильні до деструктивних форм поведінки (наприклад, до підпалів);
- їх поведінка може бути сексуально забарвленою або сексуально спрямованою.

Ситуація вимушеного переселення, яка супроводжується невизначеністю на новому місці, призводить до сильного стресу. Існують індивідуальні відмінності в реакціях на екстремальну ситуацію, захисні механізми та стратегії опанування.

Психологічний захист вмикається автоматично і є неусвідомленим механізмом збереження психічної рівноваги в тяжкій життєвій ситуації.

До типових захисних реакцій дітей належить відмова (пасивний протест), опозиція (активний протест), імітація, компенсація, емансипація, заміщення, регресія.

Відмова – це рання форма захисної поведінки. В її основі є неможливість задовольнити базові потреби в безпеці та захищеності. Реакція пасивного протесту проявляється у відстороненні від спілкування навіть із близькими людьми, відмові від їжі, від ігор, утечі з дому. Така реакція найчастіше виникає в дитини, якщо її раптово та непередбачувано відірвали від звичної

ситуації. Достатньо часто пасивний протест проявляється в дітей молодшого віку в нерухомості, загальмованості, ухилянні від будь-яких зовнішніх впливів. Дитина годинами може перебувати в одній і тій же позі, не реагуючи на навколишній світ. У дітей старшого віку пасивний протест може проявлятися в немотивованій відмові від виконання дій, які треба виконувати, утеч з дому та школи, упертістю та відмовою спілкуватися з тими, на кого спрямовано протест.

Опозиція – активний протест дитини проти норм та вимог дорослих – спостерігається при втраті чи зниженні уваги дитиною з боку близьких, коли підривається упевненість дитини, що ніхто та ніщо не зможе порушити відносини любові та прив'язаності. Опозиційна поведінка дитини з погляду дорослих не має підстав, хоча насправді вона є реакцією на брак тепла з їхнього боку і закликом повернути любов. Реакції цього типу характеризуються великою різноманітністю та інтенсивністю проявів. До них відносять вибухові реакції зі спалахами гніву, руйнівними діями й агресією, загальне рухове збудження з тимчасовим звуженням свідомості, зловмисні вчинки, які прямо або побічно заподіюють шкоду кривдникові. Зазвичай опозиція може розвиватися гостро і бурхливо. Дитина плаче, кричить, падає на підлогу, б'ється головою, стукає ногами, розмахує руками, прагне вдарити, ущипнути, дряпається, відштовхує від себе дорослих. Старші діти на висоті спалаху здатні руйнувати все, що потрапить під руку, нападати на тих, кого вони вважають винуватцями своїх переживань. Іноді реакція активного протесту розвивається повільно: збудження, що накопичується, розряджається окремими ворожими вчинками, пошкодженням або знищенням речей “кривдника”, нанесенням тілесних ушкоджень або образами.

Імітація – це незріла форма ідентифікації. Незрілість виявляється у вираженому прагненні наслідувати певну особу або

героя в усіх його проявах. Для дітей характерним є або глобальне прийняття когось (позитивна імітація), або глобальне заперечення (негативна імітація). Тому нерідко імітацію розглядають як процес самоототожнення дитини з іншою людиною або групою. Щоб захист за допомогою імітації був ефективним, вона повинна значно знижувати внутрішню напругу. Ось чому діти, емоційно відкинуті батьками, схильні у всьому імітувати їхню поведінку в надії повернути їхню любов, а підлітки, які прагнуть стати членами підліткової групи, – у всьому імітувати групову поведінку.

Компенсація – це реакція, за допомогою якої дитина прагне пояснити собі та заповнити слабкість і неспроможність в одній сфері успіхами в іншій. Можна вважати, що компенсація – це відволікання від основної проблеми за допомогою перемикання на інші успіхи. Захист за типом компенсації відбувається не за місцем нестачі або порушення, а в іншій, далекій сфері. Для подолання такого захисту корисно спрямувати зусилля дитини на те, щоб наблизити компенсаторний процес до місця дефіциту і шляхом тренування довести недолік до рівня його гіперкомпенсації.

Емансипація – це боротьба дітей за самоствердження, самостійність, свободу. Загалом – це вивільнення з-під контролю і заступництва дорослих. Часто емансипація може виглядати як грубість стосовно дорослих.

Окрім захисних реакцій, які реалізуються передусім на поведінковому рівні, у дитини поступово виявляються психологічні захисні механізми, типові для дорослих. Проявляючись у дошкільнят і молодших учнів, вони свідчать про становлення зрілої системи психологічного захисту. До них, окрім інших, відносять заміщення, ізоляцію, регресію.

Заміщення. Цей вид захисту є дуже важливим, оскільки тісно пов'язаний із розвитком дитячих ігор і роллю іграшок у норма-

лізації психічної рівноваги дитини в тяжких ситуаціях. Дійсно, узявши ляльку або іграшкову тваринку і граючись з нею, дитина може “дати” їй можливість робити і говорити все, що їй самій заборонено: бути жорстокою, лаятися, висміювати інших тощо. Заміщення може виступати як можливість полегшити вантаж своїх емоцій і пропрацювати свої почуття. У цьому сенсі зрозуміло, чому дитині так важливо поговорити про власні проблеми. Для неї розповідь є найпростішою формою заміщення, адже розповісти – значить щось зробити. У розмові в дитини з’являються дві можливості: її почують та вона сама вислухає себе. Дорослий повинен надавати дитині підтримку в процесі такого слухання, не переривати її своїми думками, поспішними інтерпретаціями або зверненнями. Якщо дитина ставить запитання, то потрібно обов’язково почекати: може, дитина відповідь на запитання сама.

Ізоляція – це захисний механізм, пов’язаний із відділенням почуття від ситуації. Часто ізоляція проявляється в дитини досить яскраво у разі сприйняття емоційно травмуючих ситуацій або спогадів про них з почуттям тривоги, яке спровоковано цими подіями. Дитина відключається від зовнішнього світу і занурюється у власний світ, віддається мріям, стає відчуженою. Надалі відхід у себе призводить до підвищеної тривожності, до відчуття відсутності міцних коренів у цьому світі. Для уникнення появи захисту за типом ізоляції навчання дітей повинно мати максимально особистісне забарвлення.

Регресія – це захист завдяки поверненню почуттів і дій до тієї стадії психічного розвитку особистості, у якій ці дії були успішними, а почуття переживалися як задоволення. Це один із механізмів психологічного захисту, за якого дитина повертається до форм поведінки, типових для попередніх стадій її розвитку. У важких ситуаціях у дитини проявляється залежність від оточуючих, вона відмовляється від самостійності у

вчинках, від прийому власних рішень, від своєї відповідальності за будь-що.

Важливою формою адаптаційних процесів і реагування особистості на стресові ситуації є не тільки психологічний захист, але й копінг-поведінка – сукупність усвідомлених стратегій вирішення конфлікту для того, щоб упоратися з внутрішнім напруженням і дискомфортом. Під впливом психологічного захисту конфлікт тільки послаблюється, подальше надходження травмуючої інформації неможливо припинити. У процесі онтогенезу, у зв'язку з формуванням мови, свідомості і самосвідомості, особистість набуває новий спосіб поведінки у важких життєвих ситуаціях: формується опанування (копінг, від англ. coping, що означає подолання стресу, складної ситуації). Умовно стратегії опанування можна ділити на три групи: 1) поведінкові, а саме різні поведінкові стратегії зняття вогнища напруженості, що може бути обумовлено як зовнішніми, так і внутрішніми чинниками; 2) емоційні, тобто емоційна розрядка для зняття напруги, або з метою пошуку соціальної підтримки; 3) коопінг-стратегії, які дають змогу нейтралізувати напруженість через зміну суб'єктивної оцінки ситуації. Когнітивні стратегії поділяються на адаптивні, умовно адаптивні, неадаптивні.

Прояви і розвиток посттравматичних розладів та розладів адаптації в дітей мають низку особливостей порівнянно з дорослими. Це пов'язано в першу чергу з особливостями дитячої психіки. Наприклад, діти не завжди можуть пов'язати свої травматичні прояви з фактом психологічної травми, що вкрай важливо під час опрацювання травми.

Відразу після травми або через досить тривалий час у дітей-переселенців можуть з'являтися такі симптоми:

- порушення сну, нічні кошмари, нав'язливі думки про травматичну ситуацію, упевненість у тому, що травматична ситуація

ція може повторитися, підвищена тривожність, сильна реакція на будь-який стимул або ситуацію, що символізує травму, психофізіологічні порушення;

- діти можуть не говорити про свої переживання, пов'язані з травматичними подіями, тому необхідно звертати увагу на невербальні ознаки порушень;

- нав'язливе відтворення травматичного випадку в дітей може мати форму повторюваних ігор, у яких простежуються тема або аспекти травми. Це особливий вид гри, коли діти одноманітно, монотонно повторюють один і той же сюжет гри, не вносячи туди жодних змін, ніякого розвитку. Діти, програвши певні сюжети, не відчують полегшення;

- порушення сну, які тривають довше, ніж кілька місяців після травми. У дітей можуть бути сні, на перший погляд, незрозумілі, але які викликають жах. Дитина може не розуміти, що в сні якоюсь мірою відображена катастрофа, тоді як дорослій людині це очевидно. У той же час сні, безпосередньо пов'язані з травматичною ситуацією, можуть бути відсутніми;

- страх розлуки з батьками, поведінка "зчеплення" з батьками;

- страх при появі стимулу (місця, людини, телевізійної передачі і т. п.), пов'язаного з травматичним переживанням;

- соматичні скарги, невпевненість у власному здоров'ї;

- підвищена тривожність, що виявляється вдома або в школі;

- порушення в пізнавальній сфері в дітей, які пережили психотравмуючі події, часом досягають такої виразності, що це призводить до погіршення успіхів у навчанні. Діти можуть дуже болісно переживати цей факт.

Дані численних, переважно зарубіжних, досліджень показали, що невирішеність та неопрацьованість травматичного досвіду призводить до відстрочених негативних психологічних наслідків, які перешкоджають дитині досягти повної соціальної, професійної та особистісної реалізації.

Особливості кризових інтервенцій для дітей і підлітків полягають у наступному:

1. З дітьми важливо вийти на рівень переживань і прояву почуттів. Полегшення настає через контакт, через наявність візаві. Тому корисним є будь-який засіб, який допомагає вступити в контакт і підтримати його. Відповідний контакт виводить дитину з її самотності. Діти та підлітки спочатку не в змозі говорити про кризу. Тільки коли завдяки діям психолога виникне контакт з дитиною і в неї зникає відчуття самотності, вона почне говорити.

2. У дитячій кризі психолог виконує функцію захисту та підтримки.

Ми повинні зібрати від оточення і від дитини стільки інформації, скільки можливо отримати, щоб відчувати, що криза означає для життя дитини, і забезпечити необхідний рівень підтримки.

3. Діти реагують на кризу формуванням симптому, що є особливим засобом дитини повідомити про страждання. Це може бути енурез, фобія, алергічна реакція і т. п. Як правило, симптом є захистом від загрозливого досвіду, тому ми не чіпаємо симптом на першій стадії кризової інтервенції.

Ставимося до симптому, як до необхідного захисту. Як тільки дитина відчуватиме захищеність і зможе говорити про кризу (травму), симптом буде не потрібний і відступить.

4. У роботі зі сім'єю та оточенням ми досліджуємо питання: яка причина того, що дитині необхідний захист, може стати менш загрозливою.

Дитині ми допомагаємо у вираженні того, що є, її почуття і потреби (у грі, за допомогою творчих матеріалів, лотка з піском).

5. Ми підтримуємо зв'язок між невербальним рівнем переживання і його виявом у мові.

Розділ 4

ПСИХОЛОГІЧНІ ТРАВМИ ВІЙНИ У ДІТЕЙ ТА ЇХ КОРЕКЦІЇ

Таблиця 1

Дитячі реакції на травму та перші кроки допомоги

Симптоми	Перші кроки допомоги
<i>1</i>	<i>2</i>
Вік 3–7	
1. Безпорадність, пасивність	Забезпечення підтримки, відпочинку, комфорту, їжі, можливості гратися і/або малювати
2. Генералізований страх	Відновлення захисту з боку дорослих
3. Пізнавальні труднощі (наприклад, не може зрозуміти)	Повторні конкретні роз'яснення ситуацій, очікуваних подій
4. Труднощі розпізнавання власних занепокоєнь	Знайомство з емоційними назвами загальних реакцій
5. Недостатність вербалізації – елективний мутизм, повторювані невербальні програвання травми, німі запитання	Допомога у вербалізації спільних почуттів і скарг (дитина ще не в змозі сприймати свої почуття окремо)
6. Приписування магічних властивостей спогадам про травму	Відділення травми від речових нагадувань (будинки, ящики для іграшок і т. д.)
7. Розлади сну (нічні страхи і кошмари, страх засинання, страх залишатися самому особливо в темряві)	Ліплення того, що лякає
8. Тривожнаприхильність (чіпляння за дорослих, небажання перебувати без батьків)	Забезпечення постійної турботи і догляду (наприклад, запевнення, що її зустрінуть з дитячого садка/школи). Обмін пам'ятними предметами
9. Регресивні симптоми (смоктання пальця, енурез, белькотіння)	Ставлення дорослих до цих тимчасових проявів

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

Продовження табл. 1

1	2
10. Тривоги, пов'язані з нерозумінням смерті, фантазії про "лікування від смерті", очікування, що померлі можуть повернутися, напасти	Пояснення фізичної реальності смерті
<i>Вік до 11 років</i>	
1. Поглинання власними діями під час події, стурбованість своєю відповідальністю і/або виною	Допомога у висловлюванні прихованих переживань, спровокованих подією
2. Специфічні страхи, що запускаються спогадами або перебуванням на самоті	Допомога в ідентифікації та висловлюванні спогадів, тривог і в запобіганні їх генералізації
3. Перекази і програвання події (травматичні ігри), пізнавальні повторення і obsesivna деталізація	Дозвіл говорити і гратися, аналіз спотворень, знання про нормальність почуттів і реакцій
4. Страх бути пригніченим своїми переживаннями	Стимулювання вираження страху, гніву, печалі тощо в підтримуючій присутності дорослого, щоб запобігти почуттю захопленості переживанням
5. Порушення концентрації та навчання	Стимулювання повідомляти батькам і вчителям, коли думки і почуття заважають
6. Порушення сну (погані сни, страх спати самому)	Підтримка в оповіданнях про сни, пояснення, чому бувають погані сни
7. Турбота про свою безпеку і про безпеку інших	Допомогти поділитися занепокоєнням, заспокоїти реалістичною інформацією
8. Порушена або нестабільна поведінка (наприклад: незвично агресивна поведінка, негативізм)	Допомога в оволодінні переживаннями, апеляцією до самоконтролю (наприклад, сказавши: "Напевно, це до самоконтролю", "Напевно, це важко – відчувати себе таким сердитим")

Розділ 4

ПСИХОЛОГІЧНІ ТРАВМИ ВІЙНИ У ДІТЕЙ ТА ЇХ КОРЕКЦІЇ

Продовження табл. 1

<i>1</i>	<i>2</i>
9. Соматичні скарги	Допомогти ідентифікувати пережиті під час події тілесні відчуття
10. Пильна увага до реакцій і одужання батьків, страх засмутити батьків своїми тривогами	Пропозиція спільних зустрічей із дітьми та батьками, щоб допомогти дітям поділитися інформацією з батьками, що вони відчувають
11. Турбота про інші жертви і їхні сім'ї	Заохочення конструктивних дій в інтересах постраждалих і загиблих
12. Страх, викликані власними реакціями горя, страх привидів	Допомога у збереженні позитивних спогадів про те, що дитина робила у важкий момент
<i>Підлітковий вік</i>	
1. Погляд з боку, сором і вина (подібно до того, що буває в дорослих)	Спонування до обговорення події, пов'язаних із нею почуттів і реалістичного бачення того, що було важливо
2. Тривожне осмислення своїх страхів, почуття уразливості й інших емоційних реакцій, страх здаватися ненормальним	Допомога в розумінні того, що здатність переживати такий страх – ознака дорослості, заохочення розуміння і підтримки в середовищі однолітків
3. Посттравматичні зриви (наприклад: використання наркотиків, алкоголю, делінквентна поведінка, сексуальні загули)	Допомога в розумінні того, що така поведінка – спроба блокувати свої реакції на подію і заглушити гнів
4. Небезпечні для життя правила, саморуйнуюча і віктимна поведінка	Звернення до спонувань такої поведінки з гострим наслідками, пов'язування їх з імпульсивністю, що призводить до агресії
5. Різкі зміни в міжособистісних стосунках	Обговорення можливих труднощів у стосунках з однолітками і родиною

Закінчення табл. 1

1	2
6. Бажання і плани помсти	Вислухати існуючі плани, звернутися до реальних наслідків їх виконання, заохочувати конструктивні альтернативи, здатні зменшити відчуття пост-травматичної безпорадності
7. Радикальні зміни життєвих принципів, що впливають на формування ідентичності	Пов'язати принципи змін із впливом травми
8. Передчасний вступ у доросле життя (наприклад: вихід зі школи, шлюб, або небажання жити в будинку)	Заохочення відстрочених рішень, щоб дати час на осмислення своїх реакцій на травму і переживання горя

Детальний аналіз психологічних наслідків психотравм у дітей та підлітків провели У. Юл і Р. М. Вільям. Вони називають такі найпоширеніші симптоми:

- порушення сну;
- труднощі сепарації (прагнення постійно перебувати поруч із батьками, спати разом із ними і т. п.);
- зниження здатності до концентрації (зокрема, труднощі в зосередженні на шкільній роботі), тимчасове зниження пам'яті, втрата деяких навичок, що були раніше;
- нав'язливі думки, страхи, підвищена настороженість і підозрілість;
- порушення спілкування з батьками та однолітками;
- втрата життєвих перспектив;
- дратівливість;
- почуття провини, депресія;
- підвищення рівня тривожності, аж до нападів паніки.

Багато дослідників вказують, що у дітей, які зазнали психологічної травми, спостерігається постійне відтворення пере-

Розділ 4

ПСИХОЛОГІЧНІ ТРАВМИ ВІЙНИ У ДІТЕЙ ТА ЇХ КОРЕКЦІЇ

житого в різних формах: у яскравих страхітливих візуалізаціях (флешбек), у багаторазових іграх на тему травматичної події, в кошмарних сновидіннях. Діти чекають і бояться реального повторення цієї події. Психотравма часто призводить до загострення емоційних чи поведінкових порушень, що були раніше.

Нижче представлені поширені ознаки стресу в різних вікових групах.

Таблиця 2

Ознаки стресу у дітей та підлітків

Вікові групи		
Діти ясельного та дошкільного віку	Діти молодшого шкільного віку	Діти 10–12 років і підлітки
Злість	Недовірливість	Злість
Тривога	Скарги щодо головних болів і болів у животі	Втрата ілюзій
Проблеми з харчуванням і сном, у тім числі нічні кошмари	Почуття, що тебе не люблять	Недовіра до всього світу
Страх самотності	Відсутність апетиту	Низька самооцінка
Дратівливість	Проблеми зі сном	Головні болі та болі в шлунку
Повернення до дитячої поведінки	Потреба часто ходити в туалет	Бунтарська поведінка
Тремтіння від страху	Байдуже ставлення до школи та до дружби	
Неконтрольований плач	Переживання відносно майбутнього	
Аутизм	Аутизм	

Загальні ознаки стресу чи ПТСР у дітей:

- Загострені емоції: агресивні реакції, тривожні прояви;
- Посилення страхів, поява випадкових страхів, яких раніше не було;
- Регрес – повернення на ранні форми прояву поведінки (поява потреби у допомозі батьків для виконання чогось, якої не було раніше);
- Відмова від їжі, порушення сну;
- Підвищена активність або навпаки замкненість, пасивність (залежно від типу НС);
- Послаблення імунітету, загострення хронічних хвороб;
- Часта травматизація;
- Постійний пошук самовираження через конфлікти з однолітками, незадоволення.

4.4. Напрями психологічної допомоги дітям з психотравмами

Є різні погляди на психотравму і роботу з нею, зокрема це танцювально-рухова і соматична терапія.

Соматична терапія травми. Суть роботи полягає в тому, що у процесі тілесних відчуттів відбувається пробудження тих природних зцілюючих процесів, які допомагають вилікуватися від травми. Тілесне відчуття актуалізує у людини, яка переживає травму, незавершені травматичні реакції і допомагає їм завершитися. Це завершення відбувається завдяки специфічним психологічним і фізіологічним зцілюючим процесам, які виникають під час тілесного переживання і дають змогу трансформувати травматичні симптоми [157] Використовують техніки: відстежування імпульсів до руху і їх руховий вираз, уповільнення руху, повторне виконання руху (однин і той же рух повторюють кілька разів у повільному

темпі). Структура терапевтичного процесу при роботі з психологічною травмою в межах соматотерапії і танцювально-рухової терапії: Клієнтові пропонують максимально розслабитися і відчувати власне тіло. Це можна зробити за допомогою різних вправ на релаксацію.

Ігрова терапія у роботі з дітьми, які пережили травмуючу подію. Дитинство невіддільне від гри. Чим більше значення дитинства в культурі, тим важливішою є гра для суспільства. На початку минулого століття критерій психічного здоров'я сформулювався так: "Здоровий той, хто вміє любити і працювати". Гаслом нашого століття є "Здоровий той, хто вміє любити, працювати і грати". Про першорядне значення гри для природного розвитку дитини свідчить той факт, що ООН проголосила гру універсальним і невід'ємним правом дитини. Гра – це єдина центральна діяльність дитини, що існувала в усі часи і в усіх народів. Гра є найбільш природним способом проникнення в дитинство, для пізнання його і для впливу на нього. Ігрова терапія дитини – нерідко єдиний шлях допомоги тим, хто ще не оволодів світом слів, дорослих цінностей і правил.

Ігрова терапія дитини стала розвиватися досить недавно [59]. Після Другої світової війни ігрову терапію з дітьми стали освоювати різні психотерапевтичні школи. Найбільш розроблені: дитячий психоаналіз, ігрова психотерапія відреагування, ігрова терапія побудови відносин і недирективна ігрова терапія. Всі ці психотерапевтичні школи багато в чому будують процес ігрової терапії з дитиною однаково. Дитина грається в спеціальній ігровій кімнаті, а психотерапевт, присутній у цій кімнаті, певним способом реагує на дії дитини. Психотерапевт не втручається у гру дитини, не направляє її. Дитина грається вільно в атмосфері доброзичливості і безпеки. Психотерапевтична школа впливає лише на отримання інтерпретацій гри дитини.

Незважаючи на різне розуміння значення гри дитини, психотерапевт не стане розпитувати дитину про її життя за межами ігрової кімнати (за винятком тих випадків, коли можна припускати, що дитина перебуває у кримінальній ситуації, наприклад, у ситуації фізичного або сексуального насильства), не стане з'ясовувати стосунків з нею. Це пов'язано з універсальним положенням про те, що вільна гра сама собою багато в чому цілюща для дитини.

Мета ігрової терапії – не змінювати чи переробляти дитину, не вчити її якимось спеціальним поведінковим навичкам, а дати можливість дитині бути самою собою. Гра в цьому сенсі дає дитині можливість реагувати на ситуації, які для неї неприємні, заплутані, складні. Процес гри розглядають як зусилля дитини знайти контроль над навколишнім середовищем. Коли дитина зустрічає справжнє розуміння і прийняття свого стану, вона долає свої внутрішні конфлікти, психологічний дискомфорт, невротичні стани і стає здатною до особистісного зростання і розвитку [60].

Більшість нормально розвинених дітей стикається в житті з проблемами, які здаються нерозв'язними. Але, програючи їх так, як їй хочеться, дитина може навчитися поступово справлятися з ними. Гра дає ресурси для вирішення конфліктів і передачі почуттів. Почуття дитини часто неможливо виразити вербально. На цьому рівні розвитку у малюка не вистачає когнітивних, вербальних засобів для вираження того, що він відчуває; в емоційному плані він не може настільки зосередитися на інтенсивності своїх переживань, щоб можна було їх адекватно висловити у словах.

Гра – символічна мова для самовираження; вона може відкрити терапевту: що пережила дитина; як вона реагує на те, що пережила; почуття, пов'язані, з тим, що вона пережила; які бажання, мрії і потреби виникають у дитини і особливості її “Я-концепції”.

Ігрова терапія виявлялася ефективною при вирішенні найрізноманітніших дитячих проблем: допомога при висмикуванні волосся; корекція елективного мутизму; зниження агресивної поведінки; покращення емоційного стану дітей після розлучення батьків; покращення емоційного стану дітей, які зазнають насильства, і занедбаних дітей; зниження стресу і тривожності у госпіталізованих дітей; корекція труднощів у читанні; поліпшення успішності дітей з труднощами в навчанні; корекція порушень мовленнєвого розвитку; корекція інтелектуального та емоційного розвитку розумово відсталих дітей; лікування заїкання; полегшення стану при психосоматичних захворюваннях (астмі, коліті, алергіях); зниження тривоги при розставанні з близькими.

Ігрова терапія є ефективною при роботі з дітьми всіх діагностичних категорій, окрім повного аутизму і неконтактної шизофренії. Отже, існує дуже обмежена кількість протипоказань до проведення ігрової терапії з дітьми [60]. В ігровій терапії, якою б не була причина звернення, терапевт отримує можливість безпосереднього спостереження за поведінкою дитини і може відповідно реагувати на неї.

Коли існує загроза або відсутнє почуття безпеки, здатність розвитку, самодослідження і відкриття самої себе у дитини гальмується [94]. Потенційний досвід навчання, доступний в ігровій терапії, прямо пов'язаний із тим, наскільки терапевту вдається створити атмосферу безпеки, в якій дитина може почуватися прийнятною і досить захищеною, щоб ризикнути бути самою собою і висловити найглибші емоційні переживання. З боку дитини це є несвідомим рішенням, а радше результатом обставин дозволеності, коли відсутні критицизм, тиск, похвала, несхвалення і коли ніхто не прагне її змінити. Дитину приймають такою, якою вона є. Коли дітям дозволяють самим керувати своїми діями, пропонувати власне рішення проблем,

вирішувати власні завдання – реалізуються і розвиваються їхні творчі ресурси. У цьому випадку діти значно краще дають раду власним проблемам і відчувають задоволення від того, що вони діють самостійно. При цьому діти навчаються при зіткненні з травмуючими обставинами використовувати свій внутрішній потенціал і творчо підходити до їх вирішення.

Наприклад, госпіталізація може викликати у дитини страх і напругу, оскільки вона раптово опиняється в незнайомій обстановці, де їй доводиться проходити різні не надто приємні процедури. Внаслідок цього у дітей часто виникає почуття тривоги і їм здається, що вони втратили контроль над ситуацією. Голден (Golden, 1983) вважає, що іграшки, якими володіє ігровий терапевт, мають таке ж значення, як і скальпель хірурга, щоб допомогти дітям покинути лікарню здоровими, ніж вони прийшли в неї. Якщо у дітей немає можливості в прийнятній формі висловлювати свої страхи і справлятися з ними, можуть виникнути нові емоційні проблеми та здорова пристосовність буде порушена [60].

У процесі гри діти часто відіграють те, що їм довелося пережити. Можна думати, що таким способом дитина намагається зрозуміти свої переживання і розвинути здатність керувати ситуацією. У процесі розігрування травмуючої події дитина звільняється від болю й емоційної напруги, які були цією подією породжені. В основі цього звільнення, мабуть, лежать два механізми. Перш за все, у процесі гри дитина асимілює думки і почуття щодо стресогенної події. Вона може переміщуватися від страждальної, пасивної ролі потерпілого в активну позицію, починає управляти грою і відповідно опановує ситуацію. У той же час повторення травматичного досвіду знову і знову допомагає дитині вивільнити негативні почуття або послабити їх за типом абреакції. Інсайт виникає не внаслідок інтерпретацій, а зі самої гри.

Травмуючим для дитини може бути не тільки поодинокий досвід, але й такі “стандартні” події, як, наприклад, ревності між сиблінгами, привчання до туалету і т. п. Основними травмуючими чинниками є: безпосередня загроза здоров’ю та життю дитини і її близьких; смерть близьких; фізичні травми або розміщення в інтернат, госпіталізація. У процесі сесії може відбуватися вивільнення агресії (дитина може почати кричати, бити ляльок, руйнувати споруди), або дитина може демонструвати регресивну поведінку (падати на підлогу, просити соску або щоб її заколисати). Терапевт не інтерпретує поведінку і почуття дитини, а лише називає їх.

Вільна гра на початку і в кінці сесії дає можливість досліджувати проблему, побудувати стосунки з дитиною, а також створити дитині умови для відновлення після впливу відтвореної в грі травмуючої події. Роль терапевта полягає в тому, щоб структурувати ігрову ситуацію, яка провокує тривогу, зробити можливим самовираження дитини та емоційне реагування. Терапевтичні відносини служать для встановлення контакту між дитиною і терапевтом. Мета такої терапії – допомогти дитині позбутися емоційного напруження і досягти катарсису. Цілющими чинниками є ігрова ситуація, яку структурує психотерапевт, і емоційна реакція на неї дитини.

Турбота про емоційний стан дитини:

- Заохочуйте активну гру дитини з однолітками. Можливо, дитина буде будувати барикади, грати в “Майдан”, “беркут” і майданівців, військових, інсценувати бійки, стрілянину, поранення, смерті. Важливо дозволяти дитині гратися у такі ігри – це значно знизить її внутрішню напругу;

- Заохочуйте ігри на відреагування агресії. Дитина може “озброюватися”, нападати або захищатися, бути пораненою або “убитою” у грі. Усе це є нормальним способом дитини впоратися зі стресом. Можна запропонувати дитині “битву” подушка-

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

ми, повітряними кульками та ін., також добре м'яти тісто, глину, пластилін і ліпити фігурки;

- Заохочуйте ігри дитини з піском, водою, глиною (допоможіть їй винести свої переживання назовні через образи);

- Велику роль серед ігор можуть зайняти ігри “в лікарню”. Це також є нормальним і сприяє подоланню стресу;

- Читайте дітям оповідання та казки, де описано сюжети подолання страху героями;

- Дайте дитині зрозуміти, що ви всерйоз ставитеся до її переживань і ви знали інших дітей, які через це пройшли (“Я знаю одного сміливого хлопчика, з яким теж таке трапилось”);

- Поговоріть з дитиною про ті почуття, яких вона зазнала або відчуває. Ви можете сказати, що багато людей відчували тривогу, страх, гнів, беспорядність. І що ці почуття – нормальні.

Однією з ефективних форм роботи з близьким оточенням дітей, які тимчасово переселені з небезпечних зон, є організація спеціальних постійно діючих груп психологічної підтримки. Наш досвід показує, що ті родичі дитини, які щотижня збиралися разом і обговорювали нагальні проблеми, які їх турбують, виконували вправи для зняття напруги, мали змогу отримувати відповіді на запитання стосовно дітей у фахівців, значно швидше долали негативні психоемоційні наслідки кризової ситуації, швидше оволодівали навичками самопомоги та елементарними навичками взаємодії з дитиною у постстресовий період. Своєю чергою стабільніший емоційний стан родичів сприяв швидшому відновленню нормального функціонування психіки дитини. Варто сказати, що групова форма організації психологічної допомоги виявилась ефективною й у роботі з дітьми – діти з більшим ентузіазмом працюють у групі, разом швидше пропрацьовують негативні переживання, гуртуються й у проміжках між заняттями з психологом. Варто наголосити, що саме згуртування та відновлення кола друзів є одним із ва-

гомих елементів у психологічній роботі з дітьми, які тимчасово переселені зі зон напруженого конфлікту. Згуртування та дружба сприяють активізації природних механізмів подолання наслідків стресу у дітей через гру, відчуття єдності, через взаємне відреагування подібних емоційних станів, через позитивні враження від взаємодії з однолітками.

Психологічна допомога дітям, які зазнали впливу стресових чинників, складається із таких етапів:

1. *Відновлення відчуття безпечності* – полягає у знятті тілесного та емоційного напруження, послабленні тих жорстких механізмів захисту, які виникли у відповідь на кризову ситуацію;

2. *Відновлення та зміцнення психологічних ресурсів дитини* – полягає у сприянні активізації природних ресурсів психіки дитини, на тлі яких можливий вихід із кризових станів;

3. *Відреагування негативних переживань, пов'язаних зі стресовими чинниками*, – полягає у створенні умов для прямого чи символічного прояву та копіювання сильних негативних переживань, які можуть впливати на розвиток ПТСР;

4. *Активізація природних механізмів самозцілення, адаптація до нових обставин* – полягає у заохоченні та зміцненні позитивних зрушень у станах дітей, активізації природного середовища самозцілення (спілкування з однолітками, відвідування гуртків за інтересами, сприятливе дозвілля з родиною, заняття творчістю тощо).

Загалом, варто сказати, що найуспішнішими техніками, які зарекомендували себе у роботі з дітьми, що зазнали впливу гострих стресових чинників, є техніки тілесно зорієнтованої психотерапії, арт-терапії (малювання, ліплення з пластиліну та глини), пісочної психотерапії, ігрової психотерапії, народної терапії (виконання колискових пісень), кататимно-імагінативної психотерапії. Особливо ефективною у процесі психологічної реабілітації дітей виявилась кататимно-імагінативна психотера-

пія (символ-драма) [60; 96; 130]. (Як відомо, основна процедура символ-драми полягає в уявленні образів на задану тему, що створює можливість для символічного пропрацювання травматичного досвіду клієнта).

На етапі **відновлення відчуття безпечності** передусім доречно застосовувати вправи, які допомагають зняти тілесне напруження та вивести надлишки адреналіну з організму, який активізувався під впливом стресових чинників. Деякі типові вправи описані у цьому посібнику у додатках – “Ключ Хасая Алієва”, “Квадратне” дихання, “Задування свічки”, “Дмухання на кульбабку”, “Надування мильних бульбашок”, “Дерево”, дихання “Піраміда”. Рекомендуємо кожне психологічне заняття починати з комплексу вправ, спрямованих на роботу з тілом. Поступово діти починають природно сприймати подібні вправи і самотійно їх виконувати у перервах між заняттями.

Завдання відновлення відчуття безпеки добре вирішується через мотив символ-драми “Безпечне місце”. Уявляючи безпечне місце – реальне чи уявне, діти символічно знаходять ресурси, які створюють основу для відновлення відчуття захищеності, внутрішнього спокою та природного вільного перебігу психічної енергії. Зазначимо, що діти, які зазнали впливу тяжких стресових чинників (обстріл, спостереження за смертю, загроза життю), достатньо специфічно уявляють вищезгаданий мотив. Такі діти достатньо довго шукають безпечне місце в своїй уяві, нерідко воно розташоване на іншій планеті, у фантазійному світі, під землею. Саме місце діти довго облаштовують для створення безпеки – укріплюють стіни будинку, будують високі паркани, збільшують кількість замків на дверях тощо. Та все ж, загалом, наявні можливості віднайдення внутрішнього відчуття спокою та безпеки у цих дітей. Подальші спостереження показали, що після уявлення “Безпечного місця” у дітей покращувався сон, знижувався ступінь

загального занепокоєння та збудження. Крім того, цей же мотив сприяв прискоренню формування близьких, відкритих стосунків між дітьми та психологами, що є хорошою основою для успішної реабілітації. Зазначимо, що іноді у роботі з дітьми ми застосовували модифікований мотив – “Улюблена тварина у безпечному місці”. Цей мотив створює додаткову можливість для актуалізації та зміцнення особистісних кордонів дитини, зняття надмірного ступеня тривожності, актуалізації процесів самоцілення.

Завдання на відновлення та зміцнення психологічних ресурсів дітей добре вирішується за допомогою символдраматичного мотиву:

“Місце, де мені добре”. Образ “хорошого” місця допомагає зняти внутрішню напругу, зміцнює природні захисні механізми психіки, створює підґрунтя для ефективного пропрацювання негативних станів дітей. Зміцнення ресурсів психіки дітей досягається також за допомогою уявлення образу “Могутнє дерево”. Наш досвід показав, що обидва мотиви створюють хорошу ресурсну основу для подолання негативних переживань дітей. Як правило, після сесій з цими мотивами, наставали періоди активного пропрацювання переживань дітей і у роботі з психологами, і у родинному оточенні. Тобто, діти ставали більш конгруентними до своїх переживань і могли відкрито виражати такі емоційні стани, як гнів, страх, розпач, смуток тощо. Варто сказати, що фахівці мають бути готовими до цієї стадії пропрацювання і відповідно реагувати на неї – потрібно створити сприятливі умови для безпосереднього або символічного прояву почуттів дітей, бути активним учасником співбуття і витримувати різну інтенсивність емоційних станів, запевнити дітей у тому, що їхні почуття є цілком природними у цій ситуації, попередити інших фахівців та найближче оточення дітей про активізацію стадії від реагування переживань.

Робота з переживаннями дітей є ключовою у процесі їхньої реабілітації. Ще раз наголосимо, що самі дорослі мають бути готовими до виявів різних емоційних станів дітей, які пережили травматичні події. За нашими спостереженнями, дорослі нерідко уникають проявів сильних переживань, тому можуть блокувати відреагування травматичної ситуації дітьми. Часто волонтери вдавалися до запобігання смутку дітей та намагалися поспішно заспокоїти їх, коли ті плакали; діяльність дітей організовували так, щоб було якомога більше веселощів; дитячі страхи нерідко лякали самих дорослих. У результаті є висока ймовірність того, що діти витиснуть свої переживання як соціально небажані, але через деякий час вони можуть спричинити розвиток ПТСР.

На етапі активного пропрацювання переживань дітей ефективними виявилися наступні техніки – ігрової психотерапії, тілесно зорієнтованої психотерапії, арт-терапії тощо. Достатньо добре зарекомендували себе також мотиви символ-драми – “Луг”, “Струмок”, “Будинок”, “Узлісся”, “Дика кішка”,

“Вулкан” тощо (ці мотиви варто застосовувати фахівцям зі спеціальною психотерапевтичною освітою [59; 130]).

Психологічна допомога дітям засобами арт-терапії. У процесі проведення навчально-методичних семінарів у кризовому центрі медико-психологічної допомоги не раз доводилося чути від волонтерів, що під час напружених подій на Майдані, вони, щоб вгамувати особисту тривогу, мимоволі “хапалися” за якесь ремесло, “занурювалися” в образотворчу діяльність, “відкривали” у себе несподівані творчі таланти: хтось безупинно *“місив тісто і ліпив вареники”*, хтось відчув гостру потребу *“вишивати маки”*, хтось потай від близьких почав *“майструвати паперові ляльки”*... А ще пригадалися сюжети з новин: про “дивного” бійця з українського блокпосту, який примудрявся вишивати хрестиком у проміжках між бойовими завданнями; про

чисельні малюнки-обереги від дітей, що “на повному серйозі” захищають добровольців на передовій... Усі перелічені види діяльності можна сміливо зарахувати до арсеналу **арт-терапії, що передбачає залучення людини до образотворчої діяльності**. Отже, в результаті групової рефлексії учасники семінарів зробили висновки про *цілющу силу творчості* у стресових ситуаціях. Як слушно зауважили самі волонтери, особливо доцільним є використання засобів арт-терапії в роботі з дітьми, які постраждали внаслідок кризової ситуації в країні.

Поділяючи погляди колег на специфіку роботи з дітьми-переселенцями, зі свого боку зазначимо ще дві групи дітей, які потребують уваги фахівців: 1) діти, які з родичами повернулися на звільнені території і “не впізнали” залишені місця; 2) діти, які не покидали зону АТО і разом з близькими змушені були тривалий час ховатися в занедбаних підвалах чи приватних льохах, були свідками обстрілів та загибелі людей або самі зазнали насилля.

Але, незважаючи на різноманітність зовнішніх кризових обставин та індивідуальних реакцій на них, ці категорії дітей об’єднує високий ризик розвитку посттравматичних розладів, якщо їм не допомогти у відреагуванні кризових станів та відновленні власних ресурсів. Звісно, робота з цією проблематикою та віковим контингентом (діти/підлітки) потребує від фахівців не тільки широкої обізнаності у засобах сприяння, а й особливої делікатності, дбайливості і водночас належної рішучості, щоб не залишатися постійно на стадії розради та підтримки, що забезпечує тимчасове полегшення, але не звільняє від наслідків травматичного досвіду. Саме такі особливості притаманні арт-терапії, з її спроможністю ненав’язливо трансформувати болісні спогади дитини за рахунок творчого катарсису та актуалізації ресурсних станів для інтеграції досвіду. Отже, арт-терапія як особливий вид психологічної допомоги, що пов’язаний із твор-

чим самовираженням і створенням образу (арт-об'єкту), мета якого – не красива картинка, а відображення внутрішнього стану дитини та відновлення душевного потенціалу у творчій діяльності, є досить перспективною в роботі з дітьми, які опинилися в кризовій ситуації [30; 37; 60; 124; 130].

Арт-терапія не має обмежень і протипоказань, для занять не потрібна спеціальна підготовка, позаяк кожна дитина з раннього віку здатна спонтанно виражати себе, свої стани мелодією, звуком, рухом, малюнком. Завжди ресурсна, арт-терапія володіє особливо потужним арсеналом екологічних (дбайливих, бережливих) засобів впливу у кризовому консультуванні, до яких належать: малювання, ліплення, колаж, ігри, музика, створення казок/історій, робота з піском і природними матеріалами та багато інших. Арттерапевтичні техніки з огляду на їх специфічні особливості забезпечують можливість максимальної за глибиною впливу і мінімальної за ступенем втручання допомоги дітям, які стали жертвами сексуального чи організованого насильства (біженці, заручники), учасники та свідки екологічних і техногенних катастроф [80; 94; 97; 124].

Діагностичні та психотерапевтичні процедури в арт-терапії засновані на визнанні *несвідомого* і того, що *образи* є його природною “мовою” (принагідно зауважимо, що образ (арт-об'єкт) – це будь-який творчий доробок дитини). Певна інформація може бути засвоєна свідомістю лише завдяки її відображенню в образах, і ця інформація не може бути переданою словами. У процесі формування і створення візуальних образів відбувається поживлення спогадів і фантазій, і людина часто не усвідомлює, який психологічний зміст розкривається в образах. Тому “образна” інформація не піддається цензурі. У тих випадках, коли почуття не можна виразити словами через те, що вони пов'язані з перенесеною травмою, образотворчі засоби забезпечують доступ до цих почуттів.

Коротко зупинимося на особливостях цих процесів у контексті арт-терапії. Кожна людина, кожна дитина у своєму житті час від часу стикається зі складними, болісними переживаннями. Але травмуючими вони стають лише тоді, коли перетворюються в нестерпні, несумісні з життям людини, з її уявленнями про себе та навколишній світ, становлять загрозу ідентифікації та руйнують природні компенсаторні механізми психіки. У випадках, коли звичайних захисних механізмів психіки недостатньо, в дію вступають більш примітивні архаїчні захисти, мета яких – ізолювати “нестерпне” зі свідомості, стерти з пам’яті. Такого роду “охорона” в усьому вбачає ознаки можливої травматизації, що призводить до підвищення тривожності та зниження здатності потерпілого до вербалізації почуттів, які в арт-терапії компенсуються можливостями використання візуального каналу. Серед дослідників існує думка, що травматичний досвід закарбовується шляхом примітивних візуальних механізмів, пов’язаних із наочно-образним мисленням, у вигляді “завмерлих” картинок-образів на зразок фотоспалахів. У процесі образотерапії вони ніби “оживають” як зовнішня уявна сутність – метафора, підконтрольна автору, а не згаданій вище внутрішній “таємній охороні”. Втілена в певний, усвідомлюваний контекст (малюнок чи будь-який інший арт-об’єкт), така метафора спонукає особистісне смислотворення – важливий чинник психотерапевтичного впливу в опрацьовуванні проявів кризової ситуації. Отже, викликаючи певні образи за рахунок активної уяви та закріплюючи їх у символічній формі, людина має можливість успішно просуватися у вирішенні своїх проблем.

Отже, на користь ефективності застосування *образів* у кризовому консультуванні можна навести такі аргументи:

- образи допомагають виразити почуття; вони викликають емоційні реакції і слугують психологічним змінам;

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

- образи представляють як свідомий, так і несвідомий рівень психічної діяльності, забезпечують доступ до довербальних форм психічного досвіду; допомагають у розкритті проблемного психологічного матеріалу і подоланні захисту;

- техніки спонтанної і спрямованої уяви забезпечують психологічні зміни навіть за відсутності інтерпретацій;

- образи представляють минулий і поточний досвід, допомагають виражати уявлення про майбутнє; нові ситуації і моделі поведінки можуть бути змодельовані і відіграні в образних формах раніше, ніж вони будуть усвідомлені та знайдуть своє втілення у реальній поведінці;

- образи виражають ті думки і почуття, які важко передати словами; сприяють екстерналізації проблеми;

- сприймання і переробка візуальної/образної інформації мають однакову цінність і доповнюють одне одного [89; 94; 98; 100; 124].

Перша психологічна допомога (надалі – ППД) призначена для дітей, які перебувають у стані дистресу в результаті щойно пережитої або поточної важкої кризової події. Не можна нав'язувати допомогу тим, хто її не бажає, але завжди треба бути з тими, хто, можливо, захоче отримати підтримку. ППД – найчастіше одноразове короткочасне втручання в життя дитини.

ППД можуть потребувати:

- дорослі та діти, які пережили психологічну травму;
- дорослі та діти, які отримали поранення в результаті катастрофи;

- дорослі, які після катастрофи не можуть потурбуватися про себе та своїх дітей.

ППД надають у будь-якому безпечному місці. Для роботи з дітьми бажано обладнати окреме місце. ППД не надають у присутності сторонніх осіб.

Етика надання ППД:

- Бути чесним з постраждалими;
- Поважати думку постраждалого;
- Звільнитися від власних стереотипів;
- Поважати етнокультурні, гендерні особливості;
- Не пропонувати жодних матеріальних благ;
- Не обіцяти того, що не можеш виконати;
- Не пропонувати допомогу насильно;
- Пояснити, що допомогу можна при бажанні отримати пізніше.

Перша психологічна допомога в умовах навчального закладу охоплює такі аспекти:

- ненав'язливе надання практичної допомоги та підтримки;
- оцінювання потреб і проблем;
- надання допомоги в задоволенні нагальних потреб;
- уміння вислуховувати дітей, але не примушуючи їх говорити;
- уміння втішити і допомогти дитині заспокоїтися;
- надання допомоги в отриманні інформації, установленні зв'язку з відповідними службами і структурами соціальної підтримки;
- захист від подальшої шкоди.

З а в д а н н я П П Д :

- формувати відчуття безпеки, зв'язку з іншими людьми, спокою і надії;
- сприяти доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки;
- зміцнювати віру в можливість допомогти собі та оточуючим;
- сформувати у дитини розуміння того, що надзвичайна подія, свідком або учасником якої вона була, закінчилась і не становить більше загрози.

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

Перша психологічна допомога сприяє кращій адаптації дитини до нових умов проживання та навчання. Підтримка дитини з боку родини, учителів та інших осіб з найближчого середовища дитини є одним із найважливіших чинників, що сприяють нормальному подальшому розвитку та відновленню дитини після переживання травматичного досвіду.

Як визначити, що дитина потребує психологічної допомоги, підтримки? Науковці визначають наступні типові реакції дітей, які пережили стресові події:

- порушення сну, нав'язливі нічні кошмари, що повторюються;
- безпідставне відчуття тривоги, страху та депресії;
- соціальна відчуженість, замкненість у собі;
- проблеми з довільною концентрацією уваги, неможливість зосередитися;
- плач, сльозливість, астеничність, емоційна вразливість;
- “чіпляння” за інших;
- “застрягання” на певних негативних переживаннях, думках, ідеях;
- прояви різноманітних форм захисту (регресія, заперечення, уникнення і т. п.).

Варто зауважити, що переважна більшість дітей, які пережили стресові ситуації (події), відновлюється без сторонньої допомоги. Утім таке відновлення можна прискорити, якщо надавати дітям підтримку на ранніх етапах.

Дітям та підліткам, які розлучені зі своїми батьками або піклувальниками, у першу чергу потрібна турбота з боку оточуючих і допомога в задоволенні основних життєвих потреб. Вони особливо потребують захисту від насильства та експлуатації.

Кризові події руйнують звичний світ дітей та підлітків, який складається зі знайомих і близьких людей, звичного середовища перебування і життєвого устрою, що давало їм відчуття власної безпеки.

Те, як діти реагують на труднощі кризи, залежить від їхнього віку та рівня розвитку. У дітей і підлітків наявні такі ж реакції дистресу, що й у дорослих. Окрім того, у них також можуть виникати й деякі специфічні реакції, а саме :

- маленькі діти можуть повернутися до поведінки, що притаманна більш ранньому віку (наприклад, смокчуть палець або мочаться в ліжку), можуть чіплятися за батьків або піклувальників, а також менше займатися іграми або повторювати одну й ту ж гру, пов'язану з тривожними подіями;

- діти шкільного віку деколи вважають себе винуватцями негативних подій, у них виникають нові страхи, вони стають менш доброзичливими і привітними, почувають себе самотніми або надто стурбовані захистом чи порятунком людей в умовах кризи;

- підлітки можуть “нічого не відчувати”, вважати, що вони відрізняються від своїх ровесників або ізольовані від них, здійснювати ризиковані вчинки або проявляти негативізм.

Члени сім'ї, батьки й опікуни – важливе джерело захисту та емоційної підтримки для дітей. Діти, розлучені зі своїми близькими, під час кризових подій виявляють у незнайомому місці, в оточенні незнайомих людей. Вони часто дуже налякані й не в змозі правильно оцінити ризик і навколишні небезпеки. Важливим першим кроком є з'єднання дітей, у тому числі підлітків, які залишилися без сімейного нагляду, з їхніми близькими. Якщо діти перебувають разом із батьками, треба намагатися підтримувати дорослих у турботі про дітей.

Під час надання першої психологічної допомоги необхідно дотримуватися таких принципів:

1. Захищати безпеку, гідність і права дитини:

- уникати дій, які можуть поставити дитину під загрозу травмуючих впливів;

- намагатися захистити її від фізичної та психологічної травми;

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

- звертатися до дитини з повагою;
- допомагати відстоювати свої права та отримувати належну підтримку;
- діяти в інтересах постраждалої особи, якій надається допомога.

2. Адаптувати свої дії до культурних традицій людей, яким ви надаєте допомогу.

3. Бути в курсі інших засобів реагування в надзвичайній ситуації:

- знати, які заходи реагування вживають і які є ресурси для надання допомоги;
- чітко уявляти власні функції та їх межі.

4. Бергти себе (у такій роботі існує високий ризик емоційного вигорання).

Відповідальне надання допомоги означає турботу про власне здоров'я і благополуччя, а саме:

- хоча ви надаєте допомогу іншим, на вас може негативно позначитися пережите в кризовій ситуації або ви та ваша сім'я опинитесь в числі постраждалих;

- важливо звернути особливу увагу на власне благополуччя і бути впевненим, що ви фізично й емоційно в змозі допомогти іншим;

- бережіть себе, щоб краще піклуватися про інших; якщо ви працюєте в команді, поцікавтеся самопочуттям своїх колег.

До оперативних принципів надання першої психологічної допомоги належать:

1. Дивитися:

Коли діти та їхні батьки або особи, які їх замінюють, перебувають у стресовому стані, першим корисним кроком буде допомогти їм заспокоїтися, зокрема:

- знайти безпечне місце;
- говорити м'яко, повільно та спокійно;

Розділ 4

ПСИХОЛОГІЧНІ ТРАВМИ ВІЙНИ У ДІТЕЙ ТА ЇХ КОРЕКЦІЇ

- підтримувати зоровий контакт: спробувати сісти поруч із людиною або присісти перед нею та поговорити з кимось із батьків або з дитиною так, щоб ви були на одному рівні;
- перевірити умови безпеки.

Якщо батьки або дитина панікують чи виглядають дезорієнтованими, намагайтеся заохотити їх зосередитися на нетривожних речах у найближчому оточенні. Наприклад, спробуйте повернути їхню увагу до чогось, що ви бачите або чуєте, – з одним із батьків ви можете прокоментувати звук або навколишні об'єкти.

Таблиця 3

Назва таблиці

ПОТРІБНО робити і говорити	НЕДОЦІЛЬНО робити і говорити
<i>1</i>	<i>2</i>
Знайти для розмови тихе місце, де ніщо не відволікатиме	Змушувати людину розповідати, що з нею відбулося і відбувається
Поважати конфіденційність і по можливості не розголошувати повідомлені особисті відомості про людину	Перебивати, квапити співрозмовника (приміром, не треба дивитися на годинник чи говорити занадто швидко)
Бути поруч із людиною, але дотримуватися необхідної дистанції з урахуванням її віку, статі та культури	Торкатися людини, якщо немає впевненості, чи прийнято це в її культурному середовищі
Показувати своїм виглядом, що уважно слухаєте співрозмовника, наприклад, киваючи головою або вимовляючи короткі підтверджуючі репліки	Давати оцінку діям постраждалої людини
Бути терплячим і спокійним	Казати “Ви не повинні себе так відчувати” або “Ви повинні радіти, що вижили”

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

Закінчення табл. 3

<i>1</i>	<i>2</i>
ПОТРІБНО робити і говорити	НЕДОЦІЛЬНО робити і говорити
Надавати фактичну інформацію, якщо вона існує. Чесно казати, про те, що знаєте, а чого не знаєте: “Я не знаю, але спробую для вас дізнатися”	Вигадувати те, чого не знаєте
Надавати інформацію так, щоб її легко було зрозуміти, – простими словами	Використовувати спеціальні терміни
Висловлювати співчуття, коли люди говорять про свої почуття, перенесену втрату або важливі події (втрату будинку, смерть близької людини та ін.): “Яке нещастя! Я розумію, як вам важко”	Давати помилкові обіцянки чи запевнення
Відзначити проявлені людиною зусилля, спрямовані на самостійний вихід із важкої ситуації	Переказувати співрозмовнику особисті розповіді інших
Дати людині можливість помовчати в разі необхідності	Казати про власні труднощі
	Думати і діяти так, немов зобов’язані розв’язати за іншого всі його проблеми
	Позбавляти людину віри у власні сили та здатність самостійно подбати про себе
	Казати про людей, використовуючи негативні епітети (приміром, називати їх “божевільними”)

1. Слухати. Будьте терплячими і спокійними, коли ви говорите з дітьми, котрі знаходяться перебувають у стресовому ста-

ні. Дітям може знадобитися деякий час на те, щоб довіритися вам, особливо якщо вони бояться.

- Необхідно виявити основні потреби постраждалої дитини;
- Звертайтеся до людей з повагою, відповідно до їх культури;
- назвіться: скажіть своє ім'я;
- слухайте, давши людині виговоритися;
- будьте делікатні щодо фізичного контакту;
- створіть елементарні комфортні умови (приміром, дайте води).

2. Спрямовувати:

- Допомогти дитині емоційно подолати складну ситуацію;
- надати необхідну інформацію;
- допомогти зв'язатися з рідними та/або зі службою соціальної підтримки.

Якщо в людини виникає відчуття нереальності того, що відбувається, відірваності від оточення, тоді для відновлення контакту з навколишнім середовищем і самовладання попросіть її: упертися ногами в підлогу; допоможіть їй поплескати пальцями або кистями рук по своїх колінах; зверніть її увагу на будь-які нейтральні предмети навколишнього оточення, які вона може побачити, почути чи помацати; попросіть розповісти, що вона бачить і чує; попросіть її зосередитися на своєму диханні і дихати повільно.

ПРИЙОМИ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Рекомендації надання ППД дітям молодшого шкільного віку:

1. Приділяйте їм більше часу та уваги. Постійно нагадуйте їм, що вони перебувають у безпеці. Поясніть, що вони не винні в події, що сталася. Намагайтеся залучити до спілкування дітей з братами, сестрами та близькими. По можливості, виконуйте звичні процедури та дотримуйтеся режиму. Простими словами

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

відповідайте на питання про те, що трапалося, без страшних подробиць. Дозвольте дітям триматися поруч із вами або іншими дорослими, якщо їм страшно і вони чіпляються за дорослих. Будьте терплячими з дітьми, які повертаються до поведінки, притаманної більш молодшому віку. По можливості, створіть умови для ігор і відпочинку.

2. Залучайте дитину до творчості – малювання, ліплення з пластиліну. Запропонуйте малюнки на тему: “Мій щасливий день”, “Веселка, улюблена тварина”. Малювання дозволяє на невербальному рівні виявити почуття та переживання дитини й дозволяє дорослому разом з дитиною пережити їх.

Рекомендації надання ППД дітям старшого віку та підліткам:

- Приділяйте їм час і увагу. Допоможіть їм займатися звичними справами. Поясніть їм, що сталося і що відбувається зараз. Дозвольте їм сумувати, не чекайте, що вони виявляться сильнішими. Вислухайте їхні міркування і страхи без засуджень і оцінок. Чітко визначить правила поведінки і поясніть, чого чекаєте від них. Запитайте, *чого вони побоюються, підтримайте їх, обговоріть, як краще вчинити, щоб залишитися неушкодженим.*

Заохочуйте їх прагнення бути корисними оточуючим і надавайте таку можливість. Діти старшого віку і підлітки часто здатні надати допомогу в кризовій ситуації. Якщо ви знайдете способи залучити їх до надання допомоги ровесникам або молодшим, проявити піклування та турботу, це допоможе їм більшою мірою відчувати контроль над ситуацією.

Запропонуйте виконати вправи на релаксацію та зняття м’язової напруги: мотив-тест “Квітка”, вправа “Образ часу”, можливе групове проєктивне малювання.

Як необхідно поводитися під час надання першої психологічної допомоги:

- слухайте, зберігайте спокій, говоріть м'яко, будьте привітні з дітьми; вислухайте, що вони думають про події; не влаштовуйте детальних розпитувань, щоб уникнути повторення стресової ситуації;

- під час розмови намагайтеся перебувати на рівні їхніх очей, використовуйте прості, зрозумілі їм слова і пояснення;

- назвіться – повідомте своє ім'я і скажіть, що прийшли допомогти;

- дізнайтеся ім'я дитини, звідки вона та інші подробиці, які допоможуть знайти її близьких та членів сім'ї;

- якщо з дитиною є батьки або піклувальники, допоможіть їм забезпечити необхідну турботу;

- будьте чутливими та зосередженими в спілкуванні з дітьми, пам'ятайте: ваше завдання полягає насамперед у зосередженні на благополуччі дітей. Хоча це передбачає й допомогу батькам та піклувальникам, переконайтеся, що ви уважні до потреб дитини, які можуть відрізнятися від потреб батьків або піклувальників;

- приймайте та підтримуйте всі емоції, які дитина може висловити або проявити. Навіть коли ви не можете подолати занепокоєння, тривогу дитини, ви можете допомогти їй зрозуміти, що такі емоції є нормальними після пережитого негативного або несподіваного досвіду. Якщо ви знаєте, що збираєтеся зустрічатися і спілкуватися з маленькими дітьми, ви можете взяти зі собою олівці, папір або кілька невеликих іграшок, вони можуть допомогти дитині висловити свої почуття в інший спосіб; якщо ви перебуваєте з дітьми певний час, постарайтеся залучити їх до гри або просто поговоріть на цікаві для них теми з урахуванням віку.

Пам'ятайте, що в дітей також є власні ресурси для подолання труднощів. Дізнайтеся в них, як вони справляються з труднощами, підтримуйте використання позитивних стратегій і допомагайте їм уникнути негативу.

Контрольні запитання до розділу 4

1. Поясніть етіологію психологічних травм війни у дітей.
2. Охарактеризуйте зміни на різних рівнях спектру пост-травматичних симптомів у дітей.
3. Опишіть типові захисні реакції дітей.
4. Які особливості кризових інтервенцій для дітей і підлітків?
5. Окресліть напрями психологічної допомоги дітям з психотравмами.
6. Назвіть переваги психологічної допомоги дітям засобами арт-терапії.
7. У чому полягає специфіка надання першої психологічної допомоги?

Розділ 5

ОКРЕМІ ВИДИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ТА КОРЕКЦІЙНА РОБОТА З НИМИ

У цьому розділі поставлено ціль коротко виділити певні симптоми соціальної дезадаптивності в учасників війни, щоб додатково актуалізувати, розширити аргументацію надання психологічної та соціально-психологічної допомоги не лише безпосереднім учасникам бойових дій, а й іншим категоріям осіб, які тією чи іншою мірою пережили психологічні потрясіння, спричинені війною.

У кожному параграфі цього розділу збережено персоналізований підхід авторів до проблем і порушень психіки дорослого чи дитини, які можуть бути влучними підказками спеціалістам у сфері психолого-корекційної діяльності.

5.1. Соціальна дезадаптація учасників бойових дій та особливості її профілактики і психокорекції

Соціальна дезадаптація (СД) – це не проста відсутність пристосованості до інших людей чи до суспільного життя, а складне соціально-психологічне явище. Неприйняття групою індивіда, соціально-психологічна ізоляція і пов'язаний із нею психологічний стан фрустрованості та пригніченості, неадекватність комунікативних навичок і поведінкова дезорганізація,

внутрішня скутість і підкреслена відчуженість – ось далеко не вичерпний перелік її симптомів[123].

Зважаючи на те, що адаптація людини має два взаємопов'язані аспекти – адаптацію до соціуму, його вимог, та адаптацію до себе, то і дезадаптація може виявлятися як через неприйняття суспільних норм, так і через самовідчуження, “війну з самим собою”. Прогнози на майбутнє та експектації стосовно людини виходять не тільки від інших, але і від неї самої: відповідно до конкретних очікувань і висувають самовимоги, будують плани, знаходять ресурси.

Після повернення військовослужбовця – учасника бойових дій, до мирного життя, що за час його відсутності докорінно змінилося, перед ним постає непросте завдання свого нового статусно-рольового самовизначення. Доводиться заново категоризувати себе в термінах соціально-професійної активності і реадаптуватися до відповідних статусно-рольових обов'язків.

Соціальна дезадаптація учасників бойових дій може мати патологічний і непатологічний характер.

Непатологічна дезадаптація характеризується окремими відхиленнями в поведінці і переживаннях суб'єкта, пов'язаними з недостатньою ресоціалізацією, соціально-неприйнятними установками особистості, отриманими під час воєнної служби, різкою зміною умов існування (від напруженого, сповненого ризику і афективно насиченого – під час бойових дій, – до досить спокійного, “сірого”, “буденного” у мирному житті), розривом значущих міжособистісних відносин (втрата родини, смерть батьків), неможливістю займатися звичною роботою чи продовжувати навчання (через отримані травми, хвороби, каліцтво) та ін. [119].

Патологічний дезадаптаційний стан – це наявність ригідних асоціальних установок, прогресивна маргіналізація, втім числі, алкоголізація чи систематичне вживання наркотичних

речовин, наявна чи прихована суїцидальна поведінка людини. Будь-який актуальний конфлікт може викликати або посилити дезадаптацію, перевести її в суїцидальну фазу, спровокувати аутоагресивні наміри [119].

У психопрофілактиці соціальної дезадаптації в учасників бойових дій доцільно розрізняти первинний, вторинний та третинний її аспекти [80].

Первинний аспект становить соціальну програму психологічного, правового та медичного супроводу осіб, що повернулися з місць воєнних конфліктів (особливо тих, які мають поранення, контузії, загострення соматичних хвороб або пережили гострий психогенний шок чи мали ознаки "бойової втоми", надмірну екзальтацію, окремі прояви непатологічних проявів пограничних психічних розладів).

Вторинна психопрофілактика спрямована на своєчасне виявлення, лікування та психокорекцію невротичних, психосоматичних та поведінкових розладів, які є наслідками дезадаптивних процесів, з метою запобігання їх ускладнення та хронізації. Велику роль при цьому відіграє застосування ефективних методів лікування: сучасних лікарських препаратів спрямованої дії, тривалої підтримуючої терапії, що виключає можливість рецидивів, психотерапії, медико-психологічної корекції. Такі хворі повинні постійно перебувати під наглядом психіатра та медичного психолога зі залученням лікарів-інтернів.

Третинна психопрофілактика спрямована на запобігання важких для колишнього комбатанта та оточуючих соціальних наслідків захворювань. Важкими наслідками для самого хворого є його інвалідизація, неможливість працювати, адаптуватися в соціальному середовищі, ускладнений перебіг пограничного психічного, психосоматичного захворювання, поглиблення адикції. У межах третинної профілактики СД важливу роль відіграє правильне і своєчасне призначення хворим медикамен-

тозного та психотерапевтичного лікування, за необхідності – госпіталізація у профільне відділення, постійний супровід з боку психолога і соціального працівника.

Добре зарекомендували себе практичні проекти – прийоми, зокрема такі, як “Друг героя”, що створений для реабілітації бійців та ветеранів з психологічними або фізичними травмами, які були спричинені війною, за допомогою службових собак. У ньому можуть брати участь ветерани, солдати Збройних Сил України та добровольчих батальонів.

Позитивні відгуки у тих, хто його пройшов, має інший проєкт **“Побратим”** – тренінг для військових. Тренінг охоплює зустрічі, на яких учасники діляться тим, з чим зіштовхуються військові та їхнє оточення (сім’я, друзі, близькі люди) при поверненні додому зі зони бойових дій.

Воїни обмінюються власним досвідом, через що їм довелося пройти та як вони з цим справлялися: конфлікти з коханими, родинами, втрата себе, як частини соціуму, бажання повернутися в зону бойових дій навіть після поранень та втрати боєздатності. Нові відношення свого “Я” з рідними, друзями, коханими. Як не стати “чужим” для всіх та самого себе.

“Мотузковий Курс” – це активний тренінг про відносини і взаємодію між людьми, а також про методи і способи досягнення спільної мети. Комплекс спеціальних вправ, кожна з яких створена для відпрацювання будь-якої командної компетенції: взаєморозуміння, довіри, поваги, націленості на результат, вміння слухати і чути, ставити цілі, стежити за часом та ін.

Майже у всіх подібних проєктах передбачено екстрим та викид адреналіну, а це допомагає зрозуміти, що такі відчуття можливі не лише на війні, а і в мирному житті.

Рекреаційна терапія – це сервіс, призначений для відновлення, усунення та встановлення ментального рівня людини

під час виконання професійних обов'язків та в процесі життєдіяльності, зміцнення здоров'я і благополуччя, а також має зменшити або усунути обмеження активності та обмеження участі в суспільному житті, які були викликані хворобою. Під час рекреаційної терапії застосовують такі методи:

- до першої групи рекреаційних методів відносять арт-терапію, терапію мистецтвом та ремеслами, садову терапію та кулінарну терапію. Через створення предметів мистецтва і роздумів про художні вироби та сам процес, люди можуть підвищити свою обізнаність, зменшити стрес через травматичний досвід, підвищити когнітивні здібності, насолоджуватися створенням творів мистецтва;

- до другої групи належать музична, танцювальна, драматична терапія (вплив музичної терапії підтверджений науково. Така терапія дає змогу управляти стресом, полегшити біль, висловити свої почуття, поліпшити пам'ять, а також сприяє фізичній реабілітації);

- до третьої групи належать фізичні розминки (вправи з навантаженнями, розрахованими для кожного пацієнта індивідуально, які дозволяють досягти належної фізичної витривалості перед певним рівнем психологічного навантаження);

- четверта група охоплює досвідну рекреаційну терапію (вона полягає у створенні певних штучних суспільних ситуацій та середовища, у якому люди підвищують свою соціалізацію за допомогою взаємодії між собою задля досягнення певної спільної мети);

- п'ята група охоплює тваринну терапію (вона полягає у позитивному впливі домашніх тварин на психофізичне самопочуття людини);

- до шостої групи відносять рекреаційне навчання (навчання в межах суспільного розвитку особистості – як метод соціальної і психологічної реабілітації);

- до сьомої групи належить програмна рекреація (вона спрямована на підвищення обізнаності особи, її відпочинок, соціалізацію, творчий розвиток, релаксацію та адаптацію) [80].

5.2. Особливості організації та надання християнсько-психологічної допомоги учасникам АТО та ООС

Зміст цього параграфу презентує авторський погляд на те, як на методологічних засадах християнської психології формуються етапи процесу духовно-психологічної реабілітації учасників бойових дій та специфіка роботи на кожному з них християнського психолога. З цією метою розглянуто: суть організації та реалізації християнсько-психологічної допомоги; описано етапи процесу духовно-психологічної реабілітації учасників бойових дій та специфіку роботи на кожному з них; вказано особливості психодіагностичного та просвітницького напрямів діяльності спеціаліста на засадах християнської психології. Означено також основні завдання психоконсультативних заходів та охарактеризовано особливості простору консультативної взаємодії. [42].

Трагічні події на сході України обумовили виникнення потреби у формуванні нового для вітчизняної психології досвіду надання психологічної допомоги учасникам бойових дій, їх рідним, переселенцям. Цей досвід формується значною мірою з орієнтацією на вже наявні розробки в зарубіжній психології та психологічній практиці. Водночас, з нашого погляду, вітчизняна психологічна практика зобов'язана розробляти власну стратегію надання психологічної допомоги, враховуючи ментальні, культурно-історичні особливості українського суспільства та специфіку "природи воєнних дій" на сході України.

Ми солідарні з автором у думках про духовну кризу суспільства, людства загалом як основну причину нинішньої пандемії зла в сучасному світі. Терористичні акти в Європі та Америці, війна на Сході – усе це є нічим іншим, як формами втілення та прояву зла. За “актами злодіяння” стоять конкретні люди з властивою їм психологією руйнації, породженою втратою “людського в людині” (В. І. Слободчиков) – деформацією їх духовного особистісного начала.

Що стосується бойових дій на сході України, то очевидно, вторгнення агресора було б неможливим, якби не було “сприятливого ґрунту для проростання зла”. Останній “готувався” десятиліттями. Зокрема, геноцид в 1933 та 1946 роках (який значною мірою охопив саме схід України), депортація українців під гаслом “розкуркулення”, різні форми терору супроти української інтелігенції та вже очевидний, роками триваючий інформаційний геноцид. Свідома руйнація національної свідомості та духовних цінностей, диктат у процесі побудови життєво важливих технократичних стандартів і прагматичних інтересів призвели до зниження духовного імунітету – десакраменталізації та десуб’єктивізації людської особистості, морального релятивізму та “свободи від совісті” (В. В. Дементьєва). Обтяжені психічним спадком тоталітаризму (за означенням В. П. Москальця, зокрема, комплексами: садо-мазохістським, соціальної неповноцінності, інфантилізму та ін.), окремі громадяни України виявилися нездатними до прояву особистісної свободи у всій її життєдайній повноті, до стрімкого переходу від групоцентричного до просоціального, а то й есхатологічного рівнів розвитку моральної свідомості [40]. Пріоритетність орієнтації на прагматичні цінності та порушення критичності розуміння перспектив соціально-політичного благоустрою породило “ілюзійну пастку світлого майбутнього” за межами власної Держави. Наслідки бойових дій є страшними і стосу-

ються усіх рівнів життя сотень тисяч людей – фізичного, психічного, соціального, духовного.

Зокрема О. В. Тополь, вивчаючи питання соціально-психологічної реабілітації учасників АТО, чітко означає обставини воєнно-травматичного стресу, якого зазнають учасники бойових дій. “По-перше, військовослужбовці перебувають у ситуації, яка безпосередньо загрожує їхньому життю, вони опосередковано переживають смерть та поранення товаришів, психологічна напруга підтримується постійними негативними очікуваннями. По-друге, військовослужбовці в бойових умовах перебувають у стані психічної депривації, що викликана неможливістю тривалий час задовольняти життєві потреби (зміна цивільного життя на воєнне, розлука з близькими та ін.). По-третє, бійці в зоні АТО, які здебільшого стримують натиск супротивника, а не проводять активних наступальних дій, переживають психічний стан фрустрації, який виникає у разі невідповідності реальної дійсності очікуванням людини. Стан фрустрації може виникнути при зіткненні з об’єктивними непереборними труднощами (наприклад, неможливістю одержати перемогу над супротивником з об’єктивних причин його кращої технічної оснащеності) або суб’єктивними переживаннями (наприклад, з приводу неможливості побороти ворога, оскільки керівництво не віддає відповідних наказів)” [126, с. 230–231].

“За даними Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Міністерства оборони України, якщо у світі норма вразливих до психогенних травм бійців становить 25 %, то серед учасників АТО психогенні втрати становлять майже 80 %. Зокрема в низці досліджень зазначено, що посттравматичні синдроми становлять від 10 % до 50 % медичних наслідків усіх бойових подій” [93, с. 39].

Практично в кожному обласному центрі України уже створено центри надання психологічної допомоги воїнам АТО та їх-

нім рідним. Варто зауважити, що саме останні значною мірою ініціюють звернення по допомогу, оскільки переживають труднощі у взаєминах, брак розуміння особливостей перебігу посттравматичних розладів в учасників бойових дій. За результатами проведеного нами опитування, тільки кожен п'ятий учасник бойових дій готовий звернутися за психологічною допомогою. Причому є суттєва відмінність між цими показниками у різних вікових групах. Найвищим показник готовності звернутися до психолога є в учасників бойових дій віком від 24 до 35 років. "Переважає більшість учасників бойових дій потрапляють до психолога лише після обов'язкового медичного обстеження (18 %) або вже на стадії шпиталізації (45 %)" [42, с. 6]. Дається взнаки ще доволі обмежена обізнаність людей щодо можливостей та ефективності психологічної практики, а професію психолога ще й надалі асоціюють із психіатрією, до якої вкрай обережне ставлення, породжене страхом наслідків звернення на можливість подальшого працевлаштування.

Очевидно, зміст заходів психологічної реабілітації учасника бойових дій визначають ступенем важкості його стану, а залучення лікарів-психіатрів в окремих випадках є необхідністю. Водночас, 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" [93, с. 41].

Як влучно зауважує Л. О. Гребінь, маючи значний досвід у наданні психологічної допомоги пораненим військовослужбовцям, а також учасникам Майдану, "сьогодні в Україні на зміну визнаної у світі біо-психо-соціальної моделі допомоги пораненим приходить біо-психо-соціо-онтологічна модель, і значення онтологічного виміру є очевидним. Соціальна та онтологічна складові можуть бути стабілізуючими факторами в умовах, коли порушена тілесна цілісність людини, а її психіка опини-

лась у стані стресу” [93, с. 75]. Врахування онтологічного виміру людини, сфери функціонування її духовного начала та використання потенційних можливостей останнього в процесі реабілітації (а також і в профілактичній роботі) учасників бойових дій значно підвищує її ефективність та результативність.

Духовність є сутнісним атрибутом людської природи, сакраментальною автентичною психічною реальністю існування надіндивідуальних цінностей та персональних смислів, тим смислотворчим центром, який, задаючи фінальну мету розвитку особистості, скеровує її на шляху до цієї мети. Духовність постає ціннісною характеристикою як здобутків світової культури, так і сакраментальних інтенцій внутрішнього світу особистості і відображає смисложиттєвий вектор екзистенції людини.

Пріоритетність духовного в розвитку особистості відстоює християнська психологія, яка виборює право на існування – в межах психології як науки – такої парадигми розуміння людини, яка враховувала б широкий континуум її життєздійснення [40]. Це виборювання передбачає світоглядно-концептуальну відкритість учених-психологів до сприймання інших ракурсів бачення і тлумачення природи людини, що вело б не до “шовіністичного” заперечення наявного наукового досвіду пізнання людини, а до діалогічно-творчого доповнення психології як особливої антропологічної науки відомими духовно-релігійними практиками. Реалізація ідеї побудови психологічної антропології, на нашу думку, є здійсненою шляхом інтеграції психології з християнським баченням проблеми людського існування. Християнська психологія відкриває перспективу телеологічного тлумачення сутнісного призначення людини та її життєвого покликання. Утвердження в межах екзистенційно-гуманістичної традиції християнської психології є дієвою відповіддю психології на гуманітарні, соціокультурні, морально-етичні виклики сучасного суспільства [40]. Зокрема, як стверджує сучасний на-

уковець, автор концепції надання християнсько-психологічної допомоги О. І. Климишин, особливо важливою сьогодні є роль християнсько-орієнтованої психологічної практики у вирішенні питань надання ефективної психологічної допомоги учасникам бойових дій та їхнім рідним[42].

У цьому напрямі на волонтерських засадах уже працює чимало християнських психологів. Серед них є як світські особи, так і священики, які здобули психологічну освіту. Роботу з надання психологічної допомоги виконують християнські психологи як у самостійний спосіб (запити приходять від рідних, знайомих), так і в умовах діяльності релігійних та громадських об'єднань. Специфіку роботи християнського психолога, що становить очевидну відмінність від роботи психолога взагалі, визначають два чинники. Перший – суб'єктивний: особистість самого психолога з відповідним світоглядом та християнсько-орієнтованою життєвою позицією та другий – об'єктивний, а саме: християнсько-психологічні методологічні положення, на яких ґрунтується його практична діяльність.

Загалом, учений О. І. Климишин чітко вибудовує поетапність розуміння і застосування цієї моделі у роботі практичного психолога. Передусім вона окреслює суть визначальних методологічних положень християнської психології, які є засадничими в організації та реалізації християнсько-психологічної допомоги, коротко можна сформулювати так:

1. Людина є цілісною, комплементарною єдністю тіла-душі-духа. Кожна з іпостасей є окремим виміром-атрибутом, які, будучи доцільно зорганізованими, утворюють субстанційну інтегральну єдність. Духовна іпостась є найвищою системною формою, яка визначає й організовує функціонально залежні від неї нижчі форми суб'єктної активності людини.

2. Людина народжується “за образом та подобою Бога”. Вагомість цього виразу визначається не самим словом “образ”,

а контекстом, у який він поміщений. Бо ж людина є образом не будь-якого бога, якого вона собі вигадує за аналогією зі своїм образом, а Бога трансцендентного. Претендувати на подібність до образу Божого може лише людина, в чому й полягає її найвища гідність (Бут. 9:6). Образ Божий – це те, що жодна з обставин людського життя не може зруйнувати, це даність духовної іпостасі, даність духа.

Образ має статичний характер, подоба – динамічний. Образ Божий в людині визначає сутність її буття; він, наче ембріон, вміщує всю повноту життя, подоба ж є тим, що створює можливості розвитку цієї повноти – те, що дає змогу людині реалізувати її сутність.

3. Життя людини як одухотвореної істоти в межах християнської парадигми означається як христоформне та христоцентричне. Згідно з цими уявленнями, людина покликана брати участь у житті Творця через Христа, який виступає справжньою людиною, що уособлює всі найвищі якості. Він є сутнісною формою, яка визначає перспективу становлення кожної людини як дитини Божої, хоча, більшою чи меншою мірою, оскверненою гріхом.

4. Людина як носій духовної іпостасі володіє перспективою осягнення сакраментальної реальності. Це пізнання відбувається тільки через власний життєвий досвід, ознаменований прагненням примножувати добро та любов. Таке прагнення є свідомою відповіддю на онтологічний заклик. Перспектива сакраментального життєздійснення можлива за двох умов: 1) “смерті старої людини” – тієї людини, яка через порушення норм моралі зазнала деформації Божої подоби; 2) “народження нової людини” – тієї, яка отримала нову потенційну можливість, шанс стати дитиною Божою.

5. Людина є водночас такою, що створена, і тією, що творить. Проблему створення і творіння доцільно розглядати у

двох площинах – горизонтальній та вертикальній. Вертикальну площину становлять стосунки між Творцем і людиною як Його творінням. У горизонтальній площині виявляють себе її стосунки з іншими людьми, з навколишньою дійсністю загалом, це площина, в якій людина сама постає творцем – творцем добра і любові. Ціннісно пріоритетною є вертикальна площина, бо саме у стосунках із Творцем людина коригує свій зв'язок із образом Божим як ідеалом саморозвитку і самовдосконалення.

6. Людина є потенційною особистістю. Особистісний потенціал людини даний посередництвом духа та реалізується тією мірою, якою вона виявляє свою готовність слідувати вищим імперативам – жити для інших, творити в Ім'я Творця.

Для корекційно-реабілітаційної допомоги у роботі з психотравмами спричиненими війною очевидно буде цінним досвід надання психологічної допомоги учасникам бойових дій, що формувався в межах роботи Комісії “Душпастирська місія Івано-Франківської єпархії УГКЦ у сфері охорони здоров'я”. Комісія активно здійснює духовний супровід учасників бойових дій та їхніх сімей, втілюються програми їх духовно-психологічної реабілітації. В розробці та реалізації останніх задіяні безпосередньо душпастирі, християнські психологи та психотерапевти.

Духовно-психологічна реабілітація – це система духовних, психологічних і соціальних заходів, які спрямовані на відновлення духовних, психічних та фізичних сил, корекцію або компенсацію порушень духовних станів та психічних функцій, особистісного статусу учасників бойових дій. Щодо безпосередньої роботи християнського психолога в процесі духовно-психологічної реабілітації, то перед нами поставали такі основні завдання: визначення ступеня та характеру нервово-психологічних розладів; вивчення індивідуально-типологічних особливостей учасників бойових дій та оцінюванні їхніх духовних, когнітивних, емоційних, вольових можливостей; визначення необхід-

них заходів індивідуальної та групової духовно-психологічної реабілітації; нормалізація психічного стану, зниження психічної напруженості та відновлення психічної рівноваги, формування оптимальної психологічної реакції на наслідки психічної травми, розширення психологічних можливостей учасника бойових дій у його особистому та соціальному життєздійсненні за допомогою комплексного використання психоконсультативних, психотерапевтичних заходів та психологічної просвіти; оцінка ефективності духовно-психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Процес духовно-психологічної реабілітації утворювали три етапи. Передусім відбувалася зустріч учасника бойових дій зі священником та психологом. Робота першого передбачала бесіду з учасником бойових дій (за умов готовності останнього – залучення його до Тайни Сповіді) та вичитування відповідних молитов (малий екзорцизм) з метою “діагностування стану духа”. Не маючи компетенції коментувати функціональний зміст саме таких духовних практик та уникаючи профанації їх сакрального змісту, все ж зауважимо, що майже у кожного учасника бойових дій, який стикався з фактом смерті (побратимів, ворога), діагностовано наявність духовних проблем. Тому робота психолога на цьому етапі передбачала реалізацію психодіагностичних заходів з метою встановлення ступеня психотравматизації. Доцільною у цьому разі є бесіда і, зокрема, з’ясування рівня обізнаності учасника бойових дій щодо особливостей стану, який він переживає, його релігійного досвіду, знання терапевтичних можливостей духовних практик та психологічних засобів допомоги.

На другому етапі відбувалася власне реалізація основної частини програми духовно-психологічної реабілітації: проведення у груповій формі заходів духовного відновлення – реколекцій (тематичних духовних бесід), участь у Божественній

літургії, звершення Тайни Євхаристії і Тайни Єлеопомазання, за необхідності – молитовна практика великого екзорцизму; психологічна просвіта (тематичні бесіди з метою інформування учасника бойових дій щодо наслідків отриманої бойової психологічної травми та реальності їх подолання, терапевтичного значення духовних практик та психологічних засобів оптимізації життя), психоконсультативна та психотерапевтична робота. Завершальний етап реабілітації передбачав проведення діагностичної роботи з метою з'ясування результативності наданої допомоги та формулювання психологічних рекомендацій і духовних настанов, які можуть використовуватись у повсякденному житті, а також у службово-бойовій діяльності (оскільки окремі учасники бойових дій поверталися до військової служби на контрактній основі).

Зупинимося на особливостях надання християнсько-психологічної допомоги за кожним із напрямів психологічної практики. Що стосується психодіагностичної роботи, то її, відповідно до загальної процедури проведення духовно-психологічної реабілітації, проводили в три етапи – первинна психодіагностика з метою визначення ступеня психотравматизації, встановлення індивідуальних особливостей особистості та рівня актуалізації духовного потенціалу, духовного розвитку. Проміжний етап – констатація динаміки особистісних змін упродовж проходження духовно-психологічної реабілітації та з'ясування необхідності застосування додаткових заходів реабілітації. Завершальний етап – констатація результативності наданої психологічної допомоги. Арсенал психодіагностичних засобів, які використано у нашій роботі, окрім діагностичних методик встановлення ступеня психотравматизації, міри вираженості розладів, утворює також низка методик вивчення духовної сфери особистості учасника бойових дій – “Духовний потенціал особистості” (Е. О. Помиткін), авторська анкета “Духовний світ осо-

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

бистості”, “Шкала доброзичливості” (Дж. Кемпбелла), методика діагностики розвитку рефлексивності (А. В. Карпов), САМОАЛ (А. В. Лазукін в адаптації Н. Ф. Каліної), вивчення суб’єктних здатностей та особистісних цінностей (З. С. Карпенко).

Суть консультативних заходів полягала у трьох основних завданнях, вирішення яких відбувалося в умовах ведення консультативної бесіди:

1) усвідомлення та розуміння духовної автентичності власної особистості – сакраментальності з метою мобілізації внутрішніх резервів для подолання наслідків психотравми;

2) відновлення природовідповідної діалогічної орієнтації у вертикальній площині, реструктуризація переживань у спосіб молитвотворення;

3) актуалізації суб’єктних здатностей життєтворення з орієнтацією на майбутнє та спроможності “віддати минуле Богові”.

Специфіку консультативної роботи християнського психолога визначає відмінне від класичного розуміння простору консультативної взаємодії, а саме – орієнтація на вісь вертикальної площини життєздійснення людини. Сам же християнський психолог від початку є тим, хто особисто поділяє переживання учасника бойових дій, адже разом із ним (і невіддільно) утворює єдину духовну реальність.

Що стосується психотерапевтичної роботи, то її зміст у межах духовно-психологічної реабілітації становить *духовна терапія*. Йдеться про інтегративну єдність терапевтичних різновидів: когнітивної терапії, аксіологічної терапії та антропологічної (богословсько-антропологічної) терапії. Ми практикуємо розроблену нами *програму духовної терапії* учасників бойових дій із посттравматичними стресовими розладами “*Зцілення Любов’ю*”, основним завданням якої, а отже її об’єктивним змістом, є створення умов актуалізації внутрішнього духовного по-

тенціалу учасників бойових дій (Сутнісного Я) та активізації процесу розвитку їхньої духовності.

Під час духовної терапії учасників бойових дій практикують, зокрема, техніки молитвотворення, що забезпечують очевидний психотерапевтичний ефект. На наш погляд, молитва є способом вираження особистісних переживань екзистенційного змісту, переживань, які збагачують конкретним особистісним смислом сакраментальну глибину того, хто молиться. У процесі молитви відбувається певна систематизація переживань. Бог для людини не є поняття бездонне і неохопне, вона проектує на Нього власні уявлення про ті властивості, якими повинен володіти слухач взагалі. Відповідно, перше, чого вона очікує, бути почутим та зрозумілим для Нього. А тому на початку молитви вона ніби вводить слухача у своєрідний “потік переживань”. Упродовж молитви відбувається систематизація й обґрунтування цих переживань, а наприкінці молитви переживання набувають якісно нового змісту. Вони стають глибшими, співмірними з онтологічною вартістю людського життя. “Монологічний самоаналіз може героїчно прагнути до абсолютної правдивості і не відхилятися від неї ані на крок, розглядаючи внутрішні спонуки при світлі цінності (повинності, закону та ін.). Однак, саме цим принципом цінності правда самоаналізу і обмежена. В молитві відкривається інший світ, в якому внутрішнє бачиться глибше і ясніше, – світло любові, милосердя і благодаті. Під цим світлом в душі розслаблюються “м’язи”, які утримують закритими “створи” і складки, і вона сама відкривається більше та глибше, аніж під впливом будь-якого напруження морального самоаналізу” [40, с. 330].

Спонукувана “Сутнісним Я” людина інтуїтивно обирає емоційну тональність своєї молитви. Суть останньої, зокрема, можуть становити такі життєві ситуації, в яких людина пере-

живає своєрідний “параліч” спроможності змінити хід подій, травмуючу чи термінальну ситуацію, як-ось: отримана інвалідність, смерть побратима, перебування у заручниках у середовищі терористів та ін. За таких обставин, як влучно зауважує З. С. Карпенко, “...ініційоване суб’єктом молитвотворення постає у вигляді надзвичайної енергоінформаційної напруги емерджентним актом, який вириває людину з рутини її повсякденних обов’язків і звичних поведінкових штампів, культурально зумовлених нарративів – тлумачень життя і власної біографії, інтерпретаційних “пасток” профанного дискурсу тощо, випробовуючи її на мужність “глянути правді в очі” перед лицем того, Хто є її уособленням. Опинившись наодинці з трансцендентною істиною, кінцевим (есхатологічним) сенсом, нужденна і спрагла порятунку людина не може опертися на неодноразово перевірений розрахунок, спасенний самообман, будь-яку хитромудру стратегію. Вона опиняється перед вибором: усмиривши гординю, з покорою і довірою віддати себе волі Верховного Судді і Милосердного Отця чи наполягати на своєму нарцисизмі, оголосивши Бога банкрутом, зрадником, мерцем, фікцією” [40, с. 308].

Особистісне відчуття результативності молитви своєю чергою переводить її передусім у ранг “своєрідного антибіотика”, до застосування якого людина вдаватиметься у разі кожної травмуючої ситуації, а надалі до глибинно вмотивованого способу життестановлення. Молитва стає своєрідним, виробленим у процесі онтологічно-особистісного досвіду “графаретом”, який визначає шляхи подолання критичних життєвих ситуацій і відповідну їм ціннісно-сміслову спрямованість. Відбувається становлення нової життєвої позиції: через співставлення щоденних учинків із ціннісною вертикаллю духовного виміру людини за умови присутньої в молитві особистої форми зв’язку із Творцем.

Зрозуміло, що у межах невеликого за обсягом параграфа неможливо у всій повноті розкрити особливості надання християнсько-психологічної допомоги учасникам бойових дій. Для практичних психологів та психотерапевтів найбільш значущим у цьому розділі було передусім їх поінформування щодо наявного вже християнсько-психологічного напрямку допомоги, результативність та ефективність якого підтверджується успішним особистим досвідом автора цього підходу та досвідом інших християнських психологів.

5.3. Капеланські настанови на збереження людських цінностей на війні

Відомо, що після молитви та церковних піснеспівів людина відчуває умиротворення, духовне полегшення. А що ж відбувається на фізичному рівні? Зокрема, з нашою головною рідиною – кров'ю? Один із дослідників почав вивчати ці особливості наступним чином: просив людей помолитися над собою або щоб хтось інший молився над ними, вголос чи подумки. Люди, що зголосилися, були різної статі, рівня освіти, соціального статусу, професій, хворіли на різні недуги (був і атеросклероз, і гепатит В, і ревматизм) [132].

Перед дослідом брали капілярну та венозну кров, проводили її аналіз. Потім досліджуваний (або його знайомий) читав молитви хвилин 15–20 – “Отче наш”, “Вірую”, “Царю Небесний”, псалом 50, до святих, до небесних покровителів. Після цього знову робили аналіз венозної та капілярної крові, визначали кількісні та морфо-функціональні властивості її клітин.

Кров ставала іншою на клітинному рівні! Наприклад, один із досліджуваних мав остеомієліт (гнійне запалення кісток стегна після важкої аварії). В аварії загинув його брат, а від болю у кістках чоловік страшенно мучився. Молитву читав не він сам,



а спеціально запрошена особа. Коли порівняли показники крові до та після молитви, виявилось, що рівень одного з показників фагоцитозу був у шість (!) разів нижчим, ніж до експерименту! Цей перший випадок лише підтвердив, що ми на правильному шляху. Усі подальші експерименти показали одне і те ж: після молитви агресивність інфекції в організмі знижувалася. Особливо коли йшлося про гостру фазу хвороби. Наприклад, ще одним добровольцем при вивченні молитви був чоловік з остеохондрозом хребта та перенесеним інфекційним гепатитом. Він сам читав комплекс молитов протягом 5–7 хвилин, а потім ще стільки ж часу слухав, як читали інші. Пацієнт загалом був віруючим та регулярно молився. Після молитов ми зафіксували зміну показників запалення – вони стали нижчими.

Молитва – це не просто слова. Це коливання певної частоти. Давно доведено, що молитва змінює структуру води. Адже феномен освяченої води на Хрещення – це не міф, а науковий

Розділ 5

ОКРЕМІ ВИДИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ТА КОРЕКЦІЙНА РОБОТА...

факт. А людина майже на 80 % складається з води. Тож, діючи на найголовнішу рідину нашого організму, молитва змінює його на клітинному рівні навіть у тому випадку, коли ви читаєте її подумки [132].

Та, попри всі чудодійні зміни в природі, які відбуваються від сили молитви, найбільш цінними і відчутними для воїнів і на війні загалом є її духовні виміри.



Фотографія перебування капелана А. Зелінського на позиціях з військовими, 2014.

Ідеться про те, яким є духовний вимір людського досвіду війни? Як формуються цінності відданого та жертвовного служіння своєму народу? Унікальним дослідником і учасником військових подій на Сході України є польовий військовий ка-

пелан Української Греко-Католицької Церкви отець Андрій ЗЕЛІНСЬКИЙ, священник УГКЦ, перший офіційний штатний капелан у лавах морської піхоти (36-та окрема бригада). Основна канва його аналізу – це психологічний стан бійців на передовій, проблема посттравматичного синдрому й особливості військової культури [35]. За визначенням капелана о. А. Зелінського, слово “капелан” міцно увійшло в лексикон українців за останні три роки бойових дій. Маючи за плечима філософську освіту (St. Basil College, Стамфорд, США), богословську (Pontificia Universita Gregoriana, Рим, Італія) і політологічну (Національний університет “Києво-Могилянська академія”, Київ), він у ролі душпастиря для військових встиг послужити на найгарячіших напрямках, перебуваючи пліч-о-пліч зі солдатами, з червня 2014 року. Ініціював вивчення англійської та італійської мов у зоні АТО, а також написав книжку “Соняхи. Духовність на час війни”, а згодом – “На ріках вавилонських. Кілька думок про повернення” на основі відчутого. При спілкуванні з Андрієм Зелінським про духовні потреби наших оборонців, він робить акценти на широкоохоплюючі рольові функції, а можливо, навіть інституційні місії польового капелана на війні, серед яких:

1. Організаційна. Особливим є етап становлення інституту капеланства у військовому секторі України. У традиційних українських церквах завжди існувало усвідомлення того, що церква несе відповідальність за своїх вірян та інших людей, їхній моральний і духовний стан у будь-якому “вимірі” суспільства. Запит на таку опіку завжди існував.

Наша сьогоднішня асоціація понять “військовий капелан” і “війна” є не зовсім коректною. У розвинутих арміях світу, скажімо, країн-членів НАТО, інститут капеланства існує давно. В армії США, наприклад, від створення самої держави. В основі лежить певна філософія розуміння людини, держави і збройних сил. У радянський час ніхто не говорив про духовні потреби військо-

вослужбовця. Йшлося, швидше, про задоволення матеріальних, технічних, психологічних потреб. Натомість, духовні потреби в українських військових теж існують. І коли ми говоримо про демократичне суспільство, держава має прямий обов'язок створити всі необхідні умови, які дають змогу людині задовольнити її духовні потреби мірою та способом, котрі не суперечать свободі інших громадян. Свобода індивідуального сумління – одне з досягнень демократії.

В українському суспільстві на широкий загал питання капеланства було винесено лише з початком бойових дій в Україні. Перші роки війни показали, коли інститут Збройних сил був розхитаний, ослаблений, і, відповідно, морально-психологічна, виховна складова була налагоджена не найкраще, капелани намагалися рятувати ситуацію.

На даний час маємо три етапи розвитку капеланства в Україні: перший – у мирному побуті. Традиційні в нашому суспільстві конфесії завжди цим займалися. Другий етап – це початок бойових дій. І тепер третій етап – це 2017 рік і офіційна інституціоналізація. В штатних структурах основних бойових бригад уже існує посада капелана – військового священика. Це перший етап реалізації Положення про Службу військового духовенства.

2. Смилова. Капелан о. А. Зелінський стверджує, що перед лицем реальних загроз життю людина кардинально переосмислює життєві цінності. ...– З якими викликами стикається військовий капелан? Як військові ставляться до присутності такої людини [35]. Війни не тривають вічно, і навіть ті ж самі підрозділи, які виконують бойові завдання, рано чи пізно виходять із зони відповідальності на відновлення. Тому питання забезпечення духовних потреб в умовах військової культури у контексті бойових дій та мирного повсякдення постає сьогодні головним викликом на шляху завершення формування інституту військового капеланства в Україні.



Фотографія 2. Військові навчання **SEA BREEZE-2017**,
Широкій лан фото із фейсбук А.Зелінського

Капелан – це не тому, що війна, а тому, що є військо, а в ньому – людина-військовослужбовець, яка просить про задоволення її духовних запитів. Тому перед військовими капеланами, на думку о. А. Зелінського, постає питання, як готувати професійних капеланів – людей, які, окрім своєї духовної освіти, віри, вміють також свою душпастирську діяльність виконувати в межах, визначених законодавством у багатоконфесійній країні. Попри факт, що релігійні інститути займають перше місце з довіри населення, українство живе в сучасній державі, де цю довіру виражають та інтерпретують дуже по-різному. Ще з часів Першої світової війни був звичай казати: “В окопах не існує атеїстів”. Капелан з досвідом очевидця війни і духовного на-

ставника особового складу бойових підрозділів стверджує, що це неправда. Як священник, який своє капеланське служіння почав під Слов'янськом, Краматорськом у 2014 році, потім були Піски, Дебальцеве, Старогнатівка, Гутове, Авдіївська промка, Широкине, Водяне – у “найгарячіші” періоди на цих напрямках, отець Андрій переконався, що є різні люди, з різними поглядами, зустрічаються і атеїсти. Та попри все, правдою є те, що перед лицем реальних загроз життю людини, в умовах бойових дій, понівеченого війною людського побуту, коли бракує світла, тепла, любові найрідніших і найближчих, людина кардинально змінюється, переосмислює життєві цінності, шукає глибшого розуміння того, свідком чого їй доводиться ставати [35].

3. Релігія, духовність пропонує певні категорії осмислення себе й того, що діється навколо. Це допомагає знайти певний внутрішній спокій, баланс, забезпечує внутрішнє функціонування людини, її цілісність. Війна – це руйнація: особистості, упорядкованих міжособистісних відносин, відчуття безпеки та можливостей індивідуального й суспільного розвитку – нашої людяності. В цьому безладі загрозою стає не лише куля чи снаряд із протилежного боку, а й сама ситуація, в якій доводиться жити та виконувати завдання, є агресивною щодо людської психіки. І от тут духовність дає змогу подолати цю роздвоєність, забезпечити процес зцілення, внутрішнього відновлення, допомагає діяти ефективно.

Людині легше захищати, коли вона розуміє, що є захисником. Це потребує певного категоріального апарату, мови, яка своєю чергою теж кристалізується в процесі спілкування. Військовий потребує когось, з ким можна поговорити про ці речі, кому він довіряє. Протягом першого і другого року війни у нас по факту інститут військового психолога був відсутній, хоча номінально існував, і капелани-волонтери своєю присутністю, хто, скільки та як міг, уможливлювали цей процес корисного спілкування – й відтак, внутрішнього зцілення.

Завданням капелана також є “прихилити небо до військовослужбовця”. Він має бути людиною молитви, таїнства. Військові часто, принаймні, з особистої практики капелана, – звертаються з проханням про Сповідь чи навіть Хрещення. У таких проханнях криється пошук глибшого сенсу, осмисленого буття в контексті війни. Війна – це завжди жорстокість, вона кидає виклик людяності, розбуджує в людині агресію, і як із цим впоратися – виклик сучасному українському суспільству, що часто проявляється власне як посттравматичний синдромний розлад. Духовність сприяє поверненню до людяності, а осмислена людяність – це те, що робить воїна захисником, формує певні засади його духовної єдності.

4. Завдання капелана – захищати людяність В поясненні цієї настанови о.А.Зелінський підкреслює, що капеланство у його житті – велика несподіванка. Як людина віруюча він вбачає в цьому Божий промисел і покликання. Як для людини, що народилась у академічному середовищі, у світі книг, капеланство у 2006 році стало для нього великим відкриттям. Українська армія 2006 року – непривабливе явище, коли все руйнується, зникає, розкрадається, коли гідні люди змушені боротися за своє виживання, за власну гідність і воїнську честь, за щось універсально ціннісне. Те, що змусило його “кинути якір” у військовому середовищі, – це особистість українського військового та можливість належати до середовища за своєю сутністю ціннісного.

5. На передовій у людини чітко структурується система пріоритетів. Колись непомітне тут стає чи не найважливішим. Військові захищають саме життя, і від того, наскільки ти цінуєш життя своє та свого побратима, – залежить, зрештою, сама перемога в операції чи загалом у війні.

Важливим і змістовним, наголошує автор [35], – є справа духовної “мікрохірургії”, повертати людей до людяності в умо-

вах етичних та екзистенційних викликів, характерних для військового середовища. Одне із найважливіших завдань капелана в умовах військової дійсності – допомогти людині залишитися людиною. Щоб військові могли ефективно виконати завдання за призначенням, бути не просто військовослужбовцем, а воїном, справжнім захисником. В українській культурі історично сформувався образ військового як захисника, і цей елемент військової ідентичності – зовсім не очевидність для армій Європи або Сполучених штатів. Для нас воїн – завжди захисник. Відтак, Збройні сили перетворюються на ціннісний інститут і впливають на формування суспільства певної якості. Але позбавлені його – можуть стати загрозою для людини та держави. Тому військовий капелан має маленьку, але важливу функцію в забезпеченні життєдіяльності цілого організму.

– Наскільки серйозною є проблема посттравматичних розладів серед тих, хто повертаються з фронту? І як її вирішити? Часто йдеться про відсутність системної допомоги та інтеграції... На думку капелана отця Андрія Зелінського, найбільша кількість постраждалих від посттравматичного синдромного розладу – серед “першої хвилі” мобілізації і першого етапу АТО. Йдеться про клінічні показники. У наступних хвилях уже виробився “адаптивний механізм”. Коли вперше з зони бойових дій повертаєшся до Києва, Львова, Одеси, Харкова – це один стан – серйозної стурбованості відмінністю між виміром війни і мирного повсякдення. Але коли це повторюється вдруге і втретє, то психіка адаптується до цієї неоднозначності суспільної дійсності. Проте людина, яка побувала на війні, так чи інакше, повертається до мирного життя з іншим світоглядом. Попереднє світобачення зазнає деформації, а відтак – людина потребує реінтерпретації суспільної дійсності, певних цінностей, які можуть їй допомогти не розсіпатися. І, знову ж таки, роль душпастиря – це сформувані “стрижень” в особистості через набір

духовних категорій. Обставини можуть змінюватися – сьогодні я на лінії зіткнення, а завтра – на центральному проспекті одного з великих міст України, але є щось, що залишається в особі сталим, формує постійне ставлення до навколишнього світу. Я розумію, чому роблю те, що роблю. Я – вільний від логіки жертви та раба, змушеного діяти з огляду на певні обставини. Я – господар мого життя. І це важливий елемент свідомості, який, по-перше, допомагає запобігти розвитку посттравматичного синдрому, а, по-друге, приборкати наслідки, які тією чи іншою мірою є неминучими.

– Логічно постає питання – чого навчає військова організація? – на яке автор відповідає важливими психокорекційними для українського молодіжного середовища твердженнями про те, що військові – це спільнота, якій серед найважливіших якостей, притаманна певна щирість, якої бракує у нашому мирному повсякденні. В армії буває по-різному: існують перелякані особистості, які намагаються сховатися за кількістю та розміром зірок, а існують справжні велетні, лицарі духу, які сумлінно виконують свій обов'язок і стають взірцем для інших.

На передовій у людини чітко структурується система пріоритетів. Колись непомітно тут стає чи не найважливішим. Військові захищають саме життя, і від того, наскільки ти цінуєш життя своє та свого побратима, – залежить, зрештою, сама перемога в операції чи загалом у війні. Мирному повсякденню характерна боротьба за статуси та статки, а на війні вони втрачають будь-яке значення, найважливішою цінністю стає саме життя. Війна очищує суспільство в тому плані, що ми знову, на певному етапі нашого державного розвитку, зосередили увагу на справді важливому. Автор наголосив свою велику гідність і вважає за велику честь для себе особисто належати до армії захисників, бути поруч – по-справжньому, скрізь.



Фото З.Великдень на передовій. Водяне під Маріуполем /
Фото з фейсбук-сторінки Андрія Зелінського

6. “Збройні Сили відіграють вирішальну роль у трансформації українського суспільства”. В одному зі своїх інтерв’ю автор сказав: “Найбільша проблема – не корупція, а слабка людина”. Зміст цих слів він пояснив тим, що радянська культура і система цінностей зруйнували індивіда, пошкодили людську особистість. Завжди роздувалась ефемерна дійсність якоїсь міфічної сутності держави – як живої, всюдисущої, надлюдської істоти, котра змушувала тебе до постійної самопожертви заради якоїсь завжди вищої абстрактної мети. Конструктивна самопожертва – результат усвідомленої свободи. Коли ж влада позбавляє людину свободи, проте вимагає жертви, перетворюється для індивіда на екзистенційну загрозу. Відтак люди родом із радянської,

а іноді й пострадянської культури, все ще зорієнтовані своїм мисленням на те, що існує якийсь “хтось” під назвою “держава”, який має за мене все зробити. Немає культури, яка б заохочувала особистісний розвиток, що проявляється у широкому спектрі вільних можливостей: підприємницька діяльність, здатність відчувати себе творцем та автором дійсності. А людина слабка – жертва, для неї навколишній світ – не її рук справа. Цей комплекс сформовано не тільки в радянську епоху, навіть класична українська література – це історія суцільних страждань.

Минуле, звісно, потрібно знати, воно має легітимувати процес розвитку, але не детермінувати його. Наше завдання – не повторювати історію, а конструювати майбутнє, в якому хочемо жити. Не існує іншого способу, окрім боротьби на двох фронтах – на одному українець зі зброєю в руках захищає наше право на свободу і гідність, на іншому – де маємо впродовж короткого часу сформувати в собі українця нової якості, здатного вільно й гідно жити. Нам потрібні зараз якісні освітні та виховні інститути, які сформують особистостей, готових до саморозвитку на фізичному, емоційному, інтелектуальному рівнях. Нової України “Новою поштою” нам ніхто не пришле, або ми її створимо, або вкотре, як це вже неодноразово траплялося в історії українського народу, втратимо шанс на нашу державу.

Збройні сили України (далі – ЗСУ) в цій ситуації відіграють вирішальну роль у трансформації українського суспільства, адже є важливим формаційним та ціннісним інститутом. Після служби в армії люди мають виходити цілісними та ціннісними особистостями, здатними впевнено боротися за свою мету. ЗСУ мають сьогодні потенціал перетворювати вчорашнього “слабкого” українця на впевненого автора й захисника свого майбуття, відповідального за власне життя та за долю своєї країни. Капеланство має свою частку в поверненні військовому його людяного потенціалу, здатного на велике. Радянська армія

формувала людей зовсім іншого штибу: інший час, інші потреби, інші методи. Це не наша історія, це історія нашого минулого. Історія нашого майбуття – це наша сьогоднішня боротьба за нову людину у новій країні!

Раніше армія доволі часто деформувала особистість (конструктивні моменти існували також, і заперечувати їх не варто!). Згадайте вислів із радянського військового фольклору: “Ініціатива в армії гідна кари”.

Слава Богу, що ця фраза не має еквівалентів державною мовою, тому що за своєю суттю вона є цілковито антидержавницькою: руйнує будь-яку надію на розвиток, нищить інститут Збройних сил і державу Україну як таку. Має побутувати впевненість про сувору відповідальність кожного, хто дозволить собі озвучити її в присутності представників молодого покоління. Це ж – реальний злочин проти України.

Наш народ на таке не заслуговує! Але ця фраза ще “сидить” у багатьох головах. Ворогом України, більшим навіть, ніж РФ, є старий, слабкий, із “темної печери” далекого радянського минулого тип особистості, який не хоче втрачати позицій. Ідеться не про вік людини, а про спосіб її мислення. Там наш фронт! Наша минуле – це історія постійної боротьби наших дідів-прадідів, щоб майбутнє колись відбулося. Ми, на жаль, сьогодні їх зраджуємо, співаючи оди минулому, замість того, щоб самим стати майбутнім, про яке вони мріяли. Майбутнє – не гасло, а тип суспільних відносин: правових, економічних, політичних. Те, що відрізняє один тип відносин від інших, – визначальні цінності, які стають критеріями прийняття особистих рішень. Ця війна – уже наша з вами перемога: у цій боротьбі може народитися новий, сильний, відповідальний за себе та за свою країну українець. Не може, – враховуючи ціну, яку ми сьогодні платимо, – мусить! Це наш моральний імператив, обов’язок перед світлою пам’яттю полеглих.

Коли наш слабкий українець вмикає телевізор або виїжджає за кордон і бачить там історії успіху, йому дуже кортить цим успіхом і матеріальним достатком скористатися: теж хочеться “жити по-людськи”. Але до праці над собою готовий не всяк; ініціатива потребує відваги та боротьби. Корупція – це результат того, що слабка людина, яка є наслідком старої культури, не хоче вчитись і працювати над собою, тому просто краде чужий успіх. Великою цінністю має стати те, щоб ЗСУ стали тим державним інститутом, який зможе формувати громадян нових цінностей і нової якості – справжніх воїнів, які чітко знатимуть, як досягати своєї мети, як боротися за свою мрію, як бути її захисником. Настав час повернути армії її статус школи життя! [35].

5.4. Психологічні та психотерапевтичні послуги для батьків дітей з особливими потребами

5.4.1. Психологічна та психотерапевтична допомога батькам дітей з особливими потребами, спрямована на зміну та корекцію емоційних станів та переживань

Після опрацьованих теоретичних засад та психологічних досліджень роботи з батьками дітей з особливими потребами, ми формуємо складний комплекс роботи з батьками, що спрямований на корекцію та стабілізацію емоційних станів у батьків, психотерапевтичної роботи над особистісно-мотиваційною сферою, роботою над взаєминами у сім'ї, а також над батьківським ставленням до дитини і її “важкою” поведінкою.

Психологічний супровід такої родини має бути спрямований на створення соціально-психологічних умов для емоційно-

го благополуччя. Основним завданням психокорекційної роботи з такими родинами є: допомога батькам пережити травму; ознайомлення їх із особливостями виховання й розвитку дитини, надання послуг у вигляді консультацій з планування родини; відновлення сімейного статусу дитини як особистості, що є кінцевою метою реабілітації [9; 139].

Успішність вирішення проблем батьків прямо пов'язана з цілеспрямованою соціальною та соціально-педагогічною роботою, котра охоплює широкий спектр довгострокових заходів комплексної допомоги родині – медичного, правового, психолого-педагогічного, економічного. Зміст цих заходів спрямований на:

- розширення контактів родини, подолання ізоляції, залучення її в громадське життя;

- надання адекватної інформації про специфічні потреби і перспективи розвитку дитини, сприяння в організації комплексної діагностики і раннього початку освітнього процесу;

- надання повноцінної інформації про соціальні інститути допомоги, сприяння фахівцям у складанні освітнього й реабілітаційного маршруту на основі індивідуальної програми розвитку дитини;

- налагодження сімейного мікроклімату;

- організація психологічної підтримки батьків;

- організація правової підтримки сім'ї: інформування та захист законних прав та інтересів тощо .

Потреба у наданні спеціальної психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей із психофізичними порушеннями, полягає у створенні сприятливих умов виховання в сім'ї. Батькам, перш за все, необхідно знати особливості захворювання і розвитку їхньої дитини, а також її можливості у виконанні тих чи інших завдань та вправ.

Модель Б. Ф. Скінера спиралася на принципи збільшення кількості та якості взаємодій-інтерацій дитини і батьків. Модель В. Є. Кагана, побудована на принципі стимулювання батьків до виникнення у них забутих інтересів і захоплень. На думку автора, для них як осіб, для їхньої роботи з дитиною необхідне повернення до улюбленої роботи і до себе. Сутність моделі полягає в дотриманні терапевтичної дистанції без відмови від просто людського контакту з батьками. Модель Х. Джайнотта спілкування батьків з дітьми опирається на те, що у всіх ситуаціях батьки підтримують позитивний образ "Я" у дитини; уникають особистісних негативних оцінних суджень. Модель В. В. Тарасун побудована на принципі вирішення проблеми раннього прогнозування і своєчасного запобігання труднощам у навчанні дітей з особливими потребами [9; 139].

Однак у своєму прагненні допомогти дитині сім'ї стикаються зі складними психологічними проблемами: неприйняття дитини з особливими потребами, неадекватне батьківське ставлення до неї, порушення структури родини та ускладнення взаємин між її членами, виникнення низки емоційних проблем батьків, відсутність порозуміння та підтримки подружжя.

На успішне подолання батьками деструктивних станів спрямовані різні форми психологічної роботи з ними: індивідуальне консультування та групова робота (семінари, ігри). Світовий досвід допомоги таким батькам свідчить, що найбільш цілющим для них є середовище людей із такими самими проблемами. Основними напрямками роботи центру взаємодії з батьками є: створення батьківського клубу; інформаційне забезпечення; допомога в пошуку адекватних способів подолання труднощів, своїх прихованих ресурсів; диференційована психолого-педагогічна підтримка.

Знання батьків про те, як поводитися з їхньою дитиною з огляду на її захворювання, які вони отримують на тренінгах або

семінарах, уже несе в собі психотерапевтичний ефект, результатом якого стає покращення емоційного стану (тривоги, почуття провини, дратівливості) [139].

У науковій психологічній літературі виділяють два основні види практичної психологічної допомоги: групову та індивідуальну. На сьогоднішній день найефективнішою формою психологічної підтримки вважається участь у групах взаємодопомоги.

5.4.2. Структура парадигми послуг для батьків дітей з особливими потребами

Коцепція власної парадигми послуг для батьків дітей з особливими потребами охоплює у своїй структурі два блоки: психолого-консультативний, діагностичний та психотерапевтичний (проводяться в групі, індивідуально та сімейно в парі):

– перший блок. Програма психологічної допомоги для батьків у групі психологічної підтримки батьків; методика Керол Саттон – робота з “важкою поведінкою” дитини.

– другий блок допомоги батькам дітей з особливими потребами у групі психологічної підтримки батьків з використанням Короткотермінової терапії зосередженої на вирішенні проблеми – Centrum terapii krotkoterminowey, member of European Brief Therapy Association.

Перший блок – програма психологічної допомоги для батьків дітей з особливими потребами у групі психологічної підтримки

Програма психологічної допомоги для батьків у групі психологічної підтримки батьків складається з етапів, які проходять по чергово. Етапи роботи:

– Інформаційний. Етап спрямований на надання інформації про виховання дитини з особливими потребами;

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

– Діагностичний. Діагностування сімейної пари з використанням психологічних методик, що детально описані в другому розділі, а також з використанням Біографічного методу;

– Психолого-консультативний. Надання психологічної допомоги батькам за допомогою технік сімейного консультування, які покращують їхній емоційний стан, сприяють адаптації до народження дитини з особливими потребами та її прийняттю, покращують характер взаємин і загалом стосунки в сім'ї і дають змогу відпочити та позбавитися хронічної втоми і почуття провини у майбутньому.

Концепція проведення

1. Мультимедійна презентація (під музичний класичний супровід разом із фотографіями дітей та їхніх сімей подають інформацію щодо виховання дитини з особливими потребами), в якій ідеться про 10 речей, які хоче сказати дитина своїм батькам. Тут допомога батькам у вигляді інформації та наочних прикладів, яка змусить по-іншому дивитися на свою дитину, розуміти, чути і бачити її, а головне комунікувати, взаємодіяти з нею, що в майбутньому знімає стресові ситуації у дитини і батьків. Важливо, що інформація йде ніби з уст самої дитини, а не лише психолога.

1.1. Обговорення переглянутих слайдів, можлива дискусія і доповнення самих батьків. Кожний може поділитися своїм досвідом (що уже несе в собі психотерапевтичний ефект).

2. Низку технік проводять, щоб відкоригувати рівень емоційного дисбалансу та можливого почуття провини у батьків, які є партнерами у шлюбі і через проблеми, пов'язані зі захворюванням дитини, “загубили” взаєморозуміння (батькам, на мою думку, спочатку не варто говорити про почуття провини). Робота над страхами пов'язаними з майбутнім дитини. Робота над взаєморозумінням між батьками, а також розподіл обов'язків під час виховання дитини, що своєю чергою знімає

напругу в сім'ї і дає час на роздуми та відновлення сил кожного із партнерів. Пошук внутрішніх ресурсів.

2.1. Техніка дзеркалення (на емоційному рівні, розповідь партнерів без слів, очі – дзеркало душі). Виконують також і у вигляді домашнього завдання. Виконують також із дитиною: часто дивитися дитині в очі, емоційний контакт покращується.

2.2. Список якостей та рис особистості. Попросити у батьків написати риси, які повинні мати батько і мати під час виховання дитини з особливими потребами (наприклад: терпіння). Але батько пише риси про жінку, а мама пише риси про чоловіка). А потім вони ними обмінюються.

2.3. Техніка “про бажання”, які стають своєрідною корекцією поведінки та “про рокуванням” для себе на майбутнє. Прошу написати (знову ж таки чоловік про жінку і навпаки), щоб ви хотіли змінити у своєму партнері по життю та коханій людині у шлюбі: я б хотів (хотіла) змінити у тобі у цей період життя і на майбутнє... Техніка “контрактів” – на окремих аркушах записують вимоги і побажання одне стосовно одного.

2.3. Техніка “Лист”, що адресується усьому недоброму, негативному, злему, поганому, що відбувалося у житті, лист потім спалюють по дорозі додому.

2.4. Техніка “список дозвілля” або “як виглядає щасливий день нашої сім'ї”. Показником сприятливого сімейного клімату є проведення дозвілля, що викликає задоволення у членів сім'ї. Завдання консультанта знайти у подружжя спільні риси, інтереси й орієнтувати їх на виконання загальної справи, обговоривши й усунувши всі можливі перешкоди і труднощі. Пропонують кожному записати на аркуші те, що було б цікаво і приємно робити на дозвіллі. Отримавши списки, всі намагаються знайти спільні справи, які подружжя може робити разом найближчим часом. Якщо спільних інтересів нема, запропонувати компроміс.

2.5. Методика “сімейна соціограма”, що залучена у діагностичну частину нашої роботи. Біографічний метод є феноменологічним дослідженням і своєю чергою має такі проєктивні методики: “лінія життя”, “моя автобіографія”, “гра біографічна” – Дуче Діметрію, які поєднують у собі діагностичний та психотерапевтичний науковий результат. Типологія – це не тип у цих методах, а результат у чоловіка і дружини, яким вони обмінюються. Адже живучи разом, вони можуть і не здогадуватися, про минуле і моменти, важливі у біографії до того, як вони зустрілися.

3. Мультимедійна презентація (з фото і під музику) – “лише позитивне у моїй дитині” показує хороші риси (для прикладу використали інформацію про дітей з аутизмом): такі діти ніколи не обманюють, не прирівнюють себе до інших, не женуться бути кращими, у них геніальна концентрація уваги, вони можуть бути дуже відданими і люблячими. Розповідь у слайдах, хто з відомих людей був аутистом (ваша дитина може стати такою ж), і про компенсацію. У той момент, коли ви зрозумієте, що ваша дитина є не тягарем, а унікальним джерелом вашого духовного розквіту, стане новим етапом вашого життя і гармонізацією цілої сім’ї.

4. Історії, які варто слухати. Сама собою “асоціація батьків”, “клуб батьків” уже несе в собі психотерапевтичний ефект, обмін досвідом, контакти з людьми, моральна підтримка таких людей, які мають подібні проблеми, допомагає матері позбутися почуття самотності, безвиході, незахищеності. Кожний за бажанням розповідає історію свого життя, якою хоче поділитися. Наприклад: попри весь біль, усі випробування людина зростає внутрішньо і відкриває життя. Історія-роздум однієї з матерів неповносправної дитини про свій досвід: “Коли я перестала жаліти себе, я почала щораз більше замислюватися, який зміст мають у нашому житті горе та страждання. Поступово я прийшла

до переконання, що страждання, крім болю та знищення, могло сприяти появі сили. Воно було дорогою до внутрішнього зростання, стежкою від зими до весни”.

5. Практикум з корекції емоційних станів (Е. П. Ільїн). Музично-медитативні вправи: очищення від страждань, позбавлення почуття провини, позбавлення від злобного роздратування – самоконтроль, розслаблення-великий спокій, формування оптимізму – радість життя, радість любові.

6. Методика Керол Саттон – робота з “важкою поведінкою” дитини.

Працюючи зі складною поведінкою дітей, ми застосовуємо методику К. Саттон “Як давати раду зі складною поведінкою дітей” Авторка запропонованої методики – великобританська психолог Керол Саттон. У 80-х роках ХХ століття вона опрацювала біхевіоральну програму навчання батьків дітей шкільного та дошкільного віку, які мають труднощі у вихованні.

Методика вимагає зміни поведінки не тільки дитини, але й батьків. Батьки вчаться покроково застосовувати цю методику, щоб допомогти змінити погану важку поведінку дитини і щоби на місці невпевненості та відчуття розгубленості з’явилося краще розуміння того, що відбувається, і сформувалася більша впевненість у собі. Програма складається з 8-ми етапів, кожен із яких триває тиждень. Кожен із етапів опирається на одну з восьми книжечок, написаних спеціально для батьків, а також на аналіз “карти вибраної поведінки” (див. додаток). Важливим елементом запобігання важкої поведінки є:

- Встановлення правил;
- Наслідки.

Правила поведінки повинні бути:

- Конкретні;
- Прості;
- Короткі;

- Позитивно сформульовані.

Наслідки можуть бути:

- Позитивні (нагородження, підкріплення поведінки);
- Негативні.

Діти досить по-різному реагують на різні покарання. Важливо є, щоб дитина зрозуміла, що покарання є реакцією на конкретну поведінку. Критика має стосуватися конкретної поведінки, а не особи дитини.

Другий блок допомоги батькам дітей з особливими потребами: Психотерапевтична робота з батьками дітей з особливими потребами, використовуючи короткотермінову терапію, сконцентровану на розв'язанні. Короткотермінова терапія сконцентрована на розв'язанні – Centrum terapii krotkoterminowej, member of European Brief Therapy Association (сертифікат, що дає право використовувати метод).

У нашій роботі з батьками, які виховують дітей з особливими потребами, використовуємо основні принципи та техніки короткотермінової терапії, що скерована на розв'язок.

Короткотермінова терапія, зосереджена на вирішенні проблеми, її проводять як у групі, так і індивідуально.

Основні концепції:

- Короткотерміновість – робити тільки те, що потрібно, сконцентроване на будуванні розв'язання.

- Розв'язання – спосіб, який звільнить клієнта від проблеми. Життя, в якому нема проблем, будуємо добре життя. “Як виглядатиме твоє життя, коли ти будеш спокійний, чи щасливий” – уявлення цього вже є вирішенням.

- Клієнт змінив мислення і сам змінив свої проблеми.

Робота в цьому напрямі є досить простою та ефективною. Короткотермінова терапія, скерована на розв'язок, відрізняється від інших підходів тим, що вона не концентрується на про-

блемі (діагнозі клієнта), оскільки це не лише не допомагає, але часом і створює перешкоди клієнтові у поступі до вирішення цієї ж проблеми. Перспектива корекційної роботи скерована на теперішнє та майбутнє. Якщо впливає досвід минулого, то його використовують на користь досягнення певних цілей у вищезгаданих перспективах.

Основна філософія:

- Якщо не зіпсувалося – не ремонтуй.

Не потрібно змінювати того, що приносить очікувані результати та допомагає.

- Якщо дізнаєшся, що допомагає – роби це частіше, повторюй це.

Це твердження вказує на те, що потрібно повторювати ті дії, які ми спостерігаємо як помічні і такі, які провадять до конструктивних рішень. Якщо помічними є розмови, концентрація на роботі, слухання музики і це допомогло в певній ситуації, то варто використати це.

- Якщо щось не допомагає – не роби цього більше. Роби щось інше.

Це дає змогу вилучити дії, які не допомагають і рухати в пошуку нових рішень, які допоможуть досягти змін.

Основні принципи роботи:

- Мінімалізм – працюємо з тим, що є, будь простим;
- Не залишай слідів у житті клієнта. Клієнт змінює життя, ми лиш даємо переконання, що він сам зможе;
- Слухай – почуй, слухати вербально і невербально;
- Ми можемо чогось не знати;
- Запитуй: чого хоче клієнт? Кожний є змотивований, він прийшов сам, опору нема, лиш мотивація... до щасливого життя.

Сесія (основні етапи роботи):

Сесія та етапи роботи майже незмінні протягом останніх років і беруть основу з напрацювань Інсу Кім берг та Стів Де

Шейзер (І. К. Berg, S. De Shazerem, 1997) [9; 139]. Отже сесія (основні етапи роботи) складаються з:

- Розмови, вільної від проблем;
- Очікування;
- З'ясування проблеми;
- Формулювання мети;
- Запитань про винятки;
- Запитань про чудо;
- Запитань про винятки;
- Оцінювання, шкалування;
- Перерви;
- Зворотної інформації:
- Компліменти;
- Обґрунтування;
- Домашнє завдання.

5.4.3. Концепція проведення короткотермінової терапії, сконцентрованої на розв'язку у відкритих групах (тижневий розклад) [9; 139].

Польський психотерапевт та дослідник Марек Гжиб (Grzyb M. 2014–2015), розробив та напрацював авторську програму для роботи у відкритих групах, на основі короткотермінової терапії сконцентрованої на розв'язку. П'ятитижневий опис короткотермінової терапії у відкритих групах.

Кожен тиждень зустрічей відповідає наступному етапу першої сесії SFBT, збагаченої помічними інструментами в праці з людьми, враховуючи філософію до цієї моделі. Перший і другий тиждень присвячені будівництву відносин, знайомству та інтеграції груп. Третій і четвертий тижні – це робота над формулюванням мети. П'ятий тиждень готує до закінчення терапії, де пацієнт створює карту на вихід з остаточно сформульованою метою.

Зі спостережень, які висловлював Марек Гжиб у своїй науковій праці, постає умовивід, що найважчим для терапевтів є дотримання цієї схеми, структури психотерапевтичної сесії. Під час терапевтичного процесу пацієнт отримує: в груповій терапії 6 годин терапевтичних занять протягом 5 днів на тиждень.

Заняття кожного дня закінчуються зворотною інформацією, якій передують терапевтична перерва. Програма передбачає, що кожен наступний день з терапевтичних занять пацієнта, ми починаємо з масштабних питань: що пацієнтові вдалося зробити доброго для себе відносно до конкретного місця, на якому він був. У випадку, коли пацієнт перебуває понад два тижні у процесі терапії, заняття починаємо перевіркою, що змінилося в кращу сторону, від моменту прийняття рішення про групову психотерапію. Далі проводять відповідні терапевтичні заняття, під час яких пацієнти працюють індивідуально стосовно групи і не дають один одному зворотних інформацій під час терапії. Це наступний важливий елемент, який відрізняє цю модель терапії від моделі традиційно використовуваної дотепер.

Терапевт у моделі SFBT є лише експертом у розмові, керує нею, розвиває її і відповідальний за одночасне заохочення до висловлювання декількох пацієнтів. Відповідно до центральної філософії моделі SFBT: пацієнт – це експерт у своєму житті. Терапевт, проводячи розмови, прямує за пацієнтом і не залишає слідів у його житті. Пацієнт після розмови з терапевтом повинен вийти з переконанням, що зміни відбулися лише завдяки його зусиллям.

I і II тиждень

Будування стосунків і взаємне пізнання – інтеграція групи:

1. Презентація “Програми Терапії” і представлення принципів роботи в цій програмі;

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

2. Будування довіри – розмова вільна від проблеми;

3. Самодіагноз і розширення знань на тему порушення розвитку у дитячому віці;

4. Очікування пацієнта стосовно терапії – ЛИСТ ДО ДРУГА.

III тиждень

Робота над формулюванням мети:

1. Робота над мотивацією до зміни – звернення до проблеми;

2. Робота над уривками – ДОБРЕ ЖИТТЯ;

3. “Листок Ресурсів”.

4. Дзвінок до сім’ї – “Що я повинен був би змінити в собі за допомогою терапії, щоб ти побачив/побачила, що терапія принесла результат?”;

5. “Аркуш мети”.

IV тиждень

Ф о р м у л ю в а н н я м е т и :

1. Аркуш індивідуальної мети;

2. Налагодження стосунків як підкріплення мети;

3. Робота над “дивом”;

4. Переформулювання й остаточне формулювання мети пацієнта.

V тиждень

Підготовка до закінчення терапії:

1. Робота над уривками з минулого;

2. Опрацювання кроків для реалізації мети;

3. План на вихід;

4. Створення ЛИСТКА НА ВИХІД:

а) МЕТА;

б) КРОКИ;

с) ШКАЛЮВАННЯ .

Після короткотермінової терапії батьки дітей з особливими потребами усвідомлюють необхідність організації процесу ви-

ховання і лікування дитини, саме поетапно і маленькими кроками. За допомогою такої техніки, як шкалування (пропозиція розмістити себе на шкалі від 1 до 10) проблеми, вони бачать, де є зараз, що саме зробили, а що ще можна зробити. Батьки переносять свої слова, мрії та уявне почуття щастя на поведінку, що є ключовим аспектом нашої роботи. Вони відчують цілковиту мить спокою, щастя, емоційної рівноваги, сімейного взаєморозуміння. Важливий аспект такої психотерапії – це розуміння самостійності у вирішенні своїх проблем, а головне мотивації до вирішення, до успіху і щасливого життя у вигляді проходження усіх стадій адаптації народження дитини з неповносправністю.

5.5. Особливості корекційно-відновлювальної допомоги дорослим з афазією

Афазія – це повна або часткова втрата мовлення внаслідок органічного ураження кори головного мозку. Афазія – це системне порушення мовлення, яке охоплює різні рівні організації мовлення, впливає на його зв'язки з іншими психічними процесами та призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери індивіда. Тривалість процесу відновлення мовлення та психокорекційної роботи залежить від обсягу уражень мовленнєвих зон кори головного мозку[23].

Ми ототожнюємо думку О. Р. Лурії щодо класифікації афазій.

Моторна аферентна афазія – це ураження нижньої частини задньої центральної звивини та тім'яної області кори лівої півкулі. Хворий більш-менш розуміє звернене мовлення. Важко знайти точні артикуляційні пози й уклади для вимови звука; хворі плутають близькі звуки за звучанням та місцем творення; краще збережені окремі слова, фрази, звуки, близькі за арти-

куляцією. Мовлення нечітке, імпресивне, намагаються ділити слова на склади.

Моторна еферентна афазія характеризується ураженням нижніх відділів моторної зони кори у будь-якій долі лівої півкулі (центр Брока). Підлеглий погано розуміє переносність значення прислів'їв. Для сприйняття потрібно робити великі паузи, спостерігаються експресивні аграматизми, з труднощами у мовленні використовують прийменники. Дієслова переносять у кінець речення. Хворий може вимовляти ізольовані звуки, порушене звукове структурування слова .

Акустико-гностична (сенсорна) афазія виявляється у втраті фонематичного слуху, тобто в порушенні зв'язку між звуковим складом і значенням слова, що є наслідком порушення звукового аналізу слова.

Акустико-мнестична афазія – ураження третини середньої скроневої звивини скроневої долі лівої півкулі, за якої порушується мовно-слухова пам'ять. Порушується сприймання довгих речень (5–7 слів); з труднощами орієнтуються в бесіді з 2–3 співбесідниками.

Семантична афазія – це порушення, що виявляється у труднощах підбору слів та в розумінні семантичних відношень між словами . Наприклад, хворий розуміє слова “батько”, “сестра”, але не може зрозуміти, що означає сполучення “сестра батька”.

Динамічна афазія – пов'язана з порушенням здатності говорити фразами, хоча хворий не відчуває труднощів ні в повторенні слів, ні в називанні предметів, ні в розумінні мовлення [55].

Методична програма відновлювальної роботи індивідуальна для кожного хворого і залежить від особливостей розладів його мовлення, особистості самого хворого, його інтересів, потреб.

Заняття треба проводити не рідше 3-х разів на тиждень, а краще – щодня впродовж декількох місяців. Роботу прово-

дять у 2-х режимах (робота з фахівцем і самостійна робота). Логопедична робота при афазії залежить від виду та складності ураження [101].

Як уважають учені-методисти, важливо починати роботу з подолання порушень експресивного мовлення, а потім роботу потрібно проводити над усіма компонентами мовлення (фонетичний, лексичний, граматичний, зв'язне мовлення), враховуючи при цьому особливості відповідної форми афазії у хворого та специфіки порушень мовленнєвих функцій. При цьому необхідно зауважити, що важливим у процесі відновлювальної роботи з особами з афазією є долучення соціального оточення (родичів, знайомих, сусідів, медичний персонал).

Сучасний стан корекційно-відновлювальної та реабілітаційної діяльності людей із афазією. На сучасному етапі, афазія як порушення мовлення мало проявляється ізольовано, оскільки супроводжується руховими, чуттєвими порушеннями, а також зниженням інтелектуальної активності.

У практиці корекційно-відновлювального навчання виділяють два напрями:

1. Заміщення порушених функцій іншими, за рахунок компенсаторних можливостей.
2. Створення та закріплення нових функціональних систем, які охоплюють у роботу функціональні ланки, що не були задіяні у виконанні відповідних порушених функцій.

У процесі корекційно-відновлювальної та реабілітаційної допомоги особам з афазією необхідно працювати не тільки над відновленням мовленнєвих функцій, а й відновленням немовленнєвих функцій. Адже для осіб з афазією характерні порушення емоційно-вольової сфери (спонтанність, інактивність, інертність) та психічних процесів (зорові, слухові, тактильні агнозії, апраксії).

Відновлювальна робота при афазії складна і тривала, важливо також виділити декілька основних принципів, які сформувалися у практиці подолання афазії:

1. Комплексний медико-педагогічний характер впливу.
2. Ранній початок відновлювальної роботи.
3. Поетапність відновлення мовленнєвої функції.
4. Попереджувачий характер логопедичного впливу.
5. Використання “обхідних” шляхів, опора на збережені аналізатори.
6. Робота над усіма компонентами мовлення.
7. Позитивний емоційний фон роботи [101].

У психолого-корекційній роботі виділяють два періоди:

- Гострий (до двох місяців після захворювання),
- Резидуальний (після двох місяців і далі).

Основою відновлювального навчання є компенсаторні можливості головного мозку.

Корекційно-відновлювальна допомога воїнам АТО з афазією. У разі будь-якої форми афазії необхідно працювати над звуковим аналізом і синтезом слова, над читанням та письмом, відновленням розуміння узагальнюючих понять, багатозначними словами та словами з переносним значенням, розвитком вільного та розгорнутого мовлення. Важливо відзначити, що створення відповідного емоційного фону та емоційного контакту, встановлення правильних взаємовідносин, врахування індивідуальних та особистісних особливостей відіграє неабияку роль у процесі реабілітації хворих.

Певний досвід представлений при висвітленні результатів констатувального експерименту, у процесі якого було використано декілька методів і прийомів експериментального вивчення стану мовлення та психічних функцій осіб з афазією. Базою для проведення експериментальної роботи став Центр реабілі-

тації воїнів АТО при громадській організації “Справа Кольпінга в Україні” (м. Львів) та Львівських шпиталях. У процесі було сформовано експериментальну групу, яка складалася з 9 осіб[80].

Дослідження проводили в три етапи:

Перший етап охопив аналіз медичної та психолого-педагогічної документації кожного хворого.

Другий етап – первинне обстеження та діагностика хворого.

Третій етап – експериментальне навчання та вивчення динаміки мовленнєвих функцій під час корекційно-відновлювальної роботи.

Розподіл хворих залежно від локалізації ураження кори головного мозку подано в таблиці 1. Дані представлені з урахуванням уражень декількох зон кори головного мозку (ураження одночасно потиличної та скроневої зон кори головного мозку).

Таблиця 1

Локалізація уражень зон кори головного мозку

Локалізація ураження	Всього
Лобна доля	2
Скронева доля	2
Тім'яна доля	3
Потилична доля	2

Діагностика стану мовлення вонів АТО з афазією відбувалася за наступною схемою:

1. Дослідження загальних комунікативних здібностей, проведення бесіди для з'ясування:

- Повноти самостійного мовлення хворого;
- Розуміння ситуативного, повсякденного мовлення;
- Ступінь мовленнєвої активності;
- Темп мовлення, його загальної мелодико-ритмічної

сторони;

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

- Ступінь розбірливості мовлення.
- 2. Дослідження розуміння мовлення. Для цього пропонували для слухового сприйняття:
 - Відповідні спеціальні усні інструкції (прості, типу “підніміть руку”, та складні інструкції, типу “візьміть телефон зі столу, покладіть на підвіконня, а потім покладіть в кишеню”);
 - Завдання на знаходження предметів за усною інструкцією: “покажіть стілець”, “покажіть вікно”, “покажіть двері, вікно”, “покажіть око, ніс, вухо”;
 - Робота з короткими сюжетними текстами;
 - Логіко-граматичні конструкції: “покажіть, де коло під трикутником”, “покажіть, де мама сина, а де син мами”, “покажіть правим мізинцем ліве вухо” тощо.
- 3. Дослідження автоматизованих рядів:
 - прямий рахунок (від 1 до 10) та зворотній (від 10 до 1);
 - перелік днів тижня, місяців;
 - закінчення прислів'їв та приказок, а також виразів зі сталим контекстом (“я мию руки холодною...”), та довільним контекстом (“я купив нову...”) тощо.
 - Проспівування пісень зі словами.
- 4. Дослідження відображеного мовлення:
 - Повторення звуків, складів, слів, різних за складністю та звуковою структурою (наприклад, “рука”, “кімната”, “автокатастрофа”);
 - Повторення фраз (наприклад, “дівчинка читає книжку”, “Зранку випав перший сніг”);
 - Повторення скоромовок (“Росте липа біля Пилипа”).
- 5. Дослідження стану номінативної функції мовлення:
 - Називання реальних предметів та їх зображень;
 - Називання дій (відповідь на запитання: “Що робити?”, “Що роблять?” за сюжетними малюнками);
 - Називання кольорів;

- Називання пальців;
 - Називання букв;
 - Називання чисел.
6. Дослідження особливостей фразового мовлення:
- Складання простих, складних, непоширених та поширених речень за сюжетними картинками;
 - Складання речень із ряду запропонованих слів;
 - Заповнення пропусків у реченнях (наприклад: “високо в небі світить жовте...”, “я завжди зранку...”, “в магазині я купляю...” тощо).
 - Складання розповіді за сюжетним малюком.
7. Дослідження фонетико-фонематичного компоненту:
- Повторення пар складів далеких та близьких за звучанням;
 - Повторення пар слів: контрастних за довжиною (“море-корабель”, “кіт-машина”, зі схожою складовою структурою, але різними за звучанням (“риба-нога”, “бочка-чашка”), близьких за звучанням (“рак-мак”, “сом-том”);
 - Показ відповідного складу або слова, які пропонують зобразити (“покажіть де написано “па”, а де “ба”, де написано “рак”, а де “мак” тощо);
 - Оцінка хворим правильного стіповтoreння логопедом складів та слів із опозиційними за звучанням фонемами, які логопед промовляє в довільному порядку правильні та неправильні варіанти.
8. Дослідження мовленнєво-слухової пам’яті. Хворому пропонують повторити:
- Серію звуків (“а, с, у”, “б, ч, і” тощо);
 - Серію слів (“кіт-рак-мак”, “дім-ліс-ніч, кіт”);
 - Короткі та довгі, поширені та непоширені фрази та речення.
9. Дослідження розуміння змісту та смислу слів. Хворому пропонують:

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

- Пояснити пряме значення окремих слів. Дати відповідь на запитання: “Що таке “зошит”, для чого він потрібен?”, “Що таке радість?”, “Яка відмінність між словами: “помилка” та “обман”?”;

- Пояснити переносне значення слів, фраз, метафор. Запропонувати дати відповідь на запитання: “Що означає мати “золоті руки”?”, “Що означає бути на “сьомому небі”?”, “Як розуміти приказку: сім раз відмір, один раз відріж?” тощо.

10. Дослідження стану читання та письма:

- Читання та письмо під диктовку окремих букв, складів, слів, словосполучень, а також коротких текстів;

- Самостійне написання слів та фраз за малюнками;

- Звуко-буквений аналіз слова: з’ясування кількості звуків, складів у слові, перерахування букв;

- Складання слів із розрізного алфавіту.

11. Дослідження орального та просторового праксису. Запропоновано завдання:

- Висунути язик, підняти догори-донизу, закласти за щоку, подути, витягнути, розтягнути губи, надути щоки, тощо;

- Два рази подути і два рази поцокати язиком, чергуючи ці рухи декілька разів;

- Виконання серій рухів пальців та рук (“кулак-ребродолоня”).

12. Дослідження рахунку:

- Виконання простих арифметичних операцій, наприклад:

$2+3=...$, $13+5=...$, $22+6=...$

- Заповнення пропущеного арифметичного знака:

$5...5=25$, $21...3=7$, $6...2=4$.

Відповідно до даних, які отримано в процесі обстеження та діагностики воїнів АТО з афазією ми виділили такі критерії:

1. Мовленнєво-комунікативний (правильність мовлення, словникове багатство, чуття мови);

2. Соціально-прагматичний (наявність діалогічного, монологічного мовлення, вміння працювати з диференційованими завданнями);

3. Емоційно-вольовий (немовленнєві засоби виразності: жести, міміка; мовленнєві засоби виразності).

Відповідно до складності порушення та отриманих даних ми виділили три ступені прояву мовленнєвого порушення:

- Важкий ступінь;
- Середній ступінь;
- Легкий ступінь.

Важкий ступінь. Порушення артикуляційного праксису: ізольовані звуки вимовляють лише з опорою на зоровий аналізатор, труднощі відтворення серії звуків. Значне порушення імпресивного мовлення: спостерігаються труднощі сприйняття мовлення. Самостійне мовлення відсутнє, або наявні мовленнєві емболи, штампи, стереотипні вирази. Мовленнєва активність значно знижена. Наявна дислексія та дисграфія.

Середній ступінь. Порушення артикуляційного праксису, що проявляється в труднощах при переключенні з артикулеми на артикулему. Відзначають порушення імпресивного мовлення: неповне розуміння мовленнєвих конструкцій та інструкцій, у яких граматичні компоненти несуть значне змістовне навантаження. Самостійне мовлення збіднене, словник складається переважно з добре знайомих слів, переважно іменників та дієслів. Інтонація одноманітна. При повторенні окремих звуків, слів, фраз наявна велика кількість аграматизмів, літеральних та вербальних парафразій. Наявні часті ехолалії, стереотипні відповіді, персеверації. Доступні прості фрази та речення. Доступне читання окремих складів та добре знайомих слів. Письмо майже недоступне внаслідок порушення фонетико-фонематичних процесів.

Легкий ступінь. Спостерігаються незначні порушення артикуляційного праксису. Імпресивне мовлення не порушене. Самостійне мовлення досить розгорнуте, словниковий запас досить різноманітний, проте характерним є використання мовленнєвих штампів, виявляються аграматизми типу “телеграфного стилю”. При повторенні наявні незначні мовленнєві труднощі. Діалогічне мовлення загалом збережене, але часто залишається стереотипність формулювань. Фразове мовлення одноманітне за синтаксичною структурою. Читання поскладове та монотонне.

Методика та зміст корекційно-відновлювальної роботи при афазії. Експериментальне навчання осіб з афазією проводили впродовж року на базі стаціонарного відділення госпіталю. Корекційну роботу проводили спільно з нейропсихологами, логоритмістами, психологами. Впродовж року щодня проводили групове й індивідуальне логопедичне заняття.

З 16 вивчених нами хворих корекційно-відновлювальну роботу проводили з 9 хворими, які склали експериментальну групу. Інших 7 осіб склали контрольну групу.

За цей період з іншими, які увійшли до експериментальної групи, згідно з індивідуальними свідченнями, неодноразово проводили курси корекційно-відновлювального навчання тривалістю 8 тижнів кожен. З 4 воїнами було проведено 4 курси корекційно-відновлювального навчання, з 4 випробовуваними – три курси, з одним військовим реабілітаційні заходи проводили впродовж одного курсу. Кожен курс корекційно-відновлювального навчання індивідуально ускладнювався залежно від позитивної динаміки мовленнєвої функції випробовуваних.

Дослідження мовленнєвих процесів проводили у двох аспектах – вивчення рецептивної (імпресивної) і моторної (експресивної) сторони мовленнєвої діяльності.

У процесі дослідження імпресивного мовлення ми аналізували сприйняття звуків мови та звукосполучень, розуміння значення слова, фрази, логіко-граматичних конструкцій і змісту розгорнутого мовлення. При дослідженні експресивного мовлення оцінювали оральний праксис, артикуляцію ізольованих мовленнєвих звуків і їх поєднань, вимовляння слів, фраз, самостійна розгорнута мова випробовуваних (відображена і спонтанна), а також читання і письмо. Також проводили вивчення стану немовленнєвих вищих психічних функцій: гнозису, праксису, уваги і рахунку.

Корекційно-відновлювальне навчання вели в декількох напрямках: подолання розладів розуміння ситуативного і побутового мовлення;

- Розгальмування вимовної сторони мовлення;
- Стимулювання простих комунікативних видів мовлення;
- Подолання розладів вимовної сторони мовлення;
- Відновлення фразового мовлення;
- Відновлення аналітико-синтетичного читання і письма;
- Організація довільної уваги.

У процесі проведення групового заняття використовували традиційні методики групових занять (бесіда, мовленнєві і рольові ігри), а також сучасні методи арт-терапії, основою яких була художня діяльність випробовуваних, за допомогою активізації якої відбувалася корекція тих або інших порушень.

Аналізуючи результати корекційно-відновної роботи необхідно відзначити статус формування мовлення випробовуваних, що змінився:

1 група (сенсомоторна афазія грубого ступеня з елементами динамічної афазії – 2 особи) – сенсомоторна афазія (1), аферентна афазія середньо-грубої форми (1).

2 група (еферентна моторна афазія з елементами динамічної афазії – 2 людини) – еферентна моторна афазія середнього і

легкого ступеня (1), практичне відновлення мовленнєвої функції (1).

3 група (аферентна моторна афазія середнього ступеня – 2) – аферентна моторна афазія (1), еферентна моторна афазія середнього ступеня (1).

4 група (сенсорна афазія – 1) – сенсорна афазія грубого ступеня (1).

5 група (динамічна афазія середнього ступеня вираженості – 1) – еферентна моторна афазія середньо-легкого ступеня (1).

6 група (акустико-мнестична афазія – 1) – практичне відновлення мовленнєвої функції.

Отже, результати дослідження дають змогу підсумувати про те, що робота за програмою корекційно-відновлювального навчання, складеною на підставі індивідуального підходу до кожного випробовуваного, є продуктивною. Поєднання індивідуального особистісно-орієнтованого заняття і групових методів арт-терапії допомагає досягти значних результатів відновлення мовленнєвих функцій.

5.6. Комплекс вправ, спрямований на зміну ставлення до життя людей, які пережили кризові ситуації

Реакція на травматичні події є доволі складною, оскільки може проявлятися через соматичні, пізнавальні, емоційні та поведінкові порушення. Це залежатиме від індивідуального вміння долати стресові ситуації. Життєва подія, яка має характер стресора – це подія, прояв якої змінює попереднє життя особи і вимагає від неї пошуку нових адаптаційних дій [139].

Система цінностей починає відігравати особливу роль у момент, коли людина зіштовхується зі складною ситуацією. Тому актуальним у роботі з людьми, які пережили кризові ситуації, є

пошук цінностей, на що і було звернуто увагу під час розробки цієї програми.

На сьогоднішній день найефективнішою формою психологічної підтримки вважають участь в інтерперсональних тренінгових групах. Цей вибір зумовлений врахуванням таких переваг, як :

- груповий досвід блокує відчуження учасника тренінгу від світу, від інших людей, від самого себе;
- усвідомлення того, що інші люди переживають подібні проблеми і це допомагає уникнути непродуктивного замикання в собі з власними проблемами;
- учасники тренінгу мають змогу отримувати зворотній зв'язок і підтримку від людей, які мають такі ж проблеми;
- формування нових умінь, навичок та їх розвиток, “репетиція” нової поведінки;
- отримання нового досвіду в подоланні життєвих криз;
- саморозкриття, самодослідження, самопізнання.

Основне завдання роботи з людьми, які пережили кризові ситуації, полягає у тому, щоб допомогти їм змінити бачення на життя, шляхом подолання їх внутрішньої емоційної напруги та вирішення внутрішньо-особистісних конфліктів.

Реалізувати завдання пропонованого комплексу вправ можна шляхом спрямованого впливу на такі компоненти :

- емоційний: реалізується шляхом емоційного відреагування, тобто через розуміння та відкриття своїх проблем і переживань, пов'язаних із ними;
- пізнавальний: відбувається шляхом розширення сфери усвідомлення проблеми, усвідомлення мотивів виховання та поведінки, своєї ролі у виникненні тих чи інших проблем, способу взаємодії батьків та дітей;
- поведінковий: формування форм поведінки, які сприятимуть оптимальному функціонуванню поза групою на основі змін у пізнавальній та емоційній сферах.

Для зміни ставлення до життя, пошуку та формування системи цінностей особам, які пережили травмуючі кризові ситуації пропонують комплекс вправ “Я і світ моїх цінностей”.

Дослідження ціннісних орієнтацій [174] вказують на те, кожна людина має свою специфічну та неповторну систему цінностей. Важливо знати не лише те, які цінності є важливими для людини, до яких вона прагне і які реалізує, але і те, як вони розміщені, в якій послідовності, тобто яку систему вони творять. Система цінностей є ієрархічною, динамічною структурою, відкритою до змін, що зумовлені зовнішніми та внутрішніми впливами [174].

Комплекс вправ “Я і світ моїх цінностей” модифіковано спеціально для людей, які пережили травматичні події.

Метою цих вправ є допомога учасникам подолання внутрішньо-особистісних проблем, відкриття власних цінностей, заохочення до їх реалізації в житті, формування ціннісної системи. Оскільки це групові заняття, то учасники побачать, що вони не єдині з такою проблемою, матимуть змогу обмінятися досвідом у подоланні різних кризових ситуацій, які виникають у щоденному житті після пережиття травматичних подій.

Основні цілі вправ:

- стимулювати зацікавлення в саморозвитку особистості;
- самопізнання;
- розвинути вміння ставити ближчі і дальші цілі;
- сприяти рефлексії та реалізації обраних цілей;
- покращити відчуття власної цінності та цінності інших людей;
- покращити взаємостосунки з оточуючими;
- подолати стан емоційної напруги, тривоги;
- усвідомити та вирішити внутрішньоособистісні конфлікти.

Вправи мають на меті допомогти людині відкрити цінності і реалізувати їх через розпізнання суті цієї цінності, розуміння, як вона збагачує особистість і суспільство загалом, як формує те, що називається стилем життя, дорогою життя, моделлю життя.

Кожна вправа закінчується серією запитань, на які учасники повинні знайти відповідь. Постановка запитань є дуже важливим і потребує дотримання таких настанов:

1. Запитання не є моралізаторськими, критикуючими. Не вживають таких понять, як добрий-злий, прийнятний-неприйнятний, дозріла особистість-недозріла.

2. Запитання ставлять так, щоб допомогти учасникові змінити свій стиль мислення, діяльності, спосіб прийняття рішень.

3. Якщо учасник не хоче виконувати якусь вправу, завдання, його не потрібно змушувати до цього, оскільки пасивна участь теж сприяє рефлексії та роздумам.

4. У запитаннях не розширюють проблеми, важливо зрозуміти суть, з якої потім можна сформулювати низку питань, що стосуються конкретної цілі.

5. Вправи скеровані на стимуляцію саморефлексії та уявлення про цінності інших людей, про оточуючий світ і власне місце в ньому.

6. Основою роботи є саморефлексія, стимуляція уяви, переосмислення. Важливим елементом вправ є час. Однак дискусії не варто затягувати, але має бути можливість кожному висловити свої відчуття і переживання.

7. Запитання не мають встановленої схеми і можуть змінюватися залежно від того, що відбувалося під час вправи.

Метою кожної зустрічі має бути створення атмосфери довіри та згуртованості між учасниками групи, сприяння глибшому взаємному пізнанню.

КОМПЛЕКС ВПРАВ “Я і світ моїх цінностей”

Вправа 1. “Що важливе, що необхідне”

Ціль: знайомство учасників групи; визначити основні правила роботи групи; зрозуміти значення ієрархії потреб.

Матеріали: свічки різного ґатунку, сірники, бланки відповідей, ручки.

На початку роботи треба пам’ятати, що для створення кращої атмосфери, учасники групи повинні познайомитися між собою, подолати бар’єри спілкування та створити довірливі відносини.

“Що важливе, що необхідне”.

Ведучий запалює приготовані свічки, так, щоб їх було видно усім учасникам (свічок має бути не менше трьох). Просить учасників, щоб уважно дивилися на свічки. Через кілька хвилин звертається до учасників з проханням, щоб вони сказали, що, на їхню думку, потрібно чи необхідно для того, щоб свічка давала світло, а що сприяє збільшенню полум’я свічки, його яскравості та допомагає горіти довше. Іншими словами, що є важливим, що підносить цінність свічки, чим вона відрізняється від запаленого сірника, який також дає полум’я і світло.

Коли всі учасники висловилися, ведучий роздає бланки відповідей і просить, щоб зліва учасники написали, що є потрібним і необхідним для того, щоб людина існувала, жила, а з правого боку те, що робить людину “ще більше людиною”.

Кожен учасник (самостійно) порівнює відповіді у лівому і правому стовпцях та ділиться своїми спостереженнями з іншими.

ВАЖЛИВЕ – НЕОБХІДНЕ

Для людини потрібним – необхідним є:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

4.....

5.....

Для людини цінним-важливим є:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Інструкція: напишіть довільну кількість речей, необхідних та цінних-важливих.

Вправа 2. “Я і моя сім’я”

Ціль: показати, як можна покращити своє функціонування в сім’ї; як можна краще пов’язати високу оцінку сім’ї з діями, спрямованими на спільне сімейне добро.

Матеріали: бланки відповідей, чистий аркуш паперу, кольорові олівці.

“Я і моя сім’я”.

Ведучий пояснює, що вправа стосується стосунків у сім’ї. Потім роздає підготовані бланки відповідей. Учасники уважно перечитують твердження з анкети і відзначають ті, котрі їх стосуються і з котрими погоджуються. Ведучий просить уважно подивитися на відповіді і пояснює, що це різні оцінки власної сім’ї, найчастіше позитивні. Люди найчастіше кажуть про свою сім’ю позитивні речі, і в глибині серця хочуть, щоб їхня сім’я була прекрасною. Часто буває так, що хоча ми говоримо позитивні речі про свою сім’ю, все ж ми не пов’язані міцно з нею. Учасникам запропоновано зобразити взаємозв’язки у власній сім’ї у вигляді гербу. Учасники малюють довільну фігуру на чистому аркуші паперу і ділять її на чотири частини. У кожній із чотирьох частин герба малюють символ:

– того, що в сім’ї є найважливішим, про що найбільше дбають усі члени сім’ї;

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

– того, що робили протягом останнього тижня разом з іншими членами сім'ї;

– того, через втрату чого б сумували усі члени сім'ї;

– того, чим їхня сім'я відрізняється від інших сімей.

Учасники розповідають про свої герби і намагаються зауважити те, що їх об'єднує, в чому їхні символи подібні.

Вправа закінчується висловленням своїх думок кожного з учасників на тему: що хотів би змінити у себе і в своїй сім'ї?

Анкета “Моя сім'я”

1. Я горджусь своєю сім'єю.
2. Моя сім'я може бути прикладом для інших.
3. Хотів (-ла) би мати в майбутньому таку сім'ю як та, в котрій я виховувався (-лася).
4. Люблю бути зі своєю сім'єю.
5. У моїй сім'ї усі почуваються добре.
6. Багато речей я роблю разом із моєю сім'єю.
7. У моєму домі найчастіше весело і приємно.
8. Я б із жалем виїжджав (-ла) зі свого дому на довший час.
9. Я надаю перевагу проводити вільний час зі сім'єю, ніж із іншими особами.

Вправа 3. “Слова та вчинки”

Ціль: показати значення і вагомість слова у стосунках; показати потребу відповідності між словами і діями та наслідки їх розрізнення; усвідомлення відповідальності за слово.

Матеріали: чисті аркуші паперу, жереби з іменами учасників, посудина для жеребів.

“Слова та вчинки”.

Учасники вибирають картки з іменами, так, щоб кожен витягнув іншу особу. Ведучий роздає по аркушу паперу, щоб ко-

жен учасник написав те, що би він хотів зробити для цієї особи, ім'я якої витягнув.

Коли всі написали, що хотіли б зробити для цієї особи, ведучий просить кожного зачитати в голос те, що написали; прочитавши, учасник віддає картку тій особі, до якої звертався.

Ведучий просить розпочати дискусію про те, як перейти від обіцянки до реалізації. Кожен учасник намагається відповісти на запитання:

- Що йому потрібно, щоб реалізувати свою обіцянку?
- Які бачить можливості та перешкоди?
- Коли записував те, що хоче зробити для цієї особи чи задумувався над тим, як це реалізувати?
- Про що думав, виконуючи завдання?

Кожен учасник повинен представити план реалізації обіцянки і виконати її. Після того як усі запропонували плани для реалізації, ведучий розпочинає загальне обговорення:

- Кому вдалося реалізувати обіцянку і чому?
- Кому не вдалося і чому?
- Чого не взяли до уваги при написанні обіцянки?
- Чи очікували на реалізацію отриманої обіцянки?
- Як почуваються ті, щодо яких не було виконано обіцянки?
- Як почуваються ті, які обіцяли?
- Чи можна щось комусь обіцяти, не маючи можливості на реалізації цієї обіцянки?
- Чи важко реалізувати цю обіцянку?
- Як слова, які нам говорять, пов'язані з нашими очікуваннями?

Вправа 4. "Автобіографія"

Ціль: відкрити цінності, якими живе ця особа; познайомити інших із власною системою цінностей.

Матеріали: чисті аркуші паперу, бланки відповідей, ручки.

“Автобіографія”.

Ведучий роздає картки паперу і заохочує учасників написати автобіографію в такий спосіб, щоб інші довідалися про те, що найчастіше ми робимо, що для нас важливе, на що перш за все витрачаємо гроші, що нас найбільше тішить у житті, а що засмучує, які ми маємо досягнення і чого в житті хочемо досягнути.

Учасники читають свої автобіографії. Інші слухають і стараються запам'ятати, хто до них подібний і в чому.

Учасники малюють свій символ, котрий найкраще символізує їхнє життя.

У кінці кожен коротко висловлюється про те, що йому дала сьогоднішня робота в групі.

Вправа 5. “Лабіринт”

Ціль: показати, що прагнення досягнути мети потребує наполегливого долання різних перешкод, а деколи навіть блукання, але найважливішими є чіткість і палке прагнення досягнення мети.

Матеріали: чисті аркуші паперу, олівці.

“Лабіринт”.

Ведучий роздає учасникам аркуші паперу й олівці та просить, щоб кожен подумав, що для нього на цей момент є найважливішим, чого хотів би досягнути, наприклад, навчитися чогось, вдосконалити свої вміння, здобути щось і т. д. Кожен учасник намагається намалювати свій шлях до мети у формі лабіринту. Ведучий пояснює, що лабіринт найкраще може показати різні наші перешкоди, які ми долаємо, різні наші помилки, котрі затримують нас на шляху до мети, і нарешті, може показати зусилля, яких ми докладаємо, реалізуючи мету. Усі ці властивості можна показати через довжину лабіринту, кількість перешкод, тупиків і т. д.

Після закінчення роботи над лабіринтом учасники презентують свої малюнки і пояснюють, що там зображено, а також

відповідають на запитання “Як покращити умови реалізації мети і підвищити вміння долати перешкоди?”.

Вправа 6 “Солідарність”

Ціль: Розуміння солідарності та її ролі в нашому житті.

“Солідарність”. Ведучий читає учасникам такі твердження: “Люди повинні бути солідарними між собою незважаючи на наслідки”. І просить, щоб той, хто з цим згодний – став справа; той, хто не згодний – у центрі; а той, хто не може визначитися – всередині третього кола.

Учасники вигідно розміщуються на кріслах. Ведучий роздає анкети “Солідарність” і просить дати відповіді на запитання, які найбільше підходять кожній особі. Потім подає принцип обрахунку пунктів. Учасники по черзі представляють кількість отриманих ними пунктів, ведучий інформує, до якої категорії належить та чи інша кількість пунктів. Усі роздумують, чи отримані результати відповідають їхній початковій декларації, тобто чи остаточний їх результат відповідає тому місцю, яке вибрали самі учасники. Учасники можуть висловити свою думку про відповідність чи невідповідність.

Ведучий роздає наступну анкету і просить її заповнити, кажучи, що це допоможе ще більшою мірою пізнати наші думки про солідарність і про те, як ми поведимося.

Анкета “Солідарність”

рішуче так	так	не знаю
ні	рішуче ні	

1. Коли доходить до суперечки, сварки чи непорозуміння між мною і кимсь із мого оточення, я завжди намагаюся зрозуміти, що відчуває ця особа.

2. Я уважно спостерігаю за мімікою і поведінкою різних осіб, бо це може мені показати їхні добрі і погані переживання; іншими словами, я намагаюся навчитися і зрозуміти, що відчу-

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

вають люди, які виражають ті чи інші рухи, жести, мають певний вираз обличчя.

3. Я захистив (-ла) би знайомого чи приятеля, якщо б їх вигнали з роботи, навіть, якщо б це загрожувало мені неприємними наслідками.

4. Вважаю, що кожна людина є відповідальною за свою поведінку і за негативні наслідки, інші не повинні втручатися у чужі справи.

5. Не варто наражатися на небезпеку, обороняючи інших, вони все одно цього не оцінять.

6. Вважаю, що незалежно від наслідків, завжди потрібно захищати того, хто слабший і потребує допомоги.

7. Вважаю, що особисті інтереси потрібно ставити вище від інтересів інших.

8. Люди із так званим “добрим серцем” глупі і не розуміють жорстких законів життя.

9. Деколи навіть треба зробити кривду іншій людині, щоб досягти своєї мети.

10. Коли власні інтереси під загрозою – нема чого оглядатися на інших, думати про них.

Ключ до анкети “Солідарність”:

У твердженнях 1, 2, 3, 6 відповідь:

• рішуче так – 4 • так – 3 • не знаю – 2 •
ні – 1 • рішуче ні – 0.

У твердженнях 4, 5, 7, 8, 9, 10 відповідь:

• рішуче так – 0 • так – 1 • не знаю – 2 •
ні – 3 • рішуче ні – 4.

Результат до анкети “Солідарність”:

0–8 – дуже низька солідарність з іншими;

9–16 – низька солідарність;

17–24 – звичайна (пересічна) солідарність;

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

зауваженнями, висловлюються про те, що думають і говорять, про солідарність і як реалізують це в житті. У чому бачать труднощі? Що могли б змінити у своїй поведінці?

На закінчення кожен учасник висловлюється одним реченням про сьогоднішню роботу.

Вправа 7. “Мої можливості”

Ціль: показати і відкрити власні вміння і можливості; підштовхнути до відкриття можливостей і здібностей; показати шляхи використання можливостей та вмінь.

Матеріали: ручки, аркуші паперу, бланк відповідей.

“Мої можливості”.

Учасники, на отриманих аркушах паперу пишуть кілька дій, які, на їхню думку, роблять найкраще, (навіть, якщо оточення не завжди це зауважує), дії, які люблять виконувати і їм прикро, коли це не вдається.

На картці відповідей пишуть:

- Відколи це роблять так добре?
- Чи вправлялися для виконання цієї діяльності?
- Чи хтось їх цього навчав?
- Відколи люблять це робити?

Ведучий заохочує, написати якомога більше дій, які мають будь-який зв'язок із улюбленою діяльністю.

Учасники кажуть, що потрібно для того, щоб мати змогу виконувати ці дії. Якими з цих умінь вже володіють? Які стануть у пригоді для розвитку інших вмінь? Учасники роздумують від кого чи від чого залежить можливість розширення своїх добре виконуваних та улюблених дій.

Б Л А Н К В І Д П О В І Д Е Й

1. Що Вам допомагає, щоб добре виконувати цю діяльність? Які Ваші риси сприяють цьому?

- Які речі Вам у цьому допомагають?

- Чи інші люди беруть у цьому якусь участь?
- 2. Відколи Ви так добре це робите?
- 3. Чи навчалися Ви, щоб виконувати цю діяльність? Як довго?
- 4. Чи хтось Вам допомагав чи навчав цього?
- 5. Відколи це є Вашою улюбленою діяльністю і чому?

Вправа 8. “Пустеля”.

Ціль: відкриття тих цінностей, які є найважливішими для учасників, показати механізм прояви системи цінностей, показати, що у ситуації, коли людина втрачає багато речей, віддаляється від близьких, постає загроза життю, проявляється те, що для людини є найважливішим – її система цінностей.

Матеріали: ручки, чисті аркуші паперу, бланк відповідей, англійські шпильки.

“Пустеля”. Учасники творять пари незалежно від статі. Ведучий пояснює, що кожна з пар збирається в далеку подорож на африканський континент і має подолати, вибраним для себе транспортом, багато тисяч кілометрів – переїхати з півночі на південь. Учасники вирішують, що візьмуть зі собою на довгий час подорожі. На картках записують те, що кожна пара візьме зі собою.

Після закінчення завдання ведучий просить, щоб учасники зайняли місця на підлозі, закрили очі і намагалися уявити собі, що подолали вже дуже багато кілометрів, що перебувають посередині континенту – навкруги них простягається пустеля, а вони спокійно просуваються вперед. У такому настрої учасники перебувають кілька хвилин. Потім ведучий повільно говорить, що власне у цей момент їхній транспорт поламався і вони не зможуть продовжити подорож, поки не відремонтують транспорту, і невідомо, коли це станеться. Вони знаходяться далеко від людей, контакт є ускладнений і скористатися ані мобільним телефоном, ані радіо не можуть. Учасники якийсь час перебувають під впливом тої інформації. Панує тиша.

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

Ведучий роздає чисті аркуші паперу і просить, щоб кожен із учасників написав на них:

- Що перш за все хотіли б зробити в цій ситуації?
- З ким хотіли б порозумітися?
- Що хотіли б мати коло себе?
- Від якого відчуття хотіли б звільнитися?

Учасники записують одну можливість на кожен вид реакції. Після закінчення завдання ведучий пояснює, що те, що ми робимо, за ким сумуємо, до кого звертаємось і чим себе оточуємо, які відчуття маємо в різних ситуаціях – усе це вказує на нашу систему цінностей.

Перед дискусією учасники отримують бланк відповідей “Бажання у пустелі”, (відповіді на якого цьому етапі мали б полегшити дискусію).

Ведучий починає дискусію:

- Чи те, про що Ви думали, перебуваючи в пустелі, відрізняється від Ваших щоденних думок і прагнень?
- Чи у щоденному житті Ви тішитесь тим, про що мріяли у пустелі?
 - Чого навчила нас ця вправа?
 - Як можна збільшити нашу радість з того, що маємо і переживаємо щодня?

Б Л А Н К В І Д П О В І Д Е Й

Бажання в пустелі

№ Чого я найбільше прагнув (-ла) у пустелі? Чи це в мене є постійно?

Завдяки кому, чому? Чи турбуюся я про тих, хто мені допомагає мати ці блага?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

Вправа 9 “Давати–брати”

Ціль: показати цінність “давати”; навчитися ділитися з іншими; пізнати емоції пов’язані з тим, коли ми щось беремо; показати, що те, що беремо і чого очікуємо від інших також може бути показником нашої системи цінностей.

Матеріали: бланки відповідей, ручки.

“Давати–брати”. Ведучий заохочує учасників, щоб уявили собі, що вони є добрими духами, феями і можуть обдаровувати різних людей тим, чим захочуть. Учасникам потрібно подумати, кому найперше хотіли б щось подарувати і що саме хотіли б подарувати. Ведучий роздає бланки відповідей і просить, щоб вписали у відповідні колонки осіб і подарунки, які хочуть подарувати, а також, можливу реакцію цих осіб.

Кожен учасник представляє свої результати:

- Кому найперше я хотів би подарувати подарунок?
- Чому я вибрав саме цих людей?
- Що я б хотів дати цим людям?
- Що означають (виражають) наші дарунки?

Б Л А Н К В І Д П О В І Д Е Й 1

№ Особа Що я хочу їй дати? Якою буде реакція особи?

1. 2. 3. 4. 5.

Ведучий просить учасників уявити собі, що вони перебувають над океаном багатств, котрий був приготований дуже багатою і шляхетною людиною. Усі закривають очі й уявляють собі різні речі, котрі там можуть бути. Хтось їм шепоче: “Можеш брати, що хочеш і скільки хочеш, для себе і для інших!”

Після 5 хвилин ведучий питає: Що кожен з учасників вибрав для себе? Що взяв для інших? Як почувався тоді, коли міг вибрати, що хоче і скільки хоче для себе та для інших? Які емоції виникають, коли ти щось даєш і коли тобі щось дають?

Вправа 10 “Життя”

Ціль: показати вартість життя, його крихкість, минущість і водночас зрозуміти, що воно є фундаментом усіх інших цінностей.

Матеріали: ручки, олівці чи фломастери, вислови про життя, аркуші паперу, бланки відповідей.

“Життя”. Ведучий розкладає на столі картки написом донизу, на яких написані вислови про життя. Учасники тягнуть картки. Кожен учасник займає своє місце, вигідно сідає і впродовж 5 хвилин намагається подати одну думку, яка приходить йому до голови під впливом прочитаного вислову. Кожен записує свої зауваження на папері.

Після 5 хвилин ведучий починає дискусію: що ми дізналися про життя?

Ведучий просить учасників намалювати дерево. Пояснює, що не йдеться про художню цінність малюнка, а про те, щоб малювати певний символ – у цьому випадку – дерево, котре має символізувати цю особу. Ведучий роздає бланки відповідей і просить їх заповнити. Кожен із учасників розповідає про своє дерево, використовуючи те, що написав у бланку відповідей.

Особи, об'єднуються у малі групи і розмовляють про те, що дала ця вправа, наприклад, як, спостерігаючи за деревом, можна зробити аналогії зі своїм життям, що можна змінити у своєму житті, щоб “приносити більше плодів”, як знайти у собі сенс життя.

Б Л А Н К В І Д П О В І Д Е Й

Вартість і сенс життя

Яке це дерево?

З чого складається кожне дерево?

З чого складається моє дерево?

Чого в ньому не вистачає?

Що це дерево дає іншим?

Що можна було б зробити щоб моє дерево давало ще більше?
Що треба зробити, щоб не знищити, а підтримувати дерево?

Вправа 11 “Чи ми подібні між собою?”. Ціль: спробувати зрозуміти, що цінності, які для нас є важливими також можуть бути важливими і для інших людей – подібних до нас, навіть, якщо ми про це їм не говоримо.

Матеріали: чисті аркуші паперу, ручки, коробочка.

“Чи ми подібні між собою?”. Ведучий всім роздає чисті аркуші паперу та олівці. Кожен учасник на отриманому аркуші пише (друкованими літерами) три речі, які, на його думку, є найважливішими і які б він хотів переказати всім людям. Можна записати риси характеру, вчинки, які потрібно робити, речі, які потрібно берегти.

Учасники складають свої картки в коробочку. Ведучий каже, що це послання, які ми хочемо передати людству. Кожен по черзі витягує послання. Отримані записки зачитують вголос.

Ведучий просить кожного поміркувати якою мірою отримана записка відповідає тому, що написав той чи інший учасник. Чи це для нього теж важливо? Учасники пробують відгадати, хто може бути автором записки.

Учасники задумуються над тим, скільки осіб з групи шанують одні і ті ж цінності.

Вправа 12 “Таємничий документ”

Ціль: пізнання прихованих бажань, бачення світу і людей, прихованого неспокою.

Матеріали: чисті аркуші паперу, ручки.

“Таємничий документ” (45 хв). Ведучий роздає аркуші паперу і ручки та інформує учасників, що з цього моменту вони беруть участь у незвичайній події. Ось знайдено таємничий документ, який потрібно прочитати. Документ був написаний не-

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

видимим чорнилом, і тому роздані картки паперу є ксерокопіями того документу. Деякі люди прочитали документ і кажуть, що документ містить пророцтво про те, що буде діятися через 10 років. Кожен із учасників повинен самостійно прочитати текст (ведучий пояснює, що учасники мають описати своє пророцтво на 10 років наперед). Час 10 хвилин.

Після закінчення завдання учасники по черзі читають свої документи і намагаються визначити:

- Чи події майбутнього будуть позитивними і приємними?
- Для кого події будуть неприємними?
- Чи в оповіданнях фігурують самі учасники?
- Чи в майбутньому році буде щось інше, чого немає зараз?
- Що з того, що є тепер, буде надалі?

Учасники дискутують, у який спосіб можна запобігти поганим випадкам, про які говорять пророцтва; в який спосіб можна збільшити кількість позитивних подій. Група намагається з'ясувати, скільки осіб склали пророцтва на майбутнє подібно і яке це бачення: катастрофічне чи позитивне. Скільки в цілій групі є оптимістів, а скільки песимістів. Особи, котрі описали найбільш оптимістичне бачення майбутнього намагаються представити, чому саме таке їх бачення майбутнього, і що, на їхню думку, могло б стати на заваді реалізації такого пророцтва. Яку роль бачать для себе, а яку для інших?

Після того, коли всі виконають завдання, ведучий просить поділитися своїми думками:

- Що Ви думаєте про роботу в цій групі?
- Що Вам найбільше сподобалось?
- Що це Вам дало?
- Як одним словом Ви могли окреслити нашу роботу в групі?
- Як Ви себе почуваєте? Який настрій?

5.7. Допомога дітям із заїканням

Заїкання є одним із найбільш складних і тривалих мовленнєвих порушень.

Заїкання – це порушення темпу, ритму та плавності усного мовлення, зумовлене судомним станом м'язів артикуляційного апарату (Л. Белякова). Типовим і обов'язковим симптомом заїкання є наявність судомних спотикань у мовленні. Вони проривають мовленнєвий потік зупинками різного характеру. Судоми виникають тільки при продуктивному мовленні.

До цього часу немає єдиного погляду на етіологію заїкання.

Найбільш імовірні причини заїкання:

- 1) певний вік дитини;
- 2) стан центральної нервової системи дитини;
- 3) індивідуальні особливості розвитку мовленнєвого онтогенезу;
- 4) особливості формування функціональної асиметрії мозку;
- 5) наявність психічної травми;
- 6) генетичний чинник;
- 7) статевий диморфізм.

Виділяють дві групи причин виникнення заїкання: ті, що сприяють виникненню, та вивідні.

Причини, що сприяють появі заїкання:

- невротична обтяженість батьків (нервові, інфекційні та соматичні захворювання, що послаблюють або дезорганізують функції ЦНС);

- невропатичні особливості особи, що заїкається (нічні страхи, енурез, емоційна напруженість);

- конституційна схильність (захворювання вегетативної нервової системи, підвищена збудливість вищої нервової діяльності та її чутливість до психічних травм);

- спадкова обтяженість (заїкання розвивається на ґрунті вродженої слабкості мовленнєвого апарату, яка може передаватися спадково як рецесивна ознака);

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

• ушкодження головного мозку у різні періоди розвитку під впливом багатьох шкідливих чинників: внутрішньоутробних та пологових травм, асфіксії; постнатальних – інфекційні, травматичні впливи при різних дитячих захворюваннях.

Корекційна робота при заїканні. Витримка, спокійне й уважне ставлення до дитини, що заїкається, чіткий режим роботи й відпочинку – запорука успіху.

Дбайливе ставлення до нервової системи дитини, його мовленнєвих можливостей – основні умови подолання заїкання.

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ БАТЬКІВ

1. Якщо ваша дитина почала заїкатися, насамперед установіть правильний режим дня.

2. Необхідно одразу обмежити мовлення дитини, тобто встановити “режим мовчання”.

3. Дозвілля дитини організуйте так, щоб вона якомога менше займалася іграми, які розраховані на надмірну активність.

4. Упродовж дня розмовляйте з дитиною спокійно, не поспішаючи.

5. У мовленнєвих іграх (лото, доміно тощо) під час навчання створіть такі умови, щоб мовлення дитини було спокійним, плавним, неквапливим, достатньо виразним.

6. Якщо дитині важко почати говорити, допоможіть їй, вимовляючи одночасно з нею початок фрази.

7. У розмові з дитиною будьте стриманими, не потурайте їй капризам, а вимогливість не доводьте до різкості.

8. У разі погіршення мовлення звертайтеся за консультацією до лікаря або логопеда.

Профілактика заїкання. Запобігти появі заїкання в дітей можна, провівши освітню роботу з батьками і працівниками освітніх установ.

У профілактиці заїкуватості виділяють три основні напрями:

1) запобігання виникненню заїкання у дітей;

2) запобігання хроніфікації та рецидивів заїкання;

3) запобігання порушенням соціальної адаптації.

Можна виділити кілька груп дітей із чинником ризику заїкуватості.

1. Діти з ознаками тривожності.

2. Діти з раннім мовленнєвим розвитком (перші слова промовляють до 1-го року). У мовленні дітей цієї групи з'являються множинні ітерації. Мовлення виникає у період інспіраторної фази дихання.

3. Діти з незначною затримкою мовленнєвого розвитку (перші слова найчастіше до 1,3–1,5 року). Мовлення таких дітей найчастіше невиразне з істотним порушенням звукового аспекту.

4. Діти з генетичними чинниками ризику, тобто діти з ознаками ліворукості, наявністю у родині осіб із заїканням.

Діти, яких виховують у двомовних родинах, також перебувають у ситуації ризику цього мовленнєвого порушення.

У просвітницькій діяльності логопеда велику увагу приділяють роботі з батьками. Потрібно наголосити батькам на тому, що для дітей у віці від 1 до 7 років їхнє мовлення є зразком.

У дітей дошкільного віку, особливо у дітей із тривожними рисами характеру, легко виникають страхи. Ці страхи можуть з'являтися в результаті залякування, читання книг або перегляду фільмів страшного змісту тощо. За розумної поведінки батьків страхи поступово зникають. Якщо ж вони не проходять тривалий час. Варто звернутися до психоневролога.

Рекомендації батькам. Батькам, що заїкаються, рекомендують пройти курс лікувально-корекційного впливу для усунення цього порушення.

Для дітей, мовлення яких формується в умовах родини з двомовністю мають бути створені особливі умови. Щоб уникнути розвитку патології мовлення, спершу необхідно створити

умови для формування лексико-граматичної бази однієї мовної системи.

З появою судомних спотикань батьки не мають зовні виявляти свого занепокоєння, тим паче робити зауважень із приводу мовлення дитини.

Неприпустимі передражнювання і глузування.

Не можна забороняти дитині говорити, якщо у неї виникає така потреба. Рекомендують у цих випадках переводити форму мовної активності дитини з монологічної в діалогічну.

Запобігання рецидивам заїкання.

Незважаючи на ефективність корекційно-педагогічної роботи із дітьми, що заїкаються в дошкільному віці, у шкільному віці у таких дітей можуть виявитися рецидиви. Часто перший рецидив настає після походу дитини до школи.

Рекомендації вчителям загальноосвітніх шкіл. Щоб запобігти рецидиву заїкання, батькам необхідно особливо готувати дитину до школи: ще до 1-го вересня дитина має відвідати школу і клас, у якому навчатиметься, походити у класі, посидіти за партою, дізнатися, де у школі туалет. Необхідно заздалегідь познайомити дитину з учителем. Педагог повинен знати про те, що дитина в минулому заїкалася, тому потребує особливого ставлення. Таку дитину не можна запитувати першою, наполягати на відповіді.

Якщо в учня виникатимуть судомні спотикання, не варто квапити його з відповіддю. У випадках рецидиву заїкання не треба відсторонювати такого учня від усних відповідей перед класом.

Можна рекомендувати батькам, щоб дитина готувала домашні завдання вголос.

Нерідко дитина переймається своїм соціальним статусом серед однолітків. У цей період також можливі рецидиви. Особи зі заїканням найчастіше мають судомні спотикання при відповідях на клас.

Запобігання порушенням соціальної адаптації осіб, що заїкаються, починається у дошкільному віці. Невпевнені, тривожні за характером діти (з невротичною формою заїкання) потребують психологічної підтримки батьків, вихователів і вчителів.

Спеціальні виховні заходи спрямовані на вироблення таких рис характеру, як упевненість у собі, активність, самостійність у виборі рішень і в діях. Заїкання не має впливати на вибір професії, проте при хронічному перебігу заїкуватості не рекомендують професії з великими мовленнєвими і психічними навантаженнями.

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ВЧИТЕЛІВ

1. Проведіть бесіду в класі (за відсутності учня, який заїкається), поясніть необхідність доброзичливого ставлення до нього, попросіть не звертати увагу на його мовлення й рухи руки, поводитися тихо, коли він відповідає.

2. Якщо є можливість, опитуйте учня із заїканням завжди, коли він підносить руку. Не можна опитувати його письмово або після уроків, якщо це не колективна форма роботи.

3. Постійно й активно допомагайте учневі, який заїкається. Якщо він мовчить, підкажіть перше слово; якщо він квапиться в розмові, вкажіть йому на це в тактовній формі.

4. Не робіть критичних зауважень, які стосуються мовлення дитини із заїканням, не дозволяйте робити це учням.

5. Зауваження вчителя можуть бути тільки щодо змісту відповіді.

5.8. Прийоми педагогічного впливу на дитину з розладами поведінки та емоцій, набутими у складних життєвих обставинах

Складні життєві ситуації, в які потрапляє дитина, можуть призвести до суттєвих розладів поведінки.

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

Пропонуємо Вашій увазі техніки поведінкової корекції, які можуть стати у пригоді як у роботі з дітьми з набутими, так і з вродженими розладами поведінки та емоцій різного походження.

Отже, основні ознаки бажаної поведінки в класі:

- сконцентрованість на виконанні завдання;
- співпраця та адекватна взаємодія з іншими;
- виконання вказівок учителя, правил класу, правил гри на майданчику без невдоволення та суперечок;
- належна готовність до уроку (виконані домашні завдання, наявність необхідного для роботи матеріалу, вчасна поява в класі);
- дотримання визначеного місця під час занять;
- контроль вербальних імпульсів (не вигукувати з місця; піднімати руку, перед тим як говорити).

Розглянемо техніки корекції поведінки дитини в класі.

1. План досягнення бажаної поведінки, або поведінковий план. Учень визначає одну мету, над якою працюватиме день або тиждень; планує конкретні кроки, необхідні для досягнення мети. Учитель вранці швидко обговорює план із учнем та конкретні кроки з його реалізації. Укінці дня або тижня вони зустрічаються знову для підведення підсумків.

2. Щоденне звітування про шкільну поведінку за допомогою поведінкових карток. Це ефективний метод корекції поведінки, спрямований на комунікацію між учителем та батьками дитини для встановлення комплексного впливу на дитину з проблемною поведінкою.

3. Поведінковий контракт. Один із найпоширеніших способів корекції поведінки, особливо у середньому та старшому шкільному віці. Поведінковий контракт становить собою дво- або тристоронню угоду, в якій окреслена роль кожного в досягненні кінцевої мети, тобто позитивної поведінки. Всі сторони узгоджують умови договору, а також винагороду, яка буде наслідком бажаної поведінки.

4. Використання системи жетонів. Це ефективна система миттєвого підкріплення бажаної поведінки. Коли дитина отримує певну кількість жетонів, то може обміняти на певну винагороду.

5. Використання системи пенальті. Система пенальті або штрафів є також досить ефективним методом поведінкової корекції вдома і в класі. Може використовуватися у поєднанні зі системою жетонів. Цей метод фокусується на неприйнятній поведінці учнів, на відміну від методів, описаних вище. Дитина отримує винагороду швидше за зменшення кількості проявів неприйнятної поведінки, ніж за демонстрацію прийнятної.

Запобігти небажаній поведінці значно легше, ніж боротися з її наслідками. За перших ознак емоційної нестабільності дитини або коли ситуація вже переростає в конфліктну батькам і вчителям радимо:

- застосувати заспокоюючий жест (м'яко покласти руку на плече дитині) або невербальну підказку, що треба заспокоїтися;
- відвернути увагу дитини від подразника, можна дати невеличке доручення;
- нагадати дитині про наслідки (покарання, винагороди);
- зробити паузу;
- запропонувати перерву;
- використати фізичні вправи для зменшення напруги;
- стежте за своєю поведінкою і стилем спілкування (говоріть спокійно й повільно, використовуйте спокійну жестикуляцію, візуальні нагадування);
- занотуйте причини неприйнятної поведінки та обставини, за яких вона з'являється;
- уникайте емоційної реакції на неприйнятну поведінку;
- обговорюйте проблемну поведінку, шляхи її вирішення та уникнення після того, як усі сторони заспокоються;

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

- усвідомте, що ви не можете контролювати чужу поведінку, лише можете змінити щось у собі;
- намагайтеся розслабитися фізично;
- не вв'язуйтеся у суперечку, не читайте нотацій;
- деколи ігноруйте неприйнятну поведінку, особливо коли це сталося випадково;
- дайте дитині усвідомити, що ви розумієте її почуття, та висловлюйте їй довіру;
- уникайте запитань, що починаються з “Чому...”. Краще: “Як ти думаєш, чому це сталося?”;
- знайдіть час на те, щоб вислухати дитину;
- намагайтеся зрозуміти підґрунтя поганої поведінки;
- встановіть продуктивний зв'язок “школа-дім”;
- вчіть дитину стратегіям вирішення проблем;
- шукайте можливості залучення дитини до шкільного життя.

Поведінковий план учня

Моя мета на день/тиждень: _____

Мій план досягнення мети:

1 _____

2 _____

3 _____

Моя винагорода, якщо я досягну мети: _____

Учень (ім'я) _____ Дата _____

Розділ 5

ОКРЕМІ ВИДИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ТА КОРЕКЦІЙНА РОБОТА...

Зразки поведінкових карток
Ім'я _____ Учитель _____

ПОВЕДІНКА	понеділок		вівторок		середа		четвер		п'ятниця	
	I пол. дня	II пол. дня	I пол. дня	II пол. дня	I пол. дня	II пол. дня	I пол. дня	II пол. дня	I пол. дня	II пол. дня
Залишається на місці										
Використовує час, проведений у класі, ефективно										
Ставиться з повагою до дорослих та однолітків										

Підпис батьків _____ кількість плюсів за день
_____ кількість плюсів за тиждень

Поведінкова картка учня _____

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

Мета	лишається на місці	займається старанно	уважний до інструкцій учителя
ДАТА	+ -	+ -	+ -
	+ -	+ -	+ -
	+ -	+ -	+ -
ПІДСУМОК			

ПОВЕДІНКОВИЙ КОНТРАКТ УЧНЯ

Я, _____, погоджуюся виконувати
(у тім числі критерії бажаної поведінки) _____

Якщо я виконаю мою частину контракту, то отримаю
таку винагороду: _____

Контракт діє від _____ (дата) _____ до
(дата) _____

Він буде переглядатися (щоденно _____ щотижнево _____
інше _____)

Затверджено:

Учень Учитель Батьки

Основні поради щодо того, як зберегти уважність у класі:

- Використовуйте велику кількість яскравого наочного матеріалу;
- використовуйте тон голосу; змінюйте інтонацію;
- вчіть дітей конспектувати під час пояснень;
- дайте дітям відчуття, що ви стежите за їхньою діяльністю; практикуйте зворотний зв'язок якомога частіше;
- використовуйте все навколо, щоб зробити презентацію матеріалу більш наочною;
- поведіться так, щоб за вами було цікаво спостерігати;
- зробіть темп уроку жвавим, навчальну діяльність різноманітною;
- заохочуйте дітей відповідати на запитання якомога повніше;
- створіть атмосферу, в якій дитина не буде боятися брати активну участь у заняттях;
- будуйте урок так, щоби була можливість працювати в парах та групах, з найбільшим залученням усіх учнів;
- використовуйте комп'ютерні технології та інші методи, такі як музика, драма, дизайн, метод проекту та ін., що дають змогу покращити мотивацію до навчання та втримати увагу;
- використовуйте контракти-жетони та інші засоби заохочення уважності під час роботи;
- можна застосовувати візуальне нагадування.

Я маю:

- Тихо поводити себе на уроці;
- бути уважним;
- сидіти спокійно;
- слухати вчителя.

При виконанні самостійних завдань у класі використовуйте:

- Чітко інструкуйте учнів перед початком виконання завдання, переконайтеся, що всі усе зрозуміли;

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

- давайте таку кількість роботи, яку буде реально виконати в установлений час;
- перевіряйте, чи ніхто не потребує допомоги; цікавтеся ходом виконання роботи;
- застосовуйте таймер;
- діліть великі завдання на менші частини, можна розрізати сторінку з великим завданням на частини, оскільки дитина може бути збентежена великим завданням.

5.9. Вплив музики як терапевтичного засобу на дитину, людину і суспільство

Музикотерапія – це процес міжособистісного спілкування, в якому кваліфікований музикотерапевт застосовує музику та всі її сторони впливу – фізичну, емоційну, інтелектуальну, соціальну, естетичну і духовну – з метою покращення чи збереження здоров'я тощо. Музикотерапія сприяє розвитку потенційних якостей людини, відновлення функцій організму шляхом досягнення вищого ступеня внутрішньої чи міжособистісної інтеграції й, відповідно, вищої якості життя, є профілактичним засобом, лікуванням та реабілітацією.

До пояснення впливу музики на людину та суспільство доклався видатний російський психоневролог Владімір Бехтерев. До питань вивчення слухової діяльності та музикальності В. Бехтерев підходив з позиції природничо-наукового матеріалізму, еволюційної біології і порівняльно-генетичного підходу з використанням анатомічних, клінічних, нейрофізіологічних, психофізіологічних і психологічних методів.

Особливе значення вчений надавав ролі музики у вихованні особистості, розвитку інтелектуальних можливостей та облаго-родження її душі у пренатальному періоді та з раннього дитинства. Цій темі присвячена наукова праця “Вопросы, связанные с

лечебным и гигиеническим значением музыки". В. Бехтерев у своїй науковій діяльності відвів місце і для терапевтичного впливу музики для дітей із психофізичними порушеннями, корекції рухових і мовленнєвих порушень, психосоматичних захворювань, інтелектуальних порушень та поведінкових станів.

Фізіологічний вплив музики на дітей з інтелектуальними порушеннями ґрунтується на тому, що нервова система, а разом із нею і мускулатура, мають здатність засвоєння ритму. Використовуючи музику, як ритмічний подразник, можна досягнути підвищення ритмічних процесів організму дітей із ОПФР у більш строгій компактності енергетичних затрат, що успішно досягається активною формою музикотерапії, логоритмікою.

Серцево-судинна система швидко реагує на музику та створює хороший настрій, в цьому випадку уповільнюється пульс, підвищується серцебиття, знижується артеріальний тиск, розширюється кровоносна система, змінюється тонус м'язів (регулюється) і розвивається моторна активність, що своєю чергою сприяє покращенню розвитку найвищих процесів центральної нервової системи. Було виявлено посилений вплив музики на пульс, дихання, залежно від висоти, сили, тембру і ритму. Частота дихальних рухів і серцебиття змінювалися залежно від темпу, тональності (ладу) музичного твору.

Також В. Бехтерев зазначив здатність музики облагороджувати робочу атмосферу і позитивно впливати на працездатність людини.

5.10. Процес фасилітації при роботі в групі та можливості її застосування при роботі з психотравмами

Що таке "фасилітація"? При виконанні завдання більшість груп зосереджується головно на результаті та ігнорує

процес. Як результат, знижується ефективність досягнення цілей групи.

І тут на допомогу може прийти фасилітатор – особа, яка управляє роботою малих груп у навчальному процесі, спрямовує дискусію та сприяє активності всіх учасників групи при вирішенні певних практичних завдань. Фасилітатор допомагає групі зрозуміти спільну мету та підтримує позитивну групову динаміку.

Сьогодні на інтерактивних заняттях, тренінгах та семінарах можна часто спостерігати, як малі групи працюють під керівництвом фасилітатора. Фасилітатор, зокрема, озвучує правила роботи в групі, має переконатися, що всі учасники розуміють завдання, сприяє створенню здорової атмосфери, заохочує та підтримує учасників до висловлення та відстоювання власної думки, контролює тих учасників, які намагаються домінувати у групі, розуміє динаміку роботи групи та усіляко сприяє у виконанні завдання, а також стежить за часом. При цьому дуже важливо, щоб фасилітатор уникав безпосередньої участі в дискусії і не підміняв обговорення висловленням власної думки чи підказкою “правильної” відповіді.

Динаміка групового прийняття рішень. У теорії, група, що займається обговоренням і вирішенням складної проблеми, повинна просуватися вперед помірковано та рівномірно. По-перше, при цьому простіше генерувати найрізноманітніші думки. По-друге, так групі легше переформулювати цінні думки в конкретні пропозиції, а потім шліфувати ці пропозиції доти, поки всі учасники обговорення не прийдуть до кінцевого вирішення, яке втілюватиме в собі всю сукупність думок.

На рисунку 1 схематично представлено, як в ідеалі мав би виглядати процес групового прийняття рішення: поступовий перехід від розбіжного (дивергентного) мислення – етапу генерування ідей, висловлення різних думок – до збіжного (кон-

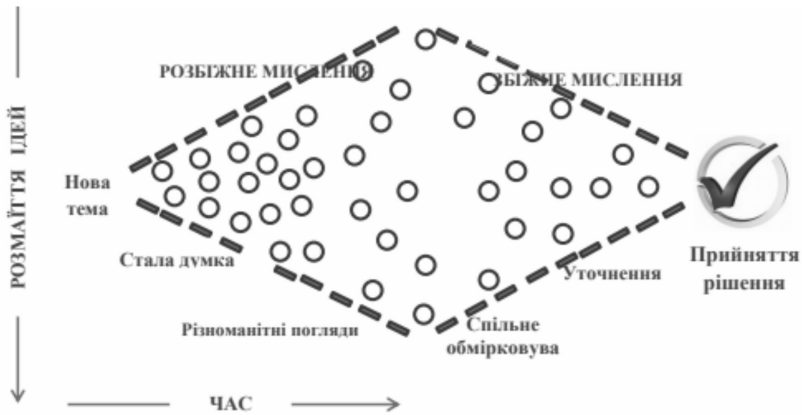


Рис. 1. Ідеальна схема процесу прийняття рішення в групі

вергентного) мислення – спільного обмірковування висунутих ідей, їх уточнення й оцінювання, та до прийняття остаточного спільного рішення.

Розглянемо приклади відмінностей між двома процесами мислення:

Розбіжне мислення:	Збіжне мислення:
Складання списку ідей	Сортування ідей за категоріями
Вільна відкрита дискусія	Отримання основних висновків
Збір різних думок	Вироблення спільного рішення
Безоцінне сприйняття	Висловлення оцінок

Як правило, початковий етап дискусії проходить на безпечній, знайомій території. Учасники висловлюють загальноприйнятні думки, перефразовують і переосмислюють типові думки та шаблонні ідеї, вносять пропозиції, що допомагають прийти до очевидних рішень.

Проте деякі проблеми не мають очевидного рішення. Вони потребують глибокого осмислення, бо вони занадто складні, щоб їх можна було вирішити загальноприйнятими способами

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

і знайти однозначні та прості відповіді. Якщо групі учасників доводиться стикатися зі складною проблемою, їм не вдасться її вирішити, допоки вони не прорвуться крізь усталені думки і не вивчать ширші можливості її вирішення.

Насправді людям дуже складно перейти від висловлювання власної думки до розуміння думок інших людей. Інколи всі спроби вирішити складну проблему можуть зійти нанівець і призводять до нерозуміння (див. рис. 2).



Рис. 2. Реальна схема процесу прийняття рішення в групі

На цьому етапі "турбулентності" найпоширеніша помилка, якої може припуститися лідер дискусії – це оголосити, що сам прийшов до фінального рішення. Це може викликати недовіру і розчарування в учасників групи.

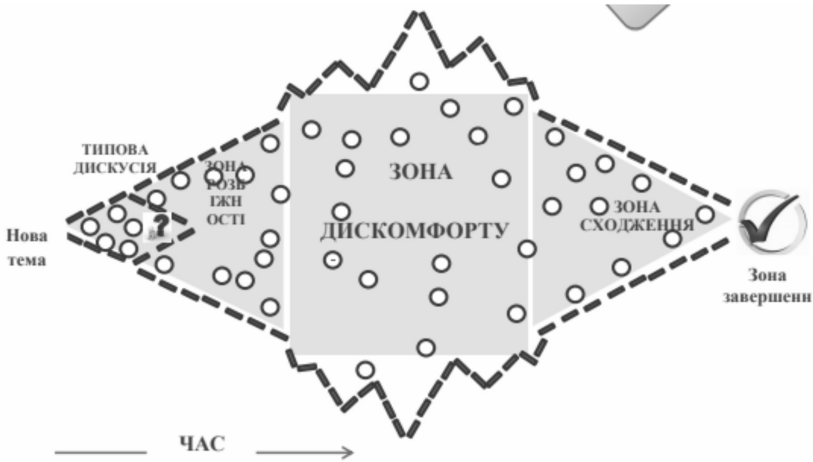


Рис. 3. Ромб групового прийняття рішень
(автори: Сем Кейнер (Sam Kaner), Кетрін Толді (Catherine Toldi),
Сара Фіск (Sarah Fisk) і Двейн Бергер (Duane Berger)) [169]

На рисунку 3 зображений так званий “ромб групового прийняття рішень” – модель, яку фасилітатори можуть використовувати в якості інструменту діагностики, дорожньої карти процесу фасилітації, або навчального інструменту для підтримки порозуміння під час дискусій і роботи групи.

Принципи роботи фасилітатора:

- принцип активності;
- принцип дослідницької (творчої) позиції;
- принцип об’єктивізації (усвідомлення) поведінки.

Усі учасники повинні бути в рівних умовах. По-перше, це стосується фізичного розташування учасників у кімнаті, де проходить навчання. Рекомендується розсаджувати учасників на розташованих по колу стільцях, оскільки таке розміщення забезпечує те, що:

- всі перебувають у рівних умовах;
- замкнена лінія кола символізує конфіденційність;

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

- коло символізує, що в його центр кожен учасник віддає свій досвід, свої вміння, думки та бачення ситуації, які стають надбанням групи;

- фасилітатор є одним із учасників, рівний із ними, в одному колі.

Вимоги до фасилітатора. Фасилітатор має володіти певними особистісними якостями, а саме: бути толерантним, доброзичливим, відкритим, вміти працювати в команді, володіти методами ефективної комунікації та розв'язання конфліктів.

Для ефективної роботи в групі фасилітатору потрібно розвивати автоматизовані навички активного слухання, вміння ставити запитання всіх типів та налагоджувати зворотній зв'язок.

Одне із основних завдань фасилітатора на самому початку роботи з групою полягає в тому, щоб за дуже короткий проміжок часу створити в групі незнайомих між собою людей атмосферу довіри та відкритості, викликати почуття захищеності та комфорту. Як цього досягнути?

Взагалі, щоб зробити роботу в групі ефективною, фасилітатору можна порекомендувати таке:

- надайте чіткі інструкції для завдань у малих групах; це вимагає точності і уважності: обґрунтувати мету, доцільність і практичну корисність виконання вправи, оскільки це підвищує мотивацію учасників;

- поясніть завдання, опишіть послідовність його виконання – що за чим треба робити;

- детально викладіть контекст – як зробити вправу (досвід показує, що багато учасників розуміють вправу “по-своєму”: не зовсім так або зовсім не так, як це задумано);

- поясніть, як необхідно презентувати роботу групи;

- якщо розподіляєте учасників на малі підгрупи, комплєктуйте ці підгрупи з однакової кількості людей (бажано до 8 осіб);

- задайте часове обмеження на виконання вправи: дайте достатньо часу (але не надмірно) для виконання вправи (краще дати менше часу, а за необхідності його продовжити);
- стежте за часом, не відхиляйтеся від розкладу; періодично нагадуйте малим групам, скільки в них залишилося часу до завершення вправи;
- непомітно контролюйте обговорення, роботу в малих групах: чи учасники правильно зрозуміли завдання, чи не заплутались і не відволікаються на побічні теми;
- проведіть обговорення після презентацій роботи груп;
- використовуйте навички фасилітації для управління обговоренням і презентаціями групової роботи (ставте запитання, підбадьоруйте, сприяйте, спрямовуйте дискусію).

Основні методи та техніки роботи в групі, які вимагають фасилітації

Метод мозкового штурму. Цей метод найчастіше використовують у разі необхідності виявлення різних думок та різних підходів до проблеми.

Техніка проведення:

- формулюють певну проблему;
- сформульовану проблему записують на великому аркуші – в центрі чи згори;
- групі пропонують за короткий фіксований проміжок часу висловити свої коментарі стосовно цієї проблеми, навести фрази чи слова, пов'язані з нею;
- усі пропозиції фасилітатор записує на папері в порядку їх висловлювання учасниками;
- підтримують усі ідеї (навіть фантастичні), їх не коментують, не обговорюють, не оцінюють, не перебивають питаннями й уточненнями;
- при повтореннях на аркуші ставлять позначку про повторення (наприклад, зірочку);

– отримані результати узагальнюють та підсумовують.

Метод “Шести капелюхів мислення”. Інструментом для групового обговорення та індивідуального мислення тут зостає шість кольорових капелюхів. “Шість капелюхів мислення” та пов’язана із цим методом ідея паралельного мислення надає групам засоби для планування детальних і згуртованих мисленневих процесів, що робить їх ефективнішими.

Запропонованими напрямками мислення є:

- **Блакитний – Керування:** Що є предметом обговорення? Про що ми розмірковуємо? Яка наша мета? Допомагає побачити загальну картину.

- **Білий – Інформація:** беручи до уваги винятково доступну нам інформацію, які в нас є факти?

- **Червоний – Емоції:** інтуїтивна чи інстинктивна внутрішня реакція або констатація емоційних почуттів (без жодних пояснень).

- **Чорний – Песимістична реакція:** застосування логіки для визначення причин бути обережними та консервативними. Чому щось може піти не так? Практичний, реалістичний.

- **Жовтий – Оптимістична реакція:** застосування логіки для визначення переваг, пошук гармонії. Бачить позитивний бік ситуацій.

- **Зелений – Креатив, творчість:** провокативні та дослідницькі судження, дає волю фантазії та уяві. Допомагає мислити творчо, не за шаблоном.

Використовуючи цей метод, можна одразу структуровано і повно обговорити певне питання чи проблему зі всіх боків.

Запропоновано такий порядок “надягання” капелюхів:

- для збору початкових ідей – синій, білий, зелений, синій;

- для вибору між альтернативами – синій, білий, (зелений), жовтий, чорний, червоний, синій;

- для визначення рішень – синій, білий, чорний, зелений, синій;
- для отримання короткого відгуку – синій, чорний, зелений, синій;
- для стратегічного планування – синій, жовтий, чорний, білий, синій, зелений, синій;
- для покращення процесу – синій, білий, жовтий, чорний, зелений, червоний, синій;
- для вирішення проблем – синій, білий, зелений, червоний, жовтий, чорний, зелений, синій;
- для огляду продуктивності роботи – синій, червоний, білий, жовтий, чорний, зелений червоний, синій.

Зазвичай будь-яке обговорення починають із розширеної фази білого капелюха, поки учасники збирають усі відомі їм факти. Далі капелюхи використовують по декілька хвилин кожен, окрім червоного: час на червоний капелюх обмежують до 30 секунд, щоб забезпечити саме інтуїтивну внутрішню реакцію, а не судження. Вважають, що такий темп має позитивний вплив на процес мислення.

Єдиним винятком є фасилітатор, який переважно тримає блакитного капелюха, щоб забезпечити ефективно просування процесу обговорення. Блакитний капелюх має тенденцію бути споглядальним, вказівним.

Капелюхи допомагають учасникам спільно братися до проблем з різних точок зору і знаходити одне спільне рішення [158].

Групове обговорення. Обговорення великою групою використовують при обговоренні конкретних питань з певної тематики. Успіх залежить від того, наскільки вдало фасилітатору вдається сформулювати запитання, поставлені перед групою [201].

Зоровий контакт, елементи активного слухання, звертання до учасників на ім'я, подяка за внесок чи висловлену думку –

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

все це допомагає створити атмосферу довіри, в якій учасники будуть готові поділитися власним досвідом, своїми думками та говорити про свої цінності.

Робота в парах. Робота в парах відрізняється від роботи в малих групах можливістю відпрацювати конкретні навички, такі як захист від маніпуляцій та нападу, вміння відстоювати свою думку, вміння протистояти чужому впливу тощо.

Техніка “Навчаючи – вчусь”. Учасники отримують невеликі картки з потрібною інформацією. Дається певний час (5–10 хв.) для вивчення інформації. Після цього кожен із учасників має поспілкуватися по черзі з усіма і поділитися з ними засвоєною інформацією. Отже, інформація засвоюється значно швидше й ефективніше.

Рольова гра. Це техніка, яка дає можливість програвати різні життєві ситуації в безпечному просторі, у доброзичливій атмосфері.

Успіх цієї техніки багато в чому залежить від того, наскільки вдало підібрані ситуації для кожної конкретної групи, а також від роботи фасилітатора, який формулює питання для подальшого групового обговорення результатів вправи.

Рольова гра може бути розіграна перед усією групою (метод “акваріум”) або у малих групах. Існує декілька різновидів рольових ігор.

Драматична пародія. Цей вид рольової гри розігрують перед усією групою, він забезпечує можливість демонстрації. Мета – проілюструвати проблемний підхід та обговорити його. Можна використати прописаний сценарій для того, щоб зробити гру менш ризикованою для учасників.

Повчальна рольова гра. Це гумористичний, розважальний, а інколи – релаксаційний спосіб проведення рольової гри, коли партнери виконують певні дії навмисно неправильно. Після огляду (можна у записі на відео) та обговорення негативних

прикладів попередньої гри гравці “переграють” всю гру так, як треба.

Ресурсна вправа. Її варто провести після важкої емоційної вправи, або коли група втомилася. Мета – відновити позитивні думки, сили та настрої учасників. Це можна зробити, запропонувавши учасникам обговорити, як вони розуміють наступні вислови та попросити їх навести власні приклади:

Якщо в тебе щось виходить добре, роби це більше.

Якщо щось не виходить, знайди собі щось інше.

З ким можна разом сміятися, можна разом і працювати.

Неможливо мати одночасно те, що є, і те, що було.

Перемагає в житті тільки той, хто переміг сам себе: хто переміг свій страх, свою ліню, свою невпевненість.

Якщо незадоволений собою – вдосконалюй себе, якщо незадоволений іншими – вдосконалюй себе, а не інших.

Щастя – як здоров’я: коли його не помічаєш, значить, воно є.

Все в твоїх руках і навіть ти.

Хочеш бути щасливим? Будь.

Кінець залежить від початку.

В суперечці народжується не істина, а проблема.

Щастя приносить друзів, а нещастя їх перевіряє.

Велике серце ніколи не замерзає.

Те, що йде від серця, до серця й доходить.

Песимізм – це настрої, а оптимізм – це воля.

Якщо хочеш, щоб тебе любили, люби сам(а).

Розум шукає, а серце знаходить.

Найскладніше – жити просто.

Сильні бурі недовго тривають.

Щасливий той, хто може бути самим собою.

Тільки дві речі сприяють щастю: віра і любов.

Якщо миру нема в тому, миру нема ніде.

Деякі стратегії роботи зі “складними” учасниками

Окрім групового опору, набагато частіше зустрічаються окремі складні учасники:

- любителі переривати доповідачів;
- негативісти, які активно заперечують будь-які нові пропозиції;
- особи, які постійно демонструють свою інтелектуальну перевагу над рештою учасників.

Причини, з яких учасники бувають складними:

- сприймають інших як загрозу, не відчують себе в безпеці;
- відчують прагнення бути досконалими і підштовхують до цього інших;
- приносять із собою свої особисті проблеми;
- нетерплячі, стомлені або роздратовані;
- не вміють поводитися по-іншому.

Що можна порекомендувати фасилітатору?

- Зберігати емоційний спокій.
- Визначити тип учасника, щоб вибрати форму роботи з ним.
- Відчути учасника, щоб зрозуміти, що криється за його опором, і саме на це спрямувати свою роботу. Бути готовим поставити себе на місце іншої людини, запитати себе, що б задовольнило мене в цій ситуації? Як би мені хотілося, щоб поведи-лися зі мною?
- Перейти від проблеми до рішення. Запитати в учасника: У чому полягає Ваше питання? Що викликає труднощі? Що б вам хотілося від мене зараз почути?
- Чітко переслідувати цілі зустрічі/тренінгу.

Типи “складних” учасників:

Балакун-терорист, або Монополіст. Постійно говорить, прагне “захопити” територію, не дає нікому висловитися, моно-

полізує дискусію, своїми висловлюваннями надовго відводить групу від основної теми.

Дії фасилітатора:

1. Подякуйте учасникові за висловлену думку, резюмуйте його думку і продовжуйте заняття в потрібному напрямі.
2. Запропонуйте іншим учасникам поставити запитання.
3. Перенесіть обговорення в міні-групи.
4. Прямо скажіть, що учасник відхиляється від теми дискусії, і ще раз повторіть мету обговорення, запрошуючи інших висловити свою думку.

Агресор. Негативно налаштований, відкрито проявляє незадоволення і роздратування, чинить опір будь-яким формам роботи, провокує конфлікт.

Дії фасилітатора:

1. Спробуйте зрозуміти причини опору. Найчастіше за провакацією конфлікту ховається прагнення домінувати і бажання привернути до себе увагу.
2. Спробуйте згладити конфлікт жартом.
3. Дайте можливість висловитися, запитайте про можливий варіант рішення.
4. Встановіть особистий контакт – поспілкуйтеся з учасником ближче під час перерви.

Хома Невіруючий. Цинічний, виражає категоричну незгоду з тим, що розповідає тренер, типова фраза: “Це не працює”.

Дії фасилітатора:

1. Запитайте у відповідь – “А чи є те, що працює?”
2. Запропонуйте такому учаснику висловити свій варіант рішення.
3. Запитайте у групи “А що з цього приводу думаєте ви?”

Експерт, або Містер Гугл. Вважає себе експертом у цьому питанні, впевнений, що знає “все про все” краще за тренера і групу, багато говорить, вихваляється, стверджує свій статус.

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

Дії фасилітатора:

1. Відзначте рівень інформованості учасника, подякуйте за доповнення і продовжуйте заняття в потрібному напрямі.

2. Дайте можливість у практичній вправі продемонструвати рівень володіння навиками і знаннями, коректно підведіть до думки, що знати – ще не означає робити, застосовувати.

“Квіточка”. Не бере участь у роботі групи, в обговореннях, ніяк не проявляє своєї присутності.

Дії фасилітатора:

1. Розкрийте причину і шукайте способи залучення в роботу через різні види діяльності.

2. Постарайтеся встановити контакт з учасником під час перерви.

3. Запросіть виступити в ролі доповідача при виконанні завдань у невеликих групах.

4. Дайте йому/їй спокій – той факт, що учасник не бере активної участі, ще не означає, що він/вона нічому не вчиться.

Жартівник. Постійно перериває обговорення жартами, анекдотами, відводить групу убік від основних завдань.

Дії фасилітатора:

1. Відзначте його/її почуття гумору.

2. Встановіть правило, наприклад, лише один жарт за годину роботи.

3. Запропонуйте розповісти жарт під час перерви.

Конспіратор-шептун. Нашіптує свої коментарі сусідові, веде свій “паралельний” діалог.

Дії фасилітатора:

1. Використовуйте невербальні методи спілкування, щоб привернути до себе увагу (зоровий контакт, підійти ближче).

2. Знизьте голос або зробіть паузу.

3. Зверніться до учасника із питанням щодо теми.

Підготовка тематичного висновку роботи групи та завершення взаємодії

Важливим моментом проведення тренінгу чи зустрічі є підбиття підсумків, щоб довести до логічного завершення те, що було висвітлено та що обговорювали під час навчального заходу.

Фасилітатор може:

- попросити назвати навички, якими учасники оволоділи під час тренінгу;
- попросити сформулювати нові поняття, з якими учасники ознайомилися під час тренінгу;
- попросити виокремити та сформулювати одне положення, найважливіше для кожного учасника;
- попросити пригадати завдання та вправи, які були виконані під час тренінгу або які найбільше запам'яталися;
- визначитись, які знання, вміння та навички можна буде використати у подальшій професійній роботі та у повсякденному житті, і як;
- запитати учасників, чи є серед їхніх професійних/життєвих проблем такі, над вирішення яких їм вдалося розпочати роботу під час тренінгу.

Також фасилітатору важливо отримати рекомендації учасників для покращення своєї роботи, зокрема, можна запитати:

- як їм працювалося в групах;
- що можна удосконалити.

Після цього фасилітатор повертається до очікувань учасників, які було сформульовано на початку тренінгу:

- чи виправдались очікування;
- якщо ні, то чому;
- що можна було б зробити, щоб ці очікування справдилися.

Наприклад, провести новий тренінг, який би допоміг висвітлити детальніше ті чи інші аспекти.

Процес підведення підсумків природний у навчанні. Важливо отримати зворотній зв'язок від усіх учасників, почути їхні думки, оцінки.

Завершальна частина повинна бути яскравою і такою, що запам'ятовується.

Методичні застереження та підказки:

Варто заздалегідь підготувати склянку з водою, куди будуть опускатися використані сірники. Цю вправу доцільно використовувати, коли залишається мало часу до завершення.

Очікуваний результат вправи: емоційна розрядка, натхнення для подальшої роботи.

Реакція учасників.

У цьому випадку нас цікавить емоційний стан учасників, інтерес до навчання, їхня думка про якість тренінгу/зустрічі (корисність, рівень складності матеріалу і вправ тощо). Для цього можна запропонувати кілька апробованих методик:

- спостереження;
- опитування;
- анкетування;
- експрес-оцінювання.

На завершення фасилітатор (разом із тренером) підбиває загальний підсумок. Важливо завершити захід на мажорній ноті.

Контрольні запитання до розділу 5

1. *Окресліть особливості організації та надання християнсько-психологічної допомоги учасникам АТО та ООС.*
2. *Назвіть етапи духовно-психологічної реабілітації учасника бойових дій.*
3. *Охарактеризуйте зміст авторської програми духовної терапії учасників бойових дій.*
4. *Які особливості соціальної дезадаптації в учасників воєнних подій?*
5. *У чому полягає сихопрофілактика соціальної дезадаптації в учасників бойових дій?*
6. *Роль капеланських коректив у збереженні людяності на передовій.*
7. *Опишіть механізми зцілення психологічних травм воїнів капеланською довірою.*
8. *Назвіть напрями психокорекційної роботи з родинами дітей із набутими психологічними травмами.*
9. *Окресліть суть концепції проведення короткотермінової терапії сконцентрованої на розв'язку у відкритих групах.*
10. *Опишіть особливості корекційно-відновлюваної допомоги дорослим з афазією.*
11. *У чому полягає поетапність реабілітаційної практики з афазією у дорослих?*
12. *Назвіть та опишіть вправи, спрямовані на зміну ставлення до життя людей, які пережили кризові ситуації.*
13. *Які види корекційної роботи при заїканні наявні в сучасній психології?*
14. *Опишіть прийоми педагогічного впливу на дитину з розладами поведінки та емоцій.*
15. *Охарактеризуйте роль музики як терапевтичного засобу впливу на дитину.*
16. *Окресліть алгоритми фасилітації при роботі в групі з психотравмами війни.*
17. *Назвіть основні методи та техніки роботи в групі, які вимагають фасилітації.*

Список використаної літератури

1. Абдурахманов Р. А. Психологические трудности в общении, их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане : дисс. канд. психол. наук / Ринат Абдул-Накипович Абдурахманов. – Москва : ВПА, 1994. – 223 с.
2. Абрамова Г. С. Практическая психология / Г. С. Абрамова. – 6-е изд., перераб. и доп. – Москва : Академический Проект, 2003. – 496 с.
3. Абрамова Г. С. Практикум з психологічного консультування [Електронний ресурс] / Г. С. Абрамова. – Єкатеринбург : Ділова книга, 1995. – Режим доступу : <http://stud.com.ua/25574/psihologiya/literatura>
4. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии / А. Адлер ; пер. с нем. – Москва, Прогресс, 1995.
5. Александров А. А. Психотерапия : учеб. пособие / А. А. Александров. – Санкт-Петербург : Питер, 2004. – 480 с.
6. Александровский Ю. А. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – №4. – Т. 3.
7. Альошина Ю. Є. Індивідуальне та сімейне психологічне консультування / Ю. Є. Альошина. – Москва : Изд. центр консорціуму “Соціальне здоров’я Росії”, 1994.
8. Аналіз стану посттравматичного стресового розладу, як суспільна проблема в кризових умовах життя [Електронний ресурс] / Бази́ка Євге́нія Леоні́дівна. – Режим доступу : <http://www.inforum.in.ua/conferences/15/22/136>
9. Андрейко Б. В. Психотерапевтична робота з батьками дітей з особливими потребами з використанням короткотермінової

- терапії зосередженої на вирішенні BSFT / Б. В. Андрейко, К. О. Островська // Психологічний часопис. Науково-практичний журнал Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – 2017. – № 1(5). – С. 5–17.
10. Берадзе Т. Я очень надеюсь, что в скором будущем в Украине сформируется здоровое отношение к психиатрической отрасли, и мы с гордостью будем говорить о своей профессии. [Електронний ресурс] / Тина Берадзе. – Режим доступу : Neuro News, accessed December 8, 2015.
 11. Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військово-службовців / О. А. Блінов // Вісник НАОУ. – Київ : Міленіум, 2006. – Вип. 2. – С. 118–124.
 12. Блінов О. А. Види та напрямки психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям. [Електронний ресурс] / О. А. Блінов. – Режим доступу : <http://er.nau.edu.ua/bitstream/NAU/20687/1%D0%BC.pdf>
 13. Бодров В. А. Информационный стресс : учеб. пособие для вузов В. А. Бодров. – Москва : ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.
 14. Бойовий стрес [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.b17.ru/article/psyhotrauma/>.
 15. “Бойцы “Донбасса” основывают организацию участников АТО “Справедливость”” // Fin.Org.UA. – January 15, 2015.
 16. Бондаренко О. Ф. Психологическая помощь: теория и практика : учеб. пособие / О. Ф. Бондаренко. – Киев : Укртехпрес, 1997. – 216 с.
 17. Бурбо Л. Пять травм, которые мешают быть самим собой / Л. Бурбо. – Киев : “София”, 2006. – 192 с.
 18. Валуйко О. М. Управління професійним стресом керівників органів внутрішніх справ: Навчальний посібник / О. М. Валуйко, О. В. Гошкодеря. – Київ : Видавничий дім “Скіф”, КНТ, 2008. – 106 с.
 19. Вид В. Д. Методы групповой психотерапии / В. Д. Вид, В. М. Воловик, Т. В. Гончарская, С. В. Днепровская. – Ленинград, 1982. – 39 с.

20. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. – Санкт-Петербург : Питер, 2009. – 336 с.
21. Вознюк О. М. Роль учителя в процесі психологічної допомоги дітям із травмою війни / О. М. Вознюк // Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії: збірник матеріалів, доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Маріуполь, 28 лютого 2018 р. – Маріуполь: ДонДУУ, 2018. – 322 с.
22. Волкан В. Жизнь после утраты: психология горевания / Вамик Волкан, Элизабет Зинта ; пер. с англ. – Москва : Когито-Центр, 2007. – 160 с. (Современная психотерапия).
23. Волкова Л. С. Логопедия / Л. С. Волкова. – Москва : Владос, 2007. – С. 278–346.
24. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потер : пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. – Санкт-Петербург : Издательство “Речь”, 2007. – 162 с.
25. Гринберг Дж. Управление стрессом / Дж. Гринберг. – 7-е изд. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 496 с.
26. Групова психотерапія в психологічній реабілітації військово-службовців [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medbib.in.ua/grupova-ya-psihoterapiya-psihologicheskoy.html>
27. Гуменюк Л. Й. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм / Л. Й. Гуменюк, О. В. Федчук // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. – 2016. – С. 228–240. – (Серія психологічна ; № 1).
28. Демьянов Ю. Г. Основы психопрофилактики и психотерапии : пособие для студентов психол. ф-тов ун-тов / Ю. Г. Демьянов. – Санкт-Петербург : Паритет, 1999. – 244 с.
29. Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://dsvv.gov.ua>

30. Дональд Калшед. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа / Дональд Калшед ; пер. с англ. – Москва : Академический Проект, 2007. – 368 с.
31. Дьяченко М. И. Краткий психологический словарь / М. И. Дьяченко, Л. А. Кандыбович. – Минск, 1998. – 399 с.
32. Дьяченко М. И. Психология: словарь-справочник / М. И. Дьяченко, Л. А. Кандыбович. – Минск, 2008.
33. Екстремальна психологія : підручник / за заг. ред. проф. О. В. Тимченка. – Харків : УЦЗУ, 2007. – 502 с.
34. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [file:///C:/Users/admin/Downloads/VchdpuP_2015_124_61%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/VchdpuP_2015_124_61%20(1).pdf)
35. Зелінський, отець Андрій. Повертати людей до людяності – капелан, отець Андрій про завдання на фронті / отець Андрій Зелінський. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://slovo.today/2017/08/18/povertaty-lyudey-do-lyudyanoi-kapelan-otec-andriy-zeleinsky-pro-zavdannya-na-fronti.html>
36. Зцілення травми. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://svitoch.in.ua/624-ztsilennya-travmy.html>.
37. Ігрова терапія. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://psychologis.com.ua/igroterapiya>.
38. Історія психології ХХ століття : хрестоматія / під ред. П. Я. Гальперіна, А. Н. Ждана. – Москва, 2003. – 245 с.
39. Караяни А. Г. Прикладная военная психология: учеб. пособие / А. Г. Караяни, И. В. Сыромятников. – Санкт-Петербург : Питер, 2006. – 480 с.
40. Карпенко З. С. Аксіологічна психологія особистості : [монографія] / Зіновія Степанівна Карпенко. – Івано-Франківськ : Лілея-НВ, 2009. – 512 с.
41. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – Москва : Издат. Наука, 1983. – 367 с.
42. Климишин О. І. Християнсько-психологічні основи духовного розвитку особистості: дис. ... доктора психол. наук: 19.00.07 / О. І. Климишин. – Київ, 2013. – 492 с.

43. Клініка і діагностика ПТСР [Електронний ресурс]. – 812. – Режим доступу до ресурсу : <http://moyaosvita.com.ua/bzhd/klinika-i-diagnostika-ptsr/>.
44. Колодзин Б. Как жить после психической травмы / Б. Колодзин. – Москва : Изд-во: Москва, 1992. – 95 с.
45. Кондрюкова В. В. Соціально-психологічна адаптація військово-службовців силових структур, звільнених у запас :навчально-методичний посібник / В. В. Кондрюкова, І. М. Слюсар. – Київ : Гнозіс, 2013. – 116 с.
46. Костенко М. А., Костенко Н. Б., Урезков А. В. Психосоциальная работа с участниками локальных боевых действий : метод. пособие / М. А. Костенко, Н. Б. Костенко, А. В. Урезков. – Москва : АСТ, 2000. – 198 с.
47. Кочюнас Р. Психологическое консультирование : учебное пособие для вузов. – Москва : Академический Проект, 1999. – 240 с.
48. Крайнюк В. М. Теорія і практика психологічної допомоги [Електронний ресурс] / В. М. Крайнюк. – Режим доступу : <http://uchebana5.ru/cont/3467372.html>
49. Кривоконь Н. І. Соціально-психологічне забезпечення соціальної роботи : монографія / Н. І. Кривоконь. – Харків : видавництво ФОРМ Олійник, 2011. – 480 с.
50. Кривошеев. Г. Ф. Розсип и СРСР в войнах XX века: Потери вооруженных сил. – Москва : ОЛМА-ПРЕСС, 2001.
51. Кутузова Д. Введение в нарративную практику / Д. Кутузова // Практический психолог. – 2011. – №2. – С. 23–41.
52. Лазебная Е. О. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / Е. О. Лазебная, М. В. Зеленова // Психологический журнал. – 1999. – № 5. – С. 62–74.
53. Лебедев В. И. Личность в экстремальных условиях / В. И. Лебедев. – Москва : Политиздат, 1989. – 304 с.
54. Лебединский М. С. Очерки психотерапии / М. С. Лебединский. – Москва, 2001. – 350 с.

55. Литвиненко І. С. Особливості психологічної допомоги молодшим школярам зі Сходу України, які пережили психотравму / І. С. Литвиненко, О. В. Данілова // Актуальні проблеми психології. – 2015. – Т. 7, Вип. 38. – С. 279–298.
56. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи / О. Д. Литвиненко // Вісник Одеського національного університету імені І. І. Мечникова. Психологія. – 2016. – Т. 21. – Вип. 1(39). – С. 180–186.
57. Лобода В. В. Фасилітація як стиль лідерства в середовищі студентської молоді / В. В. Лобода // Матеріали звітних наукових конференцій факультету педагогічної освіти. – Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2016. – Вип. 1. – С. 49–52.
58. Лушин П. В. Про психологію людини в перехідний період: Як виживати, коли все валиться? / П. В. Лушин. – Київ : Наук. світ, 2007. – 205 с.
59. Лэндрет Г. Л. Игровая терапия: искусство отношений / Г. Л. Лэндрет. – Москва, 1994. – 263 с.
60. Лютова Е. К. Шпаргалка для взрослых. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. – Москва : Генезис, 2000. – 202 с.
61. Майстерність психологічного консультування / [під ред. А. А. Бадхена, А. М. Батьківщиною]. – Санкт-Петербург : Мова, 2006. – 240 с.
62. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И. Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2005. – 960 с.
63. Малкина-Пых И. Г. Семейная терапия / И. Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2005. – 992 с.
64. Мей Р. Мистецтво психологічного консультування / Р. Мей. – Москва : Незалежна фірма “Клас”, 1994.
65. Методичні рекомендації щодо організації та надання психологічної допомоги дітям вимушених переселенців. [Електронний ресурс].

- Режим доступу : <http://www.brusyliv-rda.gov.ua/index.php/2014-02-24-09-06-45/1664-2015-04-03-05-15-33>
66. Михальський А. В. Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд / А. В. Михальський, Ю. О. Царьов, 2011. – 688 с.
 67. Мясичев С. Н. Особистість і неврози / С. Н. Мясичев. – Ленінград : Вид-во Ленінград. ун-та, 1988. – 426 с.
 68. Наенко Н. И. Психическая напряжённость / Н. И. Наенко. – Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1996. – 112 с.
 69. Нартова-Бочавер С. К. “Coping Behavior” в системі понять психологи личности / С. К. Бочавер // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18. – № 5. – С. 20–30.
 70. Наслідки війни [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://bmsi.ru/issueviewhttp://ww1.s-w-a-t.org/rehabilitation/>
 71. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник / Л. Б. Наугольник. – Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. – 324 с. (підручник)
 72. Наугольник Л. Б. Особливості переживання кризи горя : матеріали круглого столу “Проблеми особистості в освітньому просторі держави”, 15 квітня 2014 р. / Львівський державний університет внутрішніх справ. – Львів : ЛьвДУВС, 2015. – С. 158–162.
 73. Новости и события. – Centrasia, last modified February 16, 2009.
 74. Ольшанский Д. В. Психология террора / Д. В. Ольшанский. – Москва : Академический проект, Екатеринбург – Деловая книга, 2002.
 75. Осипова А. А. Общая психокоррекция / А. А. Осипова. – Москва : Сфера, 2002. – 510 с.
 76. Основи віково-психологічного консультування : навчально-методичний посібник / під ред. А. Г. Лидерса. – Москва : Изд-во МГУ, 1991.
 77. Основи практичної психології / В. Панок, Н. Чепелева, Т. Титаренко. – Київ : Либідь, 2001. – 534 с.

78. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя : збірник наукових праць / [за ред.: Кузькової С. Б., Щербакіної І. М.]. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – 408 с.
79. Островська К. О. Особливості профорієнтації підлітків з аутизмом / К. О. Островська, І. П. Островський, Х. Я. Сайко // Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету ім. І. Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2018. – Вип. 41. – С. 206–220.
80. Островська К. О., Островський І.П., Сулятицький І.В Проблеми та напрямки психологічної допомоги ветеранам АТО / К. О. Островська, І. П. Островський, І. В. Сулятицький // Матеріали круглого столу “ГУМАНІТАРНІ РЕСУРСИ – РОДИНАМ ЗАХИСНИКІВ УКРАЇНИ” (капеланство, прикладна психологія, охорона здоров'я, юриспруденція, 7 лютого 2018 року, Львів. – Львів : Тріада плюс. – С. 5–8.
81. Осьодло В. І. Рекомендації військовослужбовцям та членам їх сімей щодо подолання наслідків надмірних психічних навантажень пов'язаних з виконанням обов'язків в зоні АТО [Електронний ресурс] / В. І. Осьодло, О. Хміляр. – Режим доступу : <http://cacds.org.ua/ru/tips/573>.
82. Ответчиков А. В. Психические состояния военнослужащих в особіх условиях ведения боевых действий / А. В. Ответчиков. – Москва : ГАВС, 1991. – 112с.
83. Охременко О. Р. Постстресові розлади / О. Р. Охременко. – Київ : Видавництво “Хімджест”, 2004. – 102 с.
84. Панченко Л. Л. Диагностика стресса : учеб. пособие / Л. Л. Панченко. – Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2005. – 35 с.
85. Пижова В. О. Бойовий стрес та бойова психічна травма. Шляхи соціальної адаптації військовослужбовців / В. О. Пижова // Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії : збірник матеріалів, доповідей

- Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Маріуполь, 28 лютого 2018 р. – Маріуполь : ДонДУУ, 2018. – 322 с.
86. Пиз А. Язык жестов: как читать мысли других людей по их жестам / Аллан Пиз. – Москва : Ай-Кью, 1995. – 257 с.
87. Посттравматичний стресовий розлад та інші проблеми: що може чекати на бійців АТО [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://24tv.ua/psihiatr_pro_biytsiv_ato_posttravmatichniy_stresoviy_rozlad_ta_inshi_problemi_n784387
88. Практична психологія / В. Панок, Н. Чепелева, Т. Титаренко. – Київ : Либідь, 2001. – 534 с.
89. Проблеми екстремальної та кризової психології. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ProblemsOfExtremeAndCrisisPsychology/vol10/013.pdf>
90. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти : методичний посібник / упоряд. : Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. – Чернівці : Технодрук, 2014. – 133 с.
91. Психотерапия и психическая травма / Е. С. Мазур // Московский психотерапевтический журнал. – 2003. – №1. Спецвыпуск “Работа с психической травмой”. – С. 31–52.
92. Психогимнастика в тренинге / [под ред. Н. Ю. Хрящевой]. – Санкт-Петербург : Речь, Ин-т тренинга, 2000.
93. Психологічна допомога особам, які беруть участь в анти-терористичній операції [Текст]: матеріали міжвідом. наук.-практ. конф. (Київ, 30 березень 2016 р.): у 2 ч. Ч. 2. / ред. кол.: В. В. Черней, М. В. Костицький, О. І. Кудерміна та ін. Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2016. – 178 с.
94. 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. – Київ : ТОВ “ Видавництво “Логос”, 2015. – 207 с.
95. Психологічна корекція. 2012. Військова психологія і педагогіка. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : medbib.in.ua/psihologicheskaya-korreksiya.html.

96. Психологічна травма і шляхи її подолання. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://upsihologa.com.ua/Psihologichna_travma_i_shlya-frantsuaza.html
97. Психологічна травма. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ukrslady.ru/stil-zhittja/psihologija/93081-psihologichna-travma.html>
98. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я : навч. посібник / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, А. Ф. Косенко, Т. І. Кочергіна ; загальна редакція М. С. Корольчука. – Київ : Фірма "ІНКОС", 2002. – 272 с.
99. Психотерапевтична енциклопедія / під ред. Б. Д. Карвасарського. – Санкт-Петербург: Пітер, 1998.
100. Психотерапія з дітьми в стресових і постстресових станах [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://stud.com.ua/43154/psihologiya/psihoterapiya_deyakih_vidah_psihichnih_rozladiv
101. Психотерапія при деяких видах психічних розладів. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://stud.com.ua/43154/psihologiya/psihoterapiya_deyakih_vidah_psihichnih_rozladiv
102. Психотравма [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://stud.com.ua/55113/bzhd/>
103. Пушкарёв А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство : диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарёв, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева. – Москва : Изд-во Института психотерапии, 2000. – 128 с.
104. Пушкарьов А. Л. Посттравматичний стресовий розлад / А. Л. Пушкарьов, В. А. Доморацкий, Е. Р. Гордеева. – Москва : Ексмо, 2000. – 239 с.
105. Реан А. А. Агрессия и агрессивность личности / А. А. Реан // Психологический журнал. – 1996. – №5.
106. Роджерс К. Погляд на психотерапію: становлення людини / К. Роджерс. – Москва : Наука, 1994. – 480 с.

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

107. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології: навч. посібник. – Київ : Кондор, 2005. – 278 с.
108. Романчук О. Сім'я, що зцілює: основи терапевтичного батьківства дітей, що зазнали скривдження та емоційного занедбання / О. Романчук. – Львів : Колесо, 2011.
109. Романчук О. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії [Електронний ресурс] / О. Романчук. – Режим доступу : <http://neuronews.com.ua/page/psihotravma-ta-sprichineni-neyu-rozladi-proyavi-naslidki-j-suchasni-pidhodi-do-terapiyi>
110. Рязанцева Е. Вера как экзистенциальный ресурс личности в преодолении кризиса / Е. Рязанцева // Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Київ, 2011. – Т. 11. – Вип. 4. – Ч. 2. – С. 218-225.
111. Савчин М. В. Вступ до спеціальності “Психолог та практичний психолог” : навч. посібник / М. В. Савчин, З. С. Гавриш. – Івано-Франківськ : Місто НВ, 2007. – 400 с.
112. Саджениця І. “Іван Гаврилко: Після АТО я два тижні не хотів виходити з дому”: [Електронний ресурс] / Ігор Саджениця. – Режим доступу : Tvoemisto.tv, accessed November 24, 2015.
113. Селье Г. Стресс без дистресса. / Г. Селье [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rulit.net/books/stress-bez-distressa-read-15443-1.html>
114. Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования / под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина; Науч.-исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. наук СССР. – Москва : Педагогика, 1989. – 208 с.
115. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / перекл. з англійської; упор. та наук. ред. Леся Підлісецька. – Львів : Видавництво Українського католицького університету, 2014. – 112 с. – (Серія “Психологія. Психіатрія. Психотерапія”).

116. Скороход О. “Военные психологи Андрей Козинчук и Наталья Шапошник: “Для солдата самый важный первый бой”. [Електронний ресурс] / Ольга Скороход. – Режим доступа : Censor.net, August 30, 2014, accessed November 24, 2015.
117. Снетков В. Н. Стрессогенные психические расстройства у раненых / В. Н. Снетков, С. В. Литвинцев, Г. А. Фастовцев // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. – Санкт-Петербург : ВмедА, 1995. – С. 79–82.
118. Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту : навчально-методичний посібник. – Київ : Агентство “Україна”, 2015. – 176 с.
119. Соціально-психологічні складові соціальної роботи з учасниками бойових дій: (методичний посібник) / Г. І. Ломакін. – Харків : Оберіг, 2014. – 168 с.
120. Стрес [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://psihomed.com/psihologicheskaya-travma/>
121. Стресові розлади [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ukrloves.ru/zdorov-ja/15087-psihologichna-travma.html>
122. Стресс жизни : сборник / Составители: Л. М. Попова, И. В. Соколов. Москва : изд. Мысль, 1987. – 351 с.
123. Сулятицький І. В. Прийоми психологічної допомоги дітям, які пережили екстремальну подію / І. В. Сулятицький // Матеріали міжнар. науково-практичної конференції “Індивідуальний супровід дітей з особливими потребами : роль НРЦ у процесі інклюзивної освіти”, м. Львів, 29–30 вересня 2016 р. – Львів : Тріада плюс, 2016. – С. 68–72.
124. Сулятицький І. В. (у співавторстві) Спеціальне психологічне консультування учасників та членів родин АТО та вимушено переселених / І. В. Сулятицький // Педагогічна освіта: теорія і практика. Психологія. Педагогіка : зб. наук. Праць до 100-річчя В. О. Сухомлинського; редкол.: В. О. Огневюк, Л. Л. Хоружа, О. В. Безпалько, Г. В. Беленька ; Київ. ун-т ім. Б. Грінченка. – 2018. – № 29. – С. 73–78.

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

125. Сулятицький І. В. Ймовірні психічні порушення у дітей з травмами війни (у співавторстві) / І. В. Сулятицький // Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії: збірник матеріалів, доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Маріуполь, 28 лютого 2018 р. – Маріуполь : ДонДУУ, 2018. – С. 161–164.
126. Сулятицький І. В. Нозологія психологічних травм війни / І. В. Сулятицький // Матеріали III Міжнародної науково-практичної “військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи” 2–3 березня 2018 року. – Київ : КНУ імені Тараса Шевченка 2018. – С. 155–157.
127. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – 272 с.
128. Титаренко Т. М. Психологія життєвої кризи / Т. М. Титаренко ; відп. ред. Т. М. Титаренко. – Київ : Агропромвид України, 1998. – 348 с.
129. Ткачук Т. “Командир штурмової групи батальона “Донбасс” / Тарас Костанчук // Мы не позволим чиновникам узурпировать власть, забыв о требованиях, выдвинутых на Майдане, ФАКТЫ, November 21, 2014.
130. Травми війни. Тисячі українців потребують психологічної допомоги. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://ua.korrespondent.net/ukraine/events/3445862-travmy-viiny-tysiachi-ukraintsiv-potrebuuit-psykholohichnoi-dopomohy>.
131. Турецька Х. І. Психотерапія ПТСР в учасників бойових дій із застосуванням імагінативних технік / Христина Іванівна Турецька // Психологія і особистість. – 2016. – №1. – С. 226–234.
132. Український науковець довів, що молитва змінює кров і дійсно лікує. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://dyvensvit.org/novyny/1006665/>
133. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції [Електронний ресурс] / М. М. Матяш, Л. І. Руденко. – Режим доступу

- : <https://www.umj.com.ua/article/81802/ukrainskij-sindrom-osoblivosti-posttravmatichnogo-stresovogo-rozladu-v-uchasnikiv-antiteroristichnoi-operacii>
134. Фітцджеральд Б. Релігійний імпульс – це бажання знати більше за раціональне [Електронний ресурс] / Барбара Фітцджеральд. – Режим доступу : <http://rozmova.wordpress.com/2013/10/27/barbara-fitzgerald>. – Назва з контейнера.
135. Фопель К. Сплоченность и толерантность в группе. Психологические игры и упражнения / К. Фопель ; [пер. с нем.]. – Москва : Генезис, 2003. – 336 с.
136. Фрімен Л. Питання про християнську медитацію [Електронний ресурс] / Л. Фрімен. – Режим доступу : <http://christian-meditation.com.ua/?p=727>.
137. Фром Э. Психоанализ и религия / Э. Фром. – Москва : АСТ, 2010. – 160 с.
138. Характеристика посттравматичного стрессового синдрому. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://studopedia.org/12-99659.html>
139. Химко М. Комплекс вправ, спрямований на зміну ставлення до життя людей, які пережили кризові ситуації / М. Химко // Проблеми соціально-психологічної допомоги аутичним дітям та їх родинам / М. Химко, К. Островська // Психологія здоров'я : теорія і практика / за ред. І. Галецької, Т. Сосновського. – Львів, 2006. – С. 259–284.
140. Цихоня В. С. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад / В. С. Цихоня. // Ліки України • Medicine of Ukraine. – 2016. – № 7–8. (203-204). – С. 37–39.
141. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры / Ф. Шапиро ; пер. с англ. А. С. Ригина. – Москва : Независимая фирма "Класс", 1998. – 496 с.
142. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів.: навч. посібник / О. Т. Шевченко. – Київ : Здоров'я, 2005. – 120 с.

143. Шеремет М. К. Логопедія / М. К. Шеремет. – Київ : Слово, 2010. – С. 308–356.
144. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю. В. Щербатых. – Санкт-Петербург : Питер, 2008. – 256 с.
145. Що Україна має зробити для психологічної реабілітації військових після АТО.21.01.2016. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://nf.dp.ua/2016/01/shcho-ukrayina-maye-zrobyty-dlya-psykholohichnoyi-reabilitatsiyi-viyskovykh-pislya-ato>.
146. Энтони де Мелло. Садхана: Путь к Богу / Энтони де Мелло. – Изд-во: София, 2006. – 68 с.
147. Юл У, Вільяма Р. М. Стратегії втручання при психічних травмах, що виникли внаслідок масштабних катастроф / У. Юл, Р. М. Вільяма // Дитяча та підліткова психотерапія / під ред. Д. Лейна і Е. Міллера. – С. 275–309.
148. Як долати психологічні травми війни. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://texty.org.ua/pg/article/editorial/read/56067/Ne_kazhit_frontovykam_Ja_rozumiju_shho_vy
149. “Афганская война (1979–1989)”, Wikipedia, accessed November 24, 2015.
150. A Book Report on Power Questions – Build Relationships, Win New Business and Influence Others by Andrew Sobel & Jerold Panas.
151. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, 2004, 2009.
152. Bartl G. Der Umgang mit der Grundstörung im katathymen Bilderleben / G. Bartl // Konkrete Phantasie / G. Bartl. – Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 1984. – P. 117–129.
153. Big White Wall, accessed November 24, 2015.
154. Boden T. M. Changes in facets of mindfulness and posttraumatic stress disorder treatment outcome / T. M. Boden // Psychiatry Research. – 2012. – P. 609–613.

155. Cohen Gili. "IDF: Suicide Is the Primary Cause of Death among Israeli Soldiers" / Cohen Gili // Haarets. – 2012. – December 31. accessed November 24, 2015.
156. Combat Stress, accessed November 24, 2015.
157. Daoud David. Israeli Mother and Son Treated for Shock after Palestinian Rock-Throwing Attack / Daoud David // Algemeiner, October 30, 2015, accessed November 24, 2015.
158. de Bono, Edward. Six Thinking Hats: An Essential Approach to Business Management / Edward de Bono. – Little, Brown, & Company. – 1985.
159. Don't Bottle It Up: Mental Health Stigma Campaign", U.S. Army, accessed November 24, 2015.
160. Dreazen Yochi. Five Myths about Military Suicides / Dreazen Yochi // Washington Post, November 7, 2014, accessed November 24, 2015.
161. Ehlers A. A cognitive model of persistent posttraumatic stress disorder [Electronic resource] / A. Ehlers, D. M. Clark // Behavior Research and Therapy]. 2000. – 38 (4). – P. 319–345. – Access mode : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10761279>
162. Event at the U.S. institute of Peace: "Ukraine: How to Build Social Peace Amid Displacement" November 23, 2015, discussion at the U.S. Institute of Peace.
163. GBD STUDIES AND THEIR KEY RESULTS [Electronic resource]. – Access mode : www.neuro.health-ua.com 30
164. Horowitz M. J. Posttraumatic stress disorders: psychosocial aspect of the diagnosis / M. J. Horowitz // International Journal of Mental Health. – 1990. – Vol. 19. – P. 21–36.
165. Howard S. "Living with Post-Traumatic Stress Disorder: Wives' and Partners' Stories" / Howard Sally // The Telegraph, April 6, 2014, accessed November 24, 2015.
166. "IDF Program Helps Prevent PTSD with Treatment on the Battlefield" // Breaking Israel News, September 16, 2014, accessed November 24, 2015.

167. Junger S. "How PTSD Became a Problem Far beyond the Battlefield" / Junger Sebastian // Vanity Fair, May 31, 2015, accessed November 24, 2015.
168. Comparative Efficacy, Speed, and Adverse Effects of Three PTSD Treatments: Exposure Therapy, EMDR, and Relaxation Training / S. Taylor, D. Thordarson, L. Maxfield, I. Fedoroff. // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2003. – №71. – P. 330–338.
169. Kaner S. Facilitator's Guide to Participatory Decision-Making / Sam Kaner. – 3rd edition. – 2014. – 432 c.
170. Maistrova M. "Golovna problema – zakhystiti prava pobratimiv" / Maistrova Maria. – Uchastnik ATO, Kyiv1, October 5, 2015, accessed November 24, 2015.
171. Meadows E.A., Foa E.B. Cognitive behavioral treatment for PTSD. / E. A. Meadows, E.B. Foa; A. Y. Shaley, R. Yehuda, A. C. McFarlane (Eds.) // International handbook of human response to trauma. – New York : Kluwer Academic Plenum Publishers, 2000. – P. 337–346.
172. MILITARY AND VETERAN BENEFITS [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.militarybenefits.com/>
173. Ostrowska K. Wokół rozwoju osobowości i systemu wartości. / K. Ostrowska. – Warszawa : Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, 1998.
174. Ostrowska K. Wposzukiwani uwartości / Krystyna Ostrowska. – Gdańsk : GWN, 2000.
175. Paro L. M. Znaczenie system uwartościowego uporządkowania w sytuacjach kryzysu na przykładzie funkcjonowania rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością / M. Paro // Kwartalnik Naukowy Fideset Ratio. – 2014. – T. 17. №. 1. – S. 113–129.
176. "Profile: Real Warriors and Resilience", Real Warriors, accessed November 24, 2015.
177. Real Warriors, accessed November 24, 2015.

178. Screening, Diagnosis, and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder // MILITARY MEDICINE, 177, 8:7, 2012. – №177. – С. 7–13.
179. Shlosberg A. “Long-Term Follow-up (32 Years) of PTSD in Israeli Yom Kippur War Veterans” / A. Shlosberg, R. D. Strous // Journal of Nervous and Mental Disease 193, no. 10 (2009): 693–696, accessed November 24, 2015.
180. Strelau J. Konsekwencje psychiczne traumy uwarunkowania i terapia / J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek. – Warszawa : Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2009. – 407 s.
181. THERAPEUTIC RECREATION [Electronic resource]. – Access mode : <https://recreationtherapy.com/>
182. Tomkiw L. Ukraine Military Suicides Leading Cause of Non-Battle Deaths, Country’s Ministry Says / Lydia Tomkiw // International Business Times, October 8, 2015, accessed November 24, 2015.
183. U.S. Department of Housing and Urban Development, “HUD, VA, and USICH Announce 33% Drop in Veteran Homelessness since 2010”, by Secretary Julian Castro, Press Releases 2014, HUD No. 14-103, August 26, 2014.
184. “Who Is NCHV?”, National Coalition for Homeless Veterans, accessed November 24, 2015.
185. “6 IDF Troops Treated for Shock in Erez Crossing Attack”, Israel National News, June 3, 2007, accessed November 24, 2015.
186. “22 Veterans Commit Suicide Each Day: VA report”, NBC News, February 1, 2013, accessed November 25, 2015.

ДОДАТКИ

Додаток 1

ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ травматичні події (IMPACT OF EVENT SCALE-R)

Ім'я _____

Освіта _____

Сімейний стан _____

Вік _____

Стать: _____

Дата " _____ " 200 __ р.

Інструкція: Нижченаведені описи переживань людей, які перенесли важкі стресові ситуації. Оцініть, якою мірою ви відчували такі почуття з приводу подібної ситуації, колись пережитої вами

(_____).

Для цього виберіть і обведіть кружком цифру, що відповідає тому, як часто ви відчували подібне переживання протягом останніх 7 днів, включаючи сьогоднішній.

Ніколи 0, Рідко 1, Іноді 3, Часто 5,

1. Будь-яке нагадування про цю подію (ситуації) змушувало мене заново переживати все, що сталося.

2. Я не міг спокійно спати по ночах.

3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося.

4. Я відчував постійне роздратування і гнів.
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли я думав про цю подію або щось нагадувало мені про неї.
6. Я думав про те, що трапилося не зі своєї волі.
7. Мені здавалося, що все, що трапилося зі мною начебто не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним.
8. Я намагався уникати всього, що могло б мені нагадати про те, що трапилося.
9. Окремі картини того, що сталося раптово виникали в свідомості.
10. Я був постійно напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.
11. Я намагався не думати про те, що трапилося.
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.
13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що трапилося, були наче паралізовані.
14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, нібито все ще перебуваю в тій ситуації.
15. Мені було важко заснути.
16. Мене буквально захлинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.
17. Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті.
18. Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь.
19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, в мене з'являлися неприємні фізичні відчуття – пітнів, дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс і т. п.
20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося.
21. Я був постійно насторожений і чекав, що трапиться щось погане.
22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося.

Ключі до обробки

Субшкала “вторгнення” сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала “уникнення” сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала “фізіологічна збудливість” сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Середні значення показників методики ШОВТС (IES-R) (Тарабріна, 2001)

IN AV AR IES-R

Пожежні 5 76 ± 5,71 7,26 +6,73 3,63 +3,99 16,64 ± 14,75.

Студенти 10,20 +8,22 12,17 ± 8,79 7,23 ± 7,46 29,61 ± 21,76.

Рятувальники 5,95 +3,93 5,09 ± 5,47 3,35 +3,63 14,40 ± 11,05.

Співробітники МВС 7,65 ± 6,31 9,26 ± 6,08 5,50 ± 6,18 22,41 ± 17,33.

Військовослужбовці 8,89 +8,03 9,48 ± 7,77 6,40 ± 6,40 24,78 ± 20,38.

Біженці, “норма” 14,58 ± 10,83 14,94 ± 9,90 11,27 ± 9,87 40,79 ± 28,19.

Біженці, ПТСР 27,43 ± 6,00 27,43 ± 5,91 22,57 ± 8,06 77,43 ± 14,25.

Ліквідатори, “норма” 14,68 ± 8,96 14,38 ± 9,30 13,33 ± 8,81 42,39 ± 24,94.

Ліквідатори, ПТСР 24,33 ± 9,07 20,67 +5,03 23,33 ± 2,89 68,33 +8,02.

IN – Субшкала “вторгнення”,

AV – Субшкала “уникнення”,

AR – Субшкала “фізіологічна збудливість”,

IES-R – загальний бал.

Міссісіпська ШКАЛА (військовий варіант)

П.І.Б. _____

Дата “ _____ ” 200 __ г.

1. До служби в армії у мене було більше близьких друзів, ніж зараз.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри вірно 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

2. У мене немає почуття провини за все те, що я робив під час служби в армії.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

3. Якщо хтось виведе мене з рівноваги, то, найімовірніше, я не стримаюся (застосую фізичну силу).

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про війну, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

5. Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

6. Я здатний вступати в емоційно-близькі стосунки з іншими людьми.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

7. Мені сняться ночами кошмари про те, що насправді було на війні.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

9. Зовні я виглядаю бездушним.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

10. Останнім часом я відчуваю, що хочу покінчити з собою.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так; 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли потрібно вставати.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

12. Я весь час задаю собі питання, чому я залишився живий, тоді як інші загинули на війні?

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

15. Я відчуваю, що більше не можу.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не чіпають.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

17. Мене як і раніше радують ті ж речі, що і раніше.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

19. Я виявив, що мені не важко працювати після демобілізації.
Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.
20. Мені важко зосередитися.
Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.
21. Я безпричинно плачу.
Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.
22. Мені подобається бути в суспільстві інших людей.
Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.
Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.
24. Я легко засинаю.
Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.
25. Від несподіваного шуму я сильно здригаюся.
Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.
26. Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю.
Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.
27. Я легкий, спокійний, врівноважений чоловік.
Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я ніколи не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.
Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.
29. Часом я вживаю алкоголь (наркотики або снодійні), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які траплялися, коли я служив в армії.
Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

32. Я боюся засинати.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що траплялося зі мною в армії.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

34. Моя пам'ять так само хороша, як і раніше.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть стосовно близьких людей.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

Міссісіпської ШКАЛА (цивільний варіант)

П. І. Б. _____

Дата " _____ " 200 __ г.

І н с т р у к ц і я . Нижче наведено твердження, в яких узагальнено різноманітний досвід людей, які пережили важкі, екстремальні події та ситуації. Під кожним твердженням дано шкалу від 1 до 5. Обведіть обраний вами номер відповіді, що найкраще описує ваші почуття. Якщо у вас виникнуть питання, зверніться за роз'ясненням до експериментатора.

1. У минулому у мене було більше близьких друзів, ніж зараз.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

2. У мене немає почуття провини за все те, що я робив в минулому.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

3. Якщо хтось виведе мене з рівноваги, то, найімовірніше, я не стримаюся (застосую фізичну силу).

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю?

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

5. Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

6. Я здатний вступати в емоційно-близькі стосунки з іншими людьми.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було зі мною реально в минулому.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в минулому, мені просто не хочеться жити.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

9. Зовні я виглядаю бездушним.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

10. Останнім часом я відчуваю, що хочу покінчити з собою.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли потрібно вставати.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, тоді як інші вже померли.

Ніколи 1; Рідко 2; Іноді 3; Часто 4; Завжди 5.

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

13. У певних ситуація я відчуваю себе так, ніби я повернувся в минуле.
Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.
Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.
15. Я відчуваю, що більше не можу
Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зворушують.
Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.
17. Мене як і раніше радують ті ж речі, що і раніше.
Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.
Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.
19. Я виявив, що мені працювати не важко.
Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.
20. Мені важко зосередитися.
Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.
22. Мені подобається бути в суспільстві інших людей.
Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.
Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.
24. Я легко засинаю.
Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.
25. Від несподіваного шуму я сильно здригаюсь.
Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.

26. Ніхто, навіть члени моєї родини не розуміють, що я відчуваю.

Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.

27. Я легкий, спокійний, врівноважений чоловік.

Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.

28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в минулому, ніколи не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.

Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.

29. Часом я вживаю алкоголь (наркотики або снодійні), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які траплялися зі мною в минулому.

Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.

30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі.

Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.

31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці.

Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.

32. Я боюся засинати.

Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.

33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною в минулому.

Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.

34. Моя пам'ять так само хороша, як і раніше.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть стосовно близьких людей.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

36. Часом я раптом поведжуся або відчуваю себе так, нібито те, що було зі мною в минулому, відбувається знову.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

37. Я не можу згадати деякі важливі речі, які сталися зі мною в минулому.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

38. Я дуже пильний і насторожений більшу частину часу.

Абсолютно так 1; Частково так 2; До певної міри так 3; Так 4; Абсолютно ні 5.

39. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, мене охоплює така тривога або паніка, що у мене починається сильне серцебиття і перехоплює подих, я весь тремчу і покриваюся потом, у мене паморочиться голова, з'являються "мурашки", і я майже втрачаю свідомість.

Ніколи 1; Рідко 2, Іноді 3, Часто 4, Завжди 5.

Ключі до обробки

* Сума балів по пунктах з прямою шкалою (сума 1): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39.

Сума балів по пунктах зі зворотною шкалою (сума 2): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34. Загальний бал: сума 1 + сума 2.

* Примітка: тут наведено ключі для цивільного варіанта МШ. При оцінці військового варіанту відповідно суму 1 обчислюють як суму балів по пунктах: 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35; суму 2 обчислюють аналогічно.

Середні значення Міссісіпської шкали (цивільний варіант) (Тарабрина, 2001).

Пожежні 73,79 ± 13,05

Рятувальники 70,85 ± 11,74

Біженці, "норма" 79,70 ± 18,19

Біженці, ПТСР 105,14 ± 14,90

Ліквідатори, "норма" 90,15 ± 19,18

Ліквідатори, ПТСР 99,44 ± 17,06

ДОДАТКИ

Середні значення для Міссісіпської шкали (військовий варіант) (Тара-
брина, 2001)

Співробітники МВС $64,65 \pm 16,13$

Військовослужбовці $73,76 \pm 19,64$

Ветерани Афганістану, "норма" $70,18 \pm 11,76$

Ветерани Афганістану, ПТСР $92,00 \pm 15,55$

Опитувальник ВИРАЖЕНОСТІ психопатологічної симптоматики
(SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED - SCL-90-R)

Нижче наведено перелік проблем і скарг, які іноді виникають у людей. Будь ласка, прочитайте кожен пункт уважно. Обведіть номер тієї відповіді, яка найточніше описує ступінь вашого дискомфорту або стривоженості у зв'язку з тією чи іншою проблемою протягом останнього тижня, в тім числі сьогодні. Обведіть тільки один із номерів у кожному, не пропускаючи жодного пункту. Якщо ви захочете змінити свою відповідь, зітріть гумкою вашу першу позначку.

1. Головні болі. 0 1 2 3 4
2. Нервозність або внутрішнє тремтіння. 0 1 2 3 4
3. Повторюються неприємні невідчепні думки. 0 1 2 3 4
4. Слабкість або запаморочення. 0 1 2 3 4
5. Втрата сексуального потягу або задоволення. 0 1 2 3 4
6. Почуття невдоволення іншими. 0 1 2 3 4
7. Відчуття, що хтось інший може керувати вашими думками. 0 1 2 3 4
8. Відчуття, що майже у всіх ваших неприємностях винні інші. 0 1 2 3 4
9. Проблеми з пам'яттю. 0 1 2 3 4
10. Ваша недбалість або неохайність. 0 1 2 3 4
11. Легко виникає досада чи роздратування. 0 1 2 3 4
12. Болі в серці або грудній клітці. 0 1 2 3 4
13. Почуття страху у відкритих місцях або на вулиці. 0 1 2 3 4
14. Занепад сил або загальмованість. 0 1 2 3 4
15. Думки про те, щоб накласти на себе руки. 0 1 2 3 4
16. Те, що ви чуєте голоси, яких не чують інші. 0 1 2 3 4
17. Тремтіння. 0 1 2 3 4
18. Почуття, що більшості людей можна довіряти. 0 1 2 3 4

19. Поганий апетит. 0 1 2 3 4
20. Сльозливість. 0 1 2 3 4
21. Сором'язливість або скутість у спілкуванні з особами протилежної статі. 0 1 2 3 4
22. Відчуття, що ви в пастці або спіймані. 0 1 2 3 4
23. Несподіваний і безпричинний страх. 0 1 2 3 4
24. Спалахи гніву, які ви не змогли стримати. 0 1 2 3 4
25. Страх вийти з дому самому. 0 1 2 3 4
26. Почуття, що ви самі багато в чому винні. 0 1 2 3 4
27. Болі в попереку. 0 1 2 3 4
28. Відчуття, що щось вам заважає зробити що-небудь. 0 1 2 3 4
29. Почуття самотності. 0 1 2 3 4
30. Пригнічений настрій, "хандра". 0 1 2 3 4
31. Надмірне занепокоєння з різних приводів. 0 1 2 3 4
32. Відсутність інтересу до чого б то не було. 0 1 2 3 4
33. Почуття страху. 0 1 2 3 4
34. Те, що ваші почуття легко зачепити. 0 1 2 3 4
35. Відчуття, що інші проникають у ваші думки. 0 1 2 3 4
36. Відчуття, що інші не розуміють вас або співчувають вам. 0 1 2 3 4
37. Відчуття, що люди недружелюбні або ви їм не подобаєтеся. 0 1 2 3 4
38. Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилок. 0 1 2 3 4
39. Сильне або прискорене серцебиття. 0 1 2 3 4
40. Нудота або розлад шлунка. 0 1 2 3 4
41. Відчуття, що ви гірші від інших. 0 1 2 3 4
42. Болі в м'язах. 0 1 2 3 4
43. Відчуття, що інші спостерігають за вами або говорять про вас. 0 1 2 3 4
44. Те, що вам важко заснути. 0 1 2 3 4

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

45. Потреба перевіряти і перевіряти ще раз те, що ви робите. 0 1 2 3 4
46. Труднощі в ухваленні рішення. 0 1 2 3 4
47. Страх їзди в автобусах, метро або поїздах. 0 1 2 3 4
48. Утруднене дихання. 0 1 2 3 4
49. Приступи задухи або ознобу. 0 1 2 3 4
50. Необхідність уникати деяких місць або дій, бо вони вас лякають. 0 1 2 3 4
51. Ви легко втрачаєте думку. 0 1 2 3 4
52. Оніміння або поколювання в різних частинах тіла. 0 1 2 3 4
53. Комок в горлі. 0 1 2 3 4
54. Відчуття, що майбутнє безнадійне. 0 1 2 3 4
55. Те, що вам важко зосередитися. 0 1 2 3 4
56. Відчуття слабкості в різних частинах тіла. 0 1 2 3 4
57. Відчуття напруженості. 0 1 2 3 4
58. Важкість у кінцівках. 0 1 2 3 4
59. Думки про смерть. 0 1 2 3 4
60. Переїдання. 0 1 2 3 4
61. Відчуття незручності, коли люди спостерігають за вами або говорять про вас. 0 1 2 3 4
62. Відчуття, що у вас в голові чужі думки. 0 1 2 3 4
63. Імпульси заподіювати тілесні ушкодження або шкоди будь-кому. 0 1 2 3 4
64. Безсоння вранці. 0 1 2 3 4
65. Потреба повторювати дії торкатися, митися, перераховувати і т. п. 0 1 2 3 4
66. Неспокійний і тривожний сон. 0 1 2 3 4
67. Імпульси ламати або трощити що-небудь. 0 1 2 3 4
68. Наявність у вас ідей або вірувань, яких не поділяють інші. 0 1 2 3 4
69. Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими. 0 1 2 3 4

70. Почуття ніяковості в людних місцях (магазинах, кінотеатрах).
0 1 2 3 4
71. Почуття, що все, що б ви не робили, вимагає великих зусиль.
0 1 2 3 4
72. Напади страху або паніки. 0 1 2 3 4
73. Почуття ніяковості, коли ви їсте або п'є на людях. 0 1 2 3 4
74. Те, що ви часто вступаєте в суперечку. 0 1 2 3 4
75. Нервозність, коли ви залишалися самі. 0 1 2 3 4
76. Те, що інші не дооцінюють ваші досягнення. 0 1 2 3 4
77. Почуття самотності, навіть коли ви з іншими людьми. 0 1 2 3 4
78. Таке сильне занепокоєння, що ви не могли всидіти на місці.
0 1 2 3 4
79. Відчуття власної нікчемності. 0 1 2 3 4
80. Відчуття, що з вами трапиться щось погане. 0 1 2 3 4
81. Ви кричите і жбурляєте речами. 0 1 2 3 4
82. Страх, що ви втратите свідомість на людях. 0 1 2 3 4
83. Відчуття, що люди зловживатимуть вашою довірою, якщо ви їм до-
зволите. 0 1 2 3 4
84. Сексуальні думки, які вас дратують. 0 1 2 3 4
85. Думка, що ви повинні бути покарані за ваші гріхи. 0 1 2 3 4
86. Кошмарні думки або бачення. 0 1 2 3 4
87. Думки про те, що з вашим тілом щось не в порядку. 0 1 2 3 4
88. Те, що ви не відчуваєте близькості ні до кого. 0 1 2 3 4
89. Почуття провини. 0 1 2 3 4
90. Думки про те, що з вашим розумом діється щось недобре. 0 1 2 3 4

Опитувальник депресивних БЕКА
(BECK DEPRESSION INVENTORY - BDI)

П. І. Б. _____

Дата " _____ " 200__р.

Інструкція.

Вам пропонують низку тверджень. Виберіть одне твердження в кожній групі, яке найкраще описує ваш стан за минулий тиждень, у тім числі сьогоднішній день. Обведіть номер твердження, яке ви вибрали. Якщо в групі кілька тверджень однаково добре описують ваш стан, обведіть кожне з них. Перш ніж зробити свій вибір, уважно прочитайте всі твердження в кожній групі.

1. 0 Я не відчуваю себе нещасним.

1 Я відчуваю себе нещасним.

2 Я весь час нещасний і не можу звільнитися від цього почуття.

3 Я настільки нещасний і засмучений, що не можу цього витримати.

2. 0 Думаючи про майбутнє, я не відчуваю себе особливо розчарованим.

1 Думаючи про майбутнє, я відчуваю себе розчарованим.

2 Я відчуваю, що мені нема чого чекати в майбутньому.

3 Я відчуваю, що майбутнє безнадійно і ніщо не зміниться на краще

3. 0 Я не відчуваю себе невдахою.

1 Я відчуваю, що у мене було більше невдач, ніж у більшості інших людей.

2. Коли я оглядаюся на прожите життя, все, що я бачу, це низка невдач.

3 Я відчуваю себе повним невдахою.

4. 0 Я отримую стільки ж задоволення від життя, як і раніше.

1 Я не отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше.

2 Я не отримую справжнього задоволення від життя.

3 Я всім незадоволений, і мені все набридло.

5. 0 Я не відчуваю себе особливо винним.

1 Досить часто я відчуваю себе винним.

2 Майже завжди я відчуваю себе винним.

3 Я відчуваю себе винним постійно.

6. 0 Я не відчуваю, що мене за щось карають.

1 Я відчуваю, що можу бути покараний за щось.

2 Я очікую, що мене карають.

3 Я відчуваю, що мене карають за щось.

7. 0 Я не відчуваю розчарування в собі.

1 Я розчарований у собі.

2 Я викликаю в собі огиду.

3 Я ненавиджу себе.

8. 0 У мене немає почуття, що я в чомусь гірший від інших.

1 Я самокритичний і визнаю свої слабкості та помилки.

2 Я постійно звинувачую себе за свої помилки.

3 Я звинувачую себе за все погане, що відбувається.

9. 0 У мене немає думок про те, щоб накласти на себе руки.

1 У мене є думки про те, щоб накласти на себе руки, але я цього не зроблю.

2 Я хотів би покінчити життя самогубством.

3 Я б наклав би на себе руки, якщо б випала нагода.

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

10. 0 Я плачу не більше ніж зазвичай.

1 Зараз я плачу більше ніж звичайно.

2 Я тепер постійно плачу.

3 Раніше я ще міг плакати, але тепер не зможу, навіть якщо захочу.

11. 0 Зараз я не більше роздратований, ніж зазвичай.

1 Я дратуюся легше, ніж раніше, навіть через дрібниці.

2 Зараз я постійно роздратований.

3 Мене вже ніщо не дратує, тому що все стало байдуже.

12. 0 Я не втратив інтересу до інших людей.

1 У мене менше інтересу до інших людей, ніж раніше.

2 Я майже втратив інтерес до інших людей.

3 Я втратив будь-який інтерес до інших людей.

13. 0 Я здатний приймати рішення так само, як завжди.

1 Я відкладаю прийняття рішень частіше, ніж зазвичай.

2 Я відчуваю більше труднощів у прийнятті рішень, ніж раніше.

3 Я більше не можу приймати будь-яких рішень.

14. 0 Я не відчуваю, що я виглядаю гірше, ніж зазвичай.

1 Я стурбований тим, що виглядаю постарілим або непривабливим.

2 Я відчуваю, що зміни, що відбулися в моїй зовнішності, зробили мене непривабливим.

3 Я впевнений, що виглядаю потворним.

15. 0 Я можу працювати так само, як раніше.

1 Мені треба докласти додаткових зусиль, щоб почати що-небудь робити.

2 Я з великими труднощами змушую себе що-небудь робити.

3 Я взагалі не можу працювати.

16. 0 Я можу спати так само добре, як і зазвичай.

1 Я сплю не так добре, як завжди.

2 Я прокидаюся на 1–2 години раніше, ніж зазвичай, і з трудом можу заснути знову.

3 Я прокидаюся на декілька годин раніше, ніж звичайно і не можу заснути.

17. 0 Я втомлююся не більше звичайного.

1 Я втомлююся легше, ніж звичайно.

2 Я втомлююся майже від усього того, що я роблю.

3 Я дуже втомився, щоб робити що-небудь.

18. 0 Мій апетит не гірший, ніж зазвичай.

1 У мене не такий хороший апетит, як був раніше.

2 Зараз мій апетит став значно гірше.

3 Я взагалі втратив апетит.

19. 0 Якщо останнім часом я схуд, то дуже небагато.

1 Я схуд на понад 2 кг.

2 Я схуд на понад 4 кг.

3 Я схуд на понад 6 кг.

4 Я спеціально намагався не їсти, щоб схуднути.

(Обведіть потрібну відповідь): Так, Ні.

20. 0 Я турбуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай.

1 Мене турбують такі проблеми, як різні болі, розлади шлунка, запори.

2 Я настільки стурбований своїм здоров'ям, що мені навіть важко думати про щось інше.

3 Я настільки стурбований своїм здоров'ям, що взагалі ні про що інше не можу думати.

21. 0 Я не помічав будь-яких змін у моїх сексуальних інтересах.

1 Я менше, ніж зазвичай, цікавлюся сексом.

2 Зараз я значно менше цікавлюся сексом.

3 Я абсолютно втратив інтерес до сексу.

Опитувальник травматичного стресу
ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ

Інструкція

Уважно читаючи кожне твердження, виберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає вашому стану чи думкам на цей час. У кожній колонці на бланку відповідей під номером затвердження обведіть цифру, що позначає вашу відповідь: 5 – абсолютно так; 4 – імовірно так; 3 – частково так, неправильно; 2 – швидше ні; 1 – абсолютно ні.

1. Вранці я прокидаюся свіжим і відпочившим.
2. Я добре координую свої рухи.
3. Я відчуваю втому.
4. Мені необхідно зусилля, щоб вникнути в те, що говорять оточуючі.
5. Раптово у мене буває сильне серцебиття.
6. Я приймаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення.
7. Навколишній світ здається нереальним.
8. Я здригаюся від раптового шуму.
9. Я настільки жваво згадую окремі події, що при цьому як би знову переживаю їх.
10. Я абсолютно здоровий фізично.
11. Мені подобається бути серед інших людей.
12. Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека.
13. Мені не можна дорікнути в неуважності.
14. Я часто бачу один і той же страшний сон.
15. Безумовно, я винен перед людьми.
16. Дрібниці дратують мене.
17. Я намагаюся не дивитися телевізор, якщо показують хроніку драматичних подій.

18. Мені подобається моя робота.
19. Я пережив серйозну втрату.
20. Я добре висипаюся ночами.
21. Я ніколи не бачу страшних снів.
22. Іноді мені хочеться напитися.
23. Мої близькі сильно турбуються через мою роботу.
24. У мене буває відчуття, що час минає ніби сповільнено.
25. Іноді я звертаюся до лікаря тільки тому, що хочу трохи відпочити.
26. Багато речей втратили для мене інтерес.
27. Без жодного приводу мене можна вивести з рівноваги.
28. Мені треба було б дотримуватися дієти.
29. Я намагаюся уникати розмов на неприємні теми.
30. Чи буває, що я забуваю речі.
31. Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене.
32. Мені необхідно краще контролювати емоції.
33. Минулі події часом згадуються більш яскраво, ніж те, відбувається зараз.
34. Мені іноді здається, що світ навколо мене втрачає фарби.
35. Я прокидаюся від раптового страху.
36. Мені коштує великих зусиль працювати в колишньому ритмі.
37. Часом я відчуваю озноб.
38. Мені хочеться допомагати людям, які потрапили в біду.
39. Нещодавно мені довелося зіткнутися з досить небезпечними обставинами.
40. Я почуваю себе впевненіше, ніж багато хто з моїх однолітків.
41. Я засинаю з працею.
42. Я відчуваю почуття самотності.
43. Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім недавно.
44. Я відчуваю, що стаю іншою людиною.

45. Мене радують часом найнезначніші речі.
46. Я відчуваю прилив сил.
47. Вранці я прокидаюся з великими труднощами.
48. Мої думки постійно повертаються до того, про що не хочеться думати.
49. Я відчуваю почуття сорому.
50. Зазвичай я не звертаюся до лікаря, навіть якщо відчуваю, що не зовсім здоровий.
51. Мій сон настільки міцний, що гучні звуки або яскраве світло не можуть мені перешкодити.
52. Мені кажуть, що я скрикую уві сні.
53. Я часто думаю про майбутнє.
54. Іноді я серджуся.
55. Я боюся, що можу накоїти щось всупереч своїм намірам.
56. Буває, що я забуваю те, що хотів сказати або зробити.
57. Останнім часом мій настрій погіршився.
58. Мені немає на кого покластися.
59. Хотілося б, щоб моя сім'я приділяла мені більше уваги.
60. Безумовно, я люблю ризикувати.
61. Мені подобається "чорний гумор".
62. Я в усьому покладаюся на самого себе.
63. Я постійно маю потребу що-небудь жувати, навіть не відчуваючи голоду.
64. Іноді мені здається, що я заплутався в житті.
65. Мені здається, що я не зумів зробити того, що від мене вимагалось.
66. Я відчуваю інтерес і смак до життя.
67. Мені весело і легко в компанії людей.
68. Я багато і плідно працюю.
69. Часто я забуваю, куди поклав ту чи іншу річ.
70. Я намагаюся ні з ким не обговорювати свої проблеми.

71. Я ніколи не відчував страху.
72. Мені було б корисно побути на самоті.
73. Роблячи будь-яку справу, я часто думаю зовсім про інше.
74. Моє життя різноманітне і насичене подіями.
75. Я ніколи не робив вчинків, за які мені було б соромно.
76. Чужі труднощі мало кого хвилюють.
77. Я відчуваю себе набагато старшою за свої роки.
78. Мені здається, що мене чекає щасливе майбутнє.
79. У житті мені довелося випробувати таке, що краще не згадувати.
80. Я гостро сприймаю чужий біль.
81. Мені здається, я втратив здатність радіти життю.
82. Мене турбують головні болі.
83. Легкі заробітки зазвичай пов'язані з порушенням закону
84. Я не проти підзаробити зайвого.
85. Сторонні звуки відволікають мене.
86. Я намагаюся не входити в бійку, якщо справа мене не стосується.
87. Я вірю в торжество справедливості.
88. Моє серце працює як зазвичай.
89. Іноді я приймаю пігулки.
90. Є речі, які я не можу собі пробачити.
91. Безумовно, мені потрібен час, щоб прийти в себе.
92. Алкоголь добре знімає будь-який стрес.
93. Я не схильний скаржитися на здоров'я.
94. Мені хочеться все трошити на своєму шляху.
95. Більшість людей стурбована лише власним благополуччям.
96. Мені нелегко стримувати свій гнів.
97. Я вважаю, що правий той, хто сильніший.
98. У мене ніколи не було неприємності.

99. Мені варто було б навчитися уникати конфліктів.
100. Я маю по життю хороших друзів.
101. Мене вважають врівноваженою людиною.
102. Нервово напруження добре знімає сауна.
103. Я відчуваю розгубленість.
104. Часто мені здається, що мене підстерігає небезпека.
105. Я працюю, не відчуваючи втоми.
106. Я відчуваю сильне внутрішнє збудження.
107. Мені важко зосередитися одночасно на декількох справах.
108. Часто я роблю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук або рух.
109. Я відчуваю себе цілком впевненим.
110. Мені є за що дякувати долі.

Обробка результатів

1. Надмірна пильність. Ця шкала відповідає наступним питанням: 2, 32, 46, 58, 62, 70, 98, 106, 109. Підрахуйте середнє арифметичне значення.
2. Перебільшене реагування. Ця шкала відповідає наступним питанням: 8, 12, 39, 102, 104, 108. Підрахуйте середнє арифметичне значення.
3. Притуплення емоцій. Ця шкала відповідає наступним питанням: 3, 4, 6, 7, 13, 24, 26, 34, 45, 64, 66, 74, 81. Підсумуйте значення (питання: 3, 4, 6, 7, 24, 26, 34, 64, 81) і відніміть значення за рештою питань (13, 45, 66, 74), отриману величину поділіть на 9.
4. Агресивність. Ця шкала відповідає наступним питанням: 60, 83, 84, 87, 94, 96, 97, 99. Підрахуйте середнє арифметичне значення.
5. Порушення пам'яті та концентрації уваги. Ця шкала відповідає наступним питанням: 30, 36, 43, 56, 69, 73, 85, 91, 107. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

6. Депресія. Ця шкала відповідає наступним питанням: 19, 26, 34, 42, 48, 57, 64, 81, 91, 82, 72. Підрахуйте середнє арифметичне значення.
7. Загальна тривожність. Ця шкала відповідає наступним питанням: 5, 16, 31, 37, 55, 59, 76, 103. Підрахуйте середнє арифметичне значення.
8. Напади люті. Ця шкала відповідає наступним питанням: 54, 84, 86, 88, 96, 101. Підсумуйте значення (питання: 54, 84, 96) і відніміть значення за рештою питань (86, 88, 101), отриману величину поділіть на 3.
9. Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами. Ця шкала відповідає наступним питанням: 22, 25, 50, 63, 89, 92, 102. Підсумуйте значення (питання: 22, 25, 63, 89, 92) і відніміть значення за рештою питань (50, 102), отриману величину поділіть на 3.
10. Непрохані спогади і галюцинаторні переживання. Ця шкала відповідає наступним питанням: 7, 9, 17, 19, 29, 33, 48, 71, 79. Підрахуйте середнє арифметичне значення.
11. Проблеми зі сном (труднощі зі засинанням і переривчастий сон). Ця шкала відповідає наступним питанням: 1, 14, 20, 21, 35, 41, 47, 51, 52. Підсумуйте значення (питання: 14, 35, 41, 47, 52) і відніміть значення за рештою питань (1, 20, 21, 51), отриману величину поділіть на 4.
12. "Вина вижив". Ця шкала відповідає наступним питанням: 15, 38, 49, 65, 80, 90. Підрахуйте середнє арифметичне значення.
13. Оптимізм. Ця шкала відповідає наступним питанням: 10, 11, 18, 40, 44, 53, 67, 68, 75, 77, 78, 93, 100, 110. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

Напівструктуроване
ІНТЕРН'Ю ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ДІТЕЙ

П.І.Б. _____

Вік _____

Стать _____

Дата _____

Вік (років)

Неповна сім'я

розлучення батьків

дисгармонійний сім'я

автомобільна катастрофа

Інша катастрофа (нешасний випадок)

Пожежа Стихійне лихо Серйозне фізичне захворювання

Тривала або повторні госпіталізації фізичне насильство

Сексуальне домагання або насильство Смерть близької людини

Перебування в зоні військових дій Перебування в якості заручника

Інша травмуюча подія (уточніть)

Критерій

1 А Чи відчував ти жах, коли це відбувалося?

Дуже сильний страх

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

2 А Чи відчував ти, що ти не можеш нічого змінити?

Ні = 0 Не знаю = 1 Так = 2

3 А Чи відчував ти, що ніхто не може тобі допомогти в цій ситуації?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

4 А Чи відчував ти огиду, коли це відбувалося? Чи те, що відбувалося в той момент, неприємним, гидким?

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

5 А Чи був ти більш дратівливим, рухомим відразу після того, як це сталося?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

6 В Чи пригадуєш ти про якісь неприємні ситуації, які з тобою відбулися? Якщо так, то як часто? З більшістю людей в житті трапляються неприємні ситуації, а з тобою траплялися?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

7 В Ти розповідаєш комусь про ці спогади? Якщо так, то як часто? Якщо немає, то не хочеш розповісти тому, що не згадуєш? Ти не хочеш розповісти про ці ситуації, бо не згадуєш, або тобі не хочеться комусь про них розповідати?

Ні – 0 1 Раз – 1 Згадую, але не розповідаю – 1 Більше ніж 1 раз – 2

8 В Чи погіршується твоє самопочуття, коли щось нагадує тобі про неприємну подію? Наприклад, у тебе починає сильніше битися серце, частішає дихання, пітніють руки, болить голова?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

9 В Ти думав коли-небудь про якусь неприємну ситуацію, коли тобі зовсім не хотілося про неї думати? Якщо так, то як часто?

Ні – 0 1 Раз – 1 Більше ніж 1 раз – 2

10 В Ти уявляв якусь неприємну ситуацію, що трапилася з тобою? Якщо так, то як часто?

Ні – 0 1 Раз – 1 Більше ніж 1 раз – 2

11 В Ти малював якусь неприємну ситуацію, що трапилася з тобою? Якщо так, то як часто?

Ні – 0 1 Раз – 1 Більше ніж 1 раз – 2

12 В Буває так, що неприємні почуття, які ти коли-небудь переживав, виникали у тебе знову, нібито та ситуація повторилася, ніби ти знову повернувся в той час? Якщо так, то як часто?

Ні – 0 1 Раз – 1 Більше ніж 1 раз – 2

13 В Траплялося, що ти починав поводитися так, ніби неприємна ситуація, яка з тобою колись відбувалася, повторилася знову?

Ні – 0 1 Раз – 1 Більше ніж 1 раз – 2

14 D Чи буває тобі важко заснути? Якщо так, то як часто?

Ні – 0 1 Раз – 1 Більше ніж 1 раз – 2

15 D Чи буває, що ти прокидаєшся вночі? Якщо так, то як часто?

Ні – 0 1 Раз – 1 Більше ніж 1 раз – 2

16 D Чи буває, що ти прокидаєшся занадто рано вранці? Якщо так, то як часто?

Ні – 0 1 Раз – 1 Більше ніж 1 раз – 2

17 D Чи стали тобі снитися неприємні сни, кошмари? Якщо так, то як часто?

Ні – 0 1 Раз – 1 Більше ніж 1 раз – 2

18 В Снилися тобі сни про неприємну подію, яке з тобою колись трапилася? Якщо так, то як часто?

Ні – 0 1 Раз – 1 Більше ніж 1 раз – 2

19 F Ти іноді приходиш вночі спати до батьків? Якщо так, то як часто?

Ні – 0 1 Раз – 1 Більше ніж 1 раз – 2

20 D Ти схоплюєшся, коли чуєш несподіваний або гучний звук?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

21 D Чи став ти більш дратівливим?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

22 D Чи став ти частіше сваритися з іншими людьми ?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

23 С Ти стараєшся триматися на відстані від друзів і однокласників? Чи буває так, що ти намагаєшся триматися окремо від своїх друзів?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

24 F Чи важко тобі залишатися наодинці з друзями та однокласниками? Коли, наприклад, в класі або в якомусь іншому місці залишаються тільки одна людина і ти?

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

25 С Чи буває так, що ти намагаєшся триматися окремо від батьків і вчителів?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

26 F Чи важко тобі залишатися наодинці з вчителями? Коли, наприклад, у класі або в якомусь іншому місці залишаються тільки вчитель і ти?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

27 F Чи важко тобі залишатися наодинці з батьками?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

28 С Ти стараєшся уникнути чого-небудь, що нагадує тобі про якусь іншу подію?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

28 С Ти стараєшся уникнути чого-небудь, що нагадує тобі про якусь іншу подію?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

29 С Ти намагаєшся уникати дій, які нагадують тобі про щось неприємне в твоєму минулому (чи докладеш якісь зусилля для цього)? Чи робиш ти для цього що-небудь спеціально ?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

30 С Ти стараєшся уникнути місць, які нагадують тобі про щось неприємне в твоєму минулому (чи докладеш якісь зусилля для цього)?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

31 С Ти намагаєшся уникати спілкування з людьми, які нагадують тобі про що щось неприємне в твоєму минулому (чи докладеш якісь зусилля для цього)?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

32 С Ти стараєшся не думати про щось неприємне в твоєму минулому (чи докладеш якісь зусилля для цього)?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

33 С Ти намагаєшся уникати розмов, які нагадують тобі про щось неприємне в твоєму минулому (чи докладеш якісь зусилля для цього)?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

34 F Чи стало тобі складніше виконувати свої обов'язки (роботу по дому)?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

35 F Чи потрібно тобі більше часу, ніж раніше, щоб виконати свої обов'язки (роботу по дому)?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

36 F Чи стало тобі складніше розуміти, дізнаватися нові речі (вчитися)?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

37 D Чи змінилася останнім часом твоя пам'ять? Можливо, вона стала кращою або гіршою? Чи стало тобі складніше запам'ятовувати різні речі?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

38 D Чи стало тобі складніше зосередитися?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

39 D Чи стало тобі складніше довго сидіти спокійно на одному місці?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

40 С Чи здається тобі, що навколишній світ став виглядати або звучати по-іншому? Речі, до яких ти звик, здаються тобі не такими, як раніше?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

41 С Чи можеш себе уявити дорослим, старим?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

42 С Чи змінилися останнім часом твої уявлення про майбутнє?

Ні – 0 Не знаю – 1 Так – 2

Обробка результатів

Проводять підрахунок балів по кожному з критеріїв.

Питання 1–5, 8, 20–40, 42 оцінюють: 2 бали за відповідь “так”, 1 бал за відповідь “не знаю” і 0 балів за відповідь “ні”.

Питання 6, 7, 9–19 оцінюють: 2 бали за відповідь “так, частіше, ніж один раз за останній місяць”, 1 бал за відповідь “так, один раз за останній місяць” і 0 балів за відповідь “ні, ніколи”.

Питання 41 оцінюють: 2 бали за відповідь “ні”, 1 бал за відповідь “не знаю” і 0 балів за відповідь “так”.

Критерію А відповідають питання: 1; 2; 3; 4; 5.

Критерію В відповідають питання: 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 18.

Критерію З відповідають питання: 23; 25; 28; 29; 30; 31; 32; 33; 40; 41; 42.

Критерію D відповідають питання: 14; 15; 16; 17; 20; 21; 22; 37; 38; 39.

Критерію F відповідають питання: 19; 24; 26; 27; 34; 35; 36.

Загальний індекс посттравматичної реакції оцінюють сумою балів за критеріями В, С, D і F.

Батьківський
АНКЕТА ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ДІТЕЙ

П. І. Б. дитини _____

Вік _____

Стать: _____

Хто заповнював (батько, мати, інший вихователь) _____

Можливо, що ваша дитина пережила будь-яку подію, яка могла травмувати його психіку. Будь ласка, відзначте кожну з подій (і вік вашої дитини під час кожного з випадків) у списку, наведеному нижче:

Автомобільна катастрофа

Інша катастрофа (нещасний випадок)

Пожежа

Стихійне лихо

Серйозне фізичне захворювання

Тривала або повторні госпіталізації

Фізичне насильство

Сексуальне домагання або насильство

Смерть близької людини

Перебування в зоні військових дій

Перебування в якості заручника

Інша травмуюча подія (уточніть)

Будь ласка, опишіть цю подію (наприклад, де це сталося, хто був з вашою дитиною під час події, наскільки часто це відбувалося, як довго це тривало, наскільки важкими були наслідки для дитини, чи зверталися ви за медичною або психологічною допомогою з цього приводу і т. д.)

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

1. Дитина відчувала жах (дуже сильний страх). Ні, Швидше так ,Так.
2. Дитина відчувала огиду. Ні, Швидше так ,Так.
3. Дитина відчувала себе безпорадною. Ні, Швидше так ,Так.
4. Дитина була збудженою. Вона була гіперактивна, важко контролювана, імпульсивна. Ні, Швидше так ,Так.
5. Поведінка дитини стала відрізнятися від звичайної: вона стало менш організованою.
Ні, Швидше так ,Так.

Протягом останнього місяця:

1. Дитина розповідає про неприємні спогади про подію. Ні, Швидше так ,Так.
2. Дитина легко лякається. Наприклад, сильно здригається, коли чує несподіваний або гучний звук. Ні, Швидше так ,Так.
3. Дитина засмучується, коли згадує про подію. Ні, Швидше так ,Так.
4. Дитина здається “заціпенілою” (її емоції не видно). Ні, Швидше так ,Так.
5. Дитина уникає дій, які нагадують їй про подію. Ні, Швидше так ,Так.
6. Дитина здається злою або дратівливою. Ні, Швидше так ,Так.
7. Дитині важко згадати деталі того, що сталося. Ні, Швидше так ,Так.
8. У дитини з’явилися проблеми зі сном або засипанням. Ні, Швидше так ,Так.
9. Здається, що дитина намагається триматися на відстані від інших людей. Ні, Швидше так ,Так.
10. Дитині важко залишатися наодинці з друзями, однокласниками, вчителями. Ні, Швидше так ,Так.
11. Дитина робить речі, які були властиві їй у молодшому віці, наприклад, смочке великий палець, проситься спати з батьками, з’явився енурез і т. д. Ні, Швидше так ,Так.
12. Дитина говорить, що у неї виникають такі ж почуття, ніби подія відбулася знову. Ні, Швидше так ,Так.

13. Дитина метушлива і не може сидіти спокійно. Ні, Швидше так ,Так.
14. Дитина уникає місць, які нагадують їй про те, що трапилося. Ні, Швидше так ,Так.
15. Дитині важко залишатися наодинці з членами сім'ї .Ні, Швидше так ,Так.
16. Дитина стала сильно ніяковіти, коли в її присутності обговорюють проблеми статі. Ні, Швидше так ,Так.
17. Здається, що дитина перебуває на межі нервового зриву. Ні, Швидше так ,Так.
18. Здається, що дитина приголомшена або одурманена. Ні, Швидше так ,Так.
19. Буває, що дитина поводиться так, ніби подія відбулася знову. Ні, Швидше так ,Так.
20. У дитини проблеми з оцінкою часу. Вона може сплутати час доби, день тижня або переплутати час, коли сталося якась подія. Ні, Швидше так ,Так.
21. Дитина уникає розмов про те, що трапилося. Ні, Швидше так ,Так.
22. Дитині сняться погані сні. Ні, Швидше так ,Так.
23. Дитина скаржиться на погане фізичне самопочуття, коли щось нагадує їй про подію. Наприклад, у неї виникає головний або зубний біль, утруднене дихання і т. д. Ні, Швидше так ,Так.
24. Дитині стало важко справлятися зі звичайною діяльністю (шкільні заняття, робота по дому). Ні, Швидше так ,Так.
25. Дитина грає в те, що трапилося (програє подію, малює або придумує). Ні, Швидше так ,Так.
26. Дитина здається загальмованою. Їй потрібно більше часу, ніж раніше, на звичайні дії. Ні, Швидше так ,Так.
27. Дитина говорить про те, що навколишній світ виглядає незвично. Наприклад, речі стали виглядати або звучати по-іншому. Ні, Швидше так ,Так.
28. Дитина уникає людей, які нагадують їй про подію. Ні, Швидше так ,Так.

ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНИЙ ПРАКТИКУМ ТРАВМ ВІЙНИ

29. У дитини виникли проблеми з концентрацією уваги. Ні, Швидше так, Так.

30. Дитина говорить, що не хоче думати про те, що трапилося. Ні, Швидше так, Так.

Обробка результатів

Проводять підрахунок балів окремо по кожній із шкал, а також окремо з питань першої і другої таблиць. Відповіді батьків оцінюють так: 2 бали за відповідь “так”, 1 бал за відповідь “швидше так” і 0 балів за відповідь “ні”.

Критерієм А (негайне реагування) відповідають питання. 1–5 таблиці 1.

Критерієм В (нав'язливе відтворення) відповідають питання: 1, 3, 12, 19, 22, 23, 25 таблиці 2.

Критерієм С (уникнення) відповідають питання: 4, 5, 7, 9, 14, 16, 18, 20, 21, 26, 27, 28, 30 таблиці 2.

Критерієм D (зростає збудливість) відповідають питання: 2, 6, 8, 13, 17, 29 таблиці 2.

Критерієм F (порушення функціонування) відповідають питання: 10, 11, 15, 24 таблиці 2.

Загальний рівень посттравматичних симптомів: питання 1–30 таблиці 2.

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

І. В. СУЛЯТИЦЬКИЙ, К. О. ОСТРОВСЬКА, В. І. ОСЬОДЛО

Психолого-корекційний
ПРАКТИКУМ
травм війни

Навчальний посібник

Редактор *У. Крук*
Комп'ютерна верстка *Л. Семенович*
Обкладинка *В. Рогана*

Формат 60×84/₁₆. Умовн. друк. арк. 23,01. Тираж 100 прим. Зам.

Львівський національний університет імені Івана Франка,
вул. Університетська, 1, Львів, 79000

С В І Д О Ц Т В О
про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників
і розповсюджувачів видавничої продукції.
Серія ДК № 3059 від 13.12.2007 р.