

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор ВНПЗ «Дніпровський
гуманітарний університет»



Олег КИРИЧЕНКО

«_____» _____ 2025

РОБОЧА ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь **Магістр**

(назва ступеня вищої освіти – бакалавр або магістр)

Спеціальність **С4 Психологія**

(шифр і назва)

Освітня програма **Психологія, наказ від 24.04.2025 № 32-02**

(назва, дата і № наказу про затвердження ОП)

Статус навчальної дисципліни **Обов'язкова**

(обов'язкова або вибіркова)

Мова навчання: **Українська**

Психологічна допомога в надзвичайних ситуаціях // Робоча навчальна програма. Дніпро: ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2025. 12 с.

РОЗРОБНИК(-И):

Панфілова Г.Б., доцент кафедри психології ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»

Розглянуто та схвалено на засіданні кафедри загальної психології.
Протокол від «19» серпня 2025 р. № 1

Схвалено Вченою радою університету, рекомендовано для використання в освітньому процесі протягом п'яти років. 29.08.2025, протокол № 13.

Метою вивчення навчальної дисципліни «Психологічна допомога в надзвичайних ситуаціях» є формування у здобувачів цілісного уявлення про психологічну допомогу у надзвичайних ситуаціях; навичок надання екстреної психологічної допомоги і спроможності використовувати теоретичні знання для аналізу і корекції проблем особистості виникаючих в надзвичайних ситуаціях.

Основними завданнями є: підготувати висококваліфікованого фахівця, інформованого щодо специфіки роботи психолога в умовах кризових та екстремальних ситуацій; - сформувати у здобувачів цілісне уявлення про критичні стани людини, надзвичайні, екстремальні та травмуючі події; - оволодіти методами психологічної підтримки, першої психологічної допомоги та самопомоги з метою стабілізації психічного стану особистості у разі проявів гострих стресових розладів та посттравматичних кризових станів; - сформувати вміння і навички надання ефективної психологічної допомоги людям, які пережили травматичні події.

Очікувані результати навчання: у результаті вивчення навчальної дисципліни здобувач вищої освіти повинен **знати:**

- основні теоретичні поняття та положення дисципліни;
- принципи надання психологічної допомоги людям, які пережили травматичні події;
- методи кризового консультування і стимулювання життєстійкості;
- протоколи надання першої психологічної допомоги людям, які постраждали в кризових ситуаціях;
- види психологічної допомоги в кризових станах особистості: кризове консультування, психотерапія, психологічна інтервенція, психологічна корекція, психопрофілактика, психологічна реабілітація, формування навичок для психологічного відновлення;
- ресурси, індикатори і критерії психологічного здоров'я особистості та етапи, технології і техніки його відновлення;
- адекватні стратегії подолання критичних ситуацій та способів соціально-психологічного впливу на особистість з метою формування у неї опановуючої поведінки.

вміти:

- організовувати і надавати психологічну допомогу людям (індивідуальну та групову), які перебувають в кризових, екстремальних ситуаціях або мають досвід психотравматичної події;
- застосовувати техніки стабілізації і першої психологічної допомоги; - користуватися психодіагностичним інструментарієм для визначення психічного стану особистості та її психічних реакцій на певні кризові ситуації;
- діагностувати та аналізувати проблеми, складні життєві обставини, кризові ситуації та емоційні стани людей;

- здійснювати просвітницьку та психопрофілактичну роботу відповідно до запиту;

- здійснювати корекцію певних відхилень в розвитку особистості, що виникають у гострих кризових ситуаціях або після психотравмівної події;

- взаємодіяти з різними фахівцями (психологами, лікарями, соціальними працівниками, рятувальниками, поліцейськими, священиками) під час надання допомоги, в інтересах психологічного захисту населення.

Передумови для вивчення навчальної дисципліни «Психологічна допомога в надзвичайних»: «Методологія наукових досліджень та академічна доброчесність», «Психологія розвитку особистості», «Психологія ментального здоров'я».

Курс спрямований на формування у здобувачів вищої освіти наступних **компетентностей**:

Загальні компетентності:

ЗК1. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК4. Уміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.

ЗК6. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).

ЗК7. Здатність діяти соціально відповідально та свідомо.

Професійні компетентності:

СК3. Здатність обирати і застосовувати валідні та надійні методи наукового дослідження та/або доказові методики і техніки практичної діяльності.

СК4. Здатність здійснювати практичну діяльність (тренінгову, психотерапевтичну, консультаційну, психодіагностичну та іншу залежно від спеціалізації) з використанням науково верифікованих методів та технік.

СК6. Здатність ефективно взаємодіяти з колегами в моно- та мультидисциплінарних командах.

СК7. Здатність приймати фахові рішення у складних і непередбачуваних умовах, адаптуватися до нових ситуацій професійної діяльності.

СК9. Здатність дотримуватися у фаховій діяльності норм професійної етики та керуватися загальнолюдськими цінностями.

СК12. Здатність надавати оперативну психологічну допомогу та використовувати методи психологічного захисту людини в умовах надзвичайних ситуацій.

Результати навчання:

ПР5. Розробляти програми психологічних інтервенцій (тренінг, психотерапія, консультування тощо), провадити їх в індивідуальній та груповій роботі, оцінювати якість.

ПР9. Вирішувати етичні дилеми з опорою на норми закону, етичні

принципи та загальнолюдські цінності.

ПР14. Надавати оперативну психологічну допомогу особистості з гострими стресовими реакціями.

ПР15. Керувати людськими ресурсами, робочими процесами та поведінкою фахівців у складних і екстремальних професійних ситуаціях.

ПР16. Надавати кваліфіковану психологічну допомогу особистості у кризовому стані для активізації ресурсів її життєстійкості.

Обсяг навчальної дисципліни: Додатки 1.1, 1.2.

ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Тема 1. Основні категорії психології надзвичайних ситуацій та кризової психології.

Кризова психологія у системі психологічних знань. Система принципів та методів кризової психології. Семантичний зміст та феноменологічний аналіз основних категорій кризової психології: «життєва ситуація особистості», «екстремальна ситуація», «криза», «критична ситуація», «кризова подія», «кризовий стан», «психічна травма». Сутність і стадії кризи. Психологічний зміст переживання кризи. Опанування кризою.

Тема 2. Психотравмівні наслідки перебування в екстремальній ситуації.

Сутність і зміст понять «травма», «стрес», «гостра реакція на стрес», «гострий стресовий розлад», «травматичний стрес» і «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР). Зміни в поведінці після травматичної події. Реакція на важкий стрес і порушення адаптації. Теоретичні моделі ПТСР. Етіологія та симптоматичні показники ПТСР. Аналіз методів діагностики ПТСР. Травматичний стрес і руйнування базових ілюзій. Індивідуальна вразливість і психологічні наслідки травми.

Тема 3. Перша психологічна допомога: загальна характеристика об'єкту, етапів і заходів

Зміст поняття «перша психологічна допомога» (ППД): мета, етапи і заходи. Етичні принципи надання ППД. Алгоритм дій, протоколи надання ППД в кризових ситуаціях. Підготовка психолога до надання ППД. Вимоги до поведінки психолога в умовах надзвичайної ситуації. Особливості спілкування з потерпілими під час надання ППД. Алгоритми дій при наданні першої психологічної допомоги в різних ситуаціях і станах постраждалого (марення, галюцинації, апатія, ступор, рухове збудження, агресія, страх,

істерика, нервові тремтіння, плач). Самодопомога й ППД при травмах у кризових ситуаціях в умовах війни.

Тема 4. Робота з горем та втратою

Сучасні психологічні дослідження роботи з втратою. Головні втрати в житті. Цикл переживання горя і методи роботи з людиною, яка переживає втрату. Характеристика горювання: фізичні симптоми, емоційні реакції, етапи, завдання, стилі. Гостра реакція горя. Етапи переживання гострого горя. Паталогічне горювання. Завдання етапів переживання втрати. Огляд індивідуальних та групових технологій психологічної допомоги в ситуації горя. Перша психологічна допомога при раптовій втраті близької людини.

Тема 5. Сучасні напрямки психологічної допомоги в кризових станах особистості.

Класифікація видів психологічної допомоги в кризових станах особистості (кризове консультування, психотерапія, психологічна корекція, психопрофілактика, психологічна реабілітація, формування навичок для психологічного відновлення). Сучасні напрями й організація психологічної допомоги в кризових станах особистості. Кризова інтервенція, як метод екстрена психологічна допомога людині, яка перебуває в стані кризи. Технологічний підхід до відновлення особистості: ресурси, індикатори і критерії психологічного здоров'я особистості та етапи, технології і техніки його реабілітації. Способи організації комплексної психологічної підтримки особистості в кризових ситуаціях.

Тема 6. Профілактика та подолання професійного вигорання у психологів

Професійне вигорання як психофізіологічна проблема. Фактори та стадії професійного вигорання. Вторинний травматичний стрес. Ознаки та симптоми вторинної травми. Профілактика та подолання професійного вигорання. Психологічні ресурси особистості.

Тема 7. Особливості надання психологічної допомоги особам, які пережили стресову подію.

Надання ПД особам з агресивною поведінкою. Надання ПД особам з ознаками ступору. Надання ПД особам з ознаками апатії. Надання ПД особам із ознаками рухового збудження, дезорієнтації. Надання ПД особам з ознаками паніки. Надання ПД особам з ознаками нервового тремтіння. Надання ПД особам з ознаками галюцинацій та марення. Надання ПД особам з ознаками плачу. Надання ПД особам з ознаками істерики. Надання ПД особам з

ознаками горя. Надання ПД особі зі спробою вчинити суїцид. Техніки та вправи для емоційної регуляції та саморегуляції станів.

Тема 8. Профілактика психологічних травм та підвищення стійкості до стресу.

Вплив стресу на організм людини. Тіло як ресурс. Життєстійкість (резильєнтність) особистості. Посттравматичне зростання. Попередження психологічних травм.

Форми проведення занять: лекції, практичні заняття, самостійна робота; заочна форма - лекції, практичні заняття, самостійна робота.

ФОРМА ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ УСПІШНОСТІ НАВЧАННЯ

Підсумковий контроль проводиться з метою встановлення відповідності (вимірювання, оцінювання) здобутих особою результатів навчання вимогам освітньої програми у частині відповідного освітнього компонента.

З навчальної дисципліни «Психологічна допомога в надзвичайних ситуаціях» передбачено – **ІСПИТ**.

ПОЛІТИКА КУРСУ, КРИТЕРІЇ ТА ЗАСОБИ ОЦІНЮВАННЯ УСПІШНОСТІ НАВЧАННЯ

Політикою курсу «Психологічна допомога в надзвичайних ситуаціях» є надання можливості здобувачам вищої освіти отримувати необхідні знання у повному обсязі (визначено рішенням кафедри та відображено у навчально-методичному комплексі із зазначеної дисципліни).

Для здобувачів вищої освіти очної форми навчання відвідування занять є обов'язковим. Поважними причинами для неявки на заняття є хвороба або академічна мобільність, які необхідно підтверджувати документами. Відсутність здобувача на заняттях передбачає самостійне опрацювання матеріалу та не звільняє здобувача від виконання завдання на самостійну підготовку або завдання поточного та підсумкового контролю.

Поточний контроль проводиться викладачами на всіх видах аудиторних занять. Основне завдання поточного контролю – перевірка рівня підготовки студентів за визначеною темою. Основна мета поточного контролю – забезпечення зворотного зв'язку між викладачами та студентами, управління навчальною мотивацією студентів. Інформація, одержана при поточному контролі, використовується як викладачем – для коригування методів і засобів навчання, – так і студентами – для планування самостійної роботи.

Поточний контроль може проводитися у формі усного опитування, письмового експрес-контролю, виступів студентів при обговоренні теоретичних питань, а також у формі тестування.

Критерії оцінювання рівня знань за видами навчальної роботи здобувачів визначені кафедрою психології та знайшли своє відображення у «Стандарті організації та критеріїв оцінювання навчальної роботи здобувачів вищої освіти з дисциплін, що закріплені за кафедрою психології». Зі змістом документу можна ознайомитися на сайті Університету в розділі «Силабуси навчальних дисциплін/ Магістр / 053 Психологія» або за посиланням: <https://surl.li/fdotxa> або за QR-кодом.



Якщо здобувач вищої освіти не згоден з оцінюванням його знань, то він може оскаржити виставлену викладачем оцінку в установленому порядку. Порядок повторного проходження здобувачами вищої освіти контрольних заходів урегульовані процедурами університету.

Умови ліквідації заборгованостей з поточної роботи: здобувачі, які пропустили семінарські заняття або лекції, мають можливість відпрацювати заборгованості під час консультацій, що проводяться викладачем, відповідно до графіку консультацій. Для отримання певної кількості балів здобувач має можливість усно відповісти на питання теми, за якою він має заборгованість або виконати індивідуальну роботу, що складається з завдань, визначених викладачем в кожному окремому випадку (в залежності від обсягу заборгованості).

Політика доброчесності: За дотримання студентом політики академічної доброчесності під час виконання поставлених завдань кафедрою може бути прийняте рішення про надання здобувачу вищої освіти додаткових балів у період підсумкового контролю.

Обов'язковою умовою при нарахуванні загальної кількості балів здобувачу є необхідність дотримання принципів політики доброчесності. Дотримання академічної доброчесності передбачає: самостійне виконання навчальних завдань, поточного та підсумкового контролю результатів навчання; посилення на джерела інформації у разі використання ідей, розробок, тверджень, відомостей; дотримання норм законодавства про авторське право і суміжні права; надання достовірної інформації про результати власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використанні методики досліджень і джерела інформації.

Якщо має місце виявлення випадків академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації, списування, обману з боку здобувачів встановлюється академічна відповідальність. До здобувачів застосовуються види відповідальності, передбачені частинами 6 та 7 статті 42 Закону України «Про освіту».

Схема формування оцінки. Розподіл балів за різними формами контролю для навчальної дисципліни

ДЛЯ ДЕННОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ		
Поточний контроль (ПК)		Підсумковий контроль ЕКЗАМЕН (Е)
Аудиторна робота	Самостійна та індивідуальна робота	
≤ 40	≤ 20	
≤ 60		
Підсумкова оцінка у випадку складання екзамену (П) = ПК+Е ≤ 100		
ДЛЯ ЗАОЧНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ		
Поточний контроль (ПК)		Підсумковий контроль ЕКЗАМЕН (Е)
Аудиторна робота	Самостійна та індивідуальна робота	
≤ 20	≤ 40	
≤ 60		
Підсумкова оцінка у випадку складання екзамену (П) = ПК+Е ≤ 100		

Для навчальної дисципліни «Психологічна допомога в надзвичайних ситуаціях» засобами діагностики знань (успішності навчання) виступають:

- поточне опитування та тестування, спрямовані на перевірку рівня засвоєння теоретичного матеріалу;
- аналіз ситуаційних завдань (case study), що дозволяє оцінити вміння застосовувати знання на практиці;
- моделювання кризових ситуацій і рольові ігри, які перевіряють сформованість професійних навичок реагування;
- підготовка аналітичних звітів і рефлексивних есе, що демонструють здатність до осмислення власної діяльності;
- захист індивідуальних проєктів, спрямованих на розробку алгоритмів психологічної допомоги;
- підсумковий контроль (екзамен), який узагальнює результати навчання та оцінює досягнення програмних результатів дисципліни.

Інструменти, обладнання та програмне забезпечення, використання яких передбачає навчальна дисципліна: *при вивченні дисципліни застосовується мультимедійне обладнання; графічні засоби; технічні засоби: звуко- і відеозаписи тощо.*

Програмне забезпечення: Платформа Moodle, Zoom, PowerPoint, Microsoft Excel, Microsoft Word.

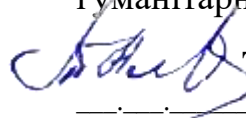
Інформаційне та методичне забезпечення навчальної дисципліни (рекомендовані джерела інформації)

Додаток 2 (оновлюється щорічно та/або в разі необхідності)

Додаток 1.1.
до Робочої програми з навчальної
дисципліни

ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор
ВНПЗ «Дніпровський
гуманітарний університет»

 **Тетяна АЛФЬОРОВА**

ОБСЯГ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь магістр Спеціальність С4 Психологія
(назва ступеня вищої освіти) (шифр і назва)

на 2025/2025 навчальний рік

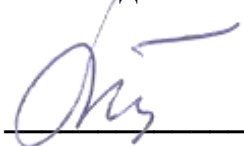
Форма навчання ДЕННА Обсяг 3,0 кредити ЄКТС, (90 годин)
Курс перший Групи ПМ-25

№ теми згідно з РПНД	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна) робота
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
1	Основні категорії психології надзвичайних ситуацій та кризової психології.	11	6	2		4	5
2	Психотравмівні наслідки перебування в екстремальній ситуації.	11	6	2		4	5
3	Перша психологічна допомога: загальна характеристика об'єкту, етапів і заходів	11	6	2		4	5
4	Робота з горем та втратою	11	6	2		4	5
5	Сучасні напрямки психологічної допомоги в кризових станах особистості.	11	6	2		4	5
6	Профілактика та подолання професійного вигорання у психологів	11	6	2		4	5

№ теми згідно з РПНД	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна) робота
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
7	Особливості надання психологічної допомоги особам, які пережили стресову подію.	12	6	2		4	6
8	Профілактика психологічних травм та підвищення стійкості до стресу	12	6	2		4	6
	Разом за семестр	90	48	16		32	42

Розглянуто і схвалено на засіданні кафедри психології, протокол 19.08.2025 № 1.

Завідувач кафедри



Людмила ПРИСНЯКОВА

Додаток 1.2.
до Робочої програми з навчальної
дисципліни

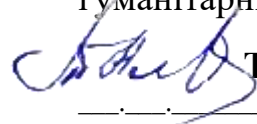
ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор

ВНПЗ

«Дніпровський

гуманітарний університет»



Тетяна АЛФЬОРОВА

ОБСЯГ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь **магістр**

(назва ступеня вищої освіти)

Спеціальність **С4 Психологія**

(шифр і назва)

на 2025/2025 навчальний рік

Форма навчання **ЗАОЧНА** Обсяг **3,0** кредити ЄКТС, (**90** годин)

Курс **перший**

Групи

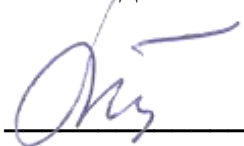
ПМ-25

№ теми згідно з РПНД	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна) робота
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
1	Основні категорії психології надзвичайних ситуацій та кризової психології	11	2	2			9
2	Психотравмівні наслідки перебування в екстремальній ситуації	11					11
3	Перша психологічна допомога: загальна характеристика об'єкту, етапів і заходів	11	4	2	2		7
4	Робота з горем та втратою	11					11
5	Сучасні напрямки психологічної допомоги в кризових станах особистості	11	4	2	2		7
6	Профілактика та подолання професійного вигорання у психологів	11					11
7	Особливості надання психологічної	12	2	2			10

№ теми згідно з РПНД	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна) робота
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
	допомоги особам, які пережили стресову подію						
8	Профілактика психологічних травм та підвищення стійкості до стресу	12					12
	Разом за семестр	90	10	6	4		80

Розглянуто і схвалено на засіданні кафедри психології, протокол 19.08.2025 № 1.

Завідувач кафедри



Людмила ПРИСНЯКОВА

Додаток 2
до Робочої програми з навчальної
дисципліни

ІНФОРМАЦІЙНЕ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПСИХОЛОГІЯ РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь	<u>магістр</u>	Спеціальність	<u>С4 Психологія</u>
	(назва ступеня вищої освіти)		(шифр і назва)

на 2025/2025 навчальний рік

Основні нормативні акти:

1. Конституція України : офіц. текст. Київ : КМ, 2013. 96 с..
2. Етичний кодекс психолога. URL: <https://www.psycounseling.org/ethics>
3. Протокол діагностики та терапії ПТСР (NICE). URL: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf

Підручники:

1. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.
2. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. В. Тімченка. К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
3. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. К. : Наш формат, 2017. 1068 с. URL: <http://surl.li/fvmij>.

Навчальні посібники, інші дидактичні та методичні матеріали:

1. Бурлакова І.А. Кризова психологія. Навчально-методичний матеріал. Київ, Видавництво КРЦПК, 2022. 84 с. URL: https://cpk.org.ua/wpcontent/uploads/2023/03/krizova_psihologiya_burlakov_a.i.a.pdf.
2. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях К. : Педагогічна думка, 2016. 219 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf>
3. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ "Видавництво "Логос". 2015. 207 с. URL: <https://surl.lu/ebcupg>.

4. Перша психологічна допомога: Посібник для працівників на місцях. К.: ніверситетське видавництво «ПУЛЬСАРИ», 2017. 66 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9786176150787-ukr.pdf;jsessionid=6E53BAAB313D4A5A42A47127781D319D?sequence=72>
5. Психологія екстремальних та кризових ситуацій : навч.-метод. посіб. для студ. денної та заочної форм навчання освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» за спеціальністю 053 «Психологія» / Романовський О. Г., Черкашин А. І., Грень Л.М. та ін. –Харків: Видавництво Іванченка І. С., 2022. 356 с. URL:<https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/1d5e065d-5d49-418f8869-a84286ba92b7/content>
6. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Бердянськ, БДПУ, 2016.193 с. URL:http://umo.edu.ua/images/content/aspirantura/zabezp_discipl/Cherezova%20I.O.%20Psykhohohiya%20zhyttyevykh%20kryz%20osobystosti.PDF
7. Шебанова В.І. Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях: Навчально-методичні рекомендації [Текст] / В. І. Шебанова. Херсон: Вид-во ПП Вишемирський В.С., 2017. 136 с . URL:https://document.kdu.edu.ua/info_zab/053_1549.pdf
8. Екстремальна психологія: методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія / уклад. О.М. Амплєєва. Одеса : Бондаренко М.О., 2024. 75 с.
9. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник [для студ. вищ. навч. закл.] Полтава : АСМІ, 2010. 240 с.
10. Галасюк С.С., Нездоймінов С.Г. Професійна етика психолога : навч.-практ. посіб. Київ: ФОП Гуляєва В.М., 2019. 204 с.
11. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів, 2019. 424 с.
12. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с. URL: https://k-s.org.ua/wp-content/uploads/2019/08/Posibnuk_A5-1-1.pdf
13. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. / укл. : П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та інш.; рец. : В. Д. Мішиєв, Н. Г. Пшук. Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 81 с.
14. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/84274034.pdf>
15. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання

психологічної допомоги: методичні рекомендації. Миколаїв: Ілліон. 2016. 224 с.

16. Мур Томас. Піклування про душу: як сповнити глибиною і сенсом щоденне життя / пер. з англ. О.Демиденко; за фах.ред. Д. Зелеського і О. Фешовця. Львів: Вид-во «Астролябія», 2020. 448 с.

17. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / за заг. ред. К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с. URL: <http://surl.li/fvmje>

18. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

19. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.

20. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник / за заг.ред Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>

21. Панок В. Г. Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи / Центр, соц. експертиз і прогнозів ін.-ту соціол. НАН України та ін. К., 2019. 104 с. URL: <http://surl.li/fvltld>

22. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. 2-е видання, доповнене. К., 2021. 216

23. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. К.: ВНТУ, 2018. 108 с.

24. Психологія екстремальної діяльності [Текст] : навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. Х. : НА НГУ, 2016. 571 с. : іл. 11; табл. 11; бібліогр. : 81 назва.

25. Сантандер Хеґе та ін. Групи психологічної підтримки дорослих, які втратили близьких людей внаслідок різних обставин. Методичний посібник. 2017. 152 с.

26. Сулятицький І., Островська К., Осьодло В. та ін. Психолого-корекційний практикум травм війни: навч. посібник. Львів, 2019. 396 с.

27. Тероризм: теоретико-прикладні аспекти: навчальний посібник / кол. авторів; за заг. ред. проф. В.К. Грищука. Львів: ЛьвДУВС, 2011. 328 с. URL: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/4838/1/protydija_teroryzmu.pdf

Монографії та інші наукові видання:

1. Саврасов М.В., Касрашвілі Т.Г., Панфілова Г.Б. Психологічно-теоретичні основи та особливості емоційної дисрегуляції в пацієнтів із нервовою анорексією. Науковий журнал «Габітус». Випуск 69, Том 2. 2025. С 33-37. Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу: http://habitus.od.ua/journals/2025/69-2025/part_2/8.pdf

2. Камінська А.М., Панфілова Г.Б, Чириченко Ю.В. Психологічна допомога у період кризи середнього віку шляхом психокорекції в процесі

АСПП із використанням художніх творів. *Науковий журнал «Габітус»*. № 27, 2021. С. 114 - 119. Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу: <http://habitus.od.ua/journals/2021/27-2021/21.pdf>

3. Батраченко І.Г., Панфілова Г.Б., Скланська О.В. Розширення життєвої антиципації особистості як ресурс психологічної допомоги в умовах війни. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 33 (72) № 4 2022.* С.104-109. Режим доступу https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/4_2022/18.pdf

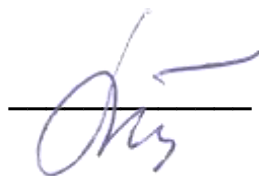
4. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації [Текст]: монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

Інтернет-ресурси:

1. Пошукова система Google Scholar <http://scholar.google.com/>
2. Пошукова система Springer <https://link.springer.com/>
3. Пошукова система Google books <https://books.google.com/>
4. Пошукова система WorldWideScience.org <https://worldwidescience.org/>
5. Пошукова система DOAJ <https://www.doaj.org/>
6. Пошукова система DOAB <https://www.doabooks.org/>
7. Пошукова система Springer Open <https://www.springeropen.com/>

Розглянуто і схвалено на засіданні кафедри психології, протокол 19.08.2025 № 1.

Завідувач кафедри



Людмила ПРИСНЯКОВА

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**ПЛАНІ СЕМІНАРСЬКИХ (ПРАКТИЧНИХ) ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь

Магістр

(назва ступеня вищої освіти)

Спеціальність

С4 Психологія

(шифр і назва)

Освітня програма

«Психологія», наказ від 24.04.2025 № 32-02

(назва, дата і № наказу про затвердження ОП)

Форма навчання

Денна

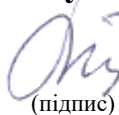
(денна/заочна)

у 2025/2026 навчальному році

Плани семінарських (практичних) занять
обговорені та схвалені на засіданні
кафедри психології

протокол від 19.08.2025 № 1

Завідувач кафедри психології


(підпис)

Людмила ПРИСНЯКОВА

Дніпро – 2025

Психологічна допомога в надзвичайних ситуаціях // Плани семінарських, практичних занять та занять з самостійної роботи для денної форми навчання. Дніпро : ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2025. 40 с.

РОЗРОБНИК(-И): Панфілова Г.Б. кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет».

Розглянуто та схвалено на засіданні кафедри загальної психології.
Протокол від «19» серпня 2025 р. № 1

ТЕМА 1. Основні категорії психології надзвичайних ситуацій та кризової психології

Практичне заняття №1, 2_ – 4 год.

План

1. Базові категорії кризової психології та психології надзвичайних ситуацій: «психологічна проблема», «життєва ситуація особистості», «криза», «критична ситуація», «надзвичайна ситуація», «кризова подія», «кризовий стан», «психічна травма».
2. Рівні надання психологічної допомоги на етапі комплексного реагування після чи під час екстремальної ситуації.
3. Загальна характеристика методів кризової психології
4. Психологічний зміст, сутність і стадії переживання життєвої кризи.

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню: психологічна проблема, життєва ситуація особистості, криза, критична ситуація, надзвичайна ситуація, кризова подія, кризовий стан, психічна травма, переживання, рівні надання психологічної допомоги.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

1. Здатність аналізувати основні категорії дисципліни «Психологічна допомога в надзвичайних ситуаціях».
2. Здатність аналізувати типологію криз.
3. Уміння здійснювати аналіз рівнів надання психологічної допомоги.
4. Розвиток критичного мислення, зокрема вміння аналізувати інформацію щодо видів переживання.
5. Удосконалення комунікаційних навичок для обговорення та взаємодії з іншими здобувачами освіти щодо важливих аспектів надання психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях.

Завдання для самостійної роботи до Теми 1:

1. Проаналізуйте ключові питання з історії виникнення та розвитку «Психології надзвичайних ситуацій».
2. Проаналізуйте концепцію життєвого шляху за Л.Бурлачуком, О.Коржовою («Психологія життєвих ситуацій»).
3. Опишіть біографічні кризи за Р.А.Ахмеровим
4. Охарактеризуйте природу складових критичної ситуацій та кризового стану, що породжують необхідність у переживанні (за Ф.Є. Василюком): стресу, фрустрації, конфлікту та кризи.
5. Охарактеризуйте окремі почуття у кризі (тривога, безпорадність, сором, гнів, вина, агресія тощо). Наведіть приклади.
6. Проаналізуйте типи криз: травматичні, кризи розвитку, втрати, суїцид

альні кризи

Індивідуальні завдання до Теми 1:

Підготуйте доповіді за наступними темами.

1. Психологія екстремальної діяльності.
2. Історія становлення кризової психології
3. Методи кризової психології
4. Вікові кризи особистості.
5. Життєві кризи особистості.
6. Психологічна травма: типи, діагностика, рівні проявів, потенційні наслідки.

ТЕМА 2. Психотравмівні наслідки перебування в екстремальній ситуації

Практичне заняття №3, 4_ – 4 год.

План

1. Гостра стресова реакція (ідентифікація та основні ознаки)
2. Управління психофізіологічними реакціями на стрес
3. Набута (вивчена) безпорадність

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню:

гостра стресова реакція, гострий стресовий розлад, посттравматичний стресовий розлад, психофізіологічна реакція, вивчена безпорадність, опановуюча поведінка.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

- вміння визначати психічний стан особистості та її психічні реакції на певні кризові ситуації;
- вміння аналізувати стратегії подолання критичних ситуацій;
- вміння аналізувати способи соціально-психологічного впливу на особистість;
- здатність виокремлювати та аналізувати феномен опановуючої поведінки.

Завдання для самостійної роботи до Теми 2:

1. Проаналізуйте статтю Дудник, О. (2021). Набута безпорадність та депресія: особливості взаємозв'язку. *Психологічний журнал*, (7), 37–45. <http://psyj.udpu.edu.ua/article/view/234571>
2. Попов В.М. Емоційний компонент набутої безпорадності працівників ДСНС України. *Наука і освіта*. № 2-3. 2016. С. 169 – 173. https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2016/2-3_2016/30.pdf

Індивідуальні завдання до Теми 2:

Підготуйте доповіді за наступними темами.

1. Набута безпорадність
2. Методи попередження та опанування стресом

ТЕМА 3. Перша психологічна допомога: загальна характеристика об'єкту, етапів і заходів

Практичне заняття №5,6 – 4 год.

План

1. Етичні принципи надання першої психологічної допомоги
2. Алгоритм дій при наданні першої психологічної допомоги.
3. Оперативні принципи ППД - підготуватися, спостерігати, слухати і з'єднувати.
4. Протокол надання першої психологічної допомоги (Б. Рафаель)
5. Протокол надання ППД в гострих стресових ситуаціях (О. Гершанов)
6. ППП: покрокове керівництво для членів загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста України.
7. Надання ППД особам з агресивною поведінкою
8. Надання ППД особам з ознаками ступору.
9. Надання ППД особам з ознаками апатії.
10. Надання ППД особам із ознаками рухового збудження, дезорієнтації, страху, паніки
11. Надання ППД особам з ознаками істерики
12. Надання ППД особам з ознаками горя та спробою вчинити суїцид
13. Практикум навичок ППД.

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню:
перша психологічна допомога, етичні принципи надання ППД, ознаки страху, паніки, ступору, апатії, істерики при наданні ППД, ознаки горя, ППД при спробі вчинити суїцид.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

- здатність аналізувати сучасні уявлення про першу психологічну допомогу;
- здатність аналізувати уявлення про принципи надання психологічної допомоги людям, які пережили травмівні події; методи кризового консультування і стимулювання життєстійкості;
- уміння організовувати і надавати психологічну допомогу людям, які перебувають в кризових, екстремальних ситуаціях;

– застосовувати протоколи надання першої психологічної допомоги.

Завдання для самостійної роботи до Теми 3:

Підготуйте письмові відповіді на питання.

1. Що слід говорити і як поводитись з особами, які переживають травматичну подію або гуманітарну кризу?.
2. Рекомендації особам, що надають першу психологічну допомогу.

Індивідуальні завдання до Теми 3:

Підготуйте презентації за наступними питаннями.

1. Перша ментальна допомога в стресовій ситуації (М.Фархі)
2. Структура першої психологічної допомоги військовослужбовцю при негативних психічних реакціях та станах
3. Протокол надання першої психологічної допомоги (І. Пінчук)
4. Техніки та вправи для емоційної регуляції та саморегуляції станів

ТЕМА 4. Робота з горем та втратою

Практичне заняття №7, 8 – 4 год.

План

1. Теоретичні питання психології горя і втрати.
2. Горе як процес.
3. Стадії переживання горя.
4. «Нормальне» та «патологічне» горе. Загальні симптоми горя. Соматичні порушення.
5. Завдання горя.
6. Відчуття провини, занурення в образ померлого. Відчуття спустошеності, дратівливості. Ідеалізація померлого. Конфлікт гніву з ідеалізацією.
7. Фази горя і стадії переживання втрати. Шок і оціпеніння. Фаза страждання – дезорганізації. Фаза залишкових поштовхів і реорганізації. Фаза завершення.
8. Психологічний практикум при роботі з втратою та горем.

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню: нормальне горе, патологічне горе, стадії переживання горя та втрати, завдання горя.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

- здатність аналізувати сучасні уявлення про нормальне та патологічне

горе;

- здатність розуміти та аналізувати етапи проживання горя;
- здатність будувати стратегію психологічної роботи з урахуванням певного етапу переживання горя;
- здатність добирати техніки допомоги та самодопомоги при втраті.

Завдання для самостійної роботи до Теми 4:

1. Проаналізуйте зміст специфічних порушень дихання, фізичної перевтоми, втрати апетиту, порушення сну (кошмари, безсоння) при втраті та горі.
2. Принципи роботи психолога з людьми, які переживають втрату
3. Технологій психологічної допомоги в ситуації горя
4. Методи самодопомоги в ситуації горя

Індивідуальні завдання до Теми 4:

Створення презентацій за темами:

1. Методи спрямовані на зміни у повсякденному житті:
2. Методи спрямовані на примирення та прийняття втрати:
3. Технології психологічної допомоги в ситуації горя
4. Метод роботи з горем, запропонований Джоном Джеймсом і Раселом Фрідманом (матеріал взято зі статті Баканової А.А. «Психотерапія горя: історія становлення та поточна практика в зарубіжних дослідженнях».)
5. Мовні кліше в роботі з людьми, які переживають втрату
6. Принципи роботи психолога з людьми, які переживають втрату.

ТЕМА 5. Сучасні напрямки психологічної допомоги в кризових станах особистості.

Практичне заняття №9, 10 – 4 год.

План

1. Навички для психологічного відновлення
2. Психологічні методи зняття стресового напруження
3. Психологічні ресурси особистості: модель BASIC Ph
4. Психодіагностика ресурсів особистості

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню: стресове напруження, кризові стани, психологічні ресурси особистості, види психологічних ресурсів.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

- уміння аналізувати основні проблеми психологічної допомоги в кризових станах;
- розрізняти та виокремлювати основні види психологічних ресурсів;
- навички використання методів зняття стресового напруження.

Завдання для самостійної роботи до Теми 5:

Підготуйте презентації, в яких ви розкриєте вправи, рекомендовані для виведення надлишків адреналіну з організму та зняття м'язової напруги при стресових станах

Індивідуальні завдання до Теми 5:

1. Проаналізуйте публікації щодо допомоги особистості в кризових станах в психологічних журналах та визначте, як в них представлені основні проблеми сучасної психології. Напишіть есе.
2. Проаналізуйте публікації щодо психологічних ресурсів особистості в психологічних журналах та визначте, як в них представлені основні проблеми сучасної психології. Напишіть есе.

ТЕМА 6. Профілактика та подолання професійного вигорання у психологів

Практичне заняття №11, 12 – 4 год

План

1. Професійне вигорання у психологів та представників допомагаючих професій: основні причини.
2. Профілактика професійного вигорання
3. Турбота про себе і колег.
4. Антистресові вправи

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню: професійне вигорання, специфіка допомагаючих професій, психологічні ресурси, засоби запобігання професійній деформації.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

- формувати у здобувачів освіти здатність аналізувати сучасні уявлення про професійне вигорання представників допомагаючих професій;
- здатність усвідомлювати специфіку впливу допомагаючої професії на особистість, зокрема, впливу професії психолога на особистість;
- уміння своєчасно помічати маркери вигорання;
- здатність застосовувати методи попередження професійного вигорання у представників допомагаючих професій.

Завдання для самостійної роботи до Теми 6:

Проаналізуйте публікації наукових статей щодо професійного вигорання психологів. Напишіть есе.

Індивідуальні завдання до Теми 6:

Підготуйте презентації

1. Професійне вигорання як психофізіологічна проблема
2. Вторинна травма: ознаки, симптоми, причини.
3. Профілактика професійного вигорання психологів
4. Методи самодопомоги при вторинній травматизації

ТЕМА 7. Особливості надання психологічної допомоги особам, які пережили стресову подію.

Практичне заняття №13, 14 – 4 год.

План

1. Види гострих психічних реакцій на стрес та стресову подію.
2. Особливості надання психологічної допомоги, основні протоколи.
3. Надання ПД особам з агресивною поведінкою, ступору, апатії.
4. Надання ПД особам із ознаками рухового збудження, дезорієнтації, з ознаками паніки, нервового тремтіння.
5. Надання ПД особам з ознаками галюцинацій та марення.
6. Надання ПД особам з ознаками плачу, істерики.
7. Надання ПД особам з ознаками горя.
8. Ризики та психопрофілактика суїцидальної поведінки.

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню: стресова подія, гострі психічні реакції, психологічна допомога, ознаки агресивної поведінки, ступору, апатії, рухового збудження, дезорієнтації, паніки, нервового тремтіння, істерики; суїцидальна поведінка.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

- формувати у здобувачів освіти здатність аналізувати сучасні уявлення про види гострих психічних реакцій на стрес та стресову подію;
- здатність надавати психологічну допомогу, володіти основними протоколами ПД;
- здатність виявляти ризики суїцидальної поведінки, впроваджувати методи психопрофілактики.

Завдання для самостійної роботи до Теми 7:

Проаналізуйте публікації наукових статей щодо надання психологічної допомоги особам, що пережили стресову подію. Напишіть есе.

Індивідуальні завдання до Теми 7:

Підготуйте презентації

1. Надання ПД особі зі спробою вчинити суїцид.
2. Техніки та вправи для емоційної регуляції та саморегуляції станів.
3. Синдром вцілілого.
4. Профілактика суїцидальної поведінки.

ТЕМА 8. Профілактика психологічних травм та підвищення стійкості до стресу

Практичне заняття №15, 16 – 4 год.

План

1. Адаптаційні ресурси особистості: індивідуальні і групові способи їх збільшення. Як впливати на відповідальність особистості за власний стан у кризових ситуаціях.
2. Здоровий спосіб життя та можливості підвищення стресостійкості.
3. Емоційна культура як резерв самодопомоги.
4. Особистісна життєстійкість та можливості її розвитку.
5. Методи саморегуляції, самоопанування, стимулювання життєстійкості.
6. Посттравматичне зростання.

Основні поняття, терміни та категорії, що підлягають засвоєнню: стресостійкість, життєстійкість, саморегуляція, самодопомога, психологічні ресурси, здоровий спосіб життя, посттравматичне зростання.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

- сформувати у здобувачів освіти здатність аналізувати сучасні уявлення про психологічні травми та їх профілактику;
- сформувати у здобувачів освіти здатність аналізувати сучасні уявлення про стресостійкість, набуття навичок роботи щодо підвищення стійкості до стресу.

Завдання для самостійної роботи до Теми 8:

Проаналізуйте публікації наукових статей щодо підвищення стресостійкості. Напишіть есе.

Індивідуальні завдання до Теми 8:

Підготуйте презентації

1. Тіло як ресурс.
2. Актуалізація резервів самодопомоги в кризових ситуаціях
3. Антиципація стресостійкості та життєтворчості.
4. Методи профілактики психологічних травм.
5. Стресостійкість та життєстійкість як категорії сучасної психології.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Рекомендована література до Теми 1:

Основна:

1. Бурлакова І.А. Кризова психологія. Навчально-методичний матеріал. Київ, Видавництво КРЦПК, 2022. 84 с. URL:https://cpk.org.ua/wpcontent/uploads/2023/03/krizova_psihologiya_burlakova.i.a..pdf
2. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях К. : Педагогічна думка, 2016. 219 с. URL:<https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf>
3. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. 2015. 207 с.
3. Психологія екстремальних та кризових ситуацій : навч.-метод. посіб. для студ. денної та заочної форм навчання освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» за спеціальністю 053 «Психологія» / Романовський О. Г., Черкашин А. І., Грень Л.М. та ін. –Харків: Видавництво Іванченка І. С., 2022. 356 с. URL:<https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/1d5e065d-5d49-418f8869-a84286ba92b7/content>
4. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Бердянськ, БДПУ, 2016.193 с. URL:http://umo.edu.ua/images/content/aspirantura/zabezp_discipl/Cherezova%20I.O.%20Psykhoholohiya%20zhyttyevykh%20kryz%20osobystosti.PDF
5. Шебанова В.І. Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях: Навчально-методичні рекомендації [Текст] / В. І. Шебанова. Херсон: Вид-во ПП Вишемирський В.С., 2017. 136 с . URL:https://document.kdu.edu.ua/info_zab/053_1549.pdf
6. Екстремальна психологія: методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія / уклад. О.М. Амплєєва. – Одеса : Бондаренко М.О., 2024. 75 с.

Додаткова:

1. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник [для студ. вищ. навч. закл.] – Полтава : АСМІ, 2010. – 240 с.
2. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. – Львів : Свічадо, 2015. – 448 с.
3. Галасюк С.С., Нездоймінов С.Г. Професійна етика психолога : навч.- практ. посіб. Київ: ФОП Гуляєва В.М., 2019. 204 с.
4. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів, 2019. 424 с.
5. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с. URL: https://k-s.org.ua/wp-content/uploads/2019/08/Posibnuk_A5-1-1.pdf
6. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. / укл. : П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та інш.; рец. : В. Д. Мішиєв, Н. Г. Пшук. – Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 81 с.
7. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. В. Тімченка. К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
8. Камінська А.М., Панфілова Г.Б., Чириченко Ю.В. Психологічна допомога у період кризи середнього віку шляхом психокорекції в процесі АСПП із використанням художніх творів *Науковий журнал «Габітус»*. № 27, 2021. С. 114 - 119. Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу: <http://habitus.od.ua/journals/2021/27-2021/21.pdf>
9. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги: методичні рекомендації. Миколаїв: Ілліон. 2016. 224 с.
10. Мур Томас. Піклування про душу: як сповнити глибиною і сенсом щоденне життя / пер. з англ. О.Демиденко; за факс.ред. Д. Зелеського і О. Фешовця. Львів: Вид-во «Астролябія», 2020. 448 с.
11. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / за заг. ред. К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с. URL: <http://surl.li/fvmje>
12. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
13. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник / за заг.ред Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>
15. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. К. : Наш формат, 2017.

1068 с. URL: <http://surl.li/fvmij>

16. Панок В. Г. Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи / Центр, соц. експертиз і прогнозів ін.-ту соціол. НАН України та ін. К., 2019. 104 с. URL: <http://surl.li/fvltld>

17. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. 2-е видання, доповнене. К., 2021. 216

18. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. К.: ВНТУ, 2018. 108 с.

19. Протокол діагностики та терапії ПТСР (NICE). URL: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf

20. Психологія екстремальної діяльності [Текст] : навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х. : НА НГУ, 2016. – 571 с. : іл. 11; табл. 11; бібліогр. : 81 назва.

21. Саврасов М.В., Касрашвілі Т.Г., Панфілова Г.Б. Психологічно-теоретичні основи та особливості емоційної дисрегуляції в пацієнтів із нервовою анорексією. *Науковий журнал «Габітус»*. Випуск 69, Том 2. 2025. С 33-37.

Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу: http://habitus.od.ua/journals/2025/69-2025/part_2/8.pdf

22. Сантандер Хеге та ін. Групи психологічної підтримки дорослих, які втратили близьких людей внаслідок різних обставин. Методичний посібник. 2017. 152 с.

23. Сулятицький І., Островська К., Осьодло В. та ін. Психолого-корекційний практикум травм війни: навч. посібник. Львів, 2019. 396 с.

24. Тероризм: теоретико-прикладні аспекти: навчальний посібник / кол. авторів; за заг. ред. проф. В.К. Грищука. Львів: ЛьвДУВС, 2011. 328 с. URL:

https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/4838/1/protydija_teroryzmu.pdf

25. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомогі в умовах тривалої травматизації [Текст]: монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

26. Lazorko, O., Koval, S., Hrek, O., Shkrabiuk, V., Kulesha-Liubinets, M., & Bihun, N. Psychological Security of the Individual as a Functional Component of Professional Activity. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 2021, 12(4), 455-473. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/12.4/259>

27. Vasylieva, N., Kulesha-Liubinets, M., Trubaieva, K., Dub, M., Ribtsun, Y., & Ivantsev, N. Speech Therapy as a Component of Comprehensive Rehabilitation of Patients with Acute Impairment of Cerebral Circulation. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 2022, 13(3), 181-194. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/13.3/361>

Рекомендована література до Теми 2:

Основна:

1. Бурлакова І.А. Кризова психологія. Навчально-методичний

матеріал. Київ, Видавництво КРЦПК, 2022. 84 с.
URL:https://cpk.org.ua/wpcontent/uploads/2023/03/krizova_psihologiya_burlakov_a.i.a..pdf

2. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях К. : Педагогічна думка, 2016. 219 с. URL:<https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf> 3. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. 2015. 207 с.

3. Психологія екстремальних та кризових ситуацій : навч.-метод. посіб. для студ. денної та заочної форм навчання освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» за спеціальністю 053 «Психологія» / Романовський О. Г., Черкашин А. І., Грень Л.М. та ін. –Харків: Видавництво Іванченка І. С., 2022. 356 с. URL:<https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/1d5e065d-5d49-418f8869-a84286ba92b7/content>

4. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Бердянськ, БДПУ, 2016.193 с.
URL:http://umo.edu.ua/images/content/aspirantura/zabezp_discipl/Cherezova%20I.O.%20Psykhohohiya%20zhyttyevykh%20kryz%20osobystosti.PDF

5. Шебанова В.І. Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях: Навчально-методичні рекомендації [Текст] / В. І. Шебанова. Херсон: Вид-во ПП Вишемирський В.С., 2017. 136 с .
URL:https://document.kdu.edu.ua/info_zab/053_1549.pdf

6. Екстремальна психологія: методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія / уклад. О.М. Амплєєва. – Одеса : Бондаренко М.О., 2024. 75 с.

Додаткова:

1. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник [для студ. вищ. навч. закл.] – Полтава : АСМІ, 2010. – 240 с.

2. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. – Львів : Свічадо, 2015. –448 с.

3. Галасюк С.С., Нездоймінов С.Г. Професійна етика психолога : навч.- практ. посіб. Київ: ФОП Гуляєва В.М., 2019. 204 с.

4. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім’ї до політичного терору. Львів, 2019. 424 с.

5. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров’я Українського католицького університету, 2016. 96 с. URL: https://k-s.org.ua/wp-content/uploads/2019/08/Posibnuk_A5-1-1.pdf

6. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. В. Тімченка. К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.

7. Камінська А.М., Панфілова Г.Б, Чириченко Ю.В. Психологічна допомога у період кризи середнього віку шляхом психокорекції в процесі АСПП із використанням художніх творів *Науковий журнал «Габітус»*. № 27, 2021. С. 114 - 119. Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу: <http://habitus.od.ua/journals/2021/27-2021/21.pdf>
8. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/84274034.pdf>
9. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги: методичні рекомендації. Миколаїв: Ілліон. 2016. 224 с.
10. Мур Томас. Піклування про душу: як сповнити глибиною і сенсом щоденне життя / пер. з англ. О.Демиденко; за фах.ред. Д. Зелеського і О. Фешовця. Львів: Вид-во «Астролябія», 2020. 448 с.
11. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / за заг. ред. К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с. URL: <http://surl.li/fvmje>
12. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
13. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник / за заг.ред Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>
15. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. К. : Наш формат, 2017. 1068 с. URL: <http://surl.li/fvmij>
16. Панок В. Г. Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи / Центр, соц. експертиз і прогнозів ін.-ту соціол. НАН України та ін. К., 2019. 104 с. URL: <http://surl.li/fvltld>
17. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. 2-е видання, доповнене. К., 2021. 216
18. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. К.: ВНТУ, 2018. 108 с.
19. Протокол діагностики та терапії ПТСР (NICE). URL: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf
20. Психологія екстремальної діяльності [Текст] : навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х. : НА НГУ, 2016. – 571 с. : іл. 11; табл. 11; бібліогр. : 81 назва.
21. Саврасов М.В., Касрашвілі Т.Г., Панфілова Г.Б. Психологічно-теоретичні основи та особливості емоційної дисрегуляції в пацієнтів із нервовою анорексією. *Науковий журнал «Габітус»*. Випуск 69, Том 2. 2025. С 33-37. Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу:

http://habitus.od.ua/journals/2025/69-2025/part_2/8.pdf

22. Сантандер Хеґе та ін. Групи психологічної підтримки дорослих, які втратили близьких людей внаслідок різних обставин. Методичний посібник. 2017. 152 с.

23. Сулятицький І., Островська К., Осьодло В. та ін. Психолого-корекційний практикум травм війни: навч. посібник. Львів, 2019. 396 с.

24. Тероризм: теоретико-прикладні аспекти: навчальний посібник / кол. авторів; за заг. ред. проф. В.К. Грищука. Львів: ЛьвДУВС, 2011. 328 с. URL:

https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/4838/1/protydija_teroryzmu.pdf

25. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомогі в умовах тривалої травматизації [Текст]: монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

26. Lazorko, O., Koval, S., Hrek, O., Shkrabiuk, V., Kulesha-Liubinet, M., & Bihun, N. Psychological Security of the Individual as a Functional Component of Professional Activity. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 2021, 12(4), 455-473. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/12.4/259>

27. Vasylieva, N., Kulesha-Liubinet, M., Trubaieva, K., Dub, M., Ribtsun, Y., & Ivantsev, N. Speech Therapy as a Component of Comprehensive Rehabilitation of Patients with Acute Impairment of Cerebral Circulation. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 2022, 13(3), 181-194. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/13.3/361>

Рекомендована література до Теми 3:

Основна:

1. Бурлакова І.А. Кризова психологія. Навчально-методичний матеріал. Київ, Видавництво КРЦПК, 2022. 84 с. URL:https://cpk.org.ua/wpcontent/uploads/2023/03/krizova_psihologiya_burlakov_a.i.a..pdf

2. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях К. : Педагогічна думка, 2016. 219 с. URL:<https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf> 3. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. 2015. 207 с. URL:<http://psychology->

3. Перша психологічна допомога: Посібник для працівників на місцях. К.: Університетське видавництво «ПУЛЬСАРИ», 2017. 66 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9786176150787-ukr.pdf;jsessionid=6E53BAAB313D4A5A42A47127781D319D?sequence=72>

4. Психологія екстремальних та кризових ситуацій : навч.-метод. посіб. для студ. денної та заочної форм навчання освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» за спеціальністю 053 «Психологія» / Романовський О. Г.,

Черкашин А. І., Грень Л.М. та ін. –Харків: Видавництво Іванченка І. С., 2022. 356 с. URL:<https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/1d5e065d-5d49-418f8869-a84286ba92b7/content>

5. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Бердянськ, БДПУ, 2016.193 с.

URL:http://umo.edu.ua/images/content/aspirantura/zabezp_discipl/Cherezova%20I.O.%20Psykhoholohiya%20zhyttyevykh%20kryz%20osobystosti.PDF

6. Шебанова В.І. Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях: Навчально-методичні рекомендації [Текст] / В. І. Шебанова. Херсон: Вид-во ПП Вишемирський В.С., 2017. 136 с . URL:https://document.kdu.edu.ua/info_zab/053_1549.pdf

7. Екстремальна психологія: методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія / уклад. О.М. Амплєєва. – Одеса : Бондаренко М.О., 2024. 75 с.

Додаткова:

1. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів, 2019. 424 с.

2. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с. URL: https://k-s.org.ua/wp-content/uploads/2019/08/Posibnuk_A5-1-1.pdf

3. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. В. Тімченка. К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.

4. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги: методичні рекомендації. Миколаїв: Ілліон. 2016. 224 с.

5. Мур Томас. Піклування про душу: як сповнити глибиною і сенсом щоденне життя / пер. з англ. О.Демиденко; за факх.ред. Д. Зелеського і О. Фешовця. Львів: Вид-во «Астролябія», 2020. 448 с.

6. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / за заг. ред. К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с. URL: <http://surl.li/fvmje>

7. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

8. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.

9. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник / за заг.ред Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>

10. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. К. : Наш формат, 2017.

1068 с. URL: <http://surl.li/fvmij>

11. Панок В. Г. Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи / Центр, соц. експертиз і прогнозів ін.-ту соціол. НАН України та ін. К., 2019. 104 с. URL: <http://surl.li/fvlttd>

12. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. 2-е видання, доповнене. К., 2021. 216

13. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. К.: ВНТУ, 2018. 108 с.

14. Протокол діагностики та терапії ПТСР (NICE). URL: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf

15. Психологія екстремальної діяльності [Текст] : навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х. : НА НГУ, 2016. – 571 с. : іл. 11; табл. 11; бібліогр. : 81 назва.

16. Саврасов М.В., Касрашвілі Т.Г., Панфілова Г.Б. Психологічно-теоретичні основи та особливості емоційної дисрегуляції в пацієнтів із нервовою анорексією. *Науковий журнал «Габітус»*. Випуск 69, Том 2. 2025. С 33-37.

Index Copernicus, Google Scholar

Режим доступу: http://habitus.od.ua/journals/2025/69-2025/part_2/8.pdf

17. Сантандер Хеґе та ін. Групи психологічної підтримки дорослих, які втратили близьких людей внаслідок різних обставин. Методичний посібник. 2017. 152 с.

18. Сулятицький І., Островська К., Осьодло В. та ін. Психолого-корекційний практикум травм війни: навч. посібник. Львів, 2019. 396 с.

19. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомогі в умовах тривалої травматизації [Текст]: монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

20. Lazorko, O., Koval, S., Hrek, O., Shkrabiuk, V., Kulesha-Liubinet, M., & Bihun, N. Psychological Security of the Individual as a Functional Component of Professional Activity. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 2021, 12(4), 455-473. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/12.4/259>

21. Vasylieva, N., Kulesha-Liubinet, M., Trubaieva, K., Dub, M., Ribtsun, Y., & Ivantsev, N. Speech Therapy as a Component of Comprehensive Rehabilitation of Patients with Acute Impairment of Cerebral Circulation. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 2022, 13(3), 181-194. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/13.3/361>

Рекомендована література до Теми 4:

Основна:

1. Бурлакова І.А. Кризова психологія. Навчально-методичний матеріал. Київ, Видавництво КРЦПК, 2022. 84 с. URL: https://cpk.org.ua/wpcontent/uploads/2023/03/krizova_psihologiya_burlakova.i.a..pdf

2. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика

особистості у кризових життєвих ситуаціях К. : Педагогічна думка, 2016. 219 с. URL:<https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf> 3. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. 2015. 207 с.

3. Психологія екстремальних та кризових ситуацій : навч.-метод. посіб. для студ. денної та заочної форм навчання освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» за спеціальністю 053 «Психологія» / Романовський О. Г., Черкашин А. І., Грень Л.М. та ін. –Харків: Видавництво Іванченка І. С., 2022. 356 с. URL:<https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/1d5e065d-5d49-418f8869-a84286ba92b7/content>

4. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Бердянськ, БДПУ, 2016.193 с. URL:http://umo.edu.ua/images/content/aspirantura/zabezp_discipl/Cherezova%20I.O.%20Psykhohohiya%20zhyttyevykh%20kryz%20osobystosti.PDF

5. Шебанова В.І. Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях: Навчально-методичні рекомендації [Текст] / В. І. Шебанова. Херсон: Вид-во ПП Вишемирський В.С., 2017. 136 с . URL:https://document.kdu.edu.ua/info_zab/053_1549.pdf

6. Екстремальна психологія: методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія / уклад. О.М. Амплєєва. – Одеса : Бондаренко М.О., 2024. 75 с.

Додаткова:

1. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник [для студ. вищ. навч. закл.] – Полтава : АСМІ, 2010. – 240 с.

2. Брієр Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. – Львів : Свічадо, 2015. –448 с.

3. Галасюк С.С., Нездоймінов С.Г. Професійна етика психолога : навч.- практ. посіб. Київ: ФОП Гуляєва В.М., 2019. 204 с.

4. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім’ї до політичного терору. Львів, 2019. 424 с.

5. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров’я Українського католицького університету, 2016. 96 с. URL: https://k-s.org.ua/wp-content/uploads/2019/08/Posibnuk_A5-1-1.pdf

6. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. / укл. : П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та інш.; рец. : В. Д. Мішиєв, Н. Г. Пшук. – Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 81 с.

7. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. В.

Тімченка. К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.

8. Камінська А.М., Панфілова Г.Б., Чириченко Ю.В. Психологічна допомога у період кризи середнього віку шляхом психокорекції в процесі АСПП із використанням художніх творів *Науковий журнал «Габітус»*. № 27, 2021. С. 114 - 119. Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу: <http://habitus.od.ua/journals/2021/27-2021/21.pdf>

9. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/84274034.pdf>

10. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги: методичні рекомендації. Миколаїв: Ілліон. 2016. 224 с.

11. Мур Томас. Піклування про душу: як сповнити глибиною і сенсом щоденне життя / пер. з англ. О.Демиденко; за факх.ред. Д. Зелеського і О. Фешовця. Львів: Вид-во «Астролябія», 2020. 448 с.

12. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / за заг. ред. К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с. URL: <http://surl.li/fvmje>

13. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.

15. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник / за заг.ред Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>

16. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. К. : Наш формат, 2017. 1068 с. URL: <http://surl.li/fvmij>

17. Панок В. Г. Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи / Центр, соц. експертиз і прогнозів ін.-ту соціол. НАН України та ін. К., 2019. 104 с. URL: <http://surl.li/fvltld>

18. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. 2-е видання, доповнене. К., 2021. 216

19. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. К.: ВНТУ, 2018. 108 с.

20. Протокол діагностики та терапії ПТСП (NICE). URL: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf

21. Психологія екстремальної діяльності [Текст] : навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х. : НА НГУ, 2016. – 571 с. : іл. 11; табл. 11; бібліогр. : 81 назва.

22. Саврасов М.В., Касрашвілі Т.Г., Панфілова Г.Б. Психологічно-теоретичні основи та особливості емоційної дисрегуляції в пацієнтів із нервовою анорексією. *Науковий журнал «Габітус»*. Випуск 69, Том 2. 2025. С

33-37. Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу: http://habitus.od.ua/journals/2025/69-2025/part_2/8.pdf

23. Сантандер Хеге та ін. Групи психологічної підтримки дорослих, які втратили близьких людей внаслідок різних обставин. Методичний посібник. 2017. 152 с.

24. Сулятицький І., Островська К., Осьодло В. та ін. Психолого-корекційний практикум травм війни: навч. посібник. Львів, 2019. 396 с.

25. Тероризм: теоретико-прикладні аспекти: навчальний посібник / кол. авторів; за заг. ред. проф. В.К. Грищука. Львів: ЛьвДУВС, 2011. 328 с. URL:

https://dSPACE.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/4838/1/protydija_teroryzmu.pdf

26. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомогі в умовах тривалої травматизації [Текст]: монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

27. Lazorko, O., Koval, S., Hrek, O., Shkrabiuk, V., Kulesha-Liubinet, M., & Bihun, N. Psychological Security of the Individual as a Functional Component of Professional Activity. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 2021, 12(4), 455-473. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/12.4/259>

28. Vasylieva, N., Kulesha-Liubinet, M., Trubaieva, K., Dub, M., Ribtsun, Y., & Ivantsev, N. Speech Therapy as a Component of Comprehensive Rehabilitation of Patients with Acute Impairment of Cerebral Circulation. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 2022, 13(3), 181-194. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/13.3/361>

Рекомендована література до Теми 5:

Основна:

1. Бурлакова І.А. Кризова психологія. Навчально-методичний матеріал. Київ, Видавництво КРЦПК, 2022. 84 с. URL: https://cpk.org.ua/wpcontent/uploads/2023/03/krizova_psihologiya_burlakova.i.a..pdf

2. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях К. : Педагогічна думка, 2016. 219 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf> 3. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. 2015. 207 с.

3. Психологія екстремальних та кризових ситуацій : навч.-метод. посіб. для студ. денної та заочної форм навчання освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» за спеціальністю 053 «Психологія» / Романовський О. Г., Черкашин А. І., Грень Л.М. та ін. –Харків: Видавництво Іванченка І. С., 2022. 356 с. URL: <https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/1d5e065d-5d49-418f8869-a84286ba92b7/content>

4. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний

посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.

URL: http://umo.edu.ua/images/content/aspirantura/zabezp_discipl/Cherezova%20I.O.%20Psykhoholohiya%20zhyttyevykh%20kryz%20osobystosti.PDF

5. Шебанова В.І. Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях: Навчально-методичні рекомендації [Текст] / В. І. Шебанова. Херсон: Вид-во ПП Вишемирський В.С., 2017. 136 с. URL: https://document.kdu.edu.ua/info_zab/053_1549.pdf

6. Екстремальна психологія: методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія / уклад. О.М. Амплеева. – Одеса : Бондаренко М.О., 2024. 75 с.

Додаткова:

1. Батраченко І.Г., Панфілова Г.Б., Склянська О.В. Розширення життєвої антиципації особистості як ресурс психологічної допомоги в умовах війни. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 33 (72) № 4 2022.* С.104-109. Режим доступу https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/4_2022/18.pdf

2. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник [для студ. вищ. навч. закл.] – Полтава : АСМІ, 2010. – 240 с.

3. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. – Львів : Свічадо, 2015. – 448 с.

4. Галасюк С.С., Нездоймінов С.Г. Професійна етика психолога : навч.-практ. посіб. Київ: ФОП Гуляєва В.М., 2019. 204 с.

5. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів, 2019. 424 с.

6. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с. URL: https://k-s.org.ua/wp-content/uploads/2019/08/Posibnuk_A5-1-1.pdf

7. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. / укл. : П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та інш.; рец. : В. Д. Мішиєв, Н. Г. Пшук. – Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 81 с.

8. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. В. Тімченка. К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.

9. Камінська А.М., Панфілова Г.Б., Чириченко Ю.В. Психологічна допомога у період кризи середнього віку шляхом психокорекції в процесі АСПП із використанням художніх творів *Науковий журнал «Габітус».* № 27, 2021. С. 114 - 119. Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу: <http://habitus.od.ua/journals/2021/27-2021/21.pdf>

10. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В.

Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/84274034.pdf>

11. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги: методичні рекомендації. Миколаїв: Ілліон. 2016. 224 с.

12. Мур Томас. Піклування про душу: як сповнити глибиною і сенсом щоденне життя / пер. з англ. О.Демиденко; за фах.ред. Д. Зелеського і О. Фешовця. Львів: Вид-во «Астролябія», 2020. 448 с.

13. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / за заг. ред. К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с. URL: <http://surl.li/fvmje>

14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

15. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.

16. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник / за заг.ред Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>

17. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. К. : Наш формат, 2017. 1068 с. URL: <http://surl.li/fvmij>

18. Панок В. Г. Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи / Центр, соц. експертиз і прогнозів ін.-ту соціол. НАН України та ін. К., 2019. 104 с. URL: <http://surl.li/fvltld>

19. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. 2-е видання, доповнене. К., 2021. 216

20. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. К.: ВНТУ, 2018. 108 с.

21. Протокол діагностики та терапії ПТСР (NICE). URL: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf

22. Психологія екстремальної діяльності [Текст] : навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х. : НА НГУ, 2016. – 571 с. : іл. 11; табл. 11; бібліогр. : 81 назва.

23. Саврасов М.В., Касрашвілі Т.Г., Панфілова Г.Б. Психологічно-теоретичні основи та особливості емоційної дисрегуляції в пацієнтів із нервовою анорексією. *Науковий журнал «Габітус»*. Випуск 69, Том 2. 2025. С 33-37.

Index Copernicus, Google Scholar.

Режим доступу: http://habitus.od.ua/journals/2025/69-2025/part_2/8.pdf

24. Сантандер Хеґе та ін. Групи психологічної підтримки дорослих, які втратили близьких людей внаслідок різних обставин. Методичний посібник. 2017. 152 с.

25. Сулятицький І., Островська К., Осьодло В. та ін. Психолого-корекційний практикум травм війни: навч. посібник. Львів, 2019. 396 с.

26. Тероризм: теоретико-прикладні аспекти: навчальний посібник / кол. авторів; за заг. ред. проф. В.К. Грищука. Львів: ЛьвДУВС, 2011. 328 с. URL: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/4838/1/protydija_teroryzmu.pdf

27. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомогти в умовах тривалої травматизації [Текст]: монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

28. Lazorko, O., Koval, S., Hrek, O., Shkrabiuk, V., Kulesha-Liubinets, M., & Bihun, N. Psychological Security of the Individual as a Functional Component of Professional Activity. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 2021, 12(4), 455-473. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/12.4/259>

29. Vasylieva, N., Kulesha-Liubinets, M., Trubaieva, K., Dub, M., Ribtsun, Y., & Ivantsev, N. Speech Therapy as a Component of Comprehensive Rehabilitation of Patients with Acute Impairment of Cerebral Circulation. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 2022, 13(3), 181-194. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/13.3/361>

Рекомендована література до Теми 6:

Основна:

1. Бурлакова І.А. Кризова психологія. Навчально-методичний матеріал. Київ, Видавництво КРЦПК, 2022. 84 с. URL: https://cpk.org.ua/wpcontent/uploads/2023/03/krizova_psihologiya_burlakov_a.i.a..pdf

2. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях К. : Педагогічна думка, 2016. 219 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf> 3. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. 2015. 207 с.

3. Психологія екстремальних та кризових ситуацій : навч.-метод. посіб. для студ. денної та заочної форм навчання освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» за спеціальністю 053 «Психологія» / Романовський О. Г., Черкашин А. І., Грень Л.М. та ін. –Харків: Видавництво Іванченка І. С., 2022. 356 с. URL: <https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/1d5e065d-5d49-418f8869-a84286ba92b7/content>

4. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с. URL: http://umo.edu.ua/images/content/aspirantura/zabezp_discipl/Cherezova%20I.O.%20Psykhohohiya%20zhyttyevykh%20kryz%20osobystosti.PDF

5. Шебанова В.І. Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях: Навчально-методичні рекомендації [Текст] / В. І. Шебанова. Херсон: Вид-во ПП Вишемирський В.С., 2017. 136 с. URL: https://document.kdu.edu.ua/info_zab/053_1549.pdf

6. Екстремальна психологія: методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія / уклад. О.М. Амплеева. – Одеса : Бондаренко М.О., 2024. 75 с.

Додаткова:

1. Батраченко І.Г., Панфілова Г.Б., Склянська О.В. Розширення життєвої антиципації особистості як ресурс психологічної допомоги в умовах війни. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 33 (72) № 4 2022.* С.104-109. Режим доступу https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/4_2022/18.pdf
2. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник [для студ. вищ. навч. закл.] – Полтава : АСМІ, 2010. – 240 с.
3. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. – Львів : Свічадо, 2015. –448 с.
4. Галасюк С.С., Нездоймінов С.Г. Професійна етика психолога : навч.-практ. посіб. Київ: ФОП Гуляєва В.М., 2019. 204 с.
5. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів, 2019. 424 с.
6. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с. URL: https://k-s.org.ua/wp-content/uploads/2019/08/Posibnuk_A5-1-1.pdf
7. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. / укл. : П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та інш.; рец. : В. Д. Мішиєв, Н. Г. Пшук. – Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 81 с.
8. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. В. Тімченка. К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
9. Камінська А.М., Панфілова Г.Б., Чириченко Ю.В. Психологічна допомога у період кризи середнього віку шляхом психокорекції в процесі АСПП із використанням художніх творів *Науковий журнал «Габітус».* № 27, 2021. С. 114 - 119. Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу:<http://habitus.od.ua/journals/2021/27-2021/21.pdf>
10. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/84274034.pdf>
11. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги: методичні рекомендації. Миколаїв: Ілліон. 2016. 224 с.
12. Мур Томас. Піклування про душу: як сповнити глибиною і сенсом

щоденне життя / пер. з англ. О.Демиденко; за фах.ред. Д. Зелеського і О. Фешовця. Львів: Вид-во «Астролябія», 2020. 448 с.

13. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / за заг. ред. К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с. URL: <http://surl.li/fvmje>

14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

15. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.

16. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник / за заг.ред Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>

17. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. К. : Наш формат, 2017. 1068 с. URL: <http://surl.li/fvmij>

18. Панок В. Г. Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи / Центр, соц. експертиз і прогнозів ін-ту соціол. НАН України та ін. К., 2019. 104 с. URL: <http://surl.li/fvltld>

19. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. 2-е видання, доповнене. К., 2021. 216

20. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. К.: ВНТУ, 2018. 108 с.

21. Протокол діагностики та терапії ПТСР (NICE). URL: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf

22. Психологія екстремальної діяльності [Текст] : навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х. : НА НГУ, 2016. – 571 с. : іл. 11; табл. 11; бібліогр. : 81 назва.

23. Саврасов М.В., Касрашвілі Т.Г., Панфілова Г.Б. Психологічно-теоретичні основи та особливості емоційної дисрегуляції в пацієнтів із нервовою анорексією. *Науковий журнал «Габітус»*. Випуск 69, Том 2. 2025. С 33-37. Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу: http://habitus.od.ua/journals/2025/69-2025/part_2/8.pdf

24. Сантандер Хеґе та ін. Групи психологічної підтримки дорослих, які втратили близьких людей внаслідок різних обставин. Методичний посібник. 2017. 152 с.

25. Сулятицький І., Островська К., Осьодло В. та ін. Психолого-корекційний практикум травм війни: навч. посібник. Львів, 2019. 396 с.

26. Тероризм: теоретико-прикладні аспекти: навчальний посібник / кол. авторів; за заг. ред. проф. В.К. Грищука. Львів: ЛьвДУВС, 2011. 328 с. URL: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/4838/1/protydija_teroryzmu.pdf

27. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомогти в умовах тривалої травматизації [Текст]: монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

28. Lazorko, O., Koval, S., Hrek, O., Shkrabiuk, V., Kulesha-Liubinets, M.,

& Bihun, N. Psychological Security of the Individual as a Functional Component of Professional Activity. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 2021, 12(4), 455-473. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/12.4/259>

29. Vasylieva, N., Kulesha-Liubinets, M., Trubaieva, K., Dub, M., Ribtsun, Y., & Ivantsev, N. Speech Therapy as a Component of Comprehensive Rehabilitation of Patients with Acute Impairment of Cerebral Circulation. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 2022, 13(3), 181-194. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/13.3/361>

Рекомендована література до Теми 7:

Основна:

1. Бурлакова І.А. Кризова психологія. Навчально-методичний матеріал. Київ, Видавництво КРЦПК, 2022. 84 с. URL: https://cpk.org.ua/wpcontent/uploads/2023/03/krizova_psihologiya_burlakova.i.a..pdf

2. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях К. : Педагогічна думка, 2016. 219 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf> 3. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. 2015. 207 с.

3. Психологія екстремальних та кризових ситуацій : навч.-метод. посіб. для студ. денної та заочної форм навчання освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» за спеціальністю 053 «Психологія» / Романовський О. Г., Черкашин А. І., Грень Л.М. та ін. –Харків: Видавництво Іванченка І. С., 2022. 356 с. URL: <https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/1d5e065d-5d49-418f8869-a84286ba92b7/content>

4. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с. URL: http://umo.edu.ua/images/content/aspirantura/zabezp_discipl/Cherezova%20I.O.%20Psykhologhiya%20zhyttyevykh%20kryz%20osobystosti.PDF

5. Шебанова В.І. Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях: Навчально-методичні рекомендації [Текст] / В. І. Шебанова. Херсон: Вид-во ПП Вишемирський В.С., 2017. 136 с. URL: https://document.kdu.edu.ua/info_zab/053_1549.pdf

6. Екстремальна психологія: методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія / уклад. О.М. Амплєєва. – Одеса : Бондаренко М.О., 2024. 75 с.

Додаткова:

1. Батраченко І.Г., Панфілова Г.Б., Скляньська О.В. Розширення життєвої антиципації особистості як ресурс психологічної допомоги в умовах війни.

Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 33 (72) № 4 2022. С.104-109. Режим доступу https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/4_2022/18.pdf

2. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник [для студ. вищ. навч. закл.] – Полтава : АСМІ, 2010. – 240 с.
3. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. – Львів : Свічадо, 2015. – 448 с.
4. Галасюк С.С., Нездоймінов С.Г. Професійна етика психолога : навч.-практ. посіб. Київ: ФОП Гуляєва В.М., 2019. 204 с.
5. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів, 2019. 424 с.
6. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с. URL: https://k-s.org.ua/wp-content/uploads/2019/08/Posibnuk_A5-1-1.pdf
7. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. / укл. : П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та інш.; рец. : В. Д. Мішиєв, Н. Г. Пшук. – Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 81 с.
8. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. В. Тімченка. К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
9. Камінська А.М., Панфілова Г.Б., Чириченко Ю.В. Психологічна допомога у період кризи середнього віку шляхом психокорекції в процесі АСПП із використанням художніх творів *Науковий журнал «Габітус»*. № 27, 2021. С. 114 - 119. Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу: <http://habitus.od.ua/journals/2021/27-2021/21.pdf>
10. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/84274034.pdf>
11. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги: методичні рекомендації. Миколаїв: Ілліон. 2016. 224 с.
12. Мур Томас. Піклування про душу: як сповнити глибиною і сенсом щоденне життя / пер. з англ. О.Демиденко; за фах.ред. Д. Зелеського і О. Фешовця. Львів: Вид-во «Астролябія», 2020. 448 с.
13. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / за заг. ред. К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с. URL: <http://surl.li/fvmje>
14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
15. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи.

Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.

16. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник / за заг.ред Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>

17. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. К. : Наш формат, 2017. 1068 с. URL: <http://surl.li/fvmij>

18. Панок В. Г. Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи / Центр, соц. експертиз і прогнозів ін.-ту соціол. НАН України та ін. К., 2019. 104 с. URL: <http://surl.li/fvlttd>

19. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. 2-е видання, доповнене. К., 2021. 216

20. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. К.: ВНТУ, 2018. 108 с.

21. Протокол діагностики та терапії ПТСР (NICE). URL: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf

22. Психологія екстремальної діяльності [Текст] : навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х. : НА НГУ, 2016. – 571 с. : іл. 11; табл. 11; бібліогр. : 81 назва.

23. Саврасов М.В., Касрашвілі Т.Г., Панфілова Г.Б. Психологічно-теоретичні основи та особливості емоційної дисрегуляції в пацієнтів із нервовою анорексією. *Науковий журнал «Габітус»*. Випуск 69, Том 2. 2025. С 33-37. Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу: http://habitus.od.ua/journals/2025/69-2025/part_2/8.pdf

24. Сантандер Хеґе та ін. Групи психологічної підтримки дорослих, які втратили близьких людей внаслідок різних обставин. Методичний посібник. 2017. 152 с.

25. Сулятицький І., Островська К., Осьодло В. та ін. Психолого-корекційний практикум травм війни: навч. посібник. Львів, 2019. 396 с.

26. Тероризм: теоретико-прикладні аспекти: навчальний посібник / кол. авторів; за заг. ред. проф. В.К. Гришука. Львів: ЛьвДУВС, 2011. 328 с. URL: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/4838/1/protydija_teroryzmu.pdf

27. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації [Текст]: монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

28. Lazorko, O., Koval, S., Hrek, O., Shkrabiuk, V., Kulesha-Liubinet, M., & Bihun, N. Psychological Security of the Individual as a Functional Component of Professional Activity. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 2021, 12(4), 455-473. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/12.4/259>

29. Vasylieva, N., Kulesha-Liubinet, M., Trubaieva, K., Dub, M., Ribtsun, Y., & Ivantsev, N. Speech Therapy as a Component of Comprehensive Rehabilitation of Patients with Acute Impairment of Cerebral Circulation. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 2022, 13(3), 181-194. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/13.3/361>

Рекомендована література до Теми 8:

Основна:

1. Бурлакова І.А. Кризова психологія. Навчально-методичний матеріал. Київ, Видавництво КРЦПК, 2022. 84 с.
URL:https://cpk.org.ua/wpcontent/uploads/2023/03/krizova_psihologiya_burlakova.i.a..pdf
2. Готовність до надзвичайної ситуації: виміри конструктивності : практичний посібник / В. М. Духневич, Н. О. Довгань, С. А. Поліщук, З. Ф. Сіверс, О. Г. Цукур ; за заг. ред. В. М. Духневича ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2023. 395 с. <https://psy-lpr.at.ua/Materials/2022-Final/DukhnevychPosb2023maket.pdf>
3. Методичні рекомендації "Перша психологічна допомога. Алгоритм дій". К.: МОН, 2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1387729-22#n10>
4. Психологія екстремальних та кризових ситуацій : навч.-метод. посіб. / Романовський О. Г., Черкашин А. І., Грень Л.М. та ін. –Харків: Видавництво Іванченка І. С., 2022. 356 с.
URL:<https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/1d5e065d-5d49-418f8869-a84286ba92b7/content>
5. Розов В.І. Психологія екстремальних ситуацій: адаптивність до стресу та психологічне забезпечення: науково-практичний посібник. Київ: КНТ, 2024. 711 с. <https://jurkniga.ua/contents/psikhologiya-ekstremalnikh-situatsiy-adaptivnist-do-stresu-ta-psikhologichne-zabezpechennya-vidannya-tretie.pdf?srsId=AfmBOos1EBoBIbNOXYVeRYGOfbeTpsX1chnAAfp4JSr2XMLgXD-xLRV>
6. Екстремальна психологія: методичні рекомендації/ уклад. О.М. Амплєєва. Одеса : Бондаренко М.О., 2024. 75 с.

Додаткова:

1. Андрієті А.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям у бойових умовах під час панічної атаки. *Науковий журнал «Габітус»*. Випуск 75, Т.1, 2025. С. 164-167.
2. Батраченко І.Г., Панфілова Г.Б., Склянська О.В. Розширення життєвої антиципації особистості як ресурс психологічної допомоги в умовах війни. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 33 (72) № 4 2022.* С.104-109. Режим доступу https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/4_2022/18.pdf
3. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник [для студ. вищ. навч. закл.] – Полтава : АСМІ, 2010. 240 с.
4. Будяченко О.М. Психологічна підтримка дітей, які зазнали психологічної травми: сучасні підходи та методики. *Науковий журнал «Габітус»*. Випуск 75, Т.1, 2025. С. 106-113.
5. Брієр Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.
6. Галасюк С.С., Нездоймінов С.Г. Професійна етика психолога : навч.-

практ. посіб. Київ: ФОП Гуляєва В.М., 2019. 204 с.

7. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів, 2019. 424 с.

8. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с. URL: https://k-s.org.ua/wp-content/uploads/2019/08/Posibnuk_A5-1-1.pdf

9. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. / укл. : П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та інш.; рец. : В. Д. Мішиєв, Н. Г. Пшук. Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 81 с.

10. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. В. Тімченка. К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.

11. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях К. : Педагогічна думка, 2016. 219 с. URL:<https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf> 3. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. 2015. 207 с. <https://surl.li/dejbow>.

12. Камінська А.М., Панфілова Г.Б., Поляничко О.М. Використання художніх творів за темами комплексу психомалюнків у процесі глибинного пізнання психіки суб'єкта. *Науковий журнал «Габітус»*. №19, 2020. С. 117-122. Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу: <http://habitus.od.ua/journals/2020/19-2020/22.pdf>

13. Камінська А.М., Панфілова Г.Б., Чириченко Ю.В. Психологічна допомога у період кризи середнього віку шляхом психокорекції в процесі АСПП із використанням художніх творів *Науковий журнал «Габітус»*. № 27, 2021. С. 114 - 119. Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу:<http://habitus.od.ua/journals/2021/27-2021/21.pdf>

14. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/84274034.pdf>

15. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги: методичні рекомендації. Миколаїв: Ілліон. 2016. 224 с.

16. Мур Томас. Піклування про душу: як сповнити глибиною і сенсом щоденне життя / пер. з англ. О.Демиденко; за фах.ред. Д. Зелеського і О. Фешовця. Львів: Вид-во «Астролябія», 2020. 448 с.

17. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / за заг. ред. К.

Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с. URL: <http://surl.li/fvmje>

18. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник / за заг.ред Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>

19. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. К. : Наш формат, 2017. 1068 с. URL: <http://surl.li/fvmij>

20. Панок В. Г. Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи / Центр, соц. експертиз і прогнозів ін.-ту соціол. НАН України та ін. К., 2019. 104 с. URL: <http://surl.li/fvltld>

21. Панфілова Г.Б., Сурякова М.В., Скляньська О.В. Соціальна психологія (з основами соціально-психологічного тренінгу): Навч. посібник [електронне видання]. Дніпро: Середняк Т. К., 2021. 150 с.

22. Перша психологічна допомога: Посібник для працівників на місцях. К.: Університетське видавництво «ПУЛЬСАРИ», 2017. 66 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9786176150787-ukr.pdf;jsessionid=6E53BAAB313D4A5A42A47127781D319D?sequence=72>

23. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. 2-е видання, доповнене. К., 2021. 216

24. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. К.: ВНТУ, 2018. 108 с.

25. Протокол діагностики та терапії ПТСР (NICE). URL: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf

26. Психологічні наслідки війни: міждисциплінарний нарис про Харківщину та її мешканців : моногр. / О. О. Євдокімова, І. С. Нечітайло, О. В. Брусакова та ін., за заг. ред. В. В. Сокурєнка; Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків : Факт, 2024. 411 с.

27. Психологія екстремальної діяльності [Текст] : навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Х. : НА НГУ, 2016. 571 с. : іл. 11; табл. 11; бібліогр. : 81 назва.

28. Саврасов М.В., Касрашвілі Т.Г., Панфілова Г.Б. Психологічно-теоретичні основи та особливості емоційної дисрегуляції в пацієнтів із нервовою анорексією. *Науковий журнал «Габітус»*. Випуск 69, Том 2. 2025. С 33-37. Index Copernicus, Google Scholar. Режим доступу: http://habitus.od.ua/journals/2025/69-2025/part_2/8.pdf

29. Сантандер Хеґе та ін. Групи психологічної підтримки дорослих, які втратили близьких людей внаслідок різних обставин. Методичний посібник. 2017. 152 с.

30. Сулятицький І., Островська К., Осьодло В. та ін. Психолого-корекційний практикум травм війни: навч. посібник. Львів, 2019. 396 с.

31. Тероризм: теоретико-прикладні аспекти: навчальний посібник / кол. авторів; за заг. ред. проф. В.К. Гришука. Львів: ЛьвДУВС, 2011. 328 с. URL: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/4838/1/protydija_teroryzmu.pdf

32. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомогі в умовах тривалої травматизації [Текст]: монографія.

Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

33. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.

URL: http://umo.edu.ua/images/content/aspirantura/zabezp_discipl/Cherezova%20I.O.%20Psykholohiya%20zhyttyevykh%20kryz%20osobystosti.PDF

34. Шебанова В.І. Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях: Навчально-методичні рекомендації [Текст] / В. І. Шебанова. Херсон: Вид-во ПП Вишемирський В.С., 2017. 136 с. URL: https://document.kdu.edu.ua/info_zab/053_1549.pdf

35. Lazorko, O., Koval, S., Hrek, O., Shkrabiuk, V., Kulesha-Liubinets, M., & Bihun, N. Psychological Security of the Individual as a Functional Component of Professional Activity. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 2021, 12(4), 455-473. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/12.4/259>

36. Vasylieva, N., Kulesha-Liubinets, M., Trubaieva, K., Dub, M., Ribtsun, Y., & Ivantsev, N. Speech Therapy as a Component of Comprehensive Rehabilitation of Patients with Acute Impairment of Cerebral Circulation. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 2022, 13(3), 181-194. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/13.3/361>

ПИТАННЯ ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ

1. Які етичні дилеми можуть виникати під час надання психологічної допомоги в зоні надзвичайної ситуації?
2. Порівняйте симптоми гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу.
3. Як культурні особливості впливають на процес переживання горя? Наведіть приклади.
4. Розробіть програму психологічної підготовки для волонтерів, які працюють з постраждалими від війни.
5. Які комунікативні навички необхідні для ефективного надання першої психологічної допомоги?
6. Опишіть методику проведення групової психотерапії для людей, які пережили природну катастрофу.
7. Як організувати психологічну допомогу для біженців?
8. Які профілактичні заходи можна застосовувати для запобігання вигорання у психологів, які працюють в умовах надзвичайних ситуацій?
9. Які основні відмінності між психологічною травмою і стресом?
10. Які чинники можуть посилювати або послаблювати вплив стресорів на людину?
11. Яку роль відіграє соціальна підтримка в подоланні наслідків екстремальних ситуацій?
12. Як культурні особливості впливають на прояв посттравматичних розладів?

13. Які методи діагностики використовують для виявлення посттравматичного стресового розладу?
14. Які особливості роботи з дітьми, які пережили травматичні події?
15. Які чинники можуть ускладнити процес переживання горя?
16. Як допомогти людям, які втратили близьких унаслідок насильницької смерті?
17. Які духовні практики можуть бути корисними під час переживання горя?
18. Які особистісні якості сприяють успішній роботі в екстремальних умовах?
19. Як організувати ефективну психологічну підтримку команд, що працюють в екстремальних умовах?
20. Які методи тренування психологічної стійкості можуть бути використані?
21. Як надати першу психологічну допомогу людині, яка перебуває у стані шоку?
22. Яких помилок найчастіше припускаються під час надання першої психологічної допомоги?
23. Як створити безпечний психологічний простір для постраждалих?
24. Які групові методи психотерапії найефективніші для роботи з постраждалими?
25. Як організувати довгострокову психологічну підтримку постраждалих?
26. Які критерії ефективності психотерапевтичних програм?
27. Як адаптувати програми психологічної допомоги до специфіки різних культур?
28. Які особливості має психологічна допомога біженцям?
29. Як організувати психологічну допомогу в умовах обмежених ресурсів?
30. Опишіть стадії переживання гострого горя за Дж. Енджелом
31. Ви опинилися на місці події, де сталася аварія. Які перші кроки ви зробите для надання психологічної допомоги постраждалим?
32. Порівняйте психологічні наслідки природних та техногенних катастроф.
33. Як культурні особливості впливають на переживання травматичних подій?
34. Обґрунтуйте, чому важливо враховувати вікові особливості при наданні психологічної допомоги постраждалим.
35. Проаналізуйте етичні аспекти проведення психологічних досліджень у надзвичайних ситуаціях.
36. Що таке гостре горе, і яким чином воно проявляється у психологічній практиці?
37. Які етапи горя, відповідно до моделі Кюблер-Росс, описуються в науковій літературі?

38. Яким чином переживання горя може впливати на психічний стан особи?
39. Які особливості переживання горя у різних вікових категоріях населення?
40. Які методи психологічної допомоги можуть бути ефективними для підтримки осіб у стані горя?
41. Які соціальні чинники можуть впливати на процес переживання горя?
42. Яким чином горе може впливати на міжособистісні стосунки в сім'ї?
43. Які психологічні інтервенції можуть бути застосовані для роботи з людьми, які переживають горе?
44. Які підстави обґрунтовують важливість екстремальної психологічної підготовки для фахівців?
45. Які основні компоненти програми підготовки професіоналів у ризикових ситуаціях?
46. Яким чином можна розвивати стійкість до стресу серед фахівців, які працюють у кризових умовах?
47. Які види тренінгів є найбільш корисними для професіоналів, що працюють в екстремальних ситуаціях?
48. Які психологічні інструменти можуть бути використані для саморегуляції в умовах стресу?
49. Як запобігти вигоранню серед професіоналів, які працюють у високостресових середовищах?
50. Яка роль групової підтримки у підготовці фахівців до роботи в екстремальних умовах?
51. Яким чином здійснюється оцінка готовності фахівців до діяльності в екстремальних ситуаціях?
52. Що розуміється під терміном «невідкладна психологічна допомога»?
53. Які етапи надання невідкладної психологічної допомоги постраждалим у кризових ситуаціях?
54. Які основні принципи роботи психолога в умовах надзвичайних ситуацій?
55. Які методи використовуються для оцінки психологічного стану осіб, що зазнали травми?
56. Яким чином психолог може ефективно взаємодіяти з постраждалими в умовах стресу?
57. Які основні техніки зняття стресу можуть бути використані в кризових ситуаціях?
58. Яким чином організовується робота з групами постраждалих у кризових ситуаціях?
59. Які ризики можуть виникати під час надання невідкладної психологічної допомоги?
60. Які основні методи психологічної діагностики застосовуються в екстремальних ситуаціях?

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь **Магістр**

(назва ступеня вищої освіти – бакалавр або магістр)

Спеціальність **053/С4 Психологія**

(шифр і назва)

Освітня програма **«Психологія»**

(назва, дата і № наказу про затвердження ОП)

Наказ від 24.04.2025 № 32-02

Дніпро – 2025

Психологічна допомога в надзвичайних ситуаціях // конспект лекцій з навчальної дисципліни. Дніпро : ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2025. 192 с.

РОЗРОБНИК(-И):

Панфілова Г.Б., к.психол.н., доцент кафедри психології ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет»

Розглянуто та схвалено на засіданні кафедри загальної психології.
Протокол від «19» серпня 2025 р. № 1

ЗМІСТ

ТЕМА 1. ОСНОВНІ КАТЕГОРІЇ ПСИХОЛОГІЇ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ТА КРИЗОВОЇ ПСИХОЛОГІЇ	4
ТЕМА 2. ПСИХОТРАВМІВНІ НАСЛІДКИ ПЕРЕБУВАННЯ В ЕКСТРЕМАЛЬНІЙ СИТУАЦІЇ	25
ТЕМА 3. ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА: ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБ'ЄКТУ, ЕТАПІВ І ЗАХОДІВ	54
ТЕМА 4. РОБОТА З ГОРЕМ ТА ВТРАТОЮ	90
ТЕМА 5. СУЧАСНІ НАПРЯМКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В КРИЗОВИХ СТАНАХ ОСОБИСТОСТІ	120
ТЕМА 6. ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПСИХОЛОГІВ	139
ТЕМА 7. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ СТРЕСОВУ ПОДІЮ	162
ТЕМА 8. ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ ТА ПІДВИЩЕННЯ СТІЙКОСТІ ДО СТРЕСУ	183

ТЕМА 1. ОСНОВНІ КАТЕГОРІЇ ПСИХОЛОГІЇ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ТА КРИЗОВОЇ ПСИХОЛОГІЇ

План лекції:

1. Кризова психологія та психологія надзвичайних ситуацій: система принципів та рівнів надання психологічної допомоги.
2. Семантичний зміст та феноменологічний аналіз базових категорій кризової психології та психології надзвичайних ситуацій.
3. Класифікація криз. Психологічний зміст, сутність і стадії переживання кризи.

Рекомендована література

Основна:

1. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. – Х.: Видво НУЦЗУ, 2017. 777 с
2. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунова ; [О.І. Федоренко та ін.] ; МВС України, Харків. нац. ун-т. внутр. справ. Харків. : ХНУВС, 2022. 84 с. URL:
3. Посібник з навчального курсу з молодіжної роботи, інформованої про травму. Авторський колектив: Н. Боярський, Ю. Єлфімова, Н. Макієнко, О. Черних, Рада Європи, 2022. 176 с. URL:

ДОДАТКОВА:

1. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
2. Психологія життєтворення особистості в сучасному світі / За ред. Т.М. Титаренко. К. : Міленіум, 2016. 320 с.
3. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
4. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.

Інформаційні ресурси в інтернеті:

1. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи.

Навчальний посібник. Том 1. / Загальна редакція: Н. Пророк. Київ : ОБСЄ, 2018. 208 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/a/430805.pdf>

2. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. / Загальна редакція: Л. Царенко. Київ. : ОБСЄ, 2018. 240 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/c/430829.pdf>

3. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. / Загальна редакція: Л. Гридковець. Київ : ОБСЄ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/uk/project-coordinator-in-ukraine/430841>

Текст лекції

Кризова психологія: система принципів та рівнів надання психологічної допомоги.

Війна наповнила життя українців екстремальними, надзвичайними, стресовими, кризовими ситуаціями і подіями. За таких умов істотно зростає роль сучасного психолога, який у будь-який момент може бути поставлений перед необхідністю надання невідкладної психологічної допомоги потерпілим у надзвичайній ситуації. Робота у надзвичайних ситуаціях, як правило, відбувається в умовах гострого дефіциту часу, при нестачі корекційно-діагностичних можливостей, з психічно недієздатними постраждалими тощо. Це вимагає від психолога не тільки високої теоретичної й практичної підготовки, але й психологічної готовності, зібраності, почуття відповідальності, здатності до швидкого прийняття самостійних нестандартних рішень. Щоб зробити допомогу постраждалим найбільш ефективною, психологу перш за все необхідно знати принципи роботи в умовах кризових та екстремальних ситуацій; вміти визначати критичні стани людини; володіти методами психологічної підтримки, першої психологічної допомоги тощо.

Тому, *предметом* вивчення навчальної дисципліни «Кризова психологія» стали теоретичні конструкти психології кризи і травми, організація і надання психологічної допомоги різним верствам населення, зокрема особам, які пережили екстремальні, надзвичайні ситуації та психотравмівні події.

Метою навчальної дисципліни є: формування у здобувачів вищої освіти цілісного уявлення про кризову психологію як галузь психологічної науки; оволодіння формами та методами психологічної допомоги і підтримки особистості в кризовому стані, у складних життєвих обставинах або після пережитої психотравмівної події.

Основними *завданнями* вивчення дисципліни «Кризова психологія» є: підготувати висококваліфікованого фахівця, інформованого щодо специфіки роботи психолога в умовах кризових та екстремальних ситуацій; сформувати у здобувачів цілісне уявлення про критичні стани людини,

надзвичайні, екстремальні та травмуючі події;

оволодіти методи психологічної підтримки, першої психологічної допомоги та самопомоги з метою стабілізації психічного стану у разі гострих проявів стресових розладів та посттравматичних кризових станів;

сформувати вміння і навички надання ефективної психологічної допомоги людям, які пережили травматичні події.

Кризова психологія – це галузь професійної діяльності психолога, яка вивчає особливості поведінки особистості в ситуації кризової події чи катастрофи, стратегій подолання невизначеності життєвого шляху, внутрішньо-особистісні механізми та програми психологічної допомоги і підтримки.

Змістом діяльності кризової психології є надання психологічної допомоги особистості, яка знаходиться в кризовому стані.

Генеральною Асамблеєю ООН створено *Міжвідомчий постійний комітет (МПК)*, який функціонує як міжвідомча платформа для координування роботи ключових гуманітарних організацій: ООН, Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та інших неурядових гуманітарних організацій. МПК рекомендує організаціям, агентствам, загалом різним структурам, що надають психосоціальну підтримку в надзвичайних та екстремальних ситуаціях, в своїй роботі керуватися певними *принципами* (базовими істинами, орієнтиром для прийняття рішення, для оцінки правильності й доцільності тієї чи іншої дії), а саме [Ресурси в Інтернеті: 2, С.11-13]

Права людини та справедливість.

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

Участь громади

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

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

Спільноти, в яких є потерпілі, складаються з різних груп, які часто конкурують одна з одною. Принцип «участь громад» передбачає створення таких умов, які дозволили б різним підгрупам потерпілих зберегти або

відновити контроль над прийняттям рішень, що впливають на їхнє життя; закласти принцип «місцевого відчуття відповідальності», важливий для забезпечення якості, справедливості й стійкості реалізації програм.

Принцип «Не зашкодь»

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

- організовувати роботу координаційних груп, щоб виявити прогалини в системі реагування, а також для навчання фахівців одне в одного і зведення до мінімуму дублювання інтервенцій;
- розробляти інтервенції на основі належної інформації;
- підтримувати принципи належної оцінки, відкритість для контролю та зовнішнього аудиту;
- розвивати культурну делікатність та компетентність щодо надання психологічної допомоги;
- постійно оновлювати інформацію щодо доказової бази стосовно ефективних практик.

Орієнтування на наявні ресурси і можливості

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

Інтегрування системи підтримки

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

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

Багаторівневність

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

Автори пропонують *чотири рівні надання психологічної допомоги* на етапі комплексного реагування після чи під час екстремальної (надзвичайної) ситуації, а саме [Ресурси і Інтернеті: 2 С. 17-21]:

Перший рівень. Рання психологічна допомога надається у перший місяць

після травмівної події, у період від 4 до 30 діб, якщо в людини є симптоми гострого стресового розладу (тема 2), то вона потребує психотерапевтичної допомоги.

Форми: психологічна діагностика, підтримка, просвіта, інформування.

Другий рівень. Соціально-психологічний супровід людей, що зазнали травмівного впливу.

Проводиться для всіх, хто працював або працює у надзвичайній чи екстремальній ситуації (представників силових структур, лікарів, рятувальників, психологів, соціальних працівників тощо) та для всіх, хто зазнав травмівного впливу (мешканці екстремальної чи надзвичайної зони, родини загиблих тощо) у перший місяць після зміни соціальної ситуації (повернення до мирного життя (для ветеранів); зміна місця проживання (для вимушених переселенців); після отримання звістки для родин загиблих чи пропалих без вісти; після діагностування небезпечної для життя хвороби чи неповносправності тощо).

Заходи на другому рівні здійснюються задля психологічної підтримки людей, що зазнали травмівного впливу, та їхніх родин, а також із метою сприяння:

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

Форми психологічної допомоги на другому рівні: психологічна підтримка; інформування; просвіта (психоедукація); діагностика; індивідуальне психологічне консультування; сімейне психологічне консультування; групове психологічне консультування; групова робота.

Третій рівень. Психологічна реабілітація людей, що зазнали травмівного впливу.

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

Заходи на третьому рівні здійснюються з метою:

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

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

Залежно від особливостей ситуації, запиту та актуального стану людини з травмивним досвідом, на третьому рівні здійснюються: всі форми психологічної допомоги, що проводяться на другому рівні; індивідуальна психотерапія; сімейна психотерапія; групова психотерапія.

Четвертий рівень. Комплексна медико-психологічна реабілітація. На цьому рівні комплексна медико-психологічна допомога надається: а) якщо людина з психотравмивним досвідом побажала отримати таку допомогу;

б) у випадку наявності суттєвих тілесних ушкоджень чи небезпечних для життя захворювань (онкологія, туберкульоз тощо);

в) у разі патологічних типів гострого реагування на травмивну подію (психотичні симптоми, гостре збудження);

г) постраждалим із одним чи кількома такими розладами: високим ризиком суїциду чи гоміциду (завдання іншим ушкоджень або вбивство); схильністю до самопошкоджень; диференційними розладами (біполярний розлад, зловживання психоактивними речовинами); за умови важкої депресії (вираженої дезадаптації у зв'язку з депресивним розладом); у разі відсутності поліпшення стану постраждалого після психотерапії посттравматичного стресового розладу, що проводилася впродовж 4-6 тижнів; у разі погіршення соматичного стану під час психотерапії.

Зазначимо, що такі форми психологічної допомоги як психологічна підтримка, інформування, психологічна просвіта (психоедукація) та психологічна діагностика проводяться на всіх рівнях, змінюється лише їхнє наповнення.

Відповідно, психологічне консультування – основна форма роботи другого рівня – проводиться і на третьому та четвертому рівнях, а психотерапевтична допомога надається на третьому і на четвертому рівнях.

На наступних лекційних, семінарських і практичних заняттях ми будемо більш детально вивчати і набувати навички з форм роботи першого і другого рівнів надання психологічної допомоги і познайомимося з деякими формами роботи третього рівня психологічної допомоги.

Методи кризової психології взято з різних напрямів психології:

елементи раціональної психотерапії: логічний аналіз кризового стану людини, роз'яснення його природи, причин, симптоматики, плину й прогнозу. Усуває невизначеність в уявленнях клієнта, сприяє зменшенню характерних для психологічної кризи елементів психічної напруги й тривоги.

когнітивна психотерапія: виправлення неадаптивних когніцій, тобто думок, що викликають неадекватні або хворобливі емоції й утруднюють

розв'язання якої-небудь проблеми, думок, які призвели до кризи. Клієнта навчають умінню ідентифікувати свої неадаптивні когніції і розглядати їх об'єктивно.

методи *гештальт-терапії* спрямовані на корекцію процесів сприйняття, переробки й актуалізації інформації клієнтом, який знаходиться у стані кризи. Допомагають знайти вираження неусвідомленим почуттям. Таким чином гештальт, який травмує індивідуума, завершується й виникає можливість перейти до роботи над неусвідомлюваними проблемами, які й призвели до кризи. Сприяє актуалізації внутрішньоособистісних конфліктів, що може призвести до пошуку й особистісного росту.

гіпноз і трансові техніки (гіпносугестивний метод): застосовується при кризових ситуаціях, пов'язаних з актуальною втратою (смертю) близької людини; при дезактуалізації кризових станів, що супроводжуються афектами гніву й образи (у тих випадках, коли ані раціональні, ані групові методи психотерапії не є ефективними, наприклад, у ригідних та інфантильних особистостей у зв'язку з ефектами заперечення й витіснення). Гіпнотерапія застосовується також як симптоматична методика для зняття психічної напруги при реакціях гострого горя, для купірування астенічної й фобічної симптоматики, нормалізації вегетативних функцій.

екзистенціальна терапія: допомогти людині краще розібратися у своєму житті, краще зрозуміти надані їй можливості й межі цих можливостей. Якщо людина сприймає реальність не перекрученою, вона позбувається ілюзій і самообману, більш детально бачить своє покликання й свої цілі в житті, бачить сенс у повсякденних турботах, знаходить у собі мужність бути вільною і відповідальною за цю волю. Інакше кажучи, екзистенціальна терапія не стільки лікує, скільки вчить дисципліні життя.

Психотерапевт працює з екзистенціальними факторами людини: відчуттям буття; волею, її обмеженістю і відповідальністю за неї; поняттями скінченності людини, або смертю; екзистенціальною тривогою; екзистенціальною провиною; життям в часі, «тут і зараз»; сенсом і безглуздістю.

метод прогресивної м'язової релаксації, метод аутогенного тренування орієнтовані на зниження напруги й активацію особистості. Найближча мета – прискорити вихід із кризового стану, усунути (знижити прояви) афективні й вегетативні розлади, створити базу для подальшої психотерапевтичної роботи. Більш віддалена мета – навчити клієнтів навичкам саморегуляції в стресових ситуаціях у майбутньому.

До аутогенного тренування входять прийоми створення позитивного емоційного фону; кінцева мета цих вправ емоційно-образної регуляції – підвищення самооцінки й упевненості в собі, відчуття внутрішньої свободи й розкутості, підвищення рівня оптимізму, посилення контролю над емоціями й поведінкою.

групова поведінкова терапія: створення сприятливих умов для

зростання активності клієнта й спонтанності його поведінки, спрямованості на подолання кризових ситуацій; зміна когнітивних стереотипів сприйняття себе, ситуації й оточуючого світу; залучення в спільну діяльність; пошук адекватних засобів розв'язання проблеми. Поведінкова терапія може містити в собі елементи інших психотерапевтичних методів (наприклад, психодраматичні прийоми й техніки).

дихальні психотехнології забезпечують через соматичний вплив зміну психічного стану особистості на різних рівнях.

арт-терапія розширює особистісний досвід, простір для самовираження клієнта; спонукає клієнта до зростання, вивчення власних меж та обмежень, спрямовує на майбутнє, і, тим самим, надає можливості розвитку креативності особистості, пошуку до вирішення проблем та подолання перешкод; дає позитивний емоційний заряд, і, таким чином, формує активну життєву позицію, віру у свої сили, автономність і відновлює особисті межі, що є вкрай необхідним у ситуації подолання психічної травми.

Семантичний зміст та феноменологічний аналіз базових категорій кризової психології

Базові категорії кризової психології: «психологічна проблема», «життєва ситуація особистості», «криза», «критична ситуація», «кризова подія», «кризовий стан», «психічна травма».

Психологічна проблема – це стан невизначеності, що виникає в процесі життєдіяльності індивіда між його намірами, уявленнями, мотивами й цілями поведінки та об'єктивними й суб'єктивними умовами її реалізації як протиріччя між очікуваними та реальними результатами дій людини [Тим].

В одних ситуаціях психологічні проблеми не відіграють вирішальної ролі, в інших вони є центральними. Одні психологічні проблеми вирішуються легко й не потребують сторонньої допомоги, інші пов'язані з багатьма ускладненнями та вимагають втручання оточуючих людей. З-поміж останніх є проблеми, що можуть бути розв'язані тільки за допомогою спеціалістів.

Психологічні проблеми розрізняються за рівнем їх усвідомлення суб'єктом або оточуючими його людьми (В.М. Крайнюк).

Відносно життєвої ситуації та життєвого шляху особистості психологічні проблеми можуть бути *кризовими, критичними, значущими та малозначущими*.

Психологічні проблеми можна також класифікувати за основними сферами активності людини: *сімейні, професійні, особисті, пов'язані із здоров'ям, навчанням, правовими відносинами, дозвіллям, політичною діяльністю* та ін.

При аналізі проблеми логічно розглядати не тільки індивідуальність особистості, але й життєві обставини, у яких їй доводиться діяти. Низка досліджень останніх років (зокрема Л.Ф. Бурлачука, Ф. Зімбардо) показує

необхідність психологічного аналізу ситуації діяльності індивіда в процесі психодіагностики рис його особистості. Адже ієрархічна структура особистості має широкі можливості пристосування до умов навколишнього середовища; тому в одній ситуації холерик може поводити себе як сангвінік, в іншій – як холерик. Отже, ми вийшли на другу базову категорію кризової психології – категорію життєвої ситуації особистості.

Життєва ситуація особистості – це сукупність обставин життєдіяльності, які прямо або опосередковано впливають на поведінку людини, її стан і внутрішній світ, обумовлюючи зміст та напрями індивідуального розвитку, тим самим сприяючи виникненню та розв'язанню проблем.

Надзвичайна ситуація – ситуація надзвичайна виникає внаслідок аварії, небезпечного природного явища, стихійної чи техногенної катастрофи; може спричинити людські жертви, шкоду для здоров'я, значні матеріальні втрати і порушення умов життєдіяльності людей.

Екстремальні ситуації – це неочікувані, раптово виникаючі небезпечні обставини, які характеризуються невизначеністю, складністю прийняття рішення, гострою конфліктністю, стресовим станом та несуть загрозу життю і здоров'ю людини, вимагають максимальної мобілізації резервних можливостей організму.

У найбільш загальному вигляді екстремальні ситуації поділяють на чотири групи:

спричинені надзвичайними умовами (стихійне лихо, природна чи техногенна катастрофа, війна, масові терористичні акції тощо);

життєві, повсякденні (пожежа, напад злочинця, необхідність одночасного вирішення декількох однаково важливих завдань), тобто такі, що виникають у житті кожної людини;

захоплення потенційно небезпечними видами хобі (альпінізм, підводне плавання, швидкісна їзда та ін.);

професійні – зумовлені виконанням службових, фахових обов'язків.

Екстремальність ситуації визначають такі чинники: різні впливи на емоційний стан людини у зв'язку з безпекою, труднощами, новизною, відповідальністю; дефіцит необхідної інформації чи надмір суперечливої інформації; надмірне фізичне і психічне напруження; голод, спрага, вплив несприятливих умов життя, зокрема кліматичних (спека, холод, гіподинамія, киснева недостатність, відсутність елементарних зручностей тощо).

Крім ситуацій, в кризовій психології є категорія події, а саме:

стресова подія – будь-яка подія, що порушує звичний перебіг життя. Це надто сильні подразники – нещастя, зневажливе ставлення, незаслужена образа, неправда, втрати, несподівані перепони і брак подразників – монотонність, самотність, брак руху, інформації, ізоляція тощо;

травмівна подія – характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю. Це подія, пов'язана з фактом або загрозою смерті, серйозного

тілесного ушкодження чи сексуального насильства, несе абсолютно нову інформацію, яку людина має інтегрувати в попередній життєвий досвід. Травмівну подію можна пережити особисто, можна стати її свідком чи отримати звістку про важку фізичну травму або смерть близької людини. Реакцією на травматичну подію є фізичний і/або емоційний травмівний стрес. *Криза* (грец. krisis – поворотний пункт, вихід) – стан особистості, спричинений її зіткненням з нездоланими перешкодами на шляху досягнення важливих для неї цілей.

Слово «криза» має цікаве походження: грецькою воно означає «рішення», а у китайській мові позначається ієрогліфом, що складається з двох частин – «небезпека» або «страх» та «переломний момент» або «сприятлива можливість» (Гроф, 2002).

Ф. Ю. Василюк визначає поняття «криза» як поворотний пункт життєвого шляху, що виникає в ситуації неможливості реалізації життєвого замислу, що вже склався [11, с. 6]. Причиною кризи може бути як конкретна подія чи ситуація в житті особистості, так і загострення існуючих (або виникаючих) особистісних протиріч.

Ф. Ю. Василюк процес розгортання *життєвої кризи* описує в наступній послідовності – стрес, фрустрація, конфлікт, криза. «Конкретна ситуація є ситуацією стресу оскільки має місце нереалізована установка на «тут і зараз» задоволення; вона є ситуацією фрустрації, оскільки труднощі на шляху досягнення цілі стають нездоланими; ситуацією конфлікту, оскільки свідомість визнає протиріччя між мотивами як такі, що неможливо розв'язати, і, нарешті, ситуацією кризи, оскільки суб'єкт стикається з неможливістю реалізації всього свого життєвого замислу» [3, с. 6].

Іншими словами, Ф.Є. Василюк виокремлює такі типи критичних ситуацій:

Стрес – неможливість реалізації «вітальних» тут-і-тепер настановлень

Фрустрація – нездолання трудності у реалізації життєво необхідних мотивів

Конфлікт – суб'єктивно нерозв'язна суперечка мотивів і цінностей.

Криза – ситуації, які сприяють неможливості реалізації життєвих задумів.

Чи можливий безкризовий розвиток? Таке питання у своїй книзі «Психологія життєвої кризи» ставить Т. Титаренко і дає наступну відповідь.

«Уявімо собі, що хтось із наших знайомих або навіть ми самі живемо спокійно, рухаємось вперед життєвим шляхом поступово, нікуди не поспішаючи, нічого не руйнуючи в собі та навколо себе. Щаслива доля створила такі собі казкові життєві умови, і роки минають за роками, а ми крокуємо і крокуємо вперед. Ніяких штормів, розчарувань, ніяких помилок, хибних виборів, зрад, горя, втрат, ніяких страждань, депресій, самозвинувачень. Нам незнайоме болюче почуття провини, ми ніколи не

відчуваємо, що життя не має аніякого сенсу.

Таке може хіба що наснитися. Так просто не розвивається навіть організм. А особистість – це набагато складніша система, яка має чимало різних компонентів, що впливають одне на одного. До того ж швидкість розвитку кожного елемента особистісної структури дуже своєрідна. У чомусь ми залишаємось інфантилами, а в чомусь значно випереджаємо інших. Становлення людини залежить від такої кількості різних - і внутрішніх, і зовнішніх - умов, що вигадати маленький штучний елізіум, у якому можна було би змодельовати ідеально гармонійний розвиток, - це абсолютна утопія.

Якби розвиток особистості був лише кількісним накопичуванням певних змін, за такого розуміння не було би місця для якісно нових рівнів, для новоутворень. У той же час кожний віковий етап, як відомо, характеризується появою специфічних новоутворень, які свідчать про долання певної віхи у процесі дорослішання.

Як відомо, розвиток особистості поєднує у собі гармонійні і дисгармонійні фази, кризи різної глибини і складності, що породжують як позитивні, так і негативні новоутворення. Розвиток є результатом цілої системи змін: прогресивних і регресивних, кількісних і якісних, зворотних і незворотних, стабільних і нестійких, спрямованих і стохастичних.

Саме кризова ситуація допомагає людині зрозуміти свій життєвий задум, дає можливість побачити, пережити власне минуле, теперішнє й майбутнє водночас, усвідомити їхній нерозривний зв'язок, обумовленість одне одним» [3, С. 53].

Криза екзистенційна – психологічний стан втрати сенсу життя, обумовлений різкою зміною (руйнуванням) способу життя чи картини себе і світу. У стані екзистенційної кризи висока суїцидальна небезпека.

Психологічна криза – порушення афективно-когнітивної рівноваги психічної діяльності, спричинене зовнішніми обставинами. Характеризується дезорганізацією життя, рівень якої пропорційний мірі порушення адаптаційних можливостей людини; дисбалансом конструктивних і руйнівних тенденцій у психічній діяльності, що обумовлює формування агресивної чи аутоагресивної форми поведінки.

Психологічна травма (психотравма) – це емоційно болючий стресовий досвід (може включати фізичну травму, а може бути і без неї), що іноді створює загрозу для життя і здоров'я (зокрема, коли особа є свідком подій); це унікальне індивідуальне переживання певної події чи тривалих обставин, за яких здатність особи інтегрувати емоційні переживання (досвід) виявляється недостатньою.

Переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їхнього подолання: людина не може ні втекти, ні протистояти тому, що відбувається. Цей стан супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю;

фізіологічними, когнітивними змінами та змінами способу регуляції афектів, що спричиняє іноді тривалі фізичні, психічні й особистісні розлади.

Ч. Фіглі, визначаючи травму через подію, запропонував три основні критерії: подія повинна бути несподіваною, небезпечною і пригнічувати.

Згідно DSM-III, травма виникає, коли подія:

несподівана і знаходиться поза досвідом буденного життя людини;

регулярно переживається тим або іншим способом;

здатна викликати стійке уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, або заціпеніння загальної чутливості;

здатна стимулювати стійкі симптоми підвищеного збудження, якого не було до травми.

Типи психологічних травм. Виокремлюють п'ять (за характеристиками самої травми, її інтенсивності, складності, тривалості, частоти, походження; та індивідуальних особливостей переживання й життєвого досвіду людини):

монотравма – пов'язана з неочікуваною чи приголомшливою подією, такою як аварія, природна катастрофа, одиничний епізод насильства, раптова втрата близької людини;

повторювана травма – пов'язана з тривалим жорстоким ставленням, домашнім насильством, війною, постійною зрадою тощо;

травма розвитку – виникає в дитинстві внаслідок тривалої чи повторюваної травми – фізичного, емоційного насильства тощо;

вторинна травма («втома від співчуття») – характеризує психологічний чи емоційний ефект, який відчувають люди, що мешкають поряд із тими, хто пережив травму;

історична травма – сукупна емоційна та психологічна «рана», що відчувається впродовж життя одного покоління чи кількох поколінь; впливає з масової групової травми.

Більшість авторів у визначенні психологічної травми говорять про певну психологічно тяжку *подію*, яка викликає глибинні *переживання*, з якими важко впоратися, та розвиток певних *симптомів*.

Стрес (від англ. stress — напруга) – стан людини, що характеризується сильним напруженням і виникає у відповідь на різноманітні екстремальні впливи (стресори).

Класифікація криз. Психологічний зміст, сутність і стадії переживання кризи.

Криза розглядається як:

соціально психологічна ситуація;

особливий стан, що має свої суб'єктивні та об'єктивні характеристики;

процес переживання.

Як соціально-психологічна ситуація криза розглядається серед таких явищ, як «тимчасовий розлад», «хронічний розлад» і «злам».

Найсильнішими *критичними ситуаціями* особистості є такі, що пов'язані з усвідомленням власної смертності (невиліковна хвороба, участь у

бойових діях тощо) або зіткнення зі смертю іншого (переживання втрати близької людини). Однак в екзистенціонально-гуманістичній парадигмі будь-які критичні ситуації можна розглядати як своєрідне зіткнення зі смертю. Причому, смерть у даному контексті розуміється як трансформуючий процес, відмова від старих, звичних способів буття і підбір, удосконалювання нових, більш адекватних умовам, що змінилися.

Ситуації, що вимагають від людини змін у життєвому стилі, способі мислення, способі пізнання й бачення світу або відношення до себе й оточення, можна описати як критичні. Критична ситуація може стати поворотним моментом у житті особистості.

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

Як особливий стан криза проходить 3–4 стадії: шок і заціпеніння (ігнорування подій, що травмують), усвідомлення дійсності та пошук сенсу (гнів, почуття несправедливості, спроби «зруйнувати реальність»), гостре горе і розпач (душевний біль, труднощі концентрації, втрата енергії), реорганізація та народження нового (створення образу пам'яті).

Важливими ознаками кризових станів особистості є:

високий рівень тривоги, депресії, почуття безпорадності, апатії, суму, гніву, фізичного стомлення,
зниження самооцінки,
сенситивність,
наявність психологічної фрустрації як нездоланної перешкоди або життєвої ситуації.

Кризовий стан треба розглядати як нормальну реакцію людини на аномальну (психотравмуючу) подію. Це пов'язане з тим, що людина в процесі подолання кризи може набути нового досвіду, розширити діапазон своїх адаптивних резервів. З іншого боку, у тому випадку, якщо людина схильна реагувати на кризу дезадаптивними реакціями, криза може поглибитися й викликати хворобливий стан, що вимагає спеціалізованої медичної допомоги (психіатра, психотерапевта, суїцидолога).

Криза як *процес переживання* – це поворотний пункт у реалізації свого життєвого шляху, внутрішнього задуму свого життя (Ф. Василюк). Виділяють дві форми кризи: у першому випадку криза – це випробування, вийшовши з якого людина зберігає свій життєвий задум, у другому – така можливість втрачена і потрібна метаморфоза особистості, прийняття нового життєвого задуму.

Критична ситуація переживається особистістю по-різному. З одного боку, вона може справити руйнівну дію, підвищуючи тривогу й депресію,

почуття безпорадності й безнадійності, що може призвести до життєвої кризи. А з іншого, – додати життю значення, зробити його більш повним і змістовним. У кожному разі зіткнення із критичною ситуацією болісно переживається особистістю й змінює її відношення до життя, смерті, себе й цінностей, що формує різні життєві стратегії, які допомагають людині вийти із критичної ситуації.

Автори (Р. А. Ахмеров, Ф. Ю. Василюк, Є.О. Варбан, Т. М. Титаренко, Е. Е. Симанюк, Г. Шихі та ін.) розрізняють кризи за декількома критеріями:

за віком (кризи розвитку): криза 3-х років, криза підліткового періоду; криза 30-ти років; криза «середини» життя (ще недостатньо вивченні кризи зрілого віку). *Вікові кризи (кризи розвитку)* – особливі, відносно нетривалі у часі (до одного року) періоди онтогенезу, що характеризуються різкими психологічними змінами. На відміну від криз травматичного характеру вікові кризи належать до нормативних процесів, що необхідні для нормального, поступального ходу особистісного розвитку. Їх сутність пов'язана з якісним переходом людини на новий етап (зумовлений, у тому числі, і суто фізіологічними змінами в організмі), де відкривається нова картина світу, нові смисли та стосунки з людьми, переглядаються багато цінностей (Л. Божович, 1979; Л. Виготський, 1984; Е. Еріксон, 1996 та ін.).

за змістом та характером психологічної проблеми, що спричинила життєву кризу: кризи здоров'я (втрата здоров'я); термінальні (невідворотні) кризи (невиліковна хвороба, смертельний вирок суду та ін.); кризи значущих стосунків (смерть близької людини, вимушена розлука, розлучення, кризи кохання; кризи особистої автономії (позбавлення волі, фатальна залежність від інших людей); кризи самореалізації (втрата роботи, вихід на пенсію, банкрутство, втрата соціального статусу та ін.); кризи життєвих помилок (переживання внаслідок зради або злочину, втрата кошовної речі).

за тривалістю: мікро-криза – тривають протягом кількох хвилин; (шок); короткочасна – близько 4-6-ти тижнів; довготривала – до 1-го року.

за результатом: конструктивні, що призводять до позитивної соціальної адаптації; деструктивні, наслідком яких є асоціальні або антисоціальні поведінкові реакції, розвиток девіантної поведінки.

за діяльністю: криза операціональної сторони життєдіяльності («не знаю, як жити далі»); криза мотиваційно сфери життєдіяльності («не знаю, для чого жити далі»); криза сенсу («не знаю, навіщо взагалі жити далі»);

за факторами: кризи, що викликані внутрішньоособистісними факторами; кризи, що викликані ситуативними (зовнішніми) факторами;

за фактором втрати: втрата (смерть) близької людини; втрата сім'ї внаслідок розлучення (сімейна криза); втрата здоров'я внаслідок хвороби; втрата особистої свободи внаслідок насильства; втрата волі (тюремна криза); втрата роботи (професійна криза).

за складністю: прості кризи – викликані однією подією; багатовимірні кризи – викликані декількома аспектами індивідуального життя особистості.

за подією (травматичні кризи): виникають у відповідь на психотравмуючу ситуацію і залежать від особистої оцінки у ступеня суб'єктивної значущості. Кризи цього типу можуть проявлятися у формі гострої реакції на непередбачене горе, трагічну втрату або непоправну шкоду.

Стадії кризи та можливості індивідуального контролю

За визначенням Т. Титаренко життєва криза може бути різної глибини: поверхова, середня та глибока.

Залежно від типу особистості, від особистісних ресурсів, минулого досвіду, конкретної життєвої ситуації форми переживань можуть бути досить різноманітними. Наприклад, у деяких зростає невмотивована тривожність, у інших – дратівливість, хтось відчуває апатію, байдужість.

Під час переживання кризи середньої ваги людина не лише відмовляється від цілей, які раніше ставила, до того ж вона розчарована власними вміннями, звичними засобами досягнення тих цілей. Те, що раніш виходило легко, майже непомітно, у теперішньому стані потребує неабияких зусиль, величезних витрат енергії.

Глибока криза може стати однією з суттєвих причин тяжких захворювань, серед яких не лише класично психосоматичні (цукровий діабет, гіпертонія, ревматоїдний артрит, виразкова хвороба, бронхіальна астма, виразковий коліт), але й такі складні і небезпечні, як онкологічні. За даними деяких досліджень, онкохворі, згадуючи останній рік перед захворюванням, описують чимало стресових ситуацій, життєвих невдач, тяжких кризових станів, які не вистачило сил подолати.

Авторка виокремлює наступні стадії переживання життєвої кризи [3]:

Перша стадія кризи – незадоволення звичним перебігом подій, власним життєвим ритмом, своєю активністю, працездатністю, контактами з людьми. Втрачається внутрішня збалансованість, зростає напруженість, зникає почуття гумору.

Друга стадія кризи – поява страхів, пов'язаних із майбутнім: «Не знаю, як житиму далі», «як жив досі, вже не можу, а якось інакше не вмію». Людина переживає безсилля, все виходить з-під контролю, з оточуючими – суцільні непорозуміння, спалахи гніву й каяття загострюють конфлікти.

Серед важливих симптомів другої стадії слід назвати порушення сну, апетиту, хронічну втому, пригнічений настрій, агресивність. Постійним фоном всіх переживань стає почуття відчуженості, окремішності, нецікавості ні для кого. У ставленні до себе особливо неприйнятним стає власне “Я”- фізичне.

Третя стадія кризи – почуття безнадійності, відсутності сенсу існування. Все, що відбувається, здається якимось нереальним, безглуздим, нікчемним. Власне минуле сприймається як суцільна помилка, яку вже пізно виправляти. Здатність планувати майбутнє втрачається, життєві перспективи катастрофічно звужуються. Відбувається руйнація найважливіших життєвих цінностей, які поки що нема чим замінити. Згасають симпатії та прихильності, зникає вміння любити. Все стає тяжким обов'язком, який вже не можна

витримати. Виникають суїцидальні думки і наміри.

У кризовій ситуації людина втрачає психічну гнучкість, тимчасово стає дезадаптованою, не можемо пристосуватися до обставин, які змінилися. Люди по-різному ставляться до неприємних новин, тривожних несподіванок, стресових ситуацій, травмуючих життєвих обставин.

Якщо спроба подолання кризи є *невдалою*, то послідовно розвиваються три *фази кризи* (О. М. Александрова, В. М. Заїка, Д. Каплан):

фаза первинного зростання напруги: зіткнувшись з проблемною ситуацією людина спочатку опирається на минулий досвід для того, щоб вирішити її; використовуються звичні для людини способи рішення і механізми захисту; залучаються знайомі та відпрацьовані ресурси, зберігається гнучкість у підході до проблеми; напруга і релаксація збалансовані;

фаза подальшого зростання напруги: у людини починають виникати і наростати почуття невпевненості, страху, розгубленості. На цій стадії випробуються нові способи вирішення проблеми, зменшується гнучкість, напруга переважає над релаксацією. Саме в цей період людина потребує допомоги зі сторони, вона готова до сприйняття нових ідей. Якщо із тих або інших причин вона не може отримати допомоги, настає нова стадія;

фаза підвищення тривоги і депресії: ця стадія характеризується емоційною та інтелектуальною дезорганізацією, відчуттям хаосу, людині починає здаватися в цей період, що всі ресурси вичерпані, вона не бачить виходу із ситуації, яка створилася. Тут може виникнути можливість несприятливого результату – це зловживання алкоголем, наркотиками, психічні порушення, кримінальна поведінка, суїцид. Якщо особа звернулася до консультанта на цій стадії, то він може допомогти їй знайти контроль над ситуацією, віднайти свої ресурси і, якщо не розв'язати проблему повністю (оскільки не всі проблеми у принципі вирішувані), то все ж таки побачити можливості вибору.

враховуючи динаміку кризи, Л. В. Сафонова вважає за доцільне говорити також про *фазу відновлення* – прийняття рішення з подальшою стабілізацією. Дослідниця підкреслює, що перехід від однієї стадії розвитку кризи до іншої відбувається поступово, не різко; разом із тим кожна із них характеризується переважно її властивими емоціями, думками, комунікативними і поведінковими особливостями.

Інша картина в стадіях переживання *травмівної ситуації*.

Стадії сприятливого переживання травмівної ситуації [ресурс з Інтернету: 2]:

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

травмування.

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

Окрім знеболюючих речовин виділяються й гормони, необхідні для інтенсивного реагування на ситуацію – адреналін, норадреналін, кортизон. Серце починає битися швидше, кров від внутрішніх органів спрямовується до м'язів тулуба, рук і ніг, печінка виробляє більше цукру, щоб забезпечити м'язи енергією.

Біологічний смисл стадії *орієнтації* полягає в максимальній мобілізації адаптаційних ресурсів організму, миттєвому переходу в стан напруженої готовності до боротьби чи втечі.

Друга стадія. Опір (надзбудження). Активізуються лімбічна частина мозку, що відповідає за емоції, симпатична нервова система, активізуються й гормональні механізми, що зменшують вплив негативних чинників на організм. Якщо чинники виявляються дуже сильними, чи зрозуміло, що безпечного середовища не буде довгий час, то організм готується до тривалої боротьби за життя.

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

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

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

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

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

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

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

Найчастіше в описі переживання життєвої кризи описують чотири фази змін в розвитку психологічної реакції на кризу (А. Г. Амбрумова; Ф. Ю. Василюк ; О. А. Донченко, Т. М. Титаренко; С. Б. Семичов):

первинне наростання напруги, що стимулює звичні способи розв'язання проблем;

подальше наростання напруги, збудження, агресивності, рівня тривоги в умовах, коли ці способи виявляються безрезультатними;

ще більше наростання напруги, яке вимагає мобілізації зовнішніх й внутрішніх психологічних й фізичних ресурсів. Робляться спроби використати не характерні для особистості способи подолання;

якщо все виявляється марним, наступає стадія, що характеризується підвищенням тривоги й депресії, відчуттям безпомічності й безнадійності, дезорганізацією поведінки особистості.

Залежно від віку, досвіду, гендеру, професійної діяльності, люди по-різному переживають кризові ситуації і по-різному опановують кризові стани.

Т.М. Титаренко виокремлює наступні типи ставлення до кризової ситуації [3, С.31-32]:

Ігноруюче ставлення: людина не хоче або не може реально оцінити наслідки того, що відбувається. Вона всіляко намагається не помічати непорозуміння, конфлікти у взаємодії з оточуючими, які виникають все частіше і частіше. Вона заплющує очі на професійні проблеми, яких раніше не було. Вона не хоче бачити погіршення свого здоров'я, яке також свідчить про наявність кризового стану.

Чому обирається саме таке ставлення? Людина може не мати внутрішніх ресурсів, енергії, сил для того, щоб подивитися правді у вічі. Можливо, ігноруюче ставлення є віддаленим результатом якоїсь психічної травми, що її людина зазнала ще в дитинстві, коли дійсно не мала ніякої змоги протидіяти обставинам.

Чи буває ігноруюче ставлення до кризи корисним? Певною мірою, так. Говорячи собі, що все гаразд, що проблем немає, людина відчуває впевненість у собі і легше долає перешкоди. Але тотальне ігнорування складних життєвих обставин дійсністю до добра не доведе. Гострі симптоми стануть хронічними, криза від поверхової перейде до глибокої, і дорогоцінний час буде втрачено.

Перебільшуюче ставлення: замість ігнорування симптомів кризи у людини виникає паніка. Йдеться про протилежне першому ставлення до кризової ситуації. Людина фіксує кожну, навіть зовсім випадкову зміну обставин як знак, що віщує про поглиблення страждань, зростання неприємностей. До свого здоров'я, психічного стану вона ставить як справжній іпохондрик, перебільшуючи, утрируючи кожну дрібничку.

Якщо ми постійно чекаємо чогось поганого, ми обов'язково створюємо собі небажані установки, провокуючи ускладнення ситуації, зменшуючи власну можливість адекватного реагування на нові, несприятливі обставини.

Демонстративне ставлення: деякі особистості постійно підкреслюють, що їхня ситуація – найгірша, що доля до них найнесправедливіша, що життєвих випробувань у їхньому житті надто багато. Якщо хвороба, то така складна і небезпечна, якої досі навколо не було, якщо сімейний конфлікт, то про його жахливі подробиці будуть знати всі знайомі, сусіди, співробітники, рідні і друзі.

Навіщо свої страждання демонструвати, привертати до них увагу? Передусім для того, щоб отримати співчуття, щоб постійно відчувати до себе інтерес, потурання, попусти. Бути у ролі страждальця не так вже й погано, адже жертва непомітно експлуатує оточуючих, формує у них емоційну залежність від себе, маніпулюючи відвертим бажанням допомогти.

Людина з демонстративним ставленням до кризи нерідко використовує власне тіло як засіб привертання до себе більшої уваги. Вона відчуває порушення сну, апетиту, постійний головний біль або раптове серцебиття і демонструє ці симптоми як специфічну мову для посилення контактів. Всі починають бігати навколо, хвилюватись, викликати «швидку допомогу», і це тимчасово задовольняє страждальця, дає йому змогу відчувати себе у центрі подій.

Волюнтаристське ставлення: потрапивши у кризу, людина починає з подвоєною енергією заперечувати дійсність. Вона не приймає реальності, не хоче рахуватися з погіршенням працездатності, загостренням хронічних захворювань, необхідністю зупинитися у своєму рухові вперед і, можливо, трохи змінити напрямок або подбати про надійне оточення.

Ну що, каже такий чоловік собі, нема ніякої надії? Дуже боляче? Нічого! Я зможу примусити себе жити так, ніби нічого не трапилось! Я працюватиму у десять разів більше, я так себе завантажую, що на страждання просто не вистачить сил. У такої людини завжди є чіткий план дій, є мета, від якої не можна відступати. Рухаючись під батогом власної волі, вона десь у глибині душі не любить себе, не приймає своїх слабих, не дозволяє собі хоч інколи

відпочити, розслабитись, побути безпосередньою, щирою, втомленою. До речі, від оточуючих вона чекає схожої поведінки і тому нерідко потерпає від самотності.

Вольові перевантаження не безмежні. Вчитися упокоренню перед тим, що сталося – це вчитися жити сьогоднішнім, сприймаючи реальність такою, якою вона насправді є, а не такою, якою повинна бути виходячи з наших планів. Жорстокість по відношенню до себе непомітно обертається жорстокістю, спрямованою на інших.

Продуктивне ставлення: рідкісне, людина з таким ставленням тверезо, терпляче сприймає себе завжди, - і в часи везіння, вдачі, натхнення, і в періоди загибелі надій, краху найзаповітніших мрій і бажань.

Як ми вибачаємо собі нежить або ангину, таким же чином слід навчитися вибачати собі і тимчасову втрату смаку до життя, до спілкування, зростання дратівливості, незадоволеності собою, своїми професійними, учбовими справами, звичками, оточенням.

Людина з продуктивним ставленням до кризи пам'ятає про подібні скрути у власному житті, не втрачаючи надії поступово впоратись із ними. Спустошеність і відчуженість – це дуже неприємно, але це не триватиме вічно. Інколи треба відволіктися, розслабитися, зняти напруження, щоб побачити, що робити далі. Інколи опанування стає можливим у формі прояву своїх емоцій, гіркого плачу, вибуху гніву. Дехто звертається до свого оточення за допомогою.

Продуктивне ставлення до кризи передбачає володіння людиною цілою гамою стратегій самоопанування. Залежно від конкретної ситуації використання цих стратегій може бути досить гнучким, різнобічним, тоді як чотири попередні типи ставлень до кризи передбачали оволодіння переважно однією якоюсь стратегією опанування, далеко не завжди адекватною ані стану людини, ані характеру ситуації.

Відмовлятися від старих звичок, руйнувати свій багаторічний стиль життя кожному дуже боляче, але важливо розуміти, пам'ятати, вірити, що все одно це треба колись розпочинати, що кожен час від часу переживає подібні кризи, що вихід із найбільшої скрути все одно буде знайдено.

Наслідки життєвої кризи можуть бути різними. Може відбутися фіксація неадекватних способів адаптації, що ще більше ускладнює становище індивіда й збільшує ризик ще більш несприятливих наслідків у майбутньому. Результатом кризи може стати й збагачення ресурсів особистості, вироблення, на додачу до вже існуючих звичних способів реагування на критичні ситуації нових, більш ефективних прийомів. Тобто, життєва криза одночасно містить як загрозу для особистості, так і можливість для її зростання. Криза – це не лише страждання, це й великі можливості, несподівані перспективи.

Висновки:

Кризова психологія – це галузь професійної діяльності психолога, яка

вивчає особливості поведінки особистості в ситуації кризової події чи катастрофи, стратегій подолання невизначеності життєвого шляху, внутрішньо-особистісні механізми та програми психологічної допомоги і підтримки.

Основними завданнями вивчення дисципліни «Кризова психологія» є:
 підготувати висококваліфікованого фахівця, інформованого щодо специфіки роботи психолога в умовах кризових та екстремальних ситуацій;
 сформувати у здобувачів цілісне уявлення про критичні стани людини, надзвичайні, екстремальні та травмуючі події;
 оволодіти методи психологічної підтримки, першої психологічної допомоги та самопомоги з метою стабілізації психічного стану у разі гострих проявів стресових розладів та посттравматичних кризових станів;
 сформувати вміння і навички надання ефективної психологічної допомоги людям, які пережили травматичні події.

Не існує загальноприйнятої класифікації життєвих криз. В сучасних дослідженнях виокремлюються різні види криз: вікові, екзистенціальні, життєві, біографічні, духовні, особистісні, психологічні тощо.

В психологічній науці криза розглядається як стан людини, як вид складної життєвої ситуації або як кризова ситуація і вивчається у сукупності подій, переживань, відносин, поведінки та реабілітації.

ТЕМА 2. ПСИХОТРАВМІВНІ НАСЛІДКИ ПЕРЕБУВАННЯ В ЕКСТРЕМАЛЬНІЙ СИТУАЦІЇ

План лекцій:

1. Особливості переживання стресових і травмівних ситуацій
2. Теоретичні моделі ПТСР.
3. Етіологія та симптоматичні показники ПТСР.
4. Аналіз методів діагностики ПТСР.

Рекомендована література

Основна:

1. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. – Х.: Видво НУЦЗУ, 2017. 777 с
2. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунова ; [О.І. Федоренко та ін.] ; МВС України, Харків. нац. ун-т. внутр. справ. Харків : ХНУВС, 2022. 84 с. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/7e08ad95-1248-47df-a595-01cc24c7afaf/content>
3. Посібник з навчального курсу з молодіжної роботи, інформованої про травму. Авторський колектив: Н. Боярський, Ю. Єлфімова, Н. Макієнко, О. Черних, Рада Європи, 2022. 176 с. URL: <https://rm.coe.int/posybynyk-trauma-informed-youth-works-ukr-digital-yfduii/1680a8ec2f>

ДОПОМІЖНА

1. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
2. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
3. Осьодло В.І., Zubovskiy Д.С. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи // *Український психологічний журнал*. 2017, №1(3). С.63-79.
4. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семігіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова [та ін.]. Київ : Наш формат, 2017. 1068 с.
5. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

Інформаційні ресурси:

1. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. / Загальна редакція: Л. Царенко. Київ. : ОБСЄ, 2018. 240 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/c/430829.pdf>
2. Звіт про результати дослідження «Психічний стан українців під час війни проти росії» URL: <https://drive.google.com/file/d/1hsNwEdq32p4a5aua24NIQpd61tiyY8mW/view>
3. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи.
4. Навчальний посібник. Том 3. / Загальна редакція: Л. Гридкевець. Київ : ОБСЄ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/uk/project-coordinator-in-ukraine/430841>
5. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf

Текст лекції:

1. Особливості переживання стресових і травмівних ситуацій

В ході свого життя людина потрапляє в різні обставини та зазнає впливу багатьох факторів, окремі з яких, з огляду на свою інтенсивність та непередбачуваність є травматичними. Скривдження, жорстока поведінка у дитинстві, гострі міжособистісні конфлікти, дорожньо-транспортні пригоди, фізичне та сексуальне насильство, важкі хвороби – все це травматичні події, які, звісно, не вичерпують увесь перелік, однак є імовірними в житті чи не кожної людини.

Переживання травматичних подій є нелегким випробуванням для людської психіки. Нажаль не у всіх, хто зазнав травми вистачає внутрішніх ресурсів та підтримки оточення аби стабілізуватися та відновитися після травми. Переживання стресу, психологічної травми та зіткнення з іншими загрозами провокує цілу низку симптомів, які істотно впливають на життя та знижують його якість.

Стрес – це неспецифічна реакція організму у відповідь на дуже сильну дію (подразника) зовні, яка перевищує норму, а також відповідна реакція нервової системи. Це захисна реакція організму на різні подразники, яка допомагає людині адаптуватися до умов, що часто змінюються.

Реакція на фізичні впливи зовнішніх чинників, що викликають ушкодження, опіки, отруєння, захворювання тощо, називається **фізичним стресом**. а реакція, спрямована на захист від впливу психічних чинників, що викликають сильні емоції – це **емоційний або психічний стрес**.

Стрессова ситуація характеризується суттєвими фізичними і психічними навантаженнями, різноманітними сильними подразниками, що порушують звичний перебіг життя (нещастя, зневажливе ставлення,

незаслужені образи, неправда, втрати, несподівані перепони) або браком подразників (монотонність, самотність, брак руху, інформації, ізоляція тощо).

Стресові чинники, характерні для екстремальної ситуації:

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

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

Стресори, що виходять за рамки звичайного людського досвіду:

- стихійні лиха;
- техногенні катастрофи;
- пошкодження власного будинку;
- теракти;
- масові насилля;
- бойові дії;
- ситуація полоненого;
- тортури;
- диверсії;
- війна.

Традиційним стало розуміння стресу як фізіологічної реакції організму, зокрема реакції ендокринних залоз, контрольованих гіпофізом, на дію різних негативних факторів. Згідно вчення Г. Сельє, у функціональному та морфологічному відношенні стрес виражається загальним адаптаційним синдромом, що має певні та добре відомі стадії:

Стадія 1. Тривога - на цій стадії організм зіштовхується з різноманітними екстремальними факторами середовища й намагається пристосуватися до них. При цьому опір організму спочатку знижується («фаза шоку»), а потім вмикаються захисні механізми («фаза протитоку»).

Стадія 2. Резистентність (адаптація, опір). На цій стадії відбувається адаптація до нових умов за рахунок напруги функціонуючих систем організму. Спостерігається сильне фізіологічне збудження, стійке відображення дії стресора.

Стадія 3. Виснаження. Якщо стресор продовжує діяти тривалий час, відбувається виснаження ресурсів організму і зрив систем адаптації, знижується опір. Виявляється неспроможність дій захисних систем та зростання порушень узгодженості життєвих функцій.

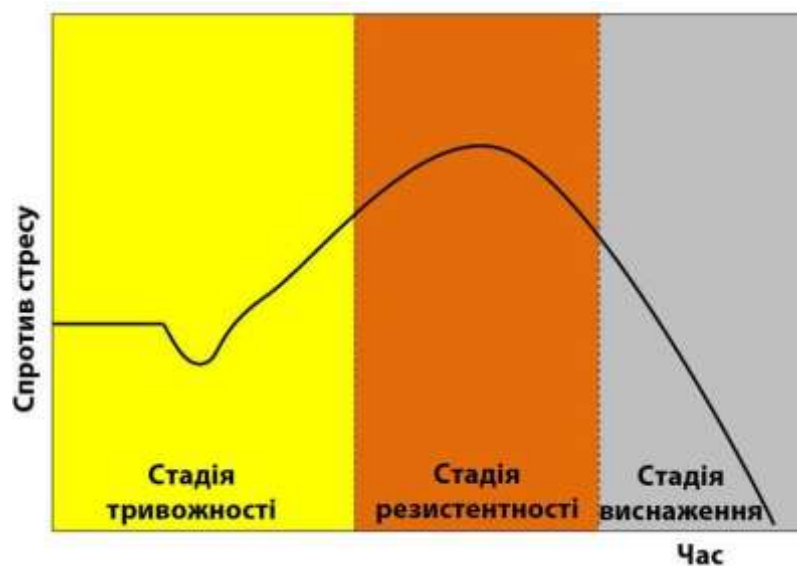


Рис. 1. Стадії загального адаптаційного синдрому, стресу (Г. Сельє)

У відповідь на стан **тривоги** (перша стадія), викликаній стресором, організм реагує фізіологічними змінами, спрямованими на **мобілізацію** (друга стадія) захисних сил організму. В цей час людина знаходиться в стані напруження та настороженості, проте фізично і психологічно відчувається добре – зникають симптоми хвороб, зростає витривалість.

Мобілізація розвивається впродовж 6 годин після впливу стресора і триває 24–48 годин.

Тривалість другої стадії – резистентності або **опору** – залежить від особливостей організму та специфіки ситуації. У цей час стійкість організму до сильних впливів середовища зростає і може закінчитися стабілізацією стану та **адаптацією** (четверта стадія) до стресової ситуації.

Якщо адаптуватися до стресової ситуації людина не може, то опір змінюється **виснаженням**, різким зниженням розумової і фізичної працездатності. Ця стадія триває до 3-х діб. Людина в стадії виснаження потребує допомоги, що полягає або в психологічній підтримці, або в усуненні стресора.

Виснаження може перейти у **хронічний стрес** (дистрес). Цей стан характеризується песимізмом, пригніченням, в'ялістю; порушенням сну й апетиту; дратівливістю, невдоволенням; тривожністю, агресивністю; зниженням працездатності, погіршенням здоров'я.

Ознаки хронічного стресу [2]:

- неможливість зосередитися на будь-чому;
- надто часті помилки під час роботи;
- погіршення пам'яті;
- постійне відчуття втоми;
- дуже швидке мовлення;

- періодично зникають думки;
- безпричинні болі в голові, спині, шлунку;
- робота не приносить колишнього задоволення;
- втрачається почуття гумору;
- якщо є залежність від нікотину, то різко зростає кількість викурених цигарок;
- з'являється пристрасть до алкогольних напоїв;
- спостерігається постійне відчуття голоду або навпаки втрата апетиту.

Відомо, що автономна нервова система розділена на дві гілки:

- симпатичну (мобілізація)
- парасимпатичну (спокійний стан, іммобілізація).

Коли активується симпатична нервова система, то в небезпечних ситуаціях спрацьовує реакція «бий або біжи».

Коли активується парасимпатична нервова система, то в разі загрози людина завмирає.

Реакція «бий/біжи/замри» є реакцією на стрес.

Розуміння психології такої реакції показує, що тіло та розум нерозривно пов'язані. Цей зв'язок підтримується використанням як фізіологічних, так і психологічних технік для управління стресом (див. табл. 1, табл. 2).

Таблиця 1

Процеси у нервовій системі та реакція «бий/біжи/замри»

Симпатичний відділ (мобілізує ресурси тіла у надзвичайних ситуаціях)	Впливає на таку частину тіла:	Парасимпатичний відділ (зберігає ресурси тіла)
Зірниці розширені, сухість; зір на великій відстані	Очі	Зірниці звужені, вологість; зір на близькій відстані
Сухість	Рот, слина	Слиновиділення
Стан «гусячої шкіри»	Шкіра	Відсутність стану «гусячої шкіри»
Пітливість	Долоні	Сухість
Протоки розширені (більш часте дихання)	Легені	Протоки звужені (більш повільне дихання)
Збільшений пульс	Серце	Зменшений пульс
Максимальне надходження до м'язів	Кров	Максимальне надходження до внутрішніх органів
Напруженість	М'язи	Розслабленість
Збільшена активність (адреналін та кортизол)	Надниркові залози	Зменшена активність
Уповільнення або припинення	Травлення	Активність

Таблиця 2

Наслідки затяжної реакції «бий/біжи/замри»

Симпатичний відділ нервової системи	Впливає на таку частину тіла:	Наслідки хронічного збудження симпатичної нервової системи
Зірниці розширені, сухість; зір на великі відстані	Очі	Синдром сухого ока
Сухість	Рот	Поганий стан ротової порожнини
Протоки розширені (більш часте дихання)	Легені	Великий тиск крові
Збільшений пульс	Серце	Серцеві захворювання
Максимальне надходження до м'язів	Кров	Діабет 2 типу (завдяки хронічному виробленню глюкози у крові)
Напруженість	М'язи	Дискомфорт у м'язах, подразнення, низка гнучкість
Збільшена активність (адреналін та кортизол)	Надниркові залози	Безсоння, гіперактивність, нервовість, знижений імунітет
Уповільнення або зупинка	Травлення	Проблеми зі шлунком (нетравлення, вплив кислоти)

Ще донедавна поняття психотравми – як травмівної події і як стану, спричиненого травмівною подією – розглядалися в межах теорії стресу. Проте між стресом і психотравмою є відмінність.

Як зазначає Н. В. Тарабріна, стрес стає психотравмою, коли внаслідок дії стресора відбувається порушення у психічній сфері людини. Стресором у таких випадках виступає травмівна подія, що характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю.

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

Отже, стане стрес травмівним чи ні, насамперед залежить від характеру стресора (події).

Травмівними можна вважати події, коли людина зустрічається з фізичною смертю, зокрема події, що загрожують життю і фізичній цілісності людини: поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства. Такі події з великою ймовірністю призведуть до психічної травми.

Ця особливість травмівного стресу відображена у 5-му виданні DSM-5 (Американська психіатрична асоціація, 2013), де **психотравма** визначається як «експозиція (*експозиція* – безпосереднє зіткнення з якоюсь подією та пов'язані з цим переживання) до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства в один (чи більше) з таких способів:

- 1) безпосереднє переживання травмивної події (подій);
- 2) перебування свідком подій, які трапилися з іншими;
- 3) знання того, що травмивна подія (події) трапилась із членом сім'ї чи близьким другом – у випадках смерті чи загрози життю члену сім'ї чи другу, якщо ця подія була насильницькою або непередбаченою;
- 4) переживання багаторазової або надмірної експозиції до нестерпних деталей травмивної події (подій) (наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки).

Зазначимо, що у ряді випадків ми зустрічаємося з відкладеним переживанням, з **травмою усвідомлення**. Наприклад, в момент події людина не розуміла (через вік, досвід, недостатню інформацію), що відбувається. З часом, отримавши певну інформацію, людина може знову пережити подію, але вже як травмивну. При цьому, усвідомлення може відбутися як зразу після події, так і через тривалий час. Травма усвідомлення має декілька варіантів.

Перший – **травма розуміння**, з нею зіштовхуються фахівці, які працюють з постраждалими, котрі у дитинстві зазнали сексуального насильства, але лише у підлітковому або юнацькому віці зрозуміли, що з ними відбулося і пережили травму.

Другим варіантом травми усвідомлення є **травма оцінки**. Так, під час стресової ситуації людина була спокійною і врівноваженою, і лише з часом оцінила те, що з нею відбулося (сама або за допомогою інших) і злякалась

«задньою датою». Власне з моменту переоцінки може розвиватися травматичне переживання.

І третім варіантом травми усвідомлення є **травма уяви**. Вона пов'язана з тими випадками, коли під час події або після неї людина починає уявляти усі можливі жахливі наслідки. До речі, наша уява може зробити травмивними досить нейтральні події. Зазначимо, що в усіх трьох випадках усвідомлення травми може не переживатися тяжко і не везти до розвитку психологічної травми.

А. Браун зазначає, що коли з нами щось відбувається, то ми не переживаємо все і одразу. Переживання – це процес, котрий триває певний час. І лише наприкінці цього процесу переживання інтегрується в «Я» у вигляді пам'яті. Тобто, досліджуючи психологічну травму необхідно досліджувати процес з часу події і її переживання до часу нормалізації стану та інтеграції пережитого у вигляді спогадів або через розвиток симптомів до певних змін особистості.

Типи травм (за Є. Мюнker-Крамeр)

ТИП I		ТИП II	
Окрема потенційно травматична подія.	Декілька різних потенційно	Секвенційна травматизація	Травма розвитку

Монотравма	травматичних подій. Мультитравма	(повторюване насильство). Початок між 8 та 10 роком життя	(повторювані події, які мали початок до 8 року життя
Гостра стресова реакція (F 43.0) Розлади адаптації F43.2 (порушення функціонування)	Класичний ПТСР F43.1	Комплексний ПТСР	Дисоціативні комплексні розлади внаслідок психічної травми

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

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

Гостра реакція на стрес – розлад, що розвивається у людини у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес, може тривати до 3–4 днів після події зі згасанням і/або зникненням симптомів.

Симптоми розладу проявляються у вигляді типової змішаної мінливої картини, якій притаманні: первинний стан приголомшення з певним звуженням свідомості й уваги, неможливість адекватно оцінювати подразники, **дезорієнтація**. Цей стан може також супроводжуватися **«втечею» від реальності** (аж до стану дисоціативного ступору – F44.2) або **гіперактивністю**. Як правило, наявні окремі симптоми панічного розладу (почервоніння, надмірне потовиділення, тахікардія). Може бути часткова або повна амнезія (F44.0) як реакція на стресову подію.

Гостру реакцію на стрес учасників бойових дій описують як **бойову оперативну стресову реакцію**, що є нормальним реагуванням на екстремальну ситуацію. У цьому випадку важливу роль відіграє здатність військових та їхнього найближчого оточення (насамперед командирів, лікарів, психологів) адекватно оцінювати стан людини, виявляти симптоми розвитку стресу. Будь-яка поведінка, що тривалий час відрізняється від звичної для людини раніше, може бути ранньою ознакою і симптомом бойового стресу [2].

Бойовий стрес може проявлятися як нездатність виконувати свої прямі

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

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

Зупинимось детальніше на зазначених типах реагування. Під час травмівної події або одразу після неї в людини може бути **шок** – уповільнення психічної і моторної активності.

Поряд із цим спостерігаються відчуття відчуження, розлади дереалізації, коли оточуючі предмети сприймаються як неприродні, інколи – як нереальні, «неживі»; змінюється сприйняття звуків; голоси людей стають інакшими, з'являється й відчуття зміни відстані між навколишніми предметами. Інколи, в особливо важких випадках, людина бачить навколишнє ніби збоку чи згори.

Про такий стан колись говорили «душа покинула тіло».

Проте частіше гострою стресовою реакцією на травмівну подію є **психомоторне збудження**, що проявляється зайвими, швидкими, інколи безцільними рухами. Увага звужується, довільна цілеспрямована діяльність стає проблематичною. Людині важко сконцентруватися, відтворити інформацію, особливо стосовно травмівної події, що зв'язано з порушенням короточасної пам'яті. Темп мовлення прискорюється, воно стає монологічним. Часто повторюються однакові фрази, судження поверхові. В такому стані важко залишатися в одному положенні: потерпілі то лежать, то встають, то безцільно рухаються. Спостерігаються вегетативні порушення (тахікардія, підвищений артеріальний тиск), почервоніння обличчя, надмірна пітливість, може з'являтися почуття спраги чи голоду. Інколи може бути **агресивна чи істерична поведінка**.

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

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

суїцидів здійснюється в стані депресії).

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

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

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

Військовослужбовці згадували випадки, коли бійця в стані психогенного ступору вважали загиблим. Водій БТР розповідав, як під час бою він забрав у машину пораненого і «загиблого». В якийсь момент механік БТРа закричав, що заклинило, не можна стріляти.

«Загиблий» відреагував на ці слова, отямився і ліквідував несправність (виявилось, що він теж був механіком).

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

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

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

Розглянемо один із наслідків травмівної події – **гострий стресовий розлад (ГСР)**, наявність якого характеризують чотири типи симптомів:

- 1) симптоми повторного переживання травматичної події (нав'язливі спогади чи сни);
- 2) симптоми уникання (уникання думок, почуттів і місць, пов'язаних із травмівною подією);
- 3) симптоми заціпеніння (зокрема, почуття відокремленості, відстороненості, відірваності від інших);
- 4) симптоми підвищеної збудливості (дратівливість, поганий сон, підвищена настороженість).

Крім цього, виокремлюють наступні ознаки гострого стресового розладу:

Дисоціація – відчуття байдужості, відірваності від дійсності або недостатня емоційність, погане розуміння навколишніх подій (приголомшення), відчуття нереальності навколишнього, відчуття нереальності власної особистості.

Гіперзбудження – надмірна балакучість та/або моторне збудження.

Уникання – небажання говорити про подію, що травмує, відвідувати місця, пов'язані з подією.

Репереживання – емоційне включення при згадці про травмуючу подію, демонстрація інтенсивних реакцій (фізичних і емоційних), ніби подія відбувається в теперішньому часі.

Між ГСР та ПТСР є дві ключові відмінності:

а) тривалість симптомів: ГСР діагностується у період від двох днів до **одного місяця** після впливу травмивної події, в той час як ПТСР діагностується, коли симптоми (які стосуються ПТСР) тривають **більше, ніж місяць** після травмивної події;

б) при ГСР особливого значення набувають симптоми дисоціації (а саме: відчуження, відірваності та приголомшеності; деперсоналізація і дереалізація).

Для діагнозу ГСР (за DSM-5) мають бути наявними 9 симптомів і більше, що тривають не менше, ніж 3 дні, але не більше, ніж 4 тижні. Діагностичні критерії можна переглянути в ресурсах з Інтернету 2, С. 210-212]. Також слід відзначити, що існує низка розладів спричинених впливом стресових чи травмивних подій. Згідно розділу 6 «Психічні та поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку» Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям, одинтого перегляду (МКХ-11) виокремлено **розлади, специфічно пов'язані зі стресом**. Вони мають пряме відношення до впливу стресової або травмуючої події, або серії таких подій, або переживання травматичного досвіду. До кожного розладу цієї групи є обов'язковим наявність встановленого стресора, але недостатнім причинним чинником. Хоча і не у всіх осіб, які зазнали впливу стресора, розвинеться патологічний стан, розлади, об'єднані в даному розділі, не виникають без впливу стресора.

Стресові події для деяких розладів з цієї групи не виходять за межі традиційних життєвих ситуацій (наприклад, розлучення, соціально-економічні проблеми, важка втрата). Для виникнення інших розладів потрібна дія стресора надзвичайно загрозливого або жахливого характеру (травма). Всі розлади цього розділу відрізняє те, що симптоми за своїм походженням, проявами та тривалістю, а також пов'язані з ними порушення функціонування, виникають лише у відповідь на стресові події.

Розлади, специфічно пов'язані зі стресом (МКХ – 11):

6B40 Посттравматичний стресовий розлад

6B41 Ускладнений посттравматичний стресовий розлад 6B42 Затяжна

патологічна реакція горя

6B43 Розлад адаптації

6B44 Реактивний розлад уподобання

6B45 Розлад соціалізації за розгальмованим типом

6B4Y Інші уточнені розлади, специфічно пов'язані зі стресом 6B4Z Розлади, специфічно пов'язані зі стресом, не уточнені 6B4Z Реакція на важкий стрес і порушення адаптації

Дамо коротку характеристику деяким з них.

Розлад адаптації 6B43 – це дезадаптивна реакція на встановлений психосоціальний стресор чи множинні стресори (наприклад, розлучення, хвороба чи інвалідність, соціально-економічні проблеми, конфлікти у сім'ї чи на роботі), що зазвичай виникає протягом місяця впливу стресора.

Розлад характеризується заклопотаністю самою стресовою подією або її наслідками, включаючи надмірне занепокоєння, повторювані думки про стресор або постійне обдумування його значення, а також нездатністю адаптуватися до стресора, що спричиняє значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, навчальній, професійній чи інших важливих сферах функціонування.

Наявні симптоми не можуть бути більшою мірою пояснені наявністю іншого психічного розладу (напр., афективного розладу або іншого розладу, специфічно пов'язаного зі стресом) і зазвичай проходять протягом шести місяців, якщо стресор не зберігається протягом більш тривалого часу.

Розлад соціалізації за розгальмованим типом 6B45 – характеризується грубо порушеною соціальною поведінкою, що виникає внаслідок важких умов неналежного догляду за дитиною (наприклад, крайня бездоглядність, інституційна депривація).

Дитина підходить до дорослих без розбору, їй не вистачає обачності, вона може піти з незнайомими дорослими і виявляє надмірно фамільярну поведінку стосовно випадкових людей. Розлад соціалізації за розгальмованим типом може бути діагностований тільки у дітей, і характерні прояви цього розладу розвиваються протягом перших 5 років життя. Однак, цей розлад не може бути діагностований до досягнення віку 1 року (або рівня розвитку менше 9 місяців), коли здатність до виборчих уподобань ще повністю не сформована, або якщо вона проявляється у межах Розлади аутистичного спектра.

Також, виокремлено **етапи реакції після короткочасного впливу травмивної ситуації** (Ю. Александровський, 2003):

«Нульовий» період – період на передодні події, або період очікування. Відбувається тоді, коли подія була передбачена і на неї чекали (прогноз стихійного лиха, нападу терористів, очікування на хірургічну операцію тощо). Для цього періоду характерна тривога, напруга, стурбованість. В деяких випадках розвивається штучна веселість, збудження, спроба уникнути думок про можливу небезпеку шляхом підвищення активності. Власне в цей період

може розвиватися травма уяви.

Перший період – гострий. Триває від декількох годин до місяця.

Виокремлюють декілька стадій:

1) стадія вітальних реакцій – до 15 хв., завдання – збереження життя; характерні невіра в те, що відбувається, паніка

2) стадія гострого психоемоційного шоку з проявами надмобілізації, триває 3-5 год. Загальне психічне напруження, мобілізація психофізіологічних резервів, загострення сприйняття, прискорення процесів мислення. При цьому критична оцінка ситуації знижена, але збереження здібність до цілеспрямованої діяльності. Суб'єктивно переживається погіршення стану, переважання почуття відчаю, страху, головні болі, серцебиття, сухості у роті, важкістю дихання, проте значно зростають фізичні сили. На цій стадії можуть виникнути «тунельний стан свідомості», дисоціація.

3) стадія психофізичної демобілізації – до 3-х діб; розуміння масштабів того, що відбулося; очікування повторень стресової ситуації та/або нових стресів (втрата житла, смерть рідних, розбіжність між очікуваннями і результатами рятувальних робіт тощо); погіршення самопочуття та емоційного стану; переважають розгубленість, депресивні тенденції, можуть виникати панічні реакції; зниження моральної нормативності поведінки, рівня ефективності діяльності; підвищення втомлюваності; деякі зміни уваги і пам'яті (неможливість зконцентруватися, згадати певні події тощо).

4) стадія вирішення – до 3-12 діб; суб'єктивно, відбувається певна стабілізація настрою і самопочуття, але зберігається знижений емоційний настрій, обмеження у соціальних контактах. Наприкінці цієї стадії з'являється бажання розповісти про пережите; часті нічні кошмари або сновидіння про подію. Об'єктивно спостерігаються виснаження фізіологічних резервів, перевтома, зниження розумової працездатності. На цій стадії у дітей може з'явитися енурез, у вагітних – викидні, передчасні пологи.

5) **стадія відновлення** – з 12-го дня: активізація спілкування, мова і міміка стають більш емоційними, з'являються жарти; нормалізується сон. Суб'єктивно люди відзначають, що їх стан нормалізувався. Практично нормальний розвиток психологічної травми на цій стадії завершується. Подія пережита, переходить у довготривалу пам'ять і пережите стає частиною життєвого досвіду людини.

Таким чином, в нормі при короткочасних травмівних подіях відновлення закінчується за один-два місяці. Але у ряді випадків застрягання відбувається на третій-четвертій стадіях і відновлення не відбувається.

Другий період – період залишених реакцій або передпатологічний. Наступає через місяць (два) після пережитої події, триває до 6 місяців. Характерні психопатологічні симптоми: порушення сну, нічні жахи, страхи, астеноневротичні реакції і психосоматичні розлади.

Третій період – хронічний. Триває від 6-7 місяців – до десятків років. Фіксація пережитих реакцій, особистісна патологія, стійка психопатологія,

зростання симптоматики.

Етапи реакції після довготривалого впливу травмівної ситуації:

Перший період – початковий, або період потрапляння в довготривалу травмівну подію, або шок потрапляння. Відповідає гострому періоду реакцій на короткотривалу травмівну подію. Відповідно виокремлюють ті ж самі стадії в розвитку цього періоду травми: вітальних реакцій, гострий психоемоційний шок, психофізіологічна демобілізація, вирішення). А ось стадію відновлення тут називають **стадією первинної адаптації**.

Другий період – перебування в довготривалій травмівній ситуації, або період адаптації. Переживання цього періоду залежать від конкретних умов травмівної події. Наприклад, ситуація втрати роботи може призвести до розвитку психологічної травми, що буде розвиватися за наступними фазами:

1) суб'єктивне полегшення і конструктивне пристосування до ситуації, триває 3-4 місяці після втрати роботи; в деяких випадках – стійкий стресовий стан і перебільшення загрози;

2) обтяження стану, настає через 6 місяців після втрати роботи. Спостерігаються деструктивні зміни: дефіцит активної поведінки; руйнація життєвих звичок, інтересів, цілей; знижуються сили протидії труднощам тощо;

3) безпорадність і прийняття ситуації втрати роботи; стан апатії зростає з кожним місяцем; відсутність навіть мінімальних успіхів на пошук роботи призводить до втрати надії. Людина припиняє спроби змінити положення і звикає до стану бездіяльності. Інколи, люди навіть бояться знайти роботу.

У Мартіна Селегмана цей стан описаний як **синдром набутої безпорадності** – стан людини або тварини, у якому індивід не робить спроб для поліпшення свого стану (не намагається уникнути негативних стимулів або отримати позитивні), хоча має таку можливість. Зазвичай з'являється після декількох невдалих спроб вплинути на негативні обставини середовища (або уникнути їх) і характеризується пасивністю, відмовою від дії, небажанням змінювати вороже середовище або уникати його, навіть коли з'являється така можливість.

Третій період – повернення чи звільнення. Необхідно розуміти, що навіть за найблагополучнішої ситуації в період повернення людина повинна пройти **стадію стресу повернення, стадію нестійкої адаптації і наслідків травми** і період остаточного відновлення (або хронічних наслідків).

Одним із наслідків переживання довготривалих стресових і травмівних подій є розвиток посттравматичного стресового розладу. Тому, далі ми переходимо до другого питання нашої лекції.

2. Теоретичні моделі птср.

Травматична подія – подія, при якій людина вважає, що *існує явна небезпека* для її життя, фізичного або психічного здоров'я чи для життя і здоров'я близької їй людини. Це відчуття виникло в розпал події (навіть якщо пізніше з'ясувалося, що реальної небезпеки не було) і призвело до фізіологічних, поведінкових або емоційних реакцій.

Класифікація травматичних подій:

- Монотравма (напр., ДТП)
- Мультитравма – одночасно різні види травм в певному спільному часовому проміжку (напр., участь у бойових діях)
- Секвенційна травма – той самий вид повторювано (напр., сімейне насильство)
- Травма розвитку – травматичне дитинство: повторювані травматичні події, відсутність безпечної прив'язаності, емоційне занедбання

У більшості людей, які пережили травматичну подію, сила симптомів знижується і симптоми проходять протягом місяця. У частини людей реакції, що виникли під час травматичної події, зберігаються і сприяють розвитку різного виду розладів адаптації.

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

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

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

в) *наявність чи відсутність травм розвитку*;

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

Соціально-психологічна допомога для людей, які пережили травматичну

подію, покликана перш за все **знижити ризик виникнення посттравматичних розладів**, а також сприяти розвитку стресостійкості, яка надалі допоможе адаптивно долати стресогенні події.

Посттравматичний стресовий розлад ПТСР (за МКХ-10) є результатом відтермінованої або тривалої відповіді на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру. На сьогодні не існує єдиної загальноприйнятої теоретичної концепції,

що пояснює етіологію (походження) та механізми виникнення й розвитку ПТСР. Однак існує кілька теоретичних моделей, серед яких можна виокремити:

- психодинамічний (психоаналітичний) підхід;
- когнітивний підхід;
- психосоціальний підхід;
- психобіологічний (психофізіологічний) підхід.

Психодинамічний підхід описують процес розвитку ПТСР та виходу з нього, як пошук оптимального співвідношення між патологічною фіксацією та травмуючою ситуацією і її повним витісненням зі свідомості. При цьому враховується, що стратегія уникнення згадувань про травму є найбільш адекватною у гострому періоді та допомагає подолати наслідки раптової травми. Під час розвитку постстресових станів усвідомлення всіх аспектів травми стає неодмінною умовою інтеграції внутрішнього світу людини, перетворення травмуючої ситуації на значущу частину буття суб'єкта.

Відповідно до психодинамічного підходу травма призводить до порушення процесу символізації. З. Фрейд розглядав травматичний невроз як нарцистичний конфлікт та увів поняття стимульного бар'єра. Внаслідок інтенсивного або тривалого впливу бар'єр руйнується, лібідозна енергія зміщується на суб'єкта. Фіксація на травмі виступає як спроба її контролю.

У сучасній класичній психодинамічній моделі наслідками травматизації розглядаються:

- регрес до оральної стадії розвитку та зсув лібідо з об'єкта на «Я»;
- ремобілізація садомазохістських інфантильних імпульсів;
- використання примітивних захистів;
- автоматизація «Я»;
- ідентифікація з агресором;
- регрес до архаїчної форми функціонування «Над-Я»;
- деструктивні зміни «Я-ідеалу».

Ця модель не пояснює повністю симптоматику травматичного реагування, наприклад, постійне відігрівання травми. Крім того, у досвіді будь-якої людини можна знайти дитячу травму, яка не зумовлює розвиток неадаптивної реакції на стрес.

Наразі, досвід багатьох психотерапевтів показує, що *класична психоаналітична терапія для лікування ПТСР неефективна*.

Когнітивна психотерапія пропонує для подолання ПТСР когнітивне

оцінювання та переоцінювання травмуючого досвіду. Автори цього напряму вважають, що когнітивна оцінка травмуючої ситуації є основним фактором адаптації після травми. Вона найбільшою мірою сприятиме подоланню її наслідків, у випадку коли причина травми у свідомості людини, яка страждає на ПТСР, набуде екстернального характеру та знаходитиметься поза особистісними особливостями людини (широко відомий принцип: не «я поганий», а «я зробив поганий вчинок»). У цьому випадку, як вважають дослідники, зберігається та підвищується віра у реальність буття, раціональність світу, а також у можливість збереження власного контролю за ситуацією.

У межах когнітивної моделі травматичні події – це потенційні руйнівники базових уявлень про світ та про себе, а патологічна реакція на стрес являє собою неадаптивну відповідь на знецінення цих базових уявлень. Такі уявлення формуються під час онтогенезу та пов'язані із задоволенням потреби у безпеці і складають Я-теорію.

У ситуації сильного стресу відбувається колапс Я-теорії. І хоча колапс Я-теорії — це неадаптивний наслідок стресового впливу, він сам по собі може бути адаптивним, оскільки дає можливість для більш ефективної реорганізації Я-системи.

Неадаптивне подолання травми включає генералізацію страху, гнів, дисоціацію, постійне програвання травми. Причина неадаптивного подолання травми полягає у негнучкості та невмінні корегувати когнітивні схеми.

Ця модель з найбільшою повнотою пояснює етіологію, патогенез та симптоматику розладу, оскільки враховує і генетичний, і когнітивний, і емоційний, і поведінковий фактори.

У межах **психофізіологічної моделі** відповідь на травму – це результат тривалих фізіологічних змін. Варіабельність відповідей на травму обумовлена темпераментом. Згідно з сучасними даними (А. Kolb, 1984; V. Kolk, 1996) під час стресового впливу зростає обсяг норепінефріну, що призводить до зростання рівня плазматичного катехоламіну, до зниження в головному мозку рівня норадреналіну, допаміну, серотоніну, до зростання рівня ацетилхоліну, виникненню болезаспокійливого ефекту, опосередкованого ендогенними опіоїдами. Зниження рівня норадреналіну та спад рівня допаміну в мозку корелюють зі станом психічного заціпеніння. Цей стан, на думку багатьох авторів (Р. Lifton, 1973; 1978; М. Horowitz, 1972; 1986; В. Green, Р. Lindy, 1992), є центральним у синдромі реакції на стрес. Болезаспокійливий ефект, опосередкований ендогенними опіоїдами, може призводити до виникнення опіоїдної залежності та пошуків ситуацій, схожих на травматичну. Зниження серотоніну інгібує роботу системи, яка пригнічує продовження поведінки, що призводить до генералізації умовної реакції на пов'язані з первісним стресором стимули. Придушення функціонування гіпокампу може бути причиною амнезії на специфічний травматичний досвід.

Недолік психофізіологічної моделі полягає в тому, що більшість

досліджень було проведено на тваринах або в лабораторних умовах. Вони також не враховують залежності психофізіологічної реакції від когнітивного опосередкування, яке було доведено у дослідях Р. Лазаруса.

Інформаційна модель ПТСР розроблена американським психологом М. Горовицем (М. Horowitz, 1998), який ввів у науковий обіг термін «посттравматичний стресовий розлад» (PTSD) у 1980 році. Інформаційна модель ПТСР є спробою науково-емпіричного синтезу трьох моделей ПТСР: когнітивної, психодинамічної (психоаналітичної) та психобіологічної (психофізіологічної).

Згідно з інформаційною моделлю ПТСР стрес – це сукупність внутрішньої та зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними (інтелектуальними) схемами (уявленнями) суб'єкта. У зв'язку з цим відбувається інформаційне перевантаження. Необроблена інформація перекладається зі свідомості у несвідоме, але зберігається в активній формі.

Підкоряючись універсальному принципу уникнення болю, людина прагне зберегти інформацію в несвідомій формі. Проте, відповідно до тенденції до завершення (ефект незавершеного образу), травматична інформація з часом стає свідомою як частина процесу інформаційної обробки. При завершенні інформаційної обробки досвід стає інтегрованим у структурі особистості, а травма більше «не зберігається в активному стані». Біологічний фактор, як і психологічний, включається у цю динаміку.

Такий феномен реагування – це нормальна реакція на шоковую інформацію. Не є ненормальними гранично інтенсивні реакції, які вважаються неадаптивними та блокуючими опрацювання інформації.

На думку І. Г. Малкіної-Пих, *інформаційна модель ПТСР* М. Горовиця є недостатньо науково-емпірично диференційованою, внаслідок чого не дає змогу повною мірою враховувати індивідуальні відмінності при травматичних розладах.

Величезне значення соціальних умов, зокрема фактора соціальної підтримки оточуючих, з метою успішного подолання ПТСР відображено у моделях, які отримали назву «психосоціальні».

Відповідно до **психосоціального підходу** модель реагування на травму є багатофакторною, тому необхідно врахувати значення кожного фактора у розвитку реакції на стрес. На підставі психосоціальної моделі ПТСР ґрунтується інформаційна модель ПТСР М. Горовиця. Поряд з цим розробники та прихильники психосоціального підходу також підкреслюють виняткову необхідність врахування факторів навколишнього середовища (В. Creen, 1990; К. Wilson, 1993), а саме:

- фактори соціальної підтримки;
- релігійні вірування;
- демографічні фактори;
- культурні особливості;

- наявність або відсутність додаткових стресів тощо.

У психосоціальному підході виділяють ще деякі умови, що впливають на інтенсифікацію ПТСР:

- ступінь суб'єктивності сприймання ситуації як загрозової;
- ступінь об'єктивності реальної загрози для життя;
- ступінь наближеності суб'єкта до місця трагічних подій (він міг фізично не постраждати, але бачити наслідки катастрофи, трупи жертв тощо);
- ступінь замученості близьких суб'єкта.

Такі факти є особливо значущими для дітей. Коли батьки надто болісно сприймають події, які не є незворотними, то дитина подвійно відчуватиме себе психологічно небезпечно.

Психосоціальній моделі ПТСР притаманні недоліки інформаційної моделі, однак фактори оточуючого середовища уможливають виокремлено індивідуальні відмінності.

У межах цієї теорії виокремлено основні соціальні фактори, що впливають на успішність адаптації жертв психічної травми, серед них:

- відсутність фізичних наслідків травми;
- міцне фінансове становище;
- збереження колишнього соціального статусу;
- наявність соціальної підтримки з боку суспільства та групи близьких людей.

Водночас фактор соціальної підтримки є найбільш значущим.

Виділено такі *стресогенні ситуації, що пов'язані із соціальним оточенням*:

- людина з військовим досвідом не потрібна суспільству;
- війна та її учасники непопулярні;
- між тими, хто був на війні, та тими, хто не був, спостерігається відсутність взаєморозуміння;
- суспільство формує комплекс провини у ветеранів тощо.

Досить часто суб'єкти з ПТСР переживають вторинну травматизацію, яка виникає в результаті негативних реакцій родичів, оточуючих людей, медичного персоналу та працівників соціальної сфери на проблеми, з якими стикаються люди, які перенесли травму.

Негативні реакції людей на психічно травмовану людину проявляються у таких моментах:

- запереченні факту травми;
- запереченні зв'язку між травмою та стражданнями людини;
- негативному ставленні до жертви;
- її обвинуваченні («сам винен»);
- відмові надати допомогу.

В інших випадках вторинна травматизація може виникати в результаті гіперопіки до постраждалих, навколо яких родичі створюють «інвалідну атмосферу», що відгороджує їх від зовнішнього світу та перешкоджає

реабілітації й реадaptaції.

Отже, виключно важливе значення для розвитку та перебігу ПТСР мають вторинні фактори, серед яких комплекс соціальних (соціально-психологічних) чинників посідає провідне місце, оскільки часто те, що відбувається з людиною після травми, впливає на неї сильніше, ніж власне травма.

Прихильниками психосоціального підходу виділено фактори (умови), які сприяють профілактиці розвитку ПТСР та пом'якшують його перебіг. До них належать (І. Г. Малкіна-Пих, 2008):

- негайно розпочата психосоціальна терапія з постраждалим, яка дає йому можливість активно ділитися своїми переживаннями;
- рання та довгострокова соціальна підтримка;
- соціально-професійне відновлення приналежності потерпілого до суспільства (реабілітація та реадaptaція) та реанімування почуття (відчуття) психологічної безпеки;
- участь потерпілого у психотерапевтичній роботі разом з йому подібними; відсутність повторної травматизації тощо.

Як уже зазначалося вище, далеко не в усіх людей, які пережили психотравмуючу подію, розвинеться ПТСР. Ще раз нагадаємо, що ризик розвитку ПТСР залежить від багатьох **факторів**, а саме:

1. *Характеристики травми*: вид та інтенсивність травми: чим більша загроза життю, фізична близькість, непередбачуваність і неконтрольованість травматичного чинника, тим більший ризик.

Фактор жорстокості – травми, заподіяні людині людиною, частіше призводять до ПТСР, ніж стихійні лиха та техногенні катастрофи. Причому сексуальне насильство у більшості потерпілих призводить до ПТСР, ніж насильство фізичне.

Підвищує ризик розвитку ПТСР також безпосередня вина жертви у нещасному випадку, загибелі близьких людей, а також присутність фактора зради. І, звісно, множинні травматичні події (особливо в дитинстві) становлять найвищий ступінь психотравмуючого впливу і пов'язані з ризиком розвитку так званого комплексного ПТСР.

2. *Характеристики потерпілої особи та копіngu під час травми*: особливості суб'єктивного сприйняття травми (наприклад, як заслужена кара тощо), особливості копіngu з травмою (самоізоляція, вживання алкоголю), наявність інших психічних захворювань до моменту травми, особистісна незрілість зі схильністю до самозвинувачень, негативним самосприйняттям, перенесені й неінтегровані травми в дитинстві (у такому разі недавня травма може відкрити «скриньку Пандори» з минулого).

Навпроти, наявність внутрішніх ресурсів збільшує опірність до травмуючого впливу. У дітей, з огляду на брак «зрілих» ресурсів, до подолання травматичної події ризик розвитку ПТСР після перенесеної психотравмуючої події вищий і великою мірою залежатиме від того, як переживають подію

батьки, і наскільки вони можуть допомогти дитині в інтеграції цього досвіду.

3. *Характеристики соціального оточення потерпілої особи:* брак соціальної підтримки, самотність, нездорові реакції з боку рідних (відкидання, звинувачення, замовчування факту травми, стигматизація тощо). Знову ж таки, навпаки: наявність соціальних ресурсів є сильним проєктивним фактором.

4. *Інші фактори:* наприклад, травма зачепила одну людину чи цілу спільноту; наявність супутніх життєвих стресів і проблем, спричинених травмою, так і тих, що існували до травматичної події; доступність форм психологічної допомоги, превентивних програм тощо.

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

У людей із посттравмівними стресовими розладами суттєво порушується почуття безпеки, що періодично спричиняє гострі емоційні та поведінкові прояви. Такі стани характеризуються екстремальним напруженням сили для подолання принципово нових перепон і проявляються негативними емоціями (тривожністю, відчуттям безпомічності, гнівом тощо).

3. Етіологія та симптоматичні показники ПТСР.

ПТСР охоплюють поведінкову, когнітивну та емоційну сфери хворого. У клінічній картині хвороба здебільшого виявляється через три основні групи симптомів: повторне переживання, уникнення, підвищена збудливість.

Симптомами повторного переживання є спогади, образи чи думки про травматичному подію, сновидіння, які відтворюють її образи, переживання інтенсивних почуттів, підвищена фізіологічна реактивність, що виявляються під час впливу зовнішніх або внутрішніх стимулів, які символізують або нагадують будь-який аспект травматичної події.

Типи інтрузивних спогадів:

- Всі типи яскраві, тривожні і зливаються одні з одними
- Інтрузії
- Усвідомлення тут і тепер, тривають від кількох секунд до кількох хвилин
- Флешбеки
- Малий зв'язок з «тут і тепер», сильні фізичні відчуття, тривають від кількох секунд до кількох хвилин
- Диссоціативні флешбеки
- Немає зв'язку з «тут і тепер», поширені надмірні фізичні відчуття,

тривають від кількох хвилин до годин

- Сновидіння з травматичним вмістом/тематикою
- Гра (у дітей), що відображає травматичні спогади.

Симптомами уникнення є уникання людей, ситуацій або обставин, що пов'язані з подією або нагадують її; реакції ступору у відповідь на стимули, що асоціюються з подією й виявляються в прагненні уникати будь-яких думок, почуттів, розмов про неї, видів діяльності, місць або людей, які можуть викликати негативні спогади, зниженні інтересу до видів діяльності, які раніше були значущими, відчутті відстороненості або відчуженості від інших людей, виснаженні афективної сфери, втрачання життєвої перспективи.

Симптоми підвищеної збудливості виявляються в порушенні сну, підвищеній дратівливості й спалахах гніву без особливих причин, порушенні концентрації уваги та пам'яті, недостатній увазі до небезпеки, неадекватності реакцій на будь-які загрози, надмірна пильність, перебільшена реакція здригання тощо.

Симптоми емоційного оніміння є відсутність здатності переживати почуття, емоційне оніміння, почуття відокремленості від інших людей, відмова від дій, які раніше були важливі, амнезія щодо важливих моментів події.

До інших більш загальних симптомів ПТСР належать: гнів і/або дратівливість; вина, сором і/або самозвинувачення; зловживання шкідливими речовинами (алкоголь, нікотин, наркотики); почуття недовіри та/або зради з боку інших; депресія та/або безнадійність; думки та/або почуття про суїцид; відчуття самотності та/або відірваності від світу; фізичний біль і/або напруження; фізичні симптоми, які повторюються і не мають жодного пояснення.

Виходячи з симптомів ПТСР, наведених вище, слід констатувати, що загалом вони мають деструктивний та дезапативний характер і негативно впливають на якість життя хворого.

Нейрофізіологія травми

1) Нервова система реагує збудженням на стрес, вивільняються гормони (зокрема, норадреналін). Найбільше збуджується мигдалеподібне тіло. В нормі, після припинення дії травмуючих факторів, збудження згасає завдяки дії зокрема кортизолу.

2) При ПТСР активуючі гормони продовжують вироблятися. Будь-які нагадування про травму викликають зростання збудження та знову повертають людину у ситуацію травми. Також під час активації мигдалевидного тіла префронтальна кора – втрачає активність.

3) Також при ПТСР порушується функціонування гіпокампу, ділянки мозку, яка відповідає за наші спогади, зокрема їх автобіографічність – послідовність і зв'язність у цілісну історію життя. Завдяки утворенню нових нервових клітин (нейрогенезу) та зв'язків між ними, усі нові події життя запам'ятовуються та логічно ув'язуються з попереднім досвідом.

При ПТСР процес опрацювання травматичної пам'яті заблокований. Можливі причини:

1) Надто сильна травматична подія, яка перевершує можливості опрацювання

2) Емоційний біль є понад порогом толерантності – відповідно спрацьовує *дисоціація* або ж використовуватися *механізми уникнення* чи ж *дисфункційні стратегії регулювання емоцій*, які у свою чергу унеможливають опрацювання травми

3) Уникнення може підтримуватися переконаннями особи чи її соціальним середовищем.

У симптоматиці ПТСР переважає *циклічний характер травматичних спогадів*: Травматичні спогади - Страх спогадів - Уникнення спогадів: «це треба забути», «це неможливо»... - Неможливість інтеграції травматичної пам'яті.

Травматичні спогади	Звичайні спогади
Яскраві і емоційно заряджені	Є не такими яскравими і загалом не супроводжуються сильними емоціями
Фрагментовані	Впорядковані
Не має «мітки часу», відчуття, що це відбувається «тут і тепер»	Є усвідомлення часу
Не пов'язані з іншими знаннями і досвідом, містять неопрацьовані травматичні когніції та емоції	Пов'язані з іншими спогадами, які разом утворюють одну життєву історію
Неконтрольовані	Контрольовані, згадується за власним бажанням

Травматична пам'ять на відміну від автобіографічної:

- Не має «мітки часу» – переживається як «тут і тепер»
- Супроводжується вираженням страхом (і відповідною поведінкою)
- Супроводжується емоціями і когніціями, що були при травматичній події
- Фрагментована
- Згадується сама по собі, неконтрольована
- Не інтегрована в автобіографічну – не пов'язана з іншими знаннями та досвідом

• Активується тригерами, які можуть бути дуже неспецифічні

Важливо! Діагноз ПТСР встановлює лікар-психіатр!

Офіційний діагноз ПТСР ставиться лише через півроку після пережитої стресової ситуації і характеризується, згідно з МКХ-10, такими клінічними діагностичними критеріями:

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

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

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

Г. Спостерігається одна із двох наведених нижче ознак:

1. часткова або повна амнезія важливих аспектів перенесеного стресу;
2. наявність двох і більше ознак підвищеної психічної чутливості й збуджуваності, яких не було до перенесення стресу: а) порушення засинання, поверхневий сон;
- б) дратівливість або спалахи гніву, зниження уваги; в) підвищений рівень неспання;
- г) підвищена вегетативна збудливість.

4. Аналіз методів діагностики ПТСР.

До основних методик психодіагностики ПТСР, які характеризують стани, переживання наслідків екстремальних ситуацій та адаптацію до подальшого життя осіб з такими розладами, належать: метод структурованого клінічного інтерв'ю; шкала для клінічної діагностики ПТСР; опитувальник травматичного стресу; шкала оцінки тяжкості впливу травмуючої події; додаткова шкала PTSDMMPI.

«Метод структурованого клінічного інтерв'ю» (SCID – Structured Clinical Interview for DSM-III-R) включає низку діагностичних модулів. Конструкція інтерв'ю дозволяє працювати окремо з будь-яким необхідним для кожного конкретного випадку модулем, який вибирається на підставі даних загального опитування клієнта на першому етапі дослідження.

Методика застосовується як в клінічній практиці, так і в дослідницьких цілях. Існують різні модифікації, в тому числі і неклінічні. Ознайомитися з прикладом клінічного інтерв'ю можна на сторінці 80 у книзі Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.

«Опитувальник травматичного стресу» був розроблений І.О. Котеньовим. При складанні були використані окремі пункти методик СМІЛ і Опитувальника диссоціативності DIS-Q (J. Vanderlinden, 1993). Решта тверджень мають авторське формулювання і ґрунтуються на результатах багаторічних досліджень випадків психічної травматизації.

Опитувальник складається з короткої інструкції та 110 тверджень. Досліджуваному пропонується за допомогою 5-бальної шкали оцінити кожне твердження в залежності від його відповідності власному стану. 56 тверджень являються ключовими для оцінки прояву симптомів ПТСР, 15 – входять в додаткову шкалу депресії, 9 – складають оціночні шкали «брехні», «агравації»,

«дисимуляції», які дозволяють контролювати ступінь щирості досліджуваного.

Обмеження у використанні ОТС.

1. Не може використовуватися всупереч бажанню досліджуваного та його інформованої згоди.

2. Не може використовуватися в гострому періоді психотравми, в фазі психологічного шоку, на фоні ажитованого чи пригніченого стану, при захисному запереченні подій.

3. Обмежено використовується для оцінки стану при виконанні професійних завдань в екстремальних умовах: тільки у випадках обстеження окремих осіб, які потребують проведення індивідуальної психокорекції чи евакуації з зони НС.

4. Не може використовуватися при астенічному стані клієнта, який викликаний тяжкими соматичними захворюваннями, тяжкими пораненнями чи контузією; в абстинентному стані чи на фоні алкогольного (наркотичного) сп'яніння.

5. Не може бути єдиним джерелом при постановці психологічного діагнозу. Висновок про наявність ПТСР має носити ймовірнісний характер і містити рекомендації щодо подальшого обстеження.

6. Отримані результати не можуть використовуватися для діагностики ПТСР чи ОРС при встановленні тенденції до агравації чи дисимуляції обстеженого.

«Шкала оцінки тяжкості впливу травмуючої події». Методика дозволяє встановити наявність у клієнта ПТСР за проявом однієї з двох тенденцій: вторгнення чи уникнення.

Шкала містить 22 твердження, які дозволяють встановити ступінь прояву зазначених тенденцій протягом останніх семи днів. Оцінка проводиться самим досліджуваним і передбачає варіанти «зовсім ні», «дуже рідко», «іноді», «часто».

«Додаткова шкала PTSDMMPI». Шкала була емпірично валідізована на групах з клінічно підтвердженим діагнозом ПТСР та «норми». ПТСР встановлюється при значеннях шкали > 30 стандартне відхилення.

Додаткові методики дослідження ПТСР

З метою оцінки прояву посттравматичного стресового розладу та дезадаптації у постраждалих в надзвичайних ситуаціях можуть застосовуватися наступні додаткові методики:

- «Міссісіпська шкала травматичного стресу»,
- «Гарвардський опитувальник для виявлення перенесених травм»,
- «Шкала депресії» Е. Бека,
- «Клінічна шкала тривоги та депресії»,
- «Методика діагностики суб'єктивного контролю» (УСК) Дж. Роттера,

- «Графічна методика життєвих переживань особистості»,
- Методика «Намалюй час»,
- «Анкета для учасників бойових дій» та інші.

«Миссісіпська шкала» має необхідні психометричні властивості, хороші диференціально-діагностичні можливості, високий підсумковий бал за шкалою добре корелює з діагнозом ПТСР.

«Опитувальник депресивності» Е. Бека використовується для оцінки депресивних симптомів у обстежених. Сьогодні опитувальник широко застосовується в клініко-психологічних дослідженнях та в психіатричній практиці для оцінки інтенсивності депресії.

«Клінічна шкала тривоги та депресії» розроблена для оцінки характеру та глибини емоційних розладів у осіб, які не страждають психічними захворюваннями, та є методом експрес – діагностики станів тривоги та депресії. Шкала дозволяє виокремити три рівні розладів: «норма», «межові стани», «хвороба».

Позитивні сторони методики – простота, кратність, інформативність, позитивне сприйняття пунктів опитувальника більшістю досліджуваних. Шкала може неодноразово використовуватися, що дозволяє оцінювати динаміку стану при проведенні психокорекційної роботи.

Сьогодні в Україні стресові розлади класифікують згідно з МКХ-10. Гостра реакція на стрес, гострий стресовий розлад та ПТСР, описані в міжнародній класифікації хвороб МКХ-10 (розділ F43. «Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації»), ідентифікуються не тільки на основі симптоматики та особливостей перебігу симптомів, але й у випадку наявності в житті особи травмивної події.

Складний ПТСР (ускладнений, комплексний або хронічний). (Складний посттравматичний стресовий розлад входить у класифікацію розладів, пов'язаних зі стресом, одинадцятого перегляду МКХ.)

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

Цей розлад передбачає труднощі з ідентичністю, усвідомленням меж, міжособистісними взаєминами та емоційною регуляцією. Наприклад, через відсутність достатніх навичок емоційної регуляції люди, що зазнали травмування, намагаються зменшувати дистрес шляхом безладної сексуальної поведінки, переїдання та очищення організму, самопошкодження, агресії, суїцидальності та вдаватися до інших проблемних способів контролювання імпульсів. Неадекватна емоційна регуляція може призвести до зловживання алкоголем, до вживання наркотиків, дисоціацій та інших дисфункційних стратегій уникнення.

Ознаки складного посттравматичного стресового розладу [2]:

Розлад регуляції рівня афективного збудження:

- . Хронічна дисрегуляція афектів;
- . Неспроможність упоратися зі злістю;
- . Самодеструктивна й суїцидальна поведінка;
- . Неспроможність адекватно вибудувати сексуальні стосунки;
- . Імпульсивний і ризикований спосіб поведінки.

Розлади уваги і свідомості:

- . Амнезія;
- . Дисоціація.
- .соматизації.

Хронічні зміни особистості:

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

Зміни у системі цінностей:

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

У людей з ускладненим посттравматичним стресовим розладом [16] немає базового стану фізичного спокою чи комфорту. Вони скаржаться не лише на безсоння чи збудження, але й на численні соматичні симптоми: головний біль через напруження, шлунково-кишкові розлади, біль у животі, спині й тазовій ділянці. Постраждалі можуть скаржитися на тремор, відчуття клубка в горлі, прискорене серцебиття тощо.

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

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

У військовій психології широко вживають поняття «**бойовий стрес**» і

«бойова психічна травма», близькі до понять «стрес» і «психотравма».

Бойовий стрес – це сукупність станів, що переживають військовослужбовці у процесі адаптації до несприятливих для життєдіяльності і загрозливих для життєво важливих цінностей умовах бойової ситуації.

Бойовий стрес є передпатологічним дестабілізаційним станом, що вичерпує функціональний резерв організму, збільшує ризик дезінтеграції психічної дії та стійких сомато-вегетативних дисфункцій.

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

Ці стани часто бувають ускладнені черепно-мозковими травмами, контузіїями, пораненнями, соматичними захворюваннями тощо. За даними Центру досліджень мозку (США, Колорадо), черепно-мозкова травма і ПТСР мають дуже схожі симптоми, що важливо пам'ятати, надаючи допомогу військовослужбовцям та ветеранам (див. табл. 3)

Таблиця 3

Ознаки і симптоми черепно-мозкової травми

(у таблиці симптоми, що збігаються з ПТСР, виділені жирним шрифтом).

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

ВИСНОВКИ

1. Внаслідок переживання психотравмівної події у людини може розвинути низка розладів: гостра реакція на стрес; гострий стресовий розлад; посттравматичний стресовий розлад; ускладнений посттравматичний

стресовий розлад; розлад адаптації; реактивний розлад уподобання; розлад соціалізації за розгальмованим типом

2. ПТСР – це стійка реакція на травмівну подію, яка може розвинути після випробування (травмівної події), під час якого людина зазнала фізичної чи психічної шкоди, відчувала загрозу своєму життю чи життю іншої людини.

3. ПТСР може виникати у будь-кого і в будь-якому віці (й у дитини). Але не в кожній особі, яка зазнала травми, розвивається різко виражений або навіть незначний ПТСР.

4. Ступінь розвитку ПТСР та рівень його переживання, часто залежить від тривалості й інтенсивності травмівного досвіду.

5. Симптоми вважають проявами ПТСР, якщо вони тривають більше, ніж місяць.

6. ПТСР у учасників бойових дій мають більш виражений характер.

ТЕМА 3. ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА: ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБ'ЄКТУ, ЕТАПІВ І ЗАХОДІВ

План лекції:

1. Перша психологічна допомога» (ППД): мета, етапи, заходи, етичні принципи.
2. Алгоритм дій, протоколи надання ППД в кризових та надзвичайних ситуаціях.
3. Алгоритми дій при наданні першої психологічної допомоги в різних ситуаціях і станах постраждалого (марення, галюцинації, апатія, ступор, рухове збудження, агресія, страх, істерика, нервові тремтіння, плач).

Рекомендована література

Основна:

1. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. – Х.: Видво НУЦЗУ, 2017. 777 с
2. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. О.А. Моргунова ; [О.І. Федоренко та ін.] ; МВС України, Харків. нац. ун-т. внутр. справ. Харків : ХНУВС, 2022. 84 с. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/7e08ad95-1248-47df-a595-01cc24c7afaf/content>
3. Посібник з навчального курсу з молодіжної роботи, інформованої про травму. Авторський колектив: Н. Боярський, Ю. Єлфімова, Н. Макієнко, О. Черних, Рада Європи, 2022. 176 с. URL: <https://rm.coe.int/posybnyk-trauma-informed-youth-works-ukr-digital-yfduii/1680a8ec2f>

Допоміжна:

1. Доценко В.В. Підготовка психолога до роботи з поліцейськими які виконують завдання в екстремальних умовах // збірник тез доповідей Всеукр. наук.-практ. конф. «Соціально-психологічне забезпечення діяльності сил безпеки та оборони України» (м. Харків 17 квітня 2020 року). МВС України, Національна академія Національної гвардії України. Харків, 2020. С. 39-42.
2. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
3. Протоколи надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям Національної гвардії України в екстремальних умовах діяльності : посібник / О.С. Колесніченко, Я.В. Мацегора, І.І. Приходько / За заг. ред. проф. І.І. Приходька. Харків : НА НГУ, 2018. 40 с.

4. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: Методичний посібник / За загальною редакцією

3. Г.Кісарчук. Київ : Логос, 2015. 207 с.

Інформаційні ресурси в Інтернеті:

1. Лист МОН України Про методичні рекомендації «Перша психологічна допомога. Алгоритм дій» URL: <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-metodichni-rekomendaciyi-persha-psihologichna-dopomoga-algoritm-dij>

2. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. / Загальна редакція: Л. Царенко. Київ. : ОБСЄ, 2018. 240 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/c/430829.pdf>

3. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. / Загальна редакція: Л. Гридковець. Київ : ОБСЄ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/uk/project-coordinator-in-ukraine/430841>

Текст лекції:

1. Перша психологічна допомога» (ППД): мета, етапи, заходи, етичні принципи.

Під час природної або техногенної катастрофи, у разі нещасного випадку, терористичного акту, насильства і катувань, втрати близької людини або інших трагічних подій люди часто потребують невідкладної (першої, екстреної) психологічної допомоги для стабілізації психічного стану.

Терміни «перша психологічна допомога», «екстрена психологічна допомога», кризова інтервенція (чи втручання в кризу) близькі між собою.

За визначенням ВООЗ, *перша психологічна допомога (ППД)* – це сукупність заходів психологічної підтримки та практичної допомоги людям, які страждають або відчувають потребу в чомусь [2].

Перша психологічна допомога – це сукупність заходів загальнолюдської підтримки та практичної психологічної допомоги людям, які зазнали впливу надсильних стресорів. Її надання не передбачає значної професійної підготовки – достатньо знань, отриманих в рамках загальноосвітнього психологічного інформування, і природної здатності проявляти співчуття, людяність. Важливою характеристикою першої психологічної допомоги є її простота [3 допоміжна].

Екстрена психологічна допомога – це система короткотривалих заходів, що надаються постраждалим у зоні екстремальної ситуації безпосередньо чи в найближчий час після травмівної події. Зазвичай це поняття використовують, описуючи роботу рятувальників у зоні екстремальної чи надзвичайної ситуації [3].

Завдання ППД:

1) надання практичної допомоги особам, які пережили кризову подію;

- 2) допомога у задоволенні базових (фізичних) потреб потерпілих;
- 3) сприяти убезпеченню осіб, які можуть стати жертвами насильства чи дискримінації; захист людей від подальшої шкоди;
- 4) заспокоїти, сприяти стабілізації емоційного стану людей у стресі; вислухати, але не примушувати їх говорити;
- 5) підтримати і за можливості посилити у потерпілих почуття власної спроможності допомогти собі й іншим;
- 6) зорієнтуватися у потребах і проблемах уцілілих, надати потрібну інформацію про можливість задоволення їхніх потреб, або сприяти отриманню такої інформації із надійного джерела;
- 7) зв'язати уцілілих з мережами соціальної підтримки, родичами, друзями, сусідами, а також ознайомити з ресурсами громадської підтримки.

ППД відрізняється від фахової психологічної допомоги:

- це не та допомога, яку можуть надавати лише спеціалісти (фахові психологи).
- це не професійна психологічна консультація.
- це не «психологічний дебрифінг», тобто ППД не є обов'язковим детальним обговоренням подій, що викликали дистрес.
- це не пропозиція постраждалому проаналізувати, що з ним сталося, та встановити точну послідовність і суть подій.

ППД містить у собі аспекти, які вважаються корисними для довгострокового відновлення людини: формування відчуття безпеки, зв'язку з іншими людьми, спокою та надії; надання доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки; зміцнення віри людей у можливість допомогти собі та іншим, допомога їм у поверненні почуття контролю над власними діями (і через це – контролю над ситуацією).

Існують наукові та практичні підтвердження того, що вказані моменти є ключовими захисними факторами, що посилюють резилієнс людей, які переживають кризові події. «Резилієнс», за визначенням ВООЗ, - це здатність відносно добре справлятися з важкими ситуаціями, особистий ресурсний потенціал людини, який може проявлятися також на рівні сім'ї, групи, громади. Отже, правильно надана ППД спрямована на посилення резилієнс людей.

На кого спрямована ППД:

ППД призначена для людей, які знаходяться у стані стресу в результаті щойно пережитої або поточної важкої кризової події. Таку допомогу надають як дорослим, так і дітям. Однак не кожна людина, яка потрапила у кризову ситуацію, має потребу в ППД і прагне її отримати. Не слід нав'язувати ППД тим, хто її не хоче, але треба бути поруч з тими, хто, можливо, захоче отримати підтримку.

Серед людей, які потрапили у кризову ситуацію, є ті, хто потребують *негайної серйозної допомоги*. Це люди:

- з важкими (із загрозою для життя) фізичними травмами;

- у психічному стані, який не дає їм можливості самостійно піклуватися про себе та своїх дітей;
- які можуть завдати шкоди собі або іншим людям.

**Порушення психічних процесів та ознаки, за якими визначають
необхідність надання першої психологічної допомоги
(О.С. Колесніченко, Я.В. Мацегора, І.І. Приходько [3])**

<i>Порушення психічних процесів</i>	<i>Ознаки</i>
Порушення когнітивної функції	Нездатність зосередити увагу на важливих об'єктах, розсіяність, нездатність відвести увагу від стресора; порушення короткочасної пам'яті; нездатність до аналізу, синтезу, узагальнення, переносу відомого способу дій на нові обставини, порушення сприйняття дійсності, здатності приймати рішення
Порушення емоційного реагування	Невідповідність за силою і адекватністю реагування на емоційні стимули (надмірна сила реагування, відсутність емоційного відгуку, емоційна лабільність/ригідність). Коливання настрою, роздратованість, «вибухове» реагування на зауваження, дріб'язкові причіпки до всього. Пригніченість, відсутність інтересу до світу. Специфічні вегетативні реакції: прискорення/уповільнення пульсу, дихання, поверхневе часте дихання, затримання дихання, тремор, тик, надмірний/слабкий м'язовий тонус, зміна кольору кожних покривів (значні почервоніння, збліднення), значне розширення/звуження зіниць. Нездатність до вольового зусилля. Відчужений/«божевільний» погляд.
Дезорганізація	Неможливість виконувати складні координовані рухи через порушення дрібної моторики та великої амплітуди крупної моторики. Збільшення кількості помилкових дій. Нездатність сприймати дії оточуючих і координувати з ними свої дії. Ускладнене розуміння складних команд (планів дій), неможливість виконувати команди. Неможливість самовмотивуватися. Відчуття розбитості, слабкості/млявості/безладної активності.
Втрата здатності контролювати свою поведінку	Нездатність самостійно ставити та досягати навіть прості цілі. Значне уповільнення до повної відсутності дій чи, навпаки, велика кількість непогоджених, нескоординованих рухів. Нездатність до зв'язаного мовлення, відсутність мови. Занадто швидка/сповільнена мова. Словесні тиради, словесна агресивність. Нездатність виконувати власні команди.

<i>Порушення психічних процесів</i>	<i>Ознаки</i>
Порушення адаптації до оточуючого світу	Нездатність виділяти суттєві стимули оточуючого середовища, нездатність будувати адекватне, довільне реагування на стимули середовища. Неадекватне сприйняття себе, своїх можливостей по відношенню до навколишніх умов.
Деморалізація	Зниження моральних критеріїв оцінки власної поведінки та вчинків. Розв'язність, вульгарність, цинізм, грубість, хамство. Нехтування будь-якими нормами етики та субординації, нормами гігієни. Неконтрольоване вживання алкоголю, наркотичних речовин.

ППД надається в будь-якому безпечному місці – у місцях надання допомоги постраждалим, у таборах та тимчасових притулках для біженців, школах, пунктах розподілу продуктів харчування.

Найкраще надавати ППД там, де є можливість поговорити з людиною без перешкод з боку оточуючих (це важливо з огляду на вимоги конфіденційності та поваги до людської гідності).

1. Вимоги до поведінки психолога в умовах надзвичайної ситуації

Відповідальне надання ППД ґрунтується на таких ***етичних принципах*** [2]:

1) *захист безпеки, гідності й прав людини*: уникати дій, які можуть поставити людей під загрозу подальших травмуючих впливів; захищати дорослих та дітей, яким надається допомога, від фізичної і психічної травми; поводитися із людьми з повагою і відповідно до культурних і соціальних норм; вчиняти щодо людини лише ті дії, на які вона дає свою згоду (це стосується можливості говорити з нею, торкатися її, ухвалювати важливі для неї рішення тощо); впевнитися у тому, що допомога надається справедливо, без дискримінації; допомагати людям відстоювати свої права й отримувати належну допомогу; діяти в кращих інтересах кожного потерпілого, якому надається допомога.

2) *відповідність дій психологів культурі й традиціям потерпілих*: утримання від способів контактування, не прийнятих в культурі потерпілих (наприклад, доторкання, прямого погляду у вічі тощо)

3) *інформованість помічників щодо інших заходів з реагування на надзвичайну ситуацію*: слідувати вказівкам відповідних органів, що керують заходами з ліквідації кризової ситуації; бути в курсі того, які заходи реагування приймаються і які є ресурси для надання допомоги; не перешкоджати проведенню пошуково-рятувальних операцій і роботі медиків;

чітко уявляти свої функції та їх межі.

4) *підкування про власну безпеку*: усвідомлювати, що пережите в кризовій ситуації під час надання допомоги може негативно вплинути, або сам помічник та його сім'я може опинитися серед потерпілих; турбуватися про власне здоров'я та благополуччя; звертати увагу на власний стан і бути впевненим у своїй фізичній та емоційній здатності допомогти іншим; берегти себе, щоби краще піклуватися про інших; цікавитися самопочуттям інших членів команди.

О. Тімченко та автори наголошують, що при наданні психологічної допомоги (так званої «кризової інтервенції») психолог повинен керуватися наступними **етичними принципами**:

1. *Емпатичний контакт.*

Це найважливіша умова кризової допомоги. Співпереживання й розуміння психологічного стану іншої людини – це найпростіше й саме складне. Із встановлення емпатичного контакту починається кризове втручання.

2. *Невідкладність.*

Кризове втручання характеризується невідкладністю, граничною терміновістю.

3. *Високий рівень активності психолога.*

Психолог повинен проявляти максимальну активність у встановленні контакту з людиною, що переживає кризу, і в зборі інформації, щоб якомога швидше оцінити ситуацію й намітити план дій.

4. *Обмеження цілей.*

Найближча мета кризової інтервенції – запобігання катастрофічним наслідкам. Основна мета – навчити користуватися адаптивними способами подолання кризи й відновлення психічної рівноваги.

5. *Підтримка.*

При роботі з подолання кризи психолог у першу чергу забезпечує клієнтові підтримку.

6. *Сфокусованість на основній проблемі.*

Кризове втручання повинне бути досить структурованим, щоб допомогти зосередитися на основній проблемі, що призвела до кризи.

7. *Повага.*

Людина, що переживає кризу, сприймається психологом як знаюча, цілком компетентна, незалежна, прагнуча набутти впевненості в собі, здатна зробити самостійний вибір.

Кризова допомога повинна бути реалістичною й цілеспрямованою, тому її загальна стратегія може бути побудована за типом навчання стратегії розв'язання проблем.

Дуже важливо, як психолог спілкується із людиною, яка перебуває у стані дистресу. Особи, які щойно пережили кризову подію, можуть бути пригніченими, стривоженими чи спантеличеними. Деякі люди можуть

звинувачувати себе у тому, що сталося. *Зберігаючи спокій і проявляючи розуміння*, психолог допомагає людям у стані дистресу почуватися більш безпечно та захищено, відчути, що їх розуміють, поважають і належним чином піклуються.

Для першої психологічної допомоги *характерні* [2, С. 51-52]:

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

Спілкування з людьми під час надання ППД повинно відповідати певним вимогам [2]:

1. Можливо, люди захочуть розповісти вам, що з ними трапилося. Вислухати чийсь розповідь – це вже велика підтримка. Однак важливо *не примушувати* людей розповідати про пережите. Деякі люди не хочуть говорити про те, що трапилося.

2. Пам'ятати і розуміти, що в цьому періоді людина дуже навіювана і кожне наше слово може викликати реакцію, як миттєву, так і відстрочену.

3. Використовуємо принцип «Приєднання і ведення»: якщо постраждалий сидить, то особа, що надає допомогу, теж сидить, якщо людина, що переживає травматичну подію, знаходиться в русі – активна психомоторна реакція, то фахівець приєднуючись, також знаходиться в русі, поступово сповільнюючи темп.

4. Фахівець є активною силою, яка повертає постраждалого в «тут і зараз».

5. Фрази-інтервенції, що вимовляються фахівцем, повинні бути чіткими, короткими, впевненими і нести посил: «Я з Вами, Ви не один...Я можу Вам допомогти».

6. Обов'язково представитися: «Я.. ім'я ... фахівець з надання допомоги в кризових ситуаціях ... Волонтер організації ... Я знаю як надавати допомогу в подібних ситуаціях».

7. Сфокусувати постраждалого насамперед на фізичних відчуттях. Наприклад: взяти його за руку і попросити потиснути вашу руку. Тим самим фахівець сприяє поверненню контролю постраждалому і активізує здатність до відчуття свого тіла.

8. Для встановлення ефективнішого контакту, використовуйте техніку «Трьох Так»: Задайте послідовно три простих питання, що відносяться до фактів, на які постраждалий з великою часткою ймовірності дасть чітку відповідь. Наприклад: Ми стоїмо на вулиці? На мені куртка зеленого кольору? І т. п.

9. По можливості зверніться з питанням, що передбачає вибір, або проханням, яке постраждалий у змозі виконати. Наприклад: налити в склянку води для себе, вибрати що він хоче пити – чай або каву, розповісти куди він піде, як тільки відчує себе краще.

10. Уникайте конфронтації, підтримуйте будь-які позитивні зміни в поведінці постраждалого, заохочуючи словами і жестами.

11. Будьте поруч з людьми, але дотримуйтеся необхідної дистанції з урахуванням віку, статі, культури.

12. Покажіть своїм виглядом, що уважно слухаєте того, хто говорить, наприклад, киваючи головою або промовляючи короткі підтверджуючі репліки. Будьте терплячим і спокійним».

13. Надавайте фактичну інформацію, якщо вона у вас є. Чесно кажіть, що знаєте, а чого не знаєте: «Я не знаю, але намагатимусь для вас дізнатися»

14. Надавайте інформацію так, щоб її легко було зрозуміти – простими словами.

15. Пам'ятайте, що з постраждалими людьми необхідно спілкуватися, як із нормальними людьми, а не як із неповносправними чи пацієнтами. Необхідно в них підтримувати впевненість у тому, що їхній стан нормалізується.

16. Закінчуючи первинну інтервенцію, зосередьтеся на досвіді людини в подоланні стресових ситуацій. Зверніться до її досвіду – як у минулому вона долала стреси, що саме допомагало їй впоратися.

17. Психоедукація. Забезпечити постраждалого інформацією про можливі стани після травматичної події, місцях і телефонах фахівців, до яких він може звернутися в разі потреби.

Науковці Національної академії Національної гвардії України виокремлюють, що не потрібно говорити і робити під час надання ППД. Так, при наданні першої психологічної допомоги **заборонено**:

- змушувати людину розповідати про те, що з нею відбулося;
- перебивати і квапити співрозмовника (наприклад, дивитися на годинник, говорити занадто швидко);
- торкатися до людини, якщо немає впевненості про те, чи прийнято це в її культурному середовищі;
- давати оцінок тому, що людина зробила або не зробила, або її емоціям;
- вигадувати того, чого не знаєте;
- використовувати занадто спеціальні терміни;
- давати помилкові обіцянки;

- переказувати співрозмовнику оповідання, почуті від інших;
- розповідати про свої власні труднощі;
- думати і діяти так, немов зобов'язані вирішити за іншого всі його проблеми;
- позбавляти людину віри у власні сили і здатність самій подбати про себе;
- описувати людей, використовуючи негативні епітети (наприклад, називати їх «божевільними») [З допоміжна. С. 10].

У кризовій ситуації люди найчастіше мають такі **потреби** [2]:

- нагальні базові потреби (житло, їжа, вода та санітарні зручності).
- медична допомога у випадках травм або хронічних захворювань.
- чітка й достовірна інформація про подію, близьких людей та досяжні служби допомоги.
- спілкування з близькими, друзями та отримання соціальної підтримки.
- спеціальна підтримка, пов'язана з культурою та релігією.
- можливість висловлювати свою думку і брати участь в ухваленні важливих рішень.

Дуже важливо, як ви спілкуєтеся з людиною, яка знаходиться в стані стресу. Люди, які пережили кризову подію, можуть перебувати в пригніченому стані, відчувати тривогу або збентеження. Деякі звинувачують себе в тому, що трапилося.

Зберігаючи спокій і виказуючи розуміння, ви допомагаєте постраждалим відчувати себе в безпеці, відчувати, що їх захищають, розуміють, поважають і піклуються про них належним чином. Люди, які пережили стресову ситуацію, можливо, захочуть розповісти вам, що з ними сталося. Однак важливо не примушувати людей розповідати про пережите. При цьому для них може бути важливим, щоб ви залишалися поруч, нехай і мовчки. Скажіть, що будете поблизу, на випадок якщо буде потрібна допомога або підтримка, запропонуйте практичну допомогу, наприклад, їжу або склянку води.

Психологу необхідно сприяти задоволенню базових фізичних потреб за допомогою:

Нормалізації дихання. Зверніть увагу на глибоке дихання, на відчуття потоків повітря у ніздрях. (Можна виконувати вправи для нормалізації дихання разом із людиною, якій надаєте допомогу.)

Використовувати воду. Щоб привести до тями людину, яка не йде на контакт, можна хлюпнути на неї водою.

Дайте постраждалому питної води (бажано не газованої і не кип'яченої). Запропонуйте випити склянку води маленькими ковтками (40 ковтків), при цьому слід подумки рахувати (після кожного ковтка). Кожного разу, ковтнувши воду, потерпілий має робити короткий вдих і довгий видих. Скажіть, що потрібно зосередитися на відчуттях.

Запропонуйте потерпілому занурити у воду долоні. Якщо дозволяють умови – нехай умиється, помие руки й ноги. Якщо ж такої можливості немає, можна змочити холодною водою хустинку, потримати її в руках, витерти лоб, обличчя.

Чай. Якщо є трав'яний чай, тобто те, що дає легкий заспокійливий ефект, то це можна застосовувати у разі надмірного збудження чи навпаки – завмирання.

ППД полягає у тому, щоб виявити людей, які потребують допомоги, зорієнтуватися в тому, які в них потреби, і допомогти задовольнити їх з дотриманням безпеки, захисту прав і гідності людей та етичних норм.

Для цього ППД має чотири оперативні принципи – ***підготуватися, спостерігати, слухати і з'єднувати***.

1. *Підготовка*: дізнайтеся, що сталося, яка допомога і підтримка є на місці. У кризових ситуаціях часто виникає хаос, і необхідно терміново діяти. Однак перед тим, як потрапити на місце, де відбулася кризова подія, намагайтеся отримати відповіді на такі запитання: Що сталося? Коли і де це сталося? Яка ймовірна кількість потерпілих, і хто вони? Де і як люди можуть отримати таку допомогу? Хто ще надає допомогу? Чи минула кризова подія, або вона ще продовжується? Які існують небезпеки: терористи, міни, зруйнована інфраструктура? Чи є зони, яких слід уникати з міркувань безпеки або куди вам заборонено доступ?

2. *Спостерігати*: перевірити умови безпеки (чи є важкоушкоджені, які потребують екстреної медичної допомоги? Чи є люди, які потребують порятунку (наприклад, люди під завалами та ін.)? Перевірити, чи є навколо люди у стані важкого дистресу: люди, які виглядають надзвичайно пригніченими або знервованими, які не здатні переміщуватися, не реагують на інших або знаходяться у шоці?

Чого *не слід робити* (під час спостереження за людьми після надзвичайної ситуації) [2]: не очікуйте, що всі будуть травмовані; не патологізуйте; не роздавайте ярликів: «симптом», «діагноз», «розлад».

Як правило, особливої уваги потребують:

- Діти та підлітки, зокрема розлучені з батьками або опікунами; вони потребують захисту від насилля та експлуатації; їм також потрібна допомога в задоволенні основних життєвих потреб;

- Люди з порушеннями здоров'я або з обмеженими фізичними та психічними можливостями можуть мати потребу в допомозі, щоб дістатися безпечного місця, захисті від насилля, у медичній допомозі та інших послугах; до цієї групи входять літні люди, люди з важкими розумовими розладами, порушеннями зору та слуху.

- Люди, яким у кризовій ситуації може загрожувати дискримінація та насилля, наприклад, жінки або представники певних етнічних груп можуть потребувати особливого захисту для отримання допомоги.

3. *Слухати* – на практиці означає [2]:

Звертатися до людей, які можуть потребувати підтримки:

- 1) Звертайтеся до людей з повагою і відповідно до їхньої культури.
- 2) Представтеся: назвіть своє ім'я та організацію.
- 3) Спитайте, чим їм допомогти.
- 4) За можливістю, знайдіть безпечне і тихе місце для розмови.
- 5) Створіть елементарну комфортну обстановку: запропонуйте води.
- 6) З'ясувати, у чому вони мають потребу і що їх бентежить. Хоча

деякі потреби можуть бути очевидними (наприклад, у людини може бути порваний одяг, їй необхідна ковдра тощо), проте завжди питайте, що їм потрібно і які в них проблеми.

7) Вислухати їх і намагатися заспокоїти: будьте поруч; не примушуйте людей розповідати про те, що сталося; уважно вислухайте, якщо людина забажає поговорити про те, що сталося; якщо людина зазнала сильного стресу, намагайтеся її заспокоїти і переконайтеся, що вона не знаходитиметься на самоті.

8) Допоможіть людям заспокоїтися: Ваш тон повинен бути спокійним і м'яким. Якщо це не суперечить культурі, підтримуйте зоровий контакт з людиною під час розмови. Скажіть, що ви тут для того, аби допомогти. Якщо людина вже знаходиться поза небезпекою, нагадайте їй про це.

Забороняється:

- недооцінювати ситуацію;
- давати неправдиві обіцянки;
- давати поради щодо вирішення проблеми;
- звертатися до логіки: «Ти ж доросла людина», «Будь чоловікам». (Це сприймається як «Мене не розуміють, принижують» тощо. Людина у кризовому стані не може адекватно оцінювати ситуацію);
- говорити: «Не бійся», «Не кричи», «Не плач». (Людина чує: «Бійся», «Кричи», «Плач»).

Потрібно демонструвати спокій. Говорити спокійним і впевненим голосом: «Зараз безпечно», «Все в минулому».

4. *З'єднувати* – означає насамперед направляти людей туди, де їм нададуть практичну допомогу. Крім цього, це означає сприяти створенню або відновленню зв'язків між людьми, а також допомагати людям отримувати реалістичну інформацію.

Найчастіше ППД – це одноразове втручання, і ви можете знаходитися поруч з потерпілими лише короткий час. Для подальшого відновлення вони повинні докласти власні зусилля і дати раду собі у непростій життєвій ситуації. Допоможіть людям допомогти собі та відновити контроль над ситуацією.

З'єднувати, на практиці означає *допомогти людям задовольнити основні потреби та отримати доступ до служб допомоги* [2]:

- дізнайтеся, що конкретно необхідно: медична допомога, одяг чи пристосування для годування немовлят, і направте людей туди, де вони зможуть це отримати;

- переконайтеся, що вразливі або маргіналізовані люди не позбавлені уваги;
- якщо обіцяли прослідкувати за виконанням побажань людей, виконуйте свою обіцянку.

Допомогти людям емоційно опанувати проблеми:

- Допоможіть людям проаналізувати їхні нагальні потреби, самим визначити з них першочергові та задовольнити їх (наприклад, запропонуйте людині подумати, що їй потрібно просто зараз, а що можна відкласти на потім). Можливість вирішити хоча б частину питань дає людині почуття контролю над ситуацією і зміцнює її спроможність справитися з нею.
- Допоможіть людям згадати, хто їм слугує опорою в житті, наприклад, друзів або родичів, які здатні допомогти їм у складній ситуації.
- Дайте людям практичні поради із задоволення їхніх нагальних потреб (наприклад, поясніть, як зареєструватися, щоб отримати продовольчу або матеріальну допомогу).
- Попросіть людину згадати, як вона справлялася з важкими ситуаціями у минулому, і запевніть її, що вона зможе впоратися і з цією ситуацією.
- Спитайте, що допомагає людині почуватися впевненіше, і порадьте їй застосовувати позитивні стратегії опанування (копінгу) та уникати негативних.

Допомогти зорієнтуватися. У кризовому стані людина дезорієнтована, їй необхідно допомогти зорієнтуватися, повернутися в реальність, у стан «тут і тепер». Для цього потрібно:

- 1) дати чітку інформацію про ситуацію, місце і час;
- 2) чітко відповідати на всі запитання;
- 3) уважно, не перебиваючи, вислухати.

Слова і фрази мають відповідати конкретній ситуації. Можна обмежитися однією чи двома фразами, якщо після них стан стабілізувався.

- *Місце.* Нагадайте людині, де вона знаходиться.
- *Дата.* Нагадайте, яка зараз дата (день, час).
- *Безпека.* Скажіть, що зараз безпечно.
- *Відмінності.* Зверніть увагу, як те, що відбувається зараз, відрізняється від травмивної події.

– *Доречна дія* в конкретній ситуації. Якщо людині важко зорієнтуватися, можна запропонувати їй щось зробити. *Приклад.* Повернувшись із зони воєнного конфлікту, військовослужбовець серед ночі з криком зіскакує з ліжка. Сусід може сказати йому таке: «Зараз ми на полігоні

(*місце*). Зараз ніч (*час*). Можна спокійно відпочивати (*безпека*). Обстрілу не буде, це не фронт (*відмінності*). Лягай, спи» (*доречна дія*).

Приклад. У 2014 році чоловік був поранений під Іловайськом. Після демобілізації повернувся додому. У неділю він одягає робочий одяг, хоча йти йому нікуди не потрібно. Дружина може сказати: «Почекай (*варіант дії*). Який сьогодні день? (*Зробити невелику паузу*.) Сьогодні ж неділя (*час*). У неділю

можна бути цілий день вдома (*місце*). Ти працюєш у школі. Ти вчитель, а не заступник по роботі з особовим складом (*відмінності*). Все добре (*безпека*). Відпочивай» (*доречна дія*).

Під час гострого прояву симптомів постстресового розладу можна і самотійно (подумки чи вголос, залежно від ситуації) проговорювати відповідні тексти. Наприклад: «Я в громадському транспорті (*місце*). Зараз вечір (*час*). Люди їдуть із роботи. Вони схвильовані, але ніякої небезпеки для життя немає (*відмінності, безпека*)».

Сприяє активізації ресурсів, щоб запустити механізми подолання негативних емоцій і станів. Це відновлює почуття самокомпетентності.

Самообійми. Запропонуйте людині міцно обняти себе так, щоб вона відчувала межі свого тіла.

Вправа для самоблокування. Запропонуйте постраждалому покласти одну руку собі на серце, а іншу – на живіт і описати відчуття в цих місцях (спочатку в одному, а потім в іншому).

Поглажування серця. Попросіть людину помістити свої пальці над центром грудної клітки, на 2,5 см нижче від ключиці, й обережно перемістити їх прямо вниз на 10 см. Повторювати такий рух потрібно доти, поки не буде досягнуто відповідного терапевтичного ефекту. Рух схожий на ніжне поглажування кота.

П'ять відчуттів. Попросіть постраждалого назвати щось для кожного з п'яти відчуттів: те, що можна побачити, почути, понюхати, доторкнутися, покуштувати.

Сила тяжіння. Попросіть людину відчувати, як ноги доторкаються до підлоги, тіло – до стільця. Скажіть: «Відчуйте тиск від того, що ваше тіло доторкається до стільця».

Дотик. Попросіть у потерпілого дозволу покласти свою руку на його плече, руку чи коліно. Такий дотик може допомогти йому «заземлитися» і врегулювати свій стан. Якщо потрібно, станьте опорою для нього, нехай він зіпреться на вас.

Тиск. Натисніть своїми руками на коліна, ноги чи плечі потерпілого, щоб допомогти йому відчувати себе заземленим. Використайте свої ноги, щоб м'яко, але твердо натиснути на його ноги. Попередньо запитайте в нього дозволу.

Речі, що допомагають «заземленню», стабілізації стану

Тактильні об'єкти. Дайте людині предмет, який можна добре відчувати. Наприклад, терапевтичний пластилін, торбинку з насінням або квасолею, камінці, шишки чи інші природні матеріали, іграшку, м'яку ковдру. Скажіть, щоб він відчув цей предмет, пом'яв його в руках, зосередився на тому, що відчуває, та описав уголос свої відчуття.

Шматочки льоду. Дайте потерпілому шматочок льоду, попросіть його відчувати холод у долонях.

Заземлення за допомогою подушки чи ковдри. Запропонуйте покласти на коліна подушку чи ковдру і поплескати по ній долонями.

Набивна (м'яка) іграшка. М'яка іграшка асоціюється з утіхою, нехай потерпілий потримає її в руках.

Домашні тварини – найкращі психотерапевти. Якщо зазначені вище заходи не спрацьовують, то часто вдаються до лікування за допомогою собак – каністерапії. Інші домашні тварини (коти, коні) також можуть ефективно стабілізувати психофізичний стан тоді, коли інші прийоми не допомагають.

Закінчення надання ППД: те, коли і як психологи припиняють надання допомоги, залежить від умов кризи, ролі психолога, потреб потерпілих та потреб і стану самого психолога. Психологу необхідно:

- тверезо оцінити потреби.
- пояснити, чому ви йдете, і, по можливості, познайомити людей з кимось, хто може допомогти.
- якщо ви їх перенаправляли до певних служб, переконайтеся, що у них є відповідні контакти, і вони знають, чого чекати.
- незалежно від попереднього досвіду спілкування, ввічливо попрощайтесь, побажайте удачі.

2. Алгоритм дій, протоколи надання ППД в кризових ситуаціях.

Втручання в кризу (кризова інтервенція) – невідкладна психологічна і психотерапевтична допомога людині, що переживає кризовий стан. Кризову інтервенцію здійснюють професіонали чи підготовлені волонтери [2].

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

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

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

Інтенсивна опіка – метод кризового втручання, що проводиться з метою запобігання декомпенсації і повернення постраждалого до стану, в якому людина може використати ресурси для подолання проблеми

Складові інтенсивної опіки:

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

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

громадських організацій тощо).

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

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

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

6. *Відновлення нормального спілкування.*

Під час надання першої психологічної допомоги необхідно зберігати цілісність і простоту психологічного впливу. А тому, алгоритм допомоги має бути уніфікований – відвести постраждалого від джерела травми, забезпечити воду, їжу, відпочинок, безпечне середовище і вислухати. При цьому, *вплив акцентують на симптом, а не на синдром.* Необхідно усунути чи зменшити найбільш яскравий прояв гострої реакції (наприклад, агресію, плач, істерику, шоківий стан), що не дає можливості людині функціонувати. Глибша психологічна допомога за необхідності має надаватися професіоналами в безпечному місці.

Існує декілька протоколів надання ППД, далі ознайомимося з ними.

Хронограму психічних реакцій на стресову подію та надання ППД допомоги постраждалим *у межах міжнародних медичних організацій поділяють на чотири фази* (Каплуненко Я. Ю. Перша психологічна допомога: досвід міжнародних організацій. Психологія та психосоціальні інтервенції. Том 3. С. 36-41. URL: <http://ppsi.ukma.edu.ua/article/view/227243>);

ФАЗА 1 (24 години).

Для постраждалих характерні звичайні гострі реакції на надмірну стресову подію: напруженість, тривога, паніка; приголомшеність, зневіра, розпач; занепокоєність, розгубленість; перезбудження, плач, залякність; провина «того, хто вижив» тощо.

На цьому етапі основне завдання осіб, які підтримують, – структурування хаосу: *«Будьте як батьки».*

Фокусом допомоги постраждалим є задоволення базових потреб та практична підтримка, а саме:

- дати поїсти чи попити,
- підтримати під час розмови з представниками мас-медіа чи поліцією,
- допомогти зв'язатися з родиною,
- надати емоційну підтримку,
- уможливити розповідь про подію, вислухати без засудження та недоречних запитань, не виявляти надмірної допитливості,
- проясняти потреби;
- визнавати почуття (страх, злість, сум);
- підготувати до можливих порушень сну та інтрузій (нав'язливих

думок, снів), допомогти нормалізувати симптоми .

У більшості постраждалих такі реакції згодом минають.

ФАЗА 2 (1–3 дні).

Основні реакції постраждалих на цьому етапі:

- боязкість, надпильність, настороженість (дратівливість, злість, розлади сну);
- стурбованість, зневіра, інтрузії, флеш-беки;
- смуток;
- позитивні реакції (надія, планування подальших дій, участь у відновлювальних роботах, піклування про інших);
- прийняття «природності» події як частини життя.

Не всі реакції постраждалих є неадаптивними, або потрібні незначні психосоціальні втручання, щоб вони нормалізувалися.

Основним завданням цієї фази є емоційна підтримка та психологічна просвіта: *«Будьте як учитель»*. Фокус допомоги – уважне слухання та заохочення постраждалого й родини до побудови розповіді про подію, допомога в узагальненні інформації, прояснення того, що сталося. За наявності попередніх травм важливо їх визнати, але поки що глибинно не обговорювати, пізніше вони можуть бути опрацьовані в психологічному центрі.

Наступним кроком є складання розповіді (наративу) про подію і більш ґрунтовна психологічна просвіта: підготовка сім'ї та постраждалого до можливих реакцій оточення (недоречні жарти, допитливість тощо), навчання навичок саморегуляції та позитивних стратегій подолання.

ФАЗА 3 (1–4 тижні).

У цій фазі у постраждалих можуть тривати попередні симптоми, крім того, проявляться неспокій, паніка, інтенсивний смуток, розпач, нереалістична катастрофізація майбутнього; бездіяльність, ізолюваність, закритість; тривожні прояви (запаморочення, нудота, пришвидшене серцебиття, головний біль, неспокій тощо).

Для психосоціальних працівників метафорою допомоги в цій фазі є:

«Будьте як терапевт», що передбачає більш складний рівень когнітивно- емоційної підтримки: перевірка симптомів і тяжкості проблем від першого дня до сьогодні (погіршення, поліпшення); чи досі є прояви надпильності, уникання, перепроживання досвіду і порушень сну; перевірка розпорядку дня, чи відповідає він тому, який був до травми. Будь-що, що повертає людині відчуття контролю, безпеки, справедливості та передбачуваності, є корисним та має заохочуватися.

Негативні копінг-стратегії підтримувати не варто, але без засудження, їх слід визнати як спроби подолання, але з пошуком альтернативних, більш адаптивних, стратегій.

ФАЗА 4 (1–3 місяці).

На цьому етапі зазвичай постраждалі з достатньою психологічною здатністю до відновлення вже повертаються до свого звичного життя, майже як і до події. У разі тривання симптомів доцільними будуть ґрунтовніша емоційна підтримка та психологічна просвіта і, за потреби, психотерапевтичний супровід.

«Будьте тим, хто допомагає віднайти сенс». Основним завданням холістичного підходу на цьому етапі є складання точного і стислого наративу про подію, без надмірної деталізації та емоційних реакцій; віднайдення сенсу подальшого життя, психологічна підготовка постраждалих до можливого поновлення симптомів у дати, близькі до пережитої події.

Якщо контроль над тілесними реакціями та думками в постраждалих відновлено; наратив події завершений та супроводжується відповідними емоційними реакціями, емоції прийнято, самооцінку та впевненість у собі відновлено та з'явилося відчуття майбутнього, можна сказати, що людина успішно адаптувалася до травматичної події й готова рухатись далі.

Перша психологічна допомога.

Покрокове керівництво для членів загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста України

У кризовій ситуації умови можуть швидко змінюватися. Ситуація на місці події часто відрізняється від попередньо отриманої інформації. Таким чином, перш ніж пропонувати допомогу, важливо витратити деякий час – хоча б декілька хвилин – на те, щоб оцінити ситуацію.

1) Перевірте умови безпеки.

Якщо ви опинилися в кризовій ситуації раптово, не маючи часу на підготовку, можна просто озирнутися навколо. Ці кілька хвилин дозволять вам зберегти спокій, не наражати себе на небезпеку та думати, перш ніж діяти. Якщо ви не впевнені, що перебувати в осередку кризи безпечно, залишайтеся за його межами та намагайтеся подбати про надання допомоги тим, хто її потребує.

2) Перевірте, чи є люди, які потребують екстреної медичної допомоги або особливої турботи та захисту.

Намагайтеся подбати про надання допомоги тим людям, які потребують особливої допомоги (діти, люди похилого віку, люди з інвалідністю тощо), або направте їх до пунктів надання допомоги.

3) Перевірте, чи є люди в стані стресу.

Проаналізуйте, чи є на місці люди, які переживають гострі реакції на стрес – агресивні, виглядають пригніченими, не в змозі пересуватися або знаходяться в шоці – кому необхідна ППД та як їм допомогти. Такої допомоги можуть потребувати не лише постраждалі, але й супроводжуючі особи, які

фізично (можливо, на перший погляд) не постраждали, а також свідки пригоди, наприклад, випадкові перехожі. Не залишайте людей із важкими стресовими реакціями наодинці, надайте ППД, будьте поруч доти, доки їхній стан не покращиться, або доки ви не зможете заручитися допомогою фахівців.

4) Встановіть контакт.

Назвіться – скажіть, хто ви та які функції виконуєте. Скажіть, що ви тут, щоб допомогти, або що допомога скоро прибуде, що ви про це подбали.

5) Переконайтеся, що людина відчуває себе в безпеці.

Бесіду краще провести в безпечному місці, ізольованому.

6) Проінформуйте про конфіденційність.

7) *Запитайте, чим допомогти.*

Хоча деякі потреби можуть бути очевидними, наприклад, в одязі, проте завжди запитуйте в постраждалих, що їм потрібно та які в них проблеми.

8) *Запитайте людину, чи хоче вона поговорити* про те, що їй довелося пережити, про її побоювання та почуття.

Уважно вислухайте її, намагайтеся заспокоїти її, сказавши, що її реакції нормальні, та переконайтеся, що вона не буде знаходитись на самоті. Якщо вона не хоче говорити, просто залишайтеся поруч.

9) *Запитайте, чи є хтось, хто може подбати про неї*, або хтось, із ким можна поговорити вдома.

Дж. С. Еверлі (George S. Everly, Jr.) та Дж. М. Лемінг (Jeffrey M. Lating) розробили модель надання ППД – «**RAPID PFA**»

Основу цієї моделі складають п'ять аспектів, призначених для пом'якшення гострого стресу та оцінювання необхідності подальшої психологічної допомоги:

1) співналаштування та активне слухання (Rapport and Reflective listening);

2) оцінювання потреб (Assessment of needs);

3) пріоритизація (Prioritization);

4) інтервенція (Intervention);

5) диспозиція (Disposition).

R – встановлення стосунків, налаштування та рефлексивне слухання. Немає однакових людей та однакових ситуацій, тому не варто бути

самовпевненим та упередженим. У багатьох випадках люди самі скажуть про те, чого потребують, можуть підказати, як краще допомогти. Потрібні неупередженість, співчуття та присутність.

A – швидке оцінювання потреб: здатність швидко, майже одразу, визначити, хто страждає на гострий стрес, а хто – ні. Це не формальна діагностика, а розпізнавання тих, хто потребує допомоги, а хто перебуває в більш стабільному стані.

P – пріоритизація: визначення найнагальніших завдань.

I – втручання: що можна зробити зараз, щоб стабілізувати стан людини, пом'якшити гостре страждання. Що я можу зробити, щоб допомогти?

Потрібно мати конкретні стратегії втручання. Що ми можемо сказати та зробити, щоб відкрити дорогу до зцілення?

Д – диспозиція. Налагодивши стосунки та взаємозв'язок, щоб прояснити нагальні потреби, ми дослухаємось до людей, оцінюємо необхідність втручання, надаючи пріоритет тим, хто потребує невідкладної допомоги.

Стабілізувавши постраждалого, ми й надалі спостерігаємо, як поводить ся людина, чи здатна вона повернутися до звичного рівня функціонування, чи, може, ще чогось потребує.

На думку розробників, ППД не має бути одноразовим втручанням, допомога постраждалим передбачає тривале спостереження, догляд та залучення інших форм психосоціальної підтримки.

Протокол надання ППД в гострих стресових ситуаціях (А. Гершанов)

1. Заспокоїтися самому. Працювати тільки в достатньо стабільному емоційному стані.

2. Вкрай важливо не говорити про емоції.

3. Не говорити такі фрази: «Заспокойтеся», «Все буде добре», «Все пройде», «Життя налагодиться» тощо.

Такого роду слова замість надії нададуть людині, якій ви допомагаєте, відчуття самотності. Вона вам не повірить і відчує, що ви її не розумієте, навіть якщо на словах погодиться з вами.

4. Сповільнити темп, щоб уповільнити реакції людини, якій надаємо допомогу. Говорити в більш повільному темпі, ніж зазвичай (набагато повільніше).

Для людини, якій ми надаємо допомогу, зовнішній світ зруйнований, немає нічого стабільного. Необхідно бути реальними і дати відчуття опори, впевненості та стабільності.

5. Говорити чіткими короткими фразами. Можна підвищити голос. Почати можна з фрази «Подивися на мене. Ти бачиш мене?».

Людина досліджує ефект тонального зору. Потрібно розширити цю тональність.

6. Встановити контакт і дати перше відчуття того, що є ще щось, крім пережитого жаху. Спочатку варто представитись.

Не говорити, що ви є психологом. Психолог, психіатр, психотерапевт – ці слова краще не озвучувати: людина може почати додатково хвилюватися, що з нею щось не так.

7. Запитайте ім'я людини: «Як вас звати?».

8. Далі запитайте «Куди Ви йшли?», «Що Ви робили?», «Що збиралися робити, коли ... (завила сирена, почалися обстріли – назвіть ситуацію, про яку раніше вам розповідала людина)?».

Гострий стрес може розірвати неперервність життя. Ці запитання з'єднують ситуації в одну ціль, повертають відчуття неперервності життя.

9. Повторюйте за людиною відповідь чітко і ясно. Додайте, якщо знаєте ситуацію, без емоцій та подробиць. Ми озвучуємо порядок до того, як відбулася ситуація, потім саму ситуацію і те, що відбулося після.

10. Потрібно включити мислення, повернути відчуття контролю та особистої значущості. Цей етап потребує вашої творчості.

Можна, наприклад, попросити порахувати людей, міряти комусь тиск (якщо є можливість), подивитися номери будинків довкола. Приклад формулювання «Допоможіть, мені дуже потрібно дізнатися, які номери найближчих будинків – того і того, у мене поганий зір».

11. Нормалізація. Говоримо про реакції, які відчуває людина:

«Перекажіть те, що Ви бачите та відчуваєте, наприклад: сльози, розгубленість, тривога, спустошення, заторможеність, агресія тощо» та пояснюємо, що це нормальні реакції на ненормальну ситуацію.

12. Шукаємо ресурси. Завершуємо розмову з людиною на пошуках власних внутрішніх ресурсів сили.

Важливо, щоб людина згадала свої приклади, варіанти справлятися у стресовій ситуації. Будь-які можливості давати собі раду: комп'ютерні ігри, прогулянка з собакою, пробіжка, їжа – всі варіанти, крім алкоголю та наркотиків, можливі. Не наше завдання зараз оцінювати способи справлятися зі стресом.

Найкращий спосіб пережити шоківі стресові ситуації – це відновлення контролю (за допомогою дій) і зв'язків з іншими людьми.

13. Ситуація, коли людина в ступорі. Якщо людина застигла та не реагує, застосовуйте голос (скажіть що-небудь впевнено та голосно), візуальні подразники (помахайте рукою перед очима).

Можна спробувати дати в руки щось контрастне (якщо поряд є швидка допомога, можна у них взяти лід і дати в руки). Не потрібно бити по щоках.

Перша ментальна допомога в стресовій ситуації за Моше Фархі [1 І]

Модель розроблена Др. Моше Фархі з академічного коледжу Тель-Хай, її реалізують Міністерство охорони здоров'я та сили безпеки (поліція, пожежники, швидка допомога та ін.)

Р – разом, обов'язково бути поряд. Під час травмуючої ситуації людина відчуває себе самотньою і безпомічною. Важливо повернути її до відчуття того, що «ми разом, ти не один».

І – ініціатива, підтримка ефективних дій. Наш перший порив – заспокоювати людину, яка страждає від тривоги. Цього не варто робити.

Замість цього слід спонукати до активних самостійних дій, щоб відновити в людини відчуття контролю.

З – запитання, які спонукають до роздумів. Канал спілкування з постраждалими від тривоги в час інциденту повинен бути ментальним, раціональним, ні в якому разі емоційним. Потрібні запитання, які вимагають активувати думки, а не емоції. Не варто говорити «Це нормально – бути наляканим, схвильованим». Варто говорити «Порахуй і скажи, скільки

людей/машин/стілців зараз навколо тебе?» або «Де знаходиться найближче до тебе захищений простір?»).

У – усвідомлення ситуації. Дуже важливо розповісти людині, яка постраждала, що було до ситуації, і що було після пережитої ситуації. Важливо підкреслити: ця ситуація вже завершилася.

Найважливіше у поясненні – це дозволити людині розповідати історію знову і знову, від самого початку, до того, як усе почалося, коли все ще було добре, і до кінця – після того, як усе закінчилося і він повернувся додому. Йому буде складно говорити про початок і кінець події. Він повторюватиме знову і знову травмуючий трагічний момент і не зможе згадати події до і після. Ваша робота – допомогти йому. Задайте йому усвідомлені питання, щоб створити послідовну розповідь. Не ставте запитань про те, як він почувається! Просто про те, що і як це сталося. У хронологічному порядку.

Окремо слід оговорити протоколи ППД при травмах, у кризових ситуаціях в умовах війни.

Структура першої психологічної допомоги військовослужбовцю при негативних психічних реакціях та станах (О.С. Колесніченко, Я.В. Мацегора, І.І. Приходько [3. С.13]).

Безпосередньо на місці події (одразу при виникненні негативної симптоматики)

- 1) убезпечити об'єктивно та суб'єктивно;
- 2) оцінити психічний стан постраждалого, реалізувати дії, що припиняють його розгортання;
- 3) задовольнити першочергові фізіологічні потреби (дати попити, зігріти, накормити, дати можливість поспати тощо) та потребу в інформації, пов'язаної з забезпеченням безпеки;
- 4) емоційно, соціально підтримати (вислухати, за можливості покликати близького товариша);
- 5) передати контроль над собою самому постраждалому;
- 6) допомогти мобілізуватися, актуалізувати знання з психологічної самодопомоги;
- 7) зберегти гідність постраждалого;
- 8) організувати подальшу допомогу (доповісти безпосередньому командирі про негативний психічний стан постраждалого; повідомити психолога; супроводити постраждалого до найближчого пункту психологічної допомоги чи медичної частини).

У розташуванні підрозділу (протягом доби при збереженні негативної симптоматики)

- 1) оцінити стан постраждалого (реакцію на надану на першому рівні допомоги);
- 2) рішення про зміни обсягу службового навантаження, забезпечення особистої безпеки постраждалого; можливе переміщення військовослужбовця

(екстремальні умови – у місце постійної (тимчасової) дислокації в/ч);

3) організувати надання кваліфікованої психологічної (психіатричної) допомоги.

У місці тимчасової (постійної) дислокації у пункті (мобільному) психологічної допомоги (2-3 дні при збереженні негативної симптоматики)

1) психологічне консультування постраждалого з приводу наслідків переживання негативних психічних реакцій та станів, профілактика можливості їх повторного переживання, подальший моніторинг станів;

2) кваліфікована психологічна допомога при збереженні негативної симптоматики; визначення необхідності спрямування до закладів охорони здоров'я (в тому числі і заклади медико-психологічної реабілітації);

3) висновки і рекомендації командирів щодо можливого обсягу службового навантаження військовослужбовця, який пережив негативні психічні стани;

4) заповнення психологічної документації (картки психологічного супроводу);

5) узагальнення досвіду надання першої психологічної допомоги; аналіз недоліків професійної психологічної підготовки військовослужбовців до дій в екстремальних умовах;

6) навчити військовослужбовців і командирів розпізнавати негативні психічні реакції та стани, надавати першу психологічну допомогу.

Виділяють три основні наслідки надання першої психологічної допомоги:

1) повне відновлення, коли постраждалий здатен повністю відновити незалежне функціонування;

2) часткове відновлення, коли постраждалий повертає собі контроль над власною поведінкою, проте продовжує існувати з психологічними та поведінковими наслідками травми. Такі постраждалі для повного відновлення потребують в подальшому (можливе деяке відстрочування у часі) кваліфікованої допомоги (консультацій психолога, психіатра, невропатолога чи інших фахівців);

3) недостатнє (чи повністю відсутнє) відновлення, коли постраждалий нездатний контролювати свій стан та поведінку і потребує негайного направлення у заклади охорони здоров'я (шпиталь, спеціалізована клініка).

Протокол Yahaalom (Ізраїль)

Перша психологічна допомога на полі бою

Стресові фактори бою:

- надзвичайні фізичні зусилля;
- погодні умови;
- очікування та невідомість;
- надмірний шум;
- сцени складні для сприймання;
- загроза смерті;
- несподівані події. Ознаки бойового стресу:

- відстороненість, відчуження;
- тремтіння, відлюдність;
- розгубленість та емоційне перевантаження;
- безпорадність.

Все це призводить до порушення дієспроможності.

Протокол:

1. **Встановіть контакт** (зоровий, слуховий, реагуючий). Поглянь на мене! Ти мене бачиш? Ти мене чуєш?

Мене звати Як звати тебе? Я потисну тобі руку – потисни мені її у відповідь! Ти впорядку?

Цей етап важливий для зв'язку з реальністю.

2. **Підкресліть прихильність.**

Я буду з тобою, ти не один. Ти молодець. Ти справляєшся.

Цей етап важливий для зменшення відчуття самотності і спроможності.

3. **Запитайте про факти.**

Короткі, засновані на фактах запитання: Яке сьогодні число? Де ти стояв? Хто був тут із тобою? Хто твій командир? Куди ти йшла? Звідки? Що сталося?

На цьому етапі ми допомагаємо активувати раціональність і знижуємо емоційний шквал.

4. **Підтвердьте хронологію** (відбулося, відбувається, відбудеться). Чітко повторюйте, що відбулося, що відбувається і що потрібно зробити.

Чітко і лише про дії.

Ім'я... Ми були в будинку і в нас влучила ракета, вони все ще стріляють, ми повинні відповідати.

Ім'я... Ти йшла додому одна. Йшла до магазину по хліб. Поряд влучила ракета, обстріл продовжується, ми повинні подбати про безпеку.

Мета цього етапу відновити життєву неперервність, зменшити плутанину подій.

5. **Дайте завдання, впливове керівництво до негайних дій.**

Вставай. Ходімо. Візьми дитину за руку. Принеси собі води. Сховайся (лягай) тут. Візьми з собою зброю, сховайся біля вікна та стріляй у відповідь.

Не просіть. Не виконуйте замість потерпілого.

Завдання цього етапу повернути людині контроль над собою і ситуацією, відновити самоефективність.

Мова: під час інтервенції повинна бути наполеглива та чітка, але ні в якому разі не різка та агресивна. Уникайте емоційної та заспокійливої мови.

Ізраїльська Коаліція по роботі з Травмою (Олександр Гершанов М.Ед, терапевт КПТ, Методичний посібник для фахівців, що працюють із травмою) в роботі з постраждалими пропонує звернутися до

Відновлення безперервності життя

Травматична подія, яка вимагала дуже сильної, а часто і позамежної мобілізації ресурсів для її подолання, сприяє появі у постраждалого відчуття розірваності життя на «до травматичної події» і «після травматичної події». Тому відновлення відчуття безперервності життя так важливо для інтеграції досвіду подолання в історію життя постраждалого.

Нижче наведено таблицю складових (видів) безперервності життя і рекомендації до їх відновлення. Дані рекомендації відносяться до гострого періоду (від декількох днів до місяця після травматичної події)

Вид безперервності	Цілі	Втручання
Когнітивна	Відновити почуття контролю над станом речей за допомогою інформації	Дати достовірну інформацію, дати стимул до самостійного пошуку інформації. Ставити акцент на фактах
Функціональна	Стимулювати можливість відновити звичну діяльність. Протидіяти почуттю безпорадності	Спонукаати людину повернутися до її колишньої ролі. Якщо це неможливо, то допомогти вибрати роль, що відповідає її здібностям і справжнім можливостям
Соціальна	Відновити соціальні та громадські структури підтримки. Повернути почуття соціальної безпеки. Відновити почуття приналежності до соціальної групи: сім'я, громада і т. д.	Спонукаати людину до розмови з іншими людьми про пережите, стимулювати контакти з тими близькими людьми, які можуть надати підтримку.
Емоційна	Нормалізація емоцій, що відчуваються.	«Нормальна реакція на ненормальну ситуацію»

Подальша робота з відновленням відчуття безперервності життя проводиться в рамках протоколів лікування та реабілітації наслідків травматичної події.

3. Алгоритми дій при наданні першої психологічної допомоги в різних ситуаціях і станах постраждалого (марення, галюцинації, апатія, ступор, рухове збудження, агресія, страх, істерика, нервові тремтіння, плач).

Люди можуть по-різному реагувати на кризу. Можуть бути наступні реакції на стресові ситуації:

- фізичні симптоми (наприклад, тремтіння, головний біль, сильне відчуття втоми, втрата апетиту, болі в різних частинах тіла);
- плач, сум, пригнічений настрій, скорбота;
- тривога, страх;
- сторожкість або реакція здригання;
- побоювання, що станеться щось дуже погане;

- безсоння, нічні жахи;
- дратівливість, злість;
- почуття провини, сором (наприклад, за те, що вижив, або за те, що не в змозі допомагати чи рятувати інших);
- розгубленість, емоційне заціпеніння, відчуття нереальності або абстрагування від зовнішнього світу;
- замкненість або нерухомість;
- відсутність реакції на інших людей, особа взагалі не розмовляє;
- дезорієнтація (наприклад, людина не знає, як її звати, звідки вона або що трапилося);
- нездатність дбати про себе і власних дітей (наприклад, людина відмовляється їсти та пити, нездатна ухвалювати прості рішення).

Далі ми ознайомимося з протоколами надання ППД людині у різних психологічних станах: агресія, ступор, паніка, пляя, істерика тощо.

Більш детально ознайомитися з вказаними протоколами ви можете за наступним посиланням: Лист МОН України Про методичні рекомендації

«Перша психологічна допомога. Алгоритм дій» URL: <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-metodichni-rekomendaciyi-persha-psiologichna-dopomoga-algoritm-dij>

Агресія (індивідуальна чи колективна) виявляється в діях, спрямованих на спричинення фізичної чи психічної шкоди чи навіть на знищення іншої людини чи групи людей.

Агресивна поведінка – мимовільний спосіб зменшення суттєвого внутрішнього напруження. прояви злості або агресії можуть тривати довго і заважати нормально функціонувати і потерпілому, й тим, хто знаходиться поруч.

ПРОТОКОЛ

надання ППД людині з агресивною поведінкою

<i>Агресивна поведінка</i>	<i>Психологічні та організаційні заходи</i>
Ознаки:	Перший рівень
Роздратування, невдоволення, гнів, які особа нездатна стримувати.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії потрібно виконувати із урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Агресія, не прив'язана до конкретного предмету, може бути перенесена на будь-кого чи будь-що, привід неважливий. Нанесення оточуючим ударів руками, ногами, використання будь-яких предметів для підвищення «руйнівної	Спробуйте перервати агресію будь-якою нейтральною пропозицією активної дії.

сили», неконтрольоване прагнення знищити вщент, нездатність зупинитися.	
Словесні образи, прискіпливість, лайка, пошук приводу, щоб виплеснути лють.	Використайте вправу «Захоплення»: просуньте свої руки під пахви потерпілого, пригорніть його до себе й злегка потягніть на себе (пояснюйте потерпілому, що ви робити, щоб ваші дії не сприйняли, як напад і привід для бійки).
М'язове напруження: пружинна хода, можливо незначний тремор рук, ніг від напруження, різкі рухи (нездатність робити плавні рухи), напружені м'язи обличчя. Мова різка, містить багато емоційних компонентів.	Демонструйте доброзичливість, не сперечайтесь, не звинувачуйте, навіть якщо ви не згодні з потерпілим, – не давайте йому приводу для розгортання суперечки.
Підвищення кров'яного тиску: спочатку обличчя може почервоніти, а із загостренням стану – зблідніти; набухання вен та артерій на шиї та руках).	Допоможіть постраждалому усвідомити свої почуття і тим самим оволодіти ними і собою. Зверніть його увагу на те, що він відчуває: «Ви злитесь, хочете розтрити все вщент. Давай разом подумаємо, як нам виходити з цієї ситуації...».
	Коли напад люті взято під контроль, але зберігається збудження, то доцільно використати засоби релаксації, заспокійливе дихання (глибокий вдих у живіт і повільний видих), вправи на розтягування м'язів, які знімають напруження, та відпочинок, якщо бурхлива реакція привела до нервового виснаження.

Ступор – одна з найсильніших захисних реакцій організму. Цей стан спостерігається після переживання дуже сильної травматичної події, коли людина витрачає так багато енергії на виживання, що сили на контакт із навколишнім світом у неї вже немає. ступор може тривати від кількох хвилин до кількох годин.

ПРОТОКОЛ надання ППД людині з ознаками ступору

<i>Ступор</i>	<i>Психологічні та організаційні заходи</i>
<i>Ознаки</i>	<i>Перший рівень</i>
Повне нервово виснаження, відсутність сил для контакту з оточуючим світом, байдужість.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.

Різке зниження або повна відсутність довільних рухів та мови.	
Відсутність реакції на зовнішні (шум, світло, дотик) подразники (очі не фокусуються на об'єктах, немає реакції повороту голови на звуки, немає зміни міміки та емоційного відгуку на будь-які за змістом повідомлення).	Допоможіть постраждалому отримати доступ до власних внутрішніх ресурсів сили, підвищити тонус: помасируйте потерпілому точки на чолі над очима рівно посередині між лінією росту волосся і бровами, чітко над зіницями.
«Заціпеніння» у певній позі, стан повної нерухомості.	Намагайтесь будь-яким способом домогтись реакції від потерпілого. Людина в ступорі може чути і бачити, тому чітко, тихо, повільно говорити їй те, що може викликати в неї сильні емоції (навіть якщо ці емоції негативні).

У стані ступору НЕ МОЖНА!

Залишати потерпілого без допомоги. В такому стані людина безпомічна, вона не може подбати про себе й уникнути небезпеки. Якщо ступор триватиме довго, настане фізичне виснаження.

Апатія може розвиватися після тривалої напруженої, але безуспішної роботи або в ситуації, коли людина переживає серйозну невдачу, втрачає сенс своєї діяльності, а часто й існування. апатія може бути наслідком того, що не вдалося виконати поставлене завдання чи врятувати когось.

У стані апатії людина відчуває велику втому, таку, що їй не хочеться ні рухатися, ні говорити: кожен рух, кожне слово потребує значних зусиль. У душі – порожньо, немає сили навіть на виявлення почуттів. людина відчуває безпорадність перед життєвими труднощами, безперспективність і марність зусиль. такий стан може тривати від кількох днів до кількох тижнів.

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ПІД ЛЮДИНІЗ ОЗНАКАМИ АПАТІЇ

Апатія	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Байдуже ставлення до оточення, до того, що відбувається	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Рухи мляві, загальмовані	Проведіть потерпілого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися (за можливістю знявши взуття).
Мова уповільнена із великими паузами між фразами.	Дайте потерпілому поспати або просто полежати. Напоїть постраждалого солодким чаєм, дайте шоколад

Апатія	Психологічні та організаційні заходи
	(енергетичні батончики тощо), іншу їжу, яка дозволяє відновити сили.
	Другий рівень
	Оцінити здатність постраждалого турбуватися про себе. Прийняти рішення щодо потреби у закріпленні особи, яка буде наглядати за постраждалим.
	За потреби прийняти рішення про додаткове харчове забезпечення, що містить глюкозу
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.

Психомоторне збудження. Іноді потрясіння буває таке сильне, що потерпілий розгублюється і не може зрозуміти, що відбувається довкола: де вороги, а де свої? де небезпека, а де порятунок? Людина втрачає здатність логічно мислити і щось вирішувати, вона не знаходить собі місця, поводить ся, як зацькований звір, що намагається вирватися з клітки.

Психомоторне збудження зазвичай триває недовго. На зміну йому може прийти нервові тремтіння, плач чи агресивна поведінка.

НЕ МОЖНА!

- . Сперечатися, сваритися з потерпілим.
- . Вдаватися до прямої агресії щодо нього (наприклад, бити).
- . Ставити запитання.

ПРОТОКОЛ

надання ППД людині із ознаками рухового збудження, дезорієнтації

Рухове збудження, дезорієнтація	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Втрата орієнтації в оточуючому світі (нерозуміння, що відбувається; де свої, а де вороги; де небезпека, а де порятунок).	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати із урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Відсутність реагування на соціальне оточення (не реагує на зауваження, прохання, вмовляння, накази).	Дати можливість «випустити пару» (наприклад, поколотити «грушу», пробігти певну дистанцію в максимальному ритмі).
Різкі, безцільні, безглузді рухи	Прибрати зайвих «глядачів», оточуючих людей, які своїми діями можуть спровокувати перехід рухового збудження в агресивну поведінку, чи у подальшому актуалізувати у постраждалого почуття сорому (і стати підґрунтям для розвитку посттравматичних стресових реакцій).

Рухове збудження, дезорієнтація	Психологічні та організаційні заходи
Ненормальна голосова та мовна активність (голос високий, говорить швидко, безглуздо).	Не сперечатися, не задавати питань, ненадавати команд, які починаються з «не» (наприклад, «Не біжи», «Не розмахуй руками», «Не кричи», оскільки це ще більше дезорганізує постраждалого: свідомість спочатку сприймає назву дії, а потім її заперечення, вказівку на потребу утриматися від неї (це гальмівна функція волі), а при руховому збудженні воля не виконує гальмівної функції, тому команди з «не» лише погіршують становище постраждалого).
	Допомогти постраждалому усвідомити свої почуття і тим самим оволодіти ними і через них собою. Укажіть йому на те, що він відчуває спокійним голосом: «Ти відчуваєш потребу щось робити, щоб все це закінчилося/Ти хочеш сховатися від того, що відбувається ...».
	Замість звинувачень «Що ти за людина! Чому не можеш помовчати», скажіть про своє ставлення до його дій. «Ти дуже знервований. Тобі хочеться все розбити. Може, разом спробуємо знайти вихід із цієї ситуації?». Якщо звинувачувати постраждалого, то можна стати об'єктом його агресії!

Страх – емоція, що виникає в ситуації загрози фізичному чи соціальному благополуччю людини. ця емоція спрямована на джерело реальної чи уявної небезпеки. страх може бути наслідком травматичних чинників або сигналом про загрозу повторення таких чинників.

Страх має багато відтінків: побоювання, переляк, жах, паніка. Коли страх стає панічним, людина може заціпеніти, втікати, агресивно поводитися, захищатися тощо. При цьому вона погано контролює себе і ситуацію: не усвідомлює, що робить, що відбувається навколо.

ПРОТОКОЛ **надання ППД людині за ознаками страху**

Страх	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Захоплення уваги об'єктом, що викликає страх, нездатність самостійно «відволіктися» від нього («не бачить» інших стимулів, через що виглядає «неуважним», робить помилки, діє не зовсім адекватно до ситуації).	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Сильне серцебиття, збліднення, поверхнєве дихання	Зробіть припущення щодо стимулів (об'єктів), які найбільш пов'язані з виникненням реакції страху.

	Спробуйте прибрати їх з поля уваги (з поля зору, слуху тощо).
Сильне напруження м'язів (особливо тих, що відповідають за згинання рук), яке заважає робити координовані, плавні рухи (рухи «ривками»).	Допоможіть постраждалому оволодіти собою: покладіть його руку собі на руку (ви маєте бути спокійним), щоб він відчував ваше спокійне дихання. Спонукайте його дихати з вами в одному ритмі. Керуйте процесом: «Вдих... видих... вдих... видих». Дихайте глибоко і рівно. Можете використати дихальну вправу для заспокоєння (вдихайте глибоко в живіт і повільно видихайте). Дайте попити холодної води (нехай п'є дрібними ковтками) чи дайте посмоктати м'ятну цукерку (сам процес ковтання, смоктання заспокоює, відволікає увагу від зовнішніх об'єктів).
Знижений контроль власної поведінки. Можливе намагання втекти з місця небезпеки.	Якщо постраждалий говорить, то слухайте його, проявляйте зацікавленість, співчуття, розуміння, терплячість.
	Відволікайте від ситуації, яка викликає реакцію страху, задавайте питання чи просіть зробити щось, що займе його увагу (перелічити речі в приміщенні, пограти в ігри на телефоні тощо). Запропонуйте вправу «Безпечне місце». Спробуйте мобілізувати власні ресурси постраждалого для подолання страху, актуалізуючи важливі для нього мотиви.

Паніка – це раптовий, несвідомий страх, стан інтенсивної тривоги перед реальною або передбачуваною загрозою. Паніка є сильною стресовою реакцією організму на часто несподівані і лякаючі події.

Паніка нерозривно пов'язана з інстинктом самозбереження, який дає сигнал тривоги в небезпечній ситуації. В основі цього відчуття лежить страх та переживання безпорадності, що може породжувати некеровану поведінку іноді з повною втратою самоконтролю, почуття обов'язку і честі.

Варто відзначити, що паніка має заразливий характер і може швидко охоплювати натовп. У людини яка знаходить в натовпі, зростаюче почуття неспокою, відчуття безпорадності та відсутності можливості якось вплинути на екстремальну ситуацію, може запустити процес активації панічної поведінки.

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ППД ЛЮДИНІЗ ОЗНАКАМИ ПАНІКИ

Паніка	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Переживання інтенсивної тривоги, що не прив'язана до певного об'єкту.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Неочікуване виникле	

сильне серцебиття.	Зупиніть постраждалого, якщо він намагається втікати, усадіть його, забезпечте доступ кисню (розстібніть гудзики на коміру), дайте попити.
Біль у грудях (ніби болить серце).	
Відчуття задухи, кома в горлі. Головокружіння. Тремор. Озноб чи навпаки відчуття приливу крові. Відчуття нереальності того, що відбувається.	Допоможіть постраждалому пережити цю тяжку реакцію. Надаючи допомогу під час панічної атаки, потрібно донести до постраждалого, що від панічних атак не помирають (це не серцевий напад), вона сама минеться через кілька хвилин, треба зачекати та намагатися заспокоїтися. Говоріть спокійним голосом, використовуйте навіювання: «Все добре», «Все під контролем».
Втрата відчуття власної особистості (хто я?). Можливо нудота, неприємні відчуття з боку шлунку.	Допомагаючи постраждалому, проявляйте повагу до нього, співчуття, так як панічна атака – це фізіологічний стан, який непов'язаний із сміливістю чи боязкістю, хоча і виникає на фоні сильних емоційних переживань.
Виражений страх смерті, страх втратити самоконтроль чи збожеволіти.	Допоможіть постраждалому взяти під контроль його дихання. Керуйте: «Вдих...видих». Можна дати постраждалому паперовий пакет для того, щоб дихаючи в нього, він візуально міг контролювати процес дихання – бачив за рухами пакету, як швидко і неспокійно він дихає.
Прагнення втекти з цього місця.	Допоможіть постраждалому переключити свою увагу з тілесних відчуттів на сприйняття оточуючого світу – запропонуйте йому описати те, що він бачить навколо (5 відчуттів)
	Створіть умови, за яких постраждалий зможе розслабитися, використовуйте релаксаційні техніки, вправи на розтягування усіх груп м'язів, дайте відпочити.

Нервові тремтіння – після травмівної події в тілі з'являється неконтрольоване тремтіння (за власним бажанням припинити тремтіння не можна).

Здається, ніби людина дуже змерзла. Однак справа не в цьому, через тремтіння організм звільняється від надмірного напруження. Цю реакцію зупинити не можна, оскільки, якщо розрядки не відбудеться, в тілі залишаться м'язові затиски, внаслідок чого людина страждатиме від болі у м'язах, можуть початися психосоматичні розлади, зокрема, шлунково-кишкового тракту, артеріальна гіпертензія тощо.

ПРОТОКОЛ

НАДАННЯ ПІД ЛЮДИНІ З ОЗНАКАМИ НЕРВОВОГО ТРЕМТІННЯ

Нервові тремтіння	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Сильне тремтіння, яке	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого.

виникає раптово після якогось інциденту.	Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Постраждалий самотужки (за власною волею, бажанням) не може припинити цю реакцію.	Нервове тремтіння – це стан, допомога під час якого полягає не у перериванні, а у прискоренні процесу. Потрібно посилити тремтіння. Для цього постраждалого беруть за плечі й сильно, різко трусять протягом 10-15 секунд. Протягом процедури чи перед нею потрібно пояснити постраждалому свої наміри та дії, щоб він не сприйняв їх як напад.
Сильне тремтіння всього тіла або окремих частин (не може втримати в руках дрібні предмети, запалити сірник).	Після завершення реакції потрібно постраждалому дати відпочити, вкласти його спати. Якщо є м'язові болі, то промасажувати м'язи.
Реакція триває довго (декілька годин), потім настає втома, виснаження.	Оскільки ця реакція є наслідком нереалізованої енергії, яку організм мобілізував для дії в екстремальній ситуації, і полегшення настане тільки тоді, коли цю енергію вдасться скинути, то недопустимим є вчиняти дій, які загальмовують процес скидання цієї енергії, призупиняють тремтіння (укривати, обіймати, заспокоювати, просити, щоб він взяв себе в руки). Такі дії викличуть м'язові болі, підвищення тиску тощо.

Травмівна ситуація може призвести до сильного нервового напруження, порушити рівновагу організму, негативно вплинути на здоров'я – не лише на фізичне, але й на психічне. Це може спровокувати чи загострити вже наявні психічні захворювання.

Маячня – сукупність різноманітних уявлень, ідей, суджень та умовиводів, що не відповідають дійсності, у помилковості яких потерпілого неможливо переконати. інколи маячня супроводжується страхом, тривогою, відчуттям небезпеки.

Галюцинації – мимовільне сприйняття (зорове, слухове, смакове, дотичне, нюхове) неіснуючих об'єктів, які особистість вважає реальними. Галюцинації спостерігаються не лише у разі психічних захворювань, а й при отруєннях, психічних травмах, сильних душевних потрясіннях, тривалих очікуваннях тощо.

НЕ ПОТРІБНО: переконувати потерпілого в хибності уявлень. у такій ситуації це зробити неможливо.

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ППД ЛЮДИНІ З ОЗНАКАМИ ГАЛЮЦИНАЦІЙ ТА МАРЕННЯ

Галюцинаторні переживання та марення	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Втрата адекватності оцінки зовнішньої обстановки і здатності орієнтуватися в ній, адекватно реагувати на ситуацію.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Потерпілий переживає відчуття присутності уявних об'єктів, яких немає в реальності.	Ізолювати постраждалого. Не залишати його самого, слідкувати, щоб він не нашкодив собі та оточуючим.
Робить хибні висновки, в помилковості яких його не можна переконати	Проявіть терпіння і турботу (галюцинації може бути ознакою загострення під дією стресу прихованого психічного захворювання, інтоксикації (не обов'язково алкогольної чи наркотичної), травмувань головного мозку тощо).
	Говоріть з постраждалим спокійним голосом, погоджуйтесь з ним, не намагайтесь його переконати (це неможливо).
	Викликати медичного працівника.
	Другий рівень
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.

Плач – відомо, що після плачу на душі стає легше. Така реакція обумовлена фізіологічними процесами в організмі: сльози сприяють виділенню заспокійливих речовин. Добре, якщо поруч є людина, в присутності якої легко мовчати і легко плакати, адже розділене горе – це півгоря. Якщо ж довго стримувати сльози, то емоційної розрядки не відбувається, і, відповідно, не приходить полегшення. Внутрішнє напруження може завдати шкоди фізичному й психічному здоров'ю людини.

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ППД ЛЮДИНІ З ОЗНАКАМИ ПЛАЧУ

Плач	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Людина плаче або готова розридатися.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Тремтять губи. Пригніченість.	

Немає порушень адаптації та поведінки, як при істеричі.	Не залишайте постраждалого наодинці. Установіть з ним фізичний контакт (покладіть руку на плече або спину, погладьте). Дайте йому відчуття, що ви поруч. Сльози є реакцією, що пов'язана з фізіологічними процесами виділення заспокійливої речовини в організмі, тому не потрібно переривати плач, м'яко розмовляйте з постраждалим, погладжуйте його – робіть усе, щоб підтримувати рівний помірний рівень плачу, щоб постраждалий міг виплакати та виговоритися, «виплеснути ззовні» своє горе, образи, страх, але щоб ця реакція не перейшла в істеричу. Не потрібно ставити запитань, давати поради – не робіть дій, які можуть підсилити, чи припинити реакцію помірної плачу. Просто вислухайте і емоційно підтримайте.
---	--

Не можна!

- говорити «ти ж чоловік – кріпийся» або «Ти ж жінка, а жінка зможе витримати все».
- ставити запитання, давати поради.
- заспокоювати потерпілого словами: «не плач, все буде добре».

Істерика – це нервовий приступ, що виражається в несподіваних переходах від сміху до сліз. Інколи не зрозуміло, плаче людина чи сміється. Приступ може тривати від кількох годин до кількох днів. Сміх і ридання спричиняють тремтіння, яке сприяє емоційній розрядці. Проте присутність «глядачів» може затягувати процес стабілізації.

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ПІД ЛЮДИНІЗ ОЗНАКАМИ ІСТЕРИКИ

Істерика	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Свідомість (адекватність сприйняття дійсності) зберігається, хоча увага постраждалого прикута до його потреб, відчуттів, переживань, до власного «Я». Надмірна рухливість, безліч рухів, театральні пози.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації. Допоможіть постраждалому оволодіти собою: приберіть сторонніх, створіть спокійну обстановку. Залишайтеся з постраждалим наодинці (якщо це небезпечно для вас).
Мова емоційно насичена, швидка, в змісті мови часто звучить тема власних потреб, їх фрустрації, несправедливості світу: «Я хотів ...», «Мені потрібно...»,	Зненацька зробіть якусь дію, яка здивує постраждалого (переключить його увагу з своїх переживань на зовнішній світ). Говоріть з постраждалим короткими фразами, впевненим тоном, змусьте його почати самостійно діяти: «Випий води», «Вмийся».

«Всім байдуже до мене...», «Чому це зі мною сталося...». Можливе ридання, схлипування.	Не потурайте бажанням потерпілого, будьте з ним строгим та стриманим (без надмірної суворості та зневаги). Оцініть вірогідність вчинення постраждалим демонстративного суїциду (наприклад, наявність фраз на кшталт: «Коли я помру, ви усі пошкодуєте», «Я не хочу більше так жити...», демонстрація імітації різання вен, прагнення демонстративно усамітнитися, демонстрація наявності пігулок тощо). Після істеричного припадку настає виснаження. Укладіть потерпілого спати. Намагайтесь не залишати його наодинці.
---	---

Психогенний шок – це реакція на травматичну подію. Коли ви переживаєте шок, у вас перша думка «цього не може бути», заперечення, уникнення. Може виникнути стан дезорієнтації, сплутаності свідомості, нерозуміння. Можливо відключеність від тіла, емоцій, коли ви нічого не відчуваєте. Іноді може бути відчуття, що ви начебто за склом або дивитеся на себе з боку. Ви ніби вилетіли з тіла і загубилися у часі та просторі. Це дисоціація, захисний механізм, що запобігає сильним емоціям.

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ППД ЛЮДИНІ З ОЗНАКАМИ ГОРЯ (ГОСТРОЇ РЕАКЦІЇ НА ЗАГИБЕЛЬ БЛИЗЬКОЇ ЛЮДИНИ, ПСИХОГЕННИЙ ШОК)

Горе (гостра реакція на загибель близької людини, психогенний шок)	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки:	Перший рівень
Заціпеніння, мала рухливість, яка може змінюватися хвилинами метушливої активності (імпульсивні, некеровані дії з прагненням помститися, наказати).	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації. Не залишайте постраждалого наодинці.
Переривчасте дихання, особливо на вдиху.	Надавайте йому соціальну і емоційну підтримку: торкайтесь до постраждалого, покладіть свою руку йому на плече, обійміть його (за згоди постраждалого).
Відчуття нереальності того, що сталося (неприйняття реальності, заперечення реальності).	Поговоріть з постраждалим, дайте йому можливість поговорити про те, яким був загиблий. Говоріть про померлого у минулому часі. Виказуйте співчуття.
Сердечне оніміння, нечутливість, «застигла» міміка.	Дайте йому можливість відпочити. Стежте за тим, щоб він харчувався.
Можливі звинувачення себе, самобичування.	Допомагайте потерпілому приймати необхідні рішення та утримуйте від імпульсивних дій.

Висновки:

1. ППД включає такі елементи:
 - ненав'язливе надання практичної допомоги та підтримки;
 - оцінювання потреб і проблем;
 - надання допомоги в задоволенні базових потреб (наприклад, їжа, вода, інформація);
 - слухання людей, не примушуючи їх говорити;
 - розрада та заспокоєння людей;
 - надання допомоги в отриманні інформації, встановленні зв'язку зі службами та структурами соціальної підтримки;
 - захист людей від подальшої шкоди.
2. Існує декілька протоколів надання ППД, які можна використовувати залежно від місця подій, ситуації, постраждалих і підготовки фахівця.

ТЕМА 4. РОБОТА З ГОРЕМ ТА ВТРАТОЮ

План лекції:

1. Сучасні психологічні дослідження роботи з втратою.
2. Головні втрати в житті.
3. Характеристика горювання: фізичні симптоми, емоційні реакції, етапи, завдання, стилі.
4. Гостра реакція горя. Етапи переживання гострого горя. Паталогічне горювання.
5. Огляд індивідуальних та групових технологій психологічної допомоги в ситуації горя.

Рекомендована література

Основна:

1. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. – Х.: Видво НУЦЗУ, 2017. 777 с

Додаткова:

1. Богданов С., Залеська О. Психосоціальна підтримка в кризовій ситуації : методичний посібник для педагогів. К. : Пульсари, 2018. 76 с.
2. Доценко В.В. Психологія горя і втрати: історія становлення та сучасний етап розвитку // Психологія кризових станів: наука і практика / Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 4-6 листопада 2021 року) / за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2021. С. 61-65.
3. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: Методичний посібник / За загальною редакцією Г. Кісарчук. Київ : Логос, 2015. 207 с.
4. Психологія життєтворення особистості в сучасному світі / За ред. Т.М. Титаренко. К. : Міленіум, 2016. 320 с.
5. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. Київ : В-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 275 с.
6. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
7. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.

Інформаційні ресурси:

1. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. / Загальна редакція: Л. Царенко. Київ. : ОБСЄ, 2018. 240 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/c/430829.pdf>
2. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. / Загальна редакція: Л. Гридковець. Київ : ОБСЄ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/uk/project-coordinator-in-ukraine/430841>
3. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко / НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. – 220 с. URL: <https://www.academia.edu/40028931/>

Текст лекції

1. Сучасні психологічні дослідження роботи з травмою та втратою \

Горе – універсальне людське переживання, реакція на втрату значущого об'єкта, частини ідентичності або очікуваного майбутнього; це переживання включає душевний біль, смуток, гнів, безпорадність, почуття провини і розпач [6].

Горе – емоційна реакція на втрату, персоніфіковані почуття і реакції, які людина перетворює в реальну, усвідомлювану втрату або ту, що передчуває (Kissane, 2003). Почуття, пов'язані з горем, не можуть бути безпосередньо відчуті іншими, але психологи можуть оцінити реакції на горе і пов'язану з ним поведінку. Ці почуття можуть включати гнів, розчарування, самотність, смуток, провину, співчуття, заспокоєння тощо.

Горе – це глибоке почуття суму і болю, спричинене важливою втратою, змінами, кризою чи невдачею, як реальними, так і абстрактними.

Втрата – означає розрив зв'язку, якій ви сформували з важливою для вас людиною, місцем, річчю або ідеєю (включаючи вірування).

Скорбота – це процес визнання втрати, переживання горя і прийняття рішення зробити втрату частиною свого життя.

Жалоба (Bereavement) – почуття втрати через смерть або можливу смерть (зникнення).

Траур (оплакування) – час скорботи зосереджений на смутку. Тривалість переживання скорботи відрізняється для кожної людини. Немає «середньої» або передбачуваної тривалості часу трауру. Процес переживання трауру – відчування емоцій замість придушення горя. Процес може відрізнятися в залежності від людини або культурної норми.

В психології точкою відліку роботи з горем вважають книгу З. Фрейда «Печаль і меланхолія», в якій він зазначив про необхідність відокремлення

переживання горя від депресії. Головна ідея З. Фройда полягала в допомозі пацієнту розірвати зв'язок з померлою людиною за допомогою емоційного катарсису – процесу вивільнення негативних емоцій, що перетворює темні, важкі і болючі переживання в чисті, світлі і благородні. Час показав, що цей метод не завжди спрацьовує.

Другим етапом в розвитку досліджень проблеми переживання горя є робота Е. Ліндемана «Клініка гострого горя» (1944). Власне Е. Ліндеману належить термін **робота горя** – процес переживання людьми великої втрати. Під час «роботи горя» людина звільняється від прив'язаності до померлого, адаптується до світу, в якому більше немає померлого, і будує нові стосунки. Е. Ліндеман виділив особливості **гострого** та **нормального горя**, описав не лише емоції і почуття, а й фізичні відчуття, пов'язані з реакцією на втрату.

Ознаки, визначальні для переживання горя [6]:

1. **Соматичний дистрес** – дискомфорт, що продовжуються до години; соматичні скарги (відчуття стискання в горлі, переривчасте дихання, зітхання, відчуття порожнечі в шлунку, порушення апетиту, зміна смаку їжі), слабкість і надзвичайний фізичний чи емоційний біль.

2. **Захопленість образом померлого.** Людина в скорботі переживає відчуття нереальності, емоційної відокремленості від інших, вона захоплена образом померлого.

3. **Почуття провини** стосовно померлого чи щодо обставин його смерті. Людина вважає смерть близького результатом своєї недбалості чи недостатньої уважності, шукає доказів власної причетності до його смерті.

4. **Реакції неприязні.** Стосунки з іншими людьми порушуються, втрачають теплоту через те, що скорботна людина бажає залишитися наодинці, вона дратівлива й сердита. Це призводить до формалізованого спілкування.

5. **Нездатність функціонувати на попередньому рівні.** Людина у скорботі намагається щось робити, але все робить без інтересу, автоматично. Її дивує той факт, що велика частка традиційної діяльності була пов'язана з померлим (зустрічі, розмови). Все це тепер втрачено. Ця втрата є причиною сильної залежності від будь-кого, хто стимулюватиме активність людини, яка переживає втрату.

Е. Ліндеман говорить і про людей, які перебувають на межі патологічних реакцій, а саме: поява рис померлого в поведінці особи, що залишилася; «бачення» померлого тощо. Також Е. Ліндеман описує такі приклади горювання, коли жінки проводжали своїх чоловіків на війну і оплакували їх як вже померлих. А коли чоловіки поверталися живими, то ці жінки переживали складний комплекс емоцій, знову знаходячи відчуття рівноваги і повноти життя.

Слід відзначити, що будучи психотерапевтом, Е. Ліндеман визнавав значущу роль психологічного консультування в процесі роботи з горем.

Третім етапом є робота **Е. Кюблер-Рос** «Про смерть і вмирання» (1969)

в якій вона описала п'ять стадій горя: заперечення; гнів; торг; депресія; прийняття.

1. *Заперечення*: «Я не можу в це повірити», «Цього не може бути!», «Не зі мною!». Як правило, це лише тимчасова захисна реакція людини, спосіб відгородитися від сумної реальності – як усвідомлений, так і неусвідомлений. Основні ознаки заперечення: небажання обговорювати проблему, замкнутість, спроби вдавати, що «все в порядку», невіра в те, що трагедія насправді відбулася. Зазвичай, людина, перебуваючи на цій стадії горя, так намагається витіснити свої емоції, але рано чи пізно стримувані почуття прориваються і починається наступний етап.

2. *Гнів*: «Чому я? Це несправедливо!», «Ні! Я не можу цього прийняти!». Гнів, а часом навіть лють, спричиняє обурення, відчай через несправедливу і жорстоку долю. Виявляється гнів по-різному: людина може злитися й на себе, і на окремих людей, і просто на ситуацію. Важливо не осуджувати людину, яка переживає цей етап, не провокувати сварки. Варто пам'ятати, що причина злості людини полягає в горі і що це тільки тимчасова стадія.

3. *Торг*. Період торгу – це період надії, людина тішить себе думками, що трагічну подію можна змінити або запобігти їй шляхом укладення контрактів із Богом, з життям. Людина думає, наприклад, так: «Якщо я пообіцяю це робити (чи не робити), то Ти, Господи, не допустиш цих змін у моєму житті». Іноді торги набувають вигляду забобонів: людина може переконувати себе, що якщо, наприклад, вона побачить три падаючі зірки за одну ніч, то всі її проблеми зникнуть.

4. *Депресія*: «Я така нещасна, мене нічого не цікавить»; «Все жахливо... Для чого робити спроби?». Коли людина, яка переживає скорботу, розуміє, що торги не дають результатів, що трагічні зміни реальні, вона впадає у стан пригніченості, депресії, у неї зникає життєва сила.

5. *Прийняття*: «Все буде добре»; «Я не можу змінити цього, але я можу бути з цим». Коли людина розуміє, що трагічні події відмінити неможливо, померлий не повернеться, вона підходить до стадії прийняття. Це не щасливий стан, а швидше покірне прийняття змін, і відчуття, що вона повинна з цим змиритися. Вперше на цьому етапі люди починають оцінювати перспективи. Хоч і важко, але потрібно рухатися вперед.

Слід зазначити, що процес горювання за Е. Кюблер-Рос не є лінійним. Тобто, п'ять стадій горя: заперечення; гнів; торг; депресія; прийняття, не будуть послідовно йти одна за одною. Можливі варіанти, коли людина спочатку буде в депресії, а потім переживе гнів. Або спочатку прийме ситуацію, а потім відчує гнів чи повернеться до депресії. Все дуже індивідуально, тому не потрібно прив'язуватися до послідовності.

До цього ж третього періоду належить і *теорія прив'язаності Д. Боулбі* (1961) у якій він виділив чотири фази процесу горювання:

- 1) «заціпеніння» (від декількох годин до тижня),
- 2) туга за втраченою людиною і прагнення повернути втрату, яка може

тривати кілька місяців або років,

3) дезорганізація,

4) реорганізація.

Крім фазності процесу горювання Д. Боулбі виокремлює типи горювання: тип А (уникаюча прив'язаність) – тривожно-уникаючий тип; тип В (надійна прив'язаність) – безпечний тип; тип С (амбівалентна прив'язаність) – двоякий, чинить опір; тип Д (дезорганізована прив'язаність) – дезорганізаційно-контролюючий тип.

У своїй праці «Життя після втрати. Психологія горювання» американський психоаналітик доктор **Вамік Волкан** разом із журналісткою **Елізабет Зінтл** показують, що переживання горя обумовлюється нашими минулими історіями втрат і є індивідуальним для кожної людини. Зосереджуючись на найтрагічнішій із втрат – смерті, дослідники розглядають її серед інших втрат: розлука подружжя, втрата мрії, ідеалу, дружби, батьківщини, навіть колишнього себе. Привносячи унікальне розуміння у психодинаміку переживання горя, В. Волкан і Е. Зінтл визначають нормальне або «неускладнене» горе і простежують розвиток патологічного горя [].

В. Волкан і Е. Зінтл виокремлюють критичні періоди процесу горювання:

1. Перші 48 годин. Шок від перенесеної втрати і відмова повірити в те, що сталося, може проявлятися в перші години. Емоційно це іноді виражається страхом втратити когось із членів сім'ї та друзів (можливий також сильний страх втрати самого себе – і в фізичному, і в психічному сенсі).

2. Перший тиждень. Необхідність організації похоронного обряду та інші клопоти заповнюють увесь час, почуття втрати часто переносять автоматично, що іноді супроводжується відчуттям «занепаду», емоційним та фізичним виснаженням.

3. Від 2 до 5 тижнів. Домінує відчуття, що тебе залишили сім'я і друзі, які повернулися до своїх буденних справ після похорону.

4. Від 6 до 12 тижнів. На цій стадії шоківий стан змінюється усвідомленням реальності втрати. Спектр пережитих у цей час емоцій досить широкий; людина відчуває втрату і погано контролює себе.

5. Від 3 до 4 місяців. Починається чергуванням «хороших та поганих днів». Людина стає дратівливою та нетерплячою щодо фрустрації. Здебільшого з'являється гнів, почуття емоційної регресії, внаслідок зниження імунітету зростають соматичні скарги, особливо інфекційного і простудного характеру.

6. 6 місяців. Починається депресія. Слабшає тягар пережитого, але гнітючі емоції залишаються. Дні народження, свята особливо важко переносяться і можуть викликати депресію.

7. 12 місяців. Перша річниця з дня смерті може бути травмівною або переломною, залежно від наслідків пережитих за рік страждань.

8. Від 12 до 24 місяців. Це час «розсмоктування». Людина, що пережила

втрата, повільно повертається до колишнього життя. Саме в цей період зникають зі словникового запасу слова «важка втрата» та «горе»; життя бере своє.

В. Ворден переходить від етапності до задач і виокремлює 4 задачі:

1. Прийняти реальність втрати
2. Пережити біль втрати
3. Створити нову ідентичність, тобто знайти своє місце у світі де є втрати. Складається з трьох підзадач:
 - зовнішнє пристосування;
 - внутрішнє пристосування (робота з самооцінкою, самовизначенням, Хто Я?);
 - духовна адаптація (пристосування) – смерть кидає виклик 3 базовим потребам: світ добрий (прихильний) до нас; світ і все, що в ньому відбувається має сенс; ми гідні люди, які заслуговують найкращого.

4. Необхідність після втрати знайти сенс життя, перенести енергію з втрати на інші сфери життя. При цьому потрібно знайти баланс між зв'язком з померлим і «новим» життям.

Сучасний етап консультування в ситуації горя має наступні особливості:

- визнання індивідуальних відмінностей в переживанні горя, вплив культури, досвіду, особистісних особливостей;
- горе – це багатовимірна реакція, що впливає на емоції, когніції і поведінку;
- горювання – це процес; це не проблема яку необхідно вирішити, це не хвороба яку необхідно лікувати. Втрата не долається, не забувається з часом – вона «вбудовується» в наше життя;
- з'являється право горювати індивідуально, не вписуючись в рамки норми.

Крім цього, автори виокремлюють ще одне поняття – **горе, що не визнається суспільством**, визначається як втрата, яка не підтверджується і не визнається. Це горе, при якому втрата не може бути відкрито визнана, дозволена суспільством або виражена публічно.

Суспільство може не бажати визнавати горе, і не знає, як справлятися з втратою. зіткнувшись з горем, пов'язаним з втратою, люди не можуть відкрито визнати своє горе.

До групи ризику входять:

- партнери пацієнтів з ВІЛ / СНІД,
- колишнє подружжя,
- колишні партнери,
- наречені / женихи,
- друзі, коханці, коханки, колеги,
- діти, що переживають смерть нерідний матері / батька,
- мати мертвонародженого дитини,

- жінки (і чоловіки / партнери, коханці), в житті яких була перервана вагітність.

2. Головні втрати в житті.

Так склалося, що слово «горе» розуміють виключно як реакцію на смерть. Але така вузька інтерпретація не дає можливості побачити весь спектр досвіду, що створює та провокує стан горя. Сара Епштейн виокремлює чотири типи горя, які ми можемо переживати і які не стосуються смерті:

1). Втрата ідентичності: втрата ролі чи почуття власності.

Наприклад:

- Людина, яка проходить через розлучення, яка відчуває втрату статусу «чоловіка»;
- Жінка, що пройшла через рак грудей і переживає втрату відчуття себе жінкою після подвійної мастектомії;
- Батько дорослих дітей, що переживає синдром «порожнього гнізда» та втрату ролі батька в її прямому розумінні;
- Людина втратила або змінила роботу, що переживає втрату своєї ідентичності.

Коли б людина не втрачала свою первинну ідентичність, вона журиться про втрату частини себе. Люди сумують про те, ким вони були і в кінцевому підсумку буде необхідно створити нову історію свого життя, яка включала б і цю втрату. У деяких випадках ідентичність видається вкраденою, як у випадку з людиною, яку поставили перед фактом розлучення або як у прикладі з раком грудей. Для цих людей горе посилюється відчуттям втрати контролю над ситуацією. Інші самі роблять вибір про зміну ідентичності, як у випадку звільнення з роботи або з релігійної групи. І хоча такий варіант може звучати як простіший, такі люди можуть проходити через горе з подвійними переживаннями – адже вони самі вибрали уникнути того, за чим сумуватимуть. Вони можуть почуватися набагато менше в праві сумувати про втрату своєї ідентичності, бо начебто самі прийняли таке рішення.

2) Втрата безпеки: втрата відчуття фізичного, емоційного та психічного благополуччя.

Наприклад:

- Люди, які пережили фізичне, емоційне чи сексуальне насильство, намагаються повернути собі безпеку повсякденного життя;
- Сім'ї, які мають фінансові та житлові проблеми, що відчувають себе на межі виживання, незахищеними та нестабільними;
- Діти розлучених батьків, що горюють про втрату «неушкодженої» сім'ї (хоча вони можуть так це не формулювати навіть для себе);
- Члени спільноти, які зіткнулися з насильством і відчувають себе дестабілізованими та в небезпеці;
- Людина, яка дізналася про невірність партнера, може більше не

почуватися в емоційній безпеці у цих відносинах.

На базовому рівні очікується, що ми повинні відчувати себе в безпеці у наших будинках, спільнотах та наших відносинах. Втрата почуття безпеки, чи це у фізичному сенсі (після злому будинку) чи емоційному (після зради) може перетворити весь світ людини на небезпечне місце. Симптоми втрати безпеки можуть виражатися у надтривожності навіть за відсутності явної загрози або нечутливості до того, що відбувається навколо. Для багатьох, особливо для тих, хто страждає від ПТСР, нечутливість і надтривожність можуть чергуватись. Людям, які пережили травму, насильство та/або нестабільність, дуже важко відновити почуття внутрішньої безпеки, навіть коли все навколо вже стабілізувалося. До завдання лікування травми додається горе від втрати відчуття безпеки і необхідність навчитися побудувати його заново.

3) Втрата автономності: втрата можливості керувати своїм життям та необхідними справами.

Наприклад:

- Людина з дегенеративним захворюванням, що горюючий про втрату фізичних та/або розумових здібностей;
- Літня людина, нездатна більше піклуватися про себе сама, яка журиться про своє згасання (це може також супроводжуватися втратою почуття ідентичності як значущого члена суспільства);
- Людина, яка переживає фінансову кризу, яка втрачає почуття незалежності і опиняється в ситуації, коли потрібно покладатися на інших.

Цей тип горя пронизує саму суть потреби людини керувати своїм тілом та своїм життям. Втрата автономності провокує горе від втрати почуття контролю та занурює у боротьбу за підтримання почуття свого Я. У разі хвороби чи обмежених можливостей втрата автономності (і часто на додаток втрата ідентичності) відбивається у кожному кроці. Зниження здібностей змушують сумувати про втрату незалежності та незалежне функціонування. Людина, яка страждає від серйозних фінансових втрат, теж може відчувати втрату, виражену в тому, що її можливості значно звузилися, а також жити з почуттям повного провалу та розпачу. Перед такими людьми стоїть завдання оплакати свої втрати і переформулювати – хто ж вони тепер перед цими обмеженнями.

4) Втрата мрії і очікувань: віч-на-віч з нездійсненими надіями.

Наприклад:

- Людина або пара, що зіткнулася з безпліддям;
- Студент відмінник який намагається знайти своє місце у «реальному світі»;
- Людина, чия кар'єра зовсім не відповідає її очікуванням;
- Людина, чия спільнота раптово почала підтримувати політичні ідеї з якими вона не згодна.

Цей тип горя характеризується глибоким почуттям дезорієнтації. Багато хто з нас живе з почуттям, що ми знаємо, як влаштований цей світ і що ми

більш-менш уявляємо, що на нас чекає в майбутньому. Коли життєві події розбивають наші очікування, людина може відчувати глибоке горе та почуття несправедливості. Людина або пара, що борються за зачаття і студент, який намагається знайти своє місце у світі, можуть відчувати почуття невдачі, яке лише посилює горе. Вони можуть почати порівнювати своє життя та свої результати з іншими. Несподівані політичні зміни можуть призвести до втрати знайомої реальності та до почуття абсолютного нерозуміння як функціонує світ.

Головні Втрати в Житті:

- Втрата Людей: сім'ї, партнера, дітей, друзів, членів команди
- Втрата Місця: будинку, спільноти, країни
- Втрата Ролі або Статусу: заслуженої ролі, сімейного або економічного статусу, від військового до цивільного

- Втрата Безпеки: фінансів, роботи, прийняття

- Втрата Духовності: духовна криза

Категорії втрат за Рендо (Rando's) (2014)

- *Фізичні* – матеріальна, травма, інвалідність, хронічна або гостра хвороба

- *Психологічні/Символічні* – нематеріальні: закінчення стосунків, втрата роботи, відмова, травма, яка кидає виклик світогляду

- Втручання у ваш власний влаштований світ

Значення втрати:

1) Значення будь якої втрати дуже суб'єктивне

2) Цінності, вірування та життєвий досвід є тим, що визначає втрату для кожної окремої людини.

3) Значення відрізняється окремо для кожної людини та залежить від її світогляду. Конфлікт між значеннями може спричинити розбіжності і неповагу

Люди і Відносини

- Найбільші втрати – це втрати близьких членів сім'ї.

- Потім – близькі друзі, родичі, друзі, члени групи військових, співробітники та домашні тварини.

- Соціальний рівень – публічні фігури, лідери громади, герої, атлети, актори, музиканти.

Розглянемо втрати у житті людини і дамо їм коротку характеристику.

Смерть Батьків

- виникає відчуття осиротілості в будь-якому віці

- відбувається обмін ролями із старіючими батьками Вплив втрати батьків залежить від:

1. Віку людини під час втрати батьків

2. Статі людини і втраченого батька (батька чи матір)

3. Міцності відносин

4. Кількості братів і сестер

5. Порядку народження

Втрата батьків дорослою людиною характеризується відчуттям покинутості; зміною відносин у сім'ї; зміною відносин з чоловіком / дружиною. Досить складно справитись із смертю жорстоких батьків, або батьків, які були відсутні в житті людини

Втрата дружини\чоловіка або партнера

Якщо втрата відбувається через розлучення, то людина схильна відчувати злість, сумніви щодо себе, біль від постійного контакту.

Якщо втрата відбувається через смерть, то людина переживає відчуття відокремлення і тривоги, провини від того, що я залишилася в живих.

Втрата брата\сестри

Горювання через смерть брата чи сестри достатньо комплексне і залежить від порядку народження покійного брата\сестри; ступеня суперництва між ними та його впливу на стосунки; ступеня близькості з померлим братом\сестрою; віку\періоду в житті, коли відбулась втрата.

Виокремлюють 6 видів поведінки сім'ї, де втратили брата\сестру (White, 2006):

1. Дитина-привид – сім'я не розмовляє про втрату\смерть дитини. Горе може вийти на поверхню при появі іншої травми, втрати або кризи.

2. Гіперопіка – батькам стає страшно загубити ще одну дитину. В результаті батьки негативно впливають на віру дитини в те, що вона сама може покладатись на власні зусилля і стати незалежною.

3. Дитина «на колінах» – брат\сестра довго хворіє перед смертю і батьки не знаходять часу займатися своєю іншою дитиною. Це призводить до пасивності та відчуття безпомічності в дитини.

4. Дитина як заміна – дитина, народжена, або усиновлена вже після смерті попередньої дитини. Нову дитину заохочують вести себе як це робила покійна дитина і займати її роль в сім'ї.

5. Одинок дитина – дитиною нехтують під час смерті або періоду горювання за братом\сестрою, або вона залишається єдиною дитиною в сім'ї.

6. Пізня дитина – дитина народжена після смерті брата чи сестри може відчувати себе скривдженою, бо її старші брати\сестрини приймають її із солідарності до покійної дитини; вважає покійного брата\сестру своїм янголом охоронцем; може засуджувати покійного в тому, що він\вона померла і через це засмутила батьків

Смерть близнюка

Втрата сестри\брата близнюка, це дуже тяжка втрата у будь якому віці. Ідентичні чи однайцеві близнюки –це втрата частинки самого себе. Зв'язок між близнюками продовжується все їх життя. Відносини можуть бути заплутаними або конфліктними, але залишаються і в будь якому випадку

близнюк, який вижив відчуває «провину вцілілого».

Очікується, що дитина має жити довше ніж батьки. Смерть дитини, будь якого віку, це найтяжча втрата для батьків. Смерть дитини може серйозно вплинути на стосунки між батьками і навіть призвести до розлучення.

Як ми говорили раніше (перше питання лекції) досить часто суспільство ігнорує і не надає значення втраті дитини на ранньому етапі: неможливість завагітніти; аборт; викидень; загибель дитини ще до її народження – в утробі. Але психологи наголошують, що це також дуже вид втрати, що може призвести до важких наслідків.

Втрата друзів. В даній категорії втрат слід згадати про такі труднощі:

- сім'я або чоловік\жінка можуть ігнорувати горе близького друга покійного і не запросити буди частиною траурного ритуалу;
- навпаки, сім'я може запросити друга прийняти активну участь у похованні і це викликає у нього важкі переживання;
- при оплакуванні друга, людина отримує менше емоційної підтримки ніж сім'я покійного.

Домашні тварини, як частина сім'ї, друзі.

Для людей, які жили з тваринами декілька років (місяців) і сприймали їх як своїх друзів, як «дітей», як помічників, які завжди поряд, про яких турбувались, з якими бавились тощо, смерть улюбленої домашньої тварини викличе горювання. Досить складним може стати прийняття рішень стосовно приспання тварини. В процесі переживання горюючим слід порекомендувати не зважати на тих, хто не розуміє їх страждань і розповідати історію їх стосунків з твариною.

Інші втрати у стосунках: далекі родичі; смерть на робочому місці або у школі; смерть наставника тощо.

Деякі втрати спонукають до життєвих змін і можуть призвести до особистого росту. Власне прийняття втрати важливе, щоб продовжувати жити далі.

Деякі втрати тягнуться невизначений час. При цьому людина переживає сильне розчарування, страх та злість. Життя в постійній втраті може призвести до депресії, відчаю, нестачі турботи про себе та думки про суїцид. Приклади втрат, що тривають:

- життя з виснажливою хворобою, втрата кінцівки або травма головного мозку;
- втрата родичів, друзів, колег (сусідів, знайомих) у війні або при природній катастрофі та життя в якості біженця;
- хвороба чи інвалідність, що прогресує;
- стати безпритульним або біженцем.

На жаль, втрата близьких є неминучим супутником життя. А смерть близької людини – це одна з найтрагічніших подій в житті людини і важке

випробування, що залишає глибокий відбиток, а іноді й шрам в її душі.

3. Характеристика горювання: фізичні симптоми, емоційні реакції, етапи, завдання, стилі.

Реакції горя це нормальна реакція людини на будь яку значиму втрату. Найбільшими втратами для особистості, об'єктивно і суб'єктивно є ті, які пов'язані з усвідомленням власної смертності і смертю близької людини.

Процес горювання в літературних джерелах часто називають *роботою горя*. Це і є, по суті, велика внутрішня робота, величезна душевна праця по переробці трагічних подій.

Завдання переживання втрати:

1. Визнати реальність втрати
2. Оплакати втрату і примиритися з нею
3. Відвести втраченим нове місце в пам'яті і в житті
4. Переосмислити власну ідентичність; реорганізувати своє життя і навчитися жити без втраченого, адаптуватися до змін.

Задачі Горювання за Ворденом (Worden, 2002):

- 1) Прийняти втрату
- 2) Дозволити собі відчувати біль від горя
- 3) Пристосуватись до нового середовища
- 4) Відпустити покійного і рухатись далі в житті

Типові симптоми горя (прояви): порушення сну; анорексія чи втрата ваги; дратівливість; проблеми з концентрацією уваги; втрата інтересу до новин, роботи, друзів, церкви тощо; пригніченість; апатія і відчуження; намагання усамітнитись; плач; самозвинувачення; суїцидальні думки; соматичні симптоми; втома.

Для кращого розуміння стану людини, що перебуває у скорботі, виокремлюють такі комплекси симптомів горя, з якими можна працювати:

- емоційний комплекс – печаль, гнів, тривога, безпорадність, безнадійність, байдужість, жаль, провина, тривога, агонія, сором, депресія;
- когнітивний комплекс – нав'язливі думки, забудькуватість, труднощі з концентрацією, зневіра, відчуття присутності померлого, складнощі з прийняттям рішень;
- поведінковий комплекс – порушення сну; безглузда, нерациональна поведінка; уникнення місць пов'язаних із померлим; гіперактивність в роботі або іншій діяльності як спосіб приглушення болю; відхід від соціальних контактів; утрата інтересів; надмірна залежність від когось; алкоголізація як спроба встановлення комфорту; відмова насолоджуватись чимось веселим, приємним.
- можливі комплекси фізичних відчуттів: плач, тремтіння, відчуття непритомності; проблеми з травленням; постійна сонливість, безсоння або нічні кошмари; зміна у вазі (зниження або набирання ваги); ослаблена імунна

система.

Переживання великої втрати, чи то втрата близької людини, втрата внаслідок стихійного лиха, інвалідності, серйозного захворювання чи фінансового краху, може призвести до відчуття безмірного смутку, безсоння, постійних думок про втрату, зміну апетиту та інші симптоми, які можуть нагадувати депресію. Ці реакції нормальні, і може пройти деякий час, перш ніж людина знову відчує себе нормально.

Ніхто не може сказати скільки часу «нормально» сумувати, оскільки кожен справляється із втратами по-своєму. Деякі кажуть, що людина ніколи не перестає журитися після великої втрати, а натомість зрештою вчиться справлятися з втратою. Однак, якщо минув якийсь час, а горе продовжує заважати функціонувати в повсякденному житті, варто подумати, чи не переживає людина депресію, крім суму, пов'язаного з втратою.

Ось деякі ознаки того, що у людина може переживати депресію:

- на додаток до відчуття порожнечі та/або втрати людина відчуває стійкий пригнічений настрій та/або нездатність відчувати щастя чи задоволення;

- депресивний настрій стійкий і не пов'язаний з конкретними думками чи переживаннями з приводу втрати, почуття смутку носить більш загальний характер;

- людина рідко відчуває позитивні емоції чи гумор. Депресія характеризується постійним нещастям чи стражданням;

- присутні самокритичні чи песимістичні думки, які виходять за межі жалю, пов'язаних із втратою. Якщо у людини є почуття нікчемності чи ненависті до себе, це може бути ознакою депресії;

- людина думає про смерть і вмирання, і ці думки зосереджені не тільки на померлому або приєднанні до померлого. Тобто людина думає про те, щоб накласти на себе руки, тому що відчуває себе негідним життя або марним, або відчуває себе нездатним впоратися з болем депресії.

Задачі Скорботи:

- 1) визнати факт (реальність) втрати.

- 2) пережити (переробка) горе, яке спричинила втрата.

- 3) зробити втрату частиною повсякденного життя. Пристосуватися до світу без померлого. «Відвести свою емоційну енергію від померлого і вкласти її в інші відносини».

Основні стадії скорботи (о. Тімченко)

<i>Часові етапи</i>	<i>Прояви</i>
Стадія 1 Починається відразу після смерті близької людини та зазвичай триває від одного до трьох днів.	- шок; - невір'я, заперечення; - заціпеніння; - ридання; - сум'яття.

Стадія 2 Піки спостерігаються між другим і четвертим тижнями після смерті; зазвичай триває протягом року.	- хвороблива туга; - заглибленість у переживання; спогади; - яскравий образ померлого в душі; - відчуття, що померлий живий; - сум, слізливість, безсоння; - анорексія; - втрата інтересу до життя; - дратівливість і занепокоєння.
Стадія 3 Зазвичай настає протягом року після смерті близької людини.	- зменшення кількості епізодів суму; - здатність згадувати про минуле із задоволенням; - поновлення повсякденної активності.

3 чинники, що ускладнюють процес скорботи;

1) Коли суспільство чи спільнота мають низьку толерантність до втрати та мало терпіння до процесу скорботи.

2) Соціальні норми, які надають перевагу мисленню, а не почуттям та не схвалюють розмови про смерть.

3) Наша власна нездатність знайти сенс у втраті.

Фактори, які впливають на скорботу

1) Наскільки ви товариська чи замкнута людина.

2) Наскільки легко людині виражати свої почуття.

3) Наскільки легко людині спілкуватись у колі друзів, у сім'ї з родичами, у колективі з колегами.

4) Як людина справляється зі змінами.

5) Наскільки упевнений світогляд у людині, яка переживає горе.

На процес скорботи впливає **ритуал**, що наповнює змістом ситуацію і поведінку в ній, дає відчуття початку чи завершення подій. Це забезпечує почуття доцільності, немарності поведінки, особливості моменту, правильності того що відбувається, є маркером завершеності подій. Спільне виконання громадських ритуалів стверджує єдність, дає можливість відчути свою причетність до спільноти та її життя.

Сенс ритуалу. У прощальних ритуалах горе зміщується з померлого на символічні об'єкти. Деякі об'єкти стають ототожненням втрати і символізують розірваний зв'язок з джерелами безпеки, що існували до трагічних подій; Такі «перехідні об'єкти», допомагають поступово прийняти розставання і втрату. Ці «зв'язуючі об'єкти» можуть відображати як позитивні, так і негативні почуття, змішання яких є нормальним при горюванні. Вони служать для підтримки емоційного контакту з людиною, яка пішла з життя.

Реакція горя

1 фаза: Гостре горе (шок), від кількох годин до 5-7 днів (іноді до 2

тижнів).

- шок і заціпеніння (від декількох секунд до декількох тижнів)
- відчуття нереальності
- оніміння і нечутливість
- малорухомість або метушлива активність
- переривчасте дихання (сповільнене або навпаки швидке)
- втрата апетиту
- безсоння

Це абсолютно нормальні реакції на подію. Не треба їх лякатися і намагатися «лікувати». Багато хто не можуть витримати «істерику» матері або друга загиблого, і відразу біжать за заспокійливим.

Основне завдання цієї першої фази: визнати, зрозуміти реальність смерті (ще не вийде прийняти).

Картина гострого горя схожа у різних людей. При нормальному перебігу горювання характерні періодичні напади фізичного страждання, спазми в горлі, напади задухи з прискореним диханням, постійна потреба зітхнути, відчуття порожнечі в животі, втрата м'язової сили та інтенсивне суб'єктивне страждання, що описується як напруга або душевний біль, поглинання образом померлого.

Прояви першої фази реакції втрати:

- «Я не можу повірити ...»/заперечення реальності
- відчуття дереалізації/деперсоналізації (це не по-справжньому, не зі мною)
- вихор почуттів: паніка, біль, відчай, туга, злість ...
- або ж відсутність почуттів – заціпенілість, відчуженість, що грає функцію психологічного буфера;
- соматичні відчуття: стиснуло в горлі, неможливість вдихнути, запаморочення;
- дезорганізація поведінки: порушення, крик, плач або заціпеніння, відстороненість;
- стан ошелешеності з деяким звуженням сфери свідомості і уваги, неможливістю повністю усвідомити подразники і дезорієнтацією;
- ухиляння з навколишньої ситуації (до стану дисоціативного ступору F44.2) або ажитацією і надактивністю;
- окремі риси панічного розладу (тахікардія, надмірне потовиділення, почервоніння)
- виняткова увага на образі померлої людини, взаємодія з оточенням «на автопілоті»

2 фаза - Страждання (6-7 тижнів)

Емоційна сфера: відчуття присутності померлого; ідеалізація померлого; почуття провини стосовно померлого; дратівливість, гнів; тривога, бажання усамотнитись.

Порушення пам'яті та уваги: ослаблення уваги, неможливість на чомусь сконцентруватися; порушення пам'яті на поточні події

Тілесні відчуття: порушення сну; порушення в сексуальній сфері; млявість; дискомфортні фізичні відчуття; загострення хронічних захворювань. Під час другої фази відбувається: усвідомлення втрати, оплакування втрати, дезорганізація і туга по померлій людині. Це фаза сильних почуттів, оскільки усвідомлення реальності втрати і життєвої порожнечі відбувається через переживання відчаю, білю, люті. Швидка зміна почуттів: гнів, вина, біль, туга, страх. Заціпеніння, яке відіграло роль «емоційного буфера» минуло і прийшла емоційна дезорганізація. У деяких можемо спостерігати відмову перегорнути сторінку книги життя. Сильне почуття туги (до відчаю) за померлим: всі думки про нього, рідні живуть спогадами, переглядають фотографії, подумки спілкуються з ним, багато часу можуть проводити на кладовищі. Людину нічого не цікавить, ніщо не приносить радості. Відчуття фізичної слабкості, виснаження від почуттів, нездатність щось робити.

Часті соматичні скарги: болі в грудях, задишка, слабкість, відсутність апетиту, безсоння. «Важко думати», порушення уваги і пам'яті.

3 фаза: Прийняття (6 місяців 1 рік)

- відновлюється сон і апетит
- втрата перестає бути головною подією в житті
- хоч інколи ще можуть бути «гострі приступи горя», проте вже з'являється здатність планувати життя з урахуванням втрати

4 фаза: Відновлення

Горе замінюється сумом, втрата сприймається як щось неминуче.

У релігійних людей можемо спостерігати позитивні або негативні духовні наслідки горювання. Негативні: злість на релігійні установи або духовенство; втрату віри; почуття зради; сумніви у тому, в що вірив; відмова від життя або майбутнього щастя. Позитивні: ближчий зв'язок з Богом; рішення допомагати іншим; вдячність за людське життя.

Є певні *гендерні відмінності* в процесі горювання:

- жінки більш емоційні і можуть «влаштовувати сцену»;
- чоловіки схильні переживати тихо;
- чоловіки частіше, ніж жінки, прагнуть не показатись «слабкими»;
- у жінок вищий ризик появу депресії та тривоги, ніж у чоловіків
- жінки мають тенденцію звинувачувати себе, в той час як чоловіки мають тенденцію звинувачувати зовнішні обставини.

Стилі Горювання:

1) Інструментальний (Інструментальне Горе): інтелектуальне розуміння; на вигляд «Сильна людина»; вирішує проблеми.

2) Інтуїтивний (Інтуїтивне Горе): динамічний діапазон емоцій; експресивний; глибоко відчуває

3) Суперечливий (Суперечливе Горе): внутрішній досвід, а не зовнішнє

вираження; соціальні правила сім'ї, статі, культури або громадських норм.

4) Візуальне Вираження Горя (Erwin & Casada, 2017): вираження емоції горя і втрати в нетрадиційних способах; мистецтво, музика та інші креативні вираження любові, втрати та життєві зміни; письмо, мистецтво, музика або соціальні засоби комунікації – це способи поділитись своїм горем та надихати інших у її скорботі; бажання створити тривалу данину.

4. Гостра реакція горя. Етапи переживання гострого горя. Патологічне горювання.

Горювання це природний процес, необхідний для того, щоб відпустити втрату або оплакати смерть. Умовно виділяють *«нормальне» горювання і «патологічне»*.

На думку З. Фрейда, «скорбота стає патологічною, коли «робота скорботи» невдала або не завершена».

О. М. Черепанова висловлює ідею, що «нормальна» робота горя «може стати патологічним процесом, якщо людина «завмирає» на одній з 5 фаз»

Рендо вважає, що сильне горе є видом травматичного стресу і включає в себе:

- втрату та травматичну реакцію
- значний тривожний стан
- відповідь на стрес
- схожі симптоми та особливості
- опанування та оплакування –це протилежні реакції
- когнітивні та афективні компоненти.

О.М. Моховиков пропонує інше бачення причин ускладненого горя, до якого, на його думку, призводять:

- 1) раптова або несподівана втрата;
- 2) подвійні почуття з приводу втрати;
- 3) надмірна залежність від померлого;
- 4) множинні втрати протягом незначного часу;
- 5) відсутність систем підтримки особистості або життєзабезпечення.

Існує чотири види *ускладненого горя*:

1) *Хронічне горе* характеризується нормальними реакціями на горі які не слабшають і тривають протягом тривалого періоду часу.

2) *Відстрочене горе* характеризується нормальними реакціями на горі, які придушуються і відкладаються, людина свідомо чи несвідомо уникає відчуття болю від втрати (наприклад, відмовляється говорити з ким-небудь про горе, не бере участі в групах підтримки для тих, хто переживає важку втрату тощо).

3) *Перебільшене горе* – коли людина вдається до саморуйнівної поведінки (наприклад, до суїциду).

4) *Конфліктне горе (перебільшене)*. Одна чи декілька ознак горя спотворюються або занадто посилюються, насамперед почуття провини і гніву. Виникають подвійні почуття. З'являється хибна ейфорія, що переходить у затяжну депресію з ідеями самозвинувачення.

5) *Замасковане горе* – коли людина не усвідомлює, що поведінка, яка заважає нормальному функціонуванню, є результатом втрати.

6) *Несподіване горе*. Раптовість майже унеможлиблює прийняття й інтеграцію втрати. Переважають інтенсивні почуття тривоги, самозвинувачення, депресія, що ускладнює повсякденне життя. Характерними є думки про самогубство.

В МКХ-11 виокремлено **затяжну патологічну реакцію горя (6B42)** – це порушення, при якому після смерті чоловіка, батька, дитини або іншої близької людини виникає стійка і всепоглинаюча реакція горя, яка характеризується тугою за померлим або постійним переживанням у зв'язку з його смертю, і супроводжується сильним емоційним болем (наприклад: смуток, вина, гнів, заперечення, звинувачення, неможливість прийняття смерті, почуття втрати начебто частини себе, нездатність відчувати позитивні емоції, емоційне заціпеніння та утруднення залучення до соціальної чи іншої діяльності).

Реакція горя триває протягом надзвичайно довгого періоду часу після втрати (принаймні понад 6 місяців), явно перевищуючи прийняті соціальні, культурні чи релігійні норми. Реакції горя, які тривають довгий час, але прийнятні для деяких культурних і релігійних традицій, вважаються природним переживанням втрати і **не** потрапляють під категорію діагнозу. Розлад викликає значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, навчальній, професійній чи інших важливих сферах функціонування.

Двома основними проявами дисфункціонального, руйнівного горя вважається:

- 1) тривале заперечення втрати;
- 2) фіксація на сумних відчуттях.

Обидві реакції на втрату: і заперечення, і страждання є нормальними доти, поки людина не «завмирає», не фіксується на них.

Для того щоб переживання горя пішло по болючому, а не по здоровому руслу, зазвичай є певні підстави або причини. Такими, можуть бути:

- конфлікти або сварки з близькою людиною перед її смертю;
- невиконані по відношенню до померлого обіцянки;
- певні обставини смерті близького (її несподіваність, насильство тощо.);
- «непоховані мерці» - безвісті зниклі, ті, чий тіла не були знайдені, ті,

про смерть яких не повідомили близьким, і т. п.

Діагностика ускладненого горювання

Ознаки:

1. Під час консультування людина не може говорити про померлого, переживаючи свіже інтенсивне горювання

2. Якесь незначна подія запускає інтенсивну реакцію горя
3. В ході клінічного інтерв'ю часто виникають теми втрат
4. Людина, яка пережила втрату, не хоче чіпати (перекладати, віддавати) речі які належали померлому
5. При зборі анамнезу клієнта виявляється, що у нього виникли такі ж фізичні симптоми як у померлої близької людини перед смертю
6. Припинення спілкування з друзями, відмова від улюблених занять
7. Картина клінічної депресії
8. Нав'язливе прагнення наслідувати померлого
9. Саморуйнівні дії
10. Незрозуміла печаль в конкретний час
11. Фобія розвитку тієї ж хвороби від якої помер близький
12. Уникнення відвідування могили або відсутність під час похоронного ритуалу.

Нетипові, патологічні симптоми наступні:

- тривале переживання горя (кілька років);
- затримка реакції на смерть близької (немає вираження страждань протягом двох і більше тижнів);
- сильна депресія, що супроводжується безсонням, почуття самознищення, напруга, гіркі докори на свою адресу і необхідність самобичування;
- поява хвороб психосоматичного характеру: виразковий коліт, ревматичний артрит, астма. Нерідко буває ослаблення чутливості;
- іпохондрія: розвиток симптомів, від яких страждав померлий;
- надмірна активність: людина починає розвивати бурхливу діяльність, щоб не відчувати біль втрати;
- несамовита ворожість, спрямована проти конкретних людей, часто супроводжувана погрозами, проте тільки на словах;
- поведінка не узгоджується з нормальним соціальним та економічним існуванням;
- стійкий брак ініціативи, бажань, прагнень;
- слабко виражені емоції; нездатність відчувати;
- різкі переходи від страждань до самовдоволення за короткі проміжки часу;
- зміна ставлення до друзів і родичів; дратівливість, небажання набридати, відхід від соціальної активності; прогресуюча ізольованість;
- розмови про суїцид, возз'єднання з померлим, про бажання з усім покінчити.

5. Огляд індивідуальних та групових технологій психологічної допомоги в ситуації горя.

Три напрямки адаптації після втрати близького

1. Зовнішнє пристосування (що таке жити без чоловіка). Після 3-4 місяців після втрати
2. Внутрішнє пристосування (самооцінка, статус)
3. Духовне пристосування (зміна картини світу навколо, втрата напрямку в житті)

Консультант, працюючи з людиною, яка переживає втрату, часто має виконувати роль слухача. Бути поряд із засмученою людиною і слухати її – найважливіша підтримка.

Що більше консультант співпереживає скорботі, що адекватніше сприймає власні емоційні реакції, пов'язані з допомогою, то ефективніша цілюща дія стосунків.

Не слід поверхнево заспокоювати людину в скорботі. Зніжковіння та формальні фрази призводять до незручної ситуації: людині треба дати можливість виражати будь-які почуття і сприймати їх без упередження. Інше дуже важливе завдання консультанта – навчити близьких правильно реагувати на скорботу людини, яка переживає втрату.

Немає правильного способу горювання. Людина переживає додаткову втрату, якщо її критикують за те, як вона переживає втрату (занадто або недостатньо). А у процесі горювання людина може відчувати ніби загубила себе.

Психологічну допомогу потрібно надавати відповідно до стадій переживання горя.

Допомога на стадії шоку, гострого горя.

На цьому етапі людина зазвичай потребує інтенсивної опіки. Необхідно бути поруч із людиною, що зазнала втрати, не залишати її на самоті. Виявляти свою турботу й піклування краще через дотик. Саме так люди виражають співчуття, коли їм не вистачає слів. Навіть звичайне рукостискання краще, ніж холодна ізоляція.

Слід підкреслити, що в період втрати страждання полегшується присутністю родичів, друзів, причому істотна не їхня дієва допомога, а легка доступність близьких протягом декількох тижнів, коли скорбота найбільш інтенсивна. Людину, що переживає втрату, не потрібно залишати на самоті, проте її не слід і «перенавантажувати» опікою. Людині в горі потрібні постійні, але ненав'язливі відвідини та добрі слухачі.

Отже, на першому етапі горювання необхідно:

- не залишати постраждалого одного;
- говорити про померлого в минулому часі, але м'яко;
- частіше доторкатись до постраждалого, обіймати (за попередньою згодою);
- дати можливість відпочити;
- допомагати йому приймати необхідні практичні рішення, залучати його до організації похорон;
- переконати потерпілого відмовитись від психотропних засобів, якщо

він сам хоче це зробити

- основний прийом – активне слухання.

Допомога на стадії страждання.

Слід говорити про померлого, причини його смерті та почуття у зв'язку з цією подією. Необхідно розпитувати про померлого, слухати спогади про нього, розповіді про його життя. У випадку насильницької або раптової смерті потрібно неодноразово обговорювати детально всі подробиці трагічної події до того часу, поки вони не втратять свого страхітливого, травмивного характеру, – тільки тоді людина, що втратила близького, зможе оплакувати померлого. Необхідно їй дати можливість виплакати, не намагаючись утішити. Поступово (ближче до кінця цього періоду) слід долучати людину до повсякденної діяльності. Таким чином, необхідно:

- дати можливість побути наодинці,
- не намагатись припинити плач,
- не заважати проявляти гнів
- пити багато води (до 2х літрів в день)
- фізичні навантаження до 45хв на день (прогулянка, прибирання)
- розмову про померлого переведіть в область почуттів(любив, поважав)
- ставитись до потерпілого з увагою, але одночасно і вимогливо («поховати близьку людину не те саме, що її забути»)

Головні завдання стадії страждання:

- 1) Усвідомлення, ким був для людини той, кого втрачено, як було їм разом, як жити з цим...
- 2) Усвідомлення глибини втрати (близької особи, яку любиш, частинки себе, майбутнього, стилю життя і багатьох його радощів, сенсу життя...)
- 3) Плакати й тужити...
- 4) Відчути і пережити весь біль втрати...

Тривалість цієї фази може бути дуже різною: від декількох місяців до декількох років.

Людину, яка переживає важку втрату, необхідно спонукати:

- говорити про смерть;
- усвідомлювати, що її почуття є нормальними;
- приділяти достатньо часу для вираження горя;
- вирішувати нагальні, реальні проблеми і відкласти довгострокові рішення, такі як зміна місця проживання або роботи.

Допомога та стадії прийняття:

- спрямувати від горювання до світлої пам'яті,
- переведіть розмову про померлого в ракурс: «що він зробив для нас», «він живе в справах»
- допоможіть знайти у втраті сенс.

Корисними можуть бути кілька прийомів, які допомагають психологу

успішно працювати з втратою, зокрема:

- використання речей (наприклад, фотографії, особисті речі тощо), що допомагають людині, яка пережила втрату, підтримувати роботу горя;
- використання творчого письма, малювання;
- повторні розпитування;
- вправи, які спонукають людину реалістично поглянути на стосунки, наприклад, складання списків позитивних і негативних рис характеру померлого;
- листи померлому;
- перебудова поведінки, наприклад, зменшення відвідувань кладовища, збільшення числа відвідувань відповідних місць для надання допомоги іншим тощо.

Допомога на стадії відновлення.

Треба допомагати людині знову включитися в повсякденне життя, планувати майбутнє. Оскільки людина може неодноразово повертатися до переживань гострого періоду, необхідно давати їй можливість знову говорити про померлого.

Психолог здатний допомогти клієнту по-справжньому пережити втрату, здійснити роботу горя, не зменшуючи гостроти його душевних переживань. Горювання, оплакування є адекватною реакцією на смерть, воно прийнятне, необхідне, і припиняти його не можна. Робота горя триває стільки, скільки людині потрібно, щоб справитися із важкою втратою.

Цілі консультації і терапії важкої втрати складні: від розради і підтримки до роботи зі складними і болісними проблемами людини, що переживає втрату, якщо вона захоче і зможе їх вирішувати.

Парадокс полягає у тому, що в цей період психолог повинен допомагати в переживанні болю, тому що це необхідно для загоєння травми, а не уникати болю і не заперечувати його. Кризова допомога – дуже складний процес, зокрема і для консультанта, оскільки він може стати мішенню для вираження агресії зі сторони клієнта.

Для роботи з гострою реакцією втрати *Марджорі Вайтхед* пропонує *триох ступеневу модель* допомоги.

Перший ступінь. Вивчення (дослідження).

На цьому етапі клієнт говорить так і те, що він хоче говорити. Психолог має його вислухати, застосовуючи відповідні техніки (відображення; віддзеркалювання; заохочення; підсумовування: відкриті загальні питання тощо). У цей час має сформуватися взаєморозуміння і контакт між консультантом і клієнтом.

Перший етап роботи може тривати від п'яти хвилин до чотирьох годин. Три умови роботи на цій стадії:

- безумовне позитивне ставлення без винесення будь-яких моральних

суджень;

- емпатія, розуміння почуттів, які відчуває клієнт;
- щирість, відвертість і конгруентність (за термінологією К. Роджерса), які передбачають не ставити себе вище клієнта і не вважати себе досвідченим, рівність між психологом і клієнтом.

На першій стадії дослідження стає ясно, що людина знаходиться в стані заперечення реальності того, що сталося. Цей факт потрібно відзначити, що наближає другу стадію.

Другий ступінь. Нове розуміння.

Клієнт (за допомогою консультанта) має зрозуміти, яку роль відіграє ця подія в його житті, подивитися на ситуацію по-іншому, ніби збоку. Завдання консультанта – дати можливість клієнту переживати горе в його власному темпі.

Умовами ефективної роботи консультанта на цьому етапі є емпатія; стимулювання (спонукання клієнта оскаржити ті його твердження, що прозвучали раніше); негайна реакція на те, що відбувається в ситуації консультування.

Третій ступінь. Дії.

Цей етап спрямований на позитивні зміни. Інколи для позитивних змін достатньо пройти два попередні етапи, однак іноді потрібна й завершальна частина, в якій важливі ритуали. Завдання клієнта: прийняти втрату й адаптуватися до нового життя (без померлого). Завдання консультанта: підтримати клієнта; оцінити його досягнення.

На всіх етапах потрібно добре розуміти, що відчуває людина в горі. Тому тим, хто допомагає, слід також звертати увагу і на свій стан. І клієнту, і його близьким, і професіоналам потрібно відновлюватися після пережитого.

Зарубіжні психологічні (кризові) служби виділили деякі кліше, яких *рекомендується уникати* в роботі з людьми, які переживають горе.

- «На все воля Божа». Не настільки всевидюча людина, щоб визначати Божу волю, до того ж це не надто втішно.
- «Мені знайомі ваші почуття». Кожна людина унікальна, і кожне взаємовідношення єдине в світі. Ми не можемо знати, що відчуває інша людина, зіткнувшись зі смертю, оскільки ніколи не зможемо пережити його почуття.
- «Вже минуло три тижні з його смерті. Ви ще не заспокоїлися?» Не існує ліміту часу, відпущеного страждання. Прийнято вважати, що переживання горя може тривати від шести місяців до двох років, хоча не виключені відхилення і в ту, і в інший бік.
- «Дякуйте Бога, що у вас є ще діти». Навіть якщо в сім'ї є інші діти, батьки важко переносять смерть дитини. Це не зменшує їх любов до решти дітям, а просто відображає втрату того унікального взаємини.

- «Бог обирає найкращих». Це означає, що всі, хто живе на землі, включаючи і цього конкретного людини, не настільки гарні в очах Бога; крім того, виходить, що Бог не піклується про страждання, які завдає близьким померлого.

- «Він прожив довге і чесне життя, і ось пробив його годину». Не існує часу, відповідного для того, щоб померти. Скільки б років не прожила людина, смерть - це завжди горе. Незважаючи на те, що смерть часто несе з собою позбавлення від страждань, фізичних або душевних, близькі люди переживають це так само сильно.

- «Мені дуже шкода». Це дуже поширена автоматична реакція на повідомлення про чийсь смерть. Ми просимо вибачення за те, що життя скінчилося, що люди переживають горе, за те, що нам нагадали, що всі ми смертні. Однак від людини, що переживає втрату близької, ці слова вимагають неадекватної відповіді. Що може він сказати у відповідь - «дякую», «все гаразд», «розумію»? У цій ситуації немає доречного відповіді, і коли людина знову і знову чує подібні співчуття, ці слова швидко стають порожніми і безглуздими.

- «Зателефонуйте мені, якщо щось знадобиться». Якщо ми вибираємо цей варіант, то повинні бути готові відповісти на телефонний дзвінок в будь-який час дня і ночі. Несправедливо зробити таку заяву, а потім порахувати недоречним дзвінок, який пролунав о 3 годині ранку. Страждання не регулюються ходом годин, і часто найважчий час - між північчю і шістьма ранку.

- «Ви повинні бути сильними заради своїх дітей, дружини і т. д.». Страждає людині немає необхідності бути сильним заради кого б то не було, не виключаючи й самого себе. Переконаючи людей бути сильними, ми тим самим вмовляємо їх відректися від реальних емоцій. Це може призвести до інших проблем.

При спілкуванні з людиною яка переживає втрату

Важливо:

- Приймати горе і співчувати
- Говорити без суджень і оцінки
- Виявляти терпіння і довіру до людини
- Говорити «Ми» (Ми допомагаємо, Ми можемо бути корисні)
- Важливо вислуховувати і бути поруч
- На запитання «Чому?», «Навіщо?», «Якби?» Не шукаємо відповідей
- Відповідь: Я чую Ваш біль, злість, печаль ...
- Бути емпатійним, чутливим, м'яким

Не припустимо:

- Висувати судження і гіпотези щодо події загибелі
- Уникати виявлення негативних почуттів
- Заспокоювати, зупиняти сльози
- Узагальнювати (багато людей це переживають, всі там будемо)

- Вживати некоректні висловлювання: «Ваші почуття мені так зрозумілі»; «Ви повинні б вже впоратися з цим»; «У Вас є діти, робота, ... для чого жити»; «Будь сильним, тобі потрібно триматися». Казати, що смерті можна було запобігти. Лякати інтенсивних емоцій і йти з ситуації

Метод роботи з горем, запропонований *Джоном Джеймсом і Раселом Фрідманом* (матеріал взято зі статті Баканової А.А. «Психотерапія горя: історія становлення та поточна практика в зарубіжних дослідженнях».) Метод заснований на тому, що горе складається з суперечливих емоцій, які природним чином виникають у відповідь на будь-які втрати або зміни звичних моделей поведінки.

Джеймс і Фрідман стверджували, що неопрацьоване горе майже завжди включає в себе почуття, що не були виражені. За допомогою цього методу скорботні люди вчаться висловлювати свої почуття і завершувати емоційні стосунки з померлим. Перевагою цього методу є також і те, що він може бути використаний в індивідуальній, в груповій роботі, а також в якості самодопомоги.

Робота за цим методом складається з декількох етапів:

1. На першому етапі клієнт будує графік відносин, наочно відображає всі значущі (і позитивні, і негативні) аспекти відносин з померлим чоловіком.

2. На другому етапі клієнтові пропонується заповнити таблицю, яка включає в себе 3 стовпці:

- у графі «*вибачення*» клієнту необхідно перерахувати те, за що хочеться вибачитися перед померлим чоловіком;

- в графі «*прощення*» - те, за що клієнт готовий його пробачити;

- всі невиражені емоційні висловлювання, які суб'єктивно не потрапляють в перераховані вище категорії, знаходяться в графі «*значимі емоційні висловлювання*».

3. На третьому етапі клієнтові пропонується написати лист тому, за ким він сумує. У листі клієнту пропонується висловити свої емоції, вибачитися і пробачити людину, якій адресовано лист. Потім клієнтові пропонується прочитати цього листа вголос, що допомагає йому вербалізувати свої почуття, а також бути почутим іншою людиною (психологом або групою).

Автори цього методу припускають, що прочитання листа є важливим етапом відпускання втрати, що в цьому контексті означає не забуття, а, скоріше, відпускання болю, викликаного горем, тому лист покликаний завершити процес зцілення.

Психотерапевт *Джулія Самюель* сформулювала загальні принципи, яких варто дотримуватися переживаючи найскладніші часи і придумала ідею

«*Стовпів сили*» - структур, які підтримують і дозволяють перебудувати життя. Вони не з'являться просто так, доведеться наполегливо працювати і слідувати плану. Стовпи сили виступають як єдине ціле, не можна зосередитися на одному і ігнорувати інші. Вони вимагають уваги і часу, і в

результаті наділять вас силою, яка згодом буде рости. Отже, вісім стовпів сили:

1. Відносини з померлою людиною

Головний індикатор нашого болю – якість відносин з померлим і наша любов до нього. Чим важливішою була для нас ця людина і чим сильніше ми її любили, тим більше будемо сумувати за нею. Наші відносини з померлою людиною зберігаються, нехай і в іншій формі. Ми продовжуємо любити її, хоча її більше немає поруч. Для одних людей це дуже важливо, інші можуть згадувати про людину лише в особливі дні, наприклад, в річницю смерті. Щоб дати собі раду, потрібно знайти спосіб виразити ці відносини. Для цього можна:

- носити річ, яка пов'язує нас з померлою людиною - наприклад, годинник або шарф;
- приходити до неї на могилу; створити «шкатулку спогадів» і складати в неї особливі предмети - її окуляри, листівки або висушені квіти;
- створити фотоальбом; писати їй в щоденнику або складати окремі листи;
- готувати їй улюблену страву;
- викладати в інтернет фотографії, які б їй сподобалися.

Способів висловити відносини, які тривають навіть після смерті людини, дуже багато. Важливо знайти свій – це допоможе вгамувати біль. Згодом кількість дій можна зменшити.

2. Відносини з собою

Горе змінює наше ставлення до світу. Змінюються і відносини з самим собою. Ми повинні проявляти до себе співчуття, прислухатися до своїх потреб, проявляти доброту і уникати самокритики. Ми повинні визнати, що погані почуття не роблять нас поганими. У нас можуть виникати суперечливі думки, і їх корисно прояснювати, ведучи щоденник. Описуючи конфліктуючі почуття: наприклад, і полегшення, і печаль через смерть людини – ми зможемо розібратися, що відбувається у нас всередині. Точне розуміння стане підтримкою, яка, як підтвердили дослідження, не поступається за ефективністю розмовної психотерапії.

Ми всі потребуємо захисних механізмів, тому буде корисним розібратися в своїх. Варто зрозуміти, чи потрібно виробити нові механізми в конкретній ситуації. Наприклад, якщо ви замикається в собі, коли засмучені, то ризикуєте не отримати необхідну підтримку. Необхідно розуміти це і поділитися з близькими людьми своїми справжніми почуттями.

Заперечення в стані горя – природний і важливий елемент самозахисту. Прийняття завжди відбувається з часом: ми просто не можемо усвідомити реальність разом. Нова втрата, швидше за все, нагадає про минулі втрати.

3. Способи вираження горя

Одні висловлюють горе, спілкуючись з сім'єю або друзями. Інші ведуть щоденник, треті малюють, пишуть музику або працюють з психологом. Правильного способу вираження горя не існує. Головне – озвучити свої почуття. Якщо ми будемо робити це регулярно, то створимо стовп сили, який допоможе впоратися з болем.

4. Час

Важливо розуміти, що в стані горя характеристики часу змінюються. Виділіть собі більше часу на прийняття рішень – як негайних, наприклад, організація похорону так і довгострокових. Ми можемо відчувати необхідність діяти, тому що почуття безсилля занадто велике. Однак варто виділити час на роздуми.

Стан горя зберігається довше, ніж хотілося б. Від нього не можна позбутися. Ми можемо лише знайти способи самопідтримки. Коли ми намагаємося заблокувати горе, то піддаємо себе ризику фізичних і психічних захворювань. На щастя, з часом інтенсивність болю знижується. Ми пристосовуємось і заново занурюємось в життя.

Наші відносини з часом здаються іншими: майбутнє може лякати, і хочеться повернутися в минуле. Краще рішення - не заглядати занадто далеко.

5. Тіло і розум

Смерть коханої людини може серйозно вплинути на наші ключові стовпи - тіло і розум. Нейронаука показує, що кожна думка має фізіологічний компонент, який ми відчуваємо в тілі. Нейровчені говорять так: «Тіло запам'ятовує, тіло веде рахунок», маючи на увазі, що всі відчуття зберігаються в нашому тілі і неусвідомлено впливають на наші думки і рішення. Біль горя фізично відчувається в тілі і впливає на наші думки і поведінку. Найчастіше вона сприймається як страх і викликає підвищену тривогу.

Важливо встановити режим, який допоможе контролювати тіло і гарантує емоційну підтримку. Режим повинен включати:

- вправи для серцево-судинної системи (пробіжки, ходьба або будь-який вид спорту) – вони знизять почуття страху,
- вправи на розслаблення або медитацію – вони допоможуть впоратися з тривогою,
- регулярне харчування без зловживання цукром, кавою та алкоголем (в майбутньому це може обернутися негативними наслідками).

•

6. Особисті кордони

Втрата часто впливає на нашу продуктивність і реакції в різних ситуаціях. Якщо ми тверезо оцінюємо ситуацію і розуміємо, що вона для нас небезпечна, важливо впевнено сказати «ні». Як не дивно, це примножує силу нашого «так». Друзі та родичі можуть почати управляти нашим життям, поки ми відчуваємо горе. Вони захочуть повернути нас до звичного життя, але

ніхто, крім нас, не знає наших кордонів. Ми повинні чітко позначити їх.

7. Структура

У хаосі горя нам може здаватися, ніби світ злетів зі своєї осі. Тому буде корисним побудувати стовп структури, зберігши простір для маневрів (надмірний контроль не завжди продуктивний). Розробіть структуру хороших звичок:

- займіться спортом,
- виконуйте будь-яку роботу по дому,
- приділіть час спогадам про померлу людину,
- усвідомлено робіть те, що вас заспокоює: купуйте квіти, попросіть когось зробити вам масаж, приготуйте що-небудь смачне, подивіться серіал, послушайте музику, почитайте (хоча в перший час деяким людям складно зосередитися на читанні),
- висипайтесь.

Структура хороших звичок володіє накопичувальним ефектом: чим частіше ми слідуємо цим звичкам, тим краще себе відчуваємо. *Потрібно виконувати дію близько 30 днів, щоб воно увійшло в звичку, якої дотримуєшся, не замислюючись (пов'язано з нейрогенезом).*

8. Фокусування

Горе живе в нашому тілі. Його часто описують як «ком» в горлі або холод в животі. Іноді людина відчуває, як важчають руки, ноги або голова. Якщо ми не можемо описати ці відчуття словами, варто виконати вправу на фокусування – це допоможе розкрити і вивільнити тілесні відчуття. Зверніть увагу в себе, усвідомте відчуття в тілі і почніть дихати. Зробіть наступне:

- Закрийте очі.
- Зробіть три глибоких і повільних вдиху через ніс і видиху через рот.
- Зверніть увагу всередину себе.
- Переміщайте увагу по тілу до тих пір, поки не знайдете найбільш чутливі місця.
- Дихайте «в» ці місця.
- Підберіть слово, яке описує це місце. Чи є у нього форма або колір? Воно тверде або м'яке?
- Якби воно могло говорити, що б воно сказало? Слідуйте за образом, який виник у вас в голові.

Робота з горем ніколи не буває простою. Це тернистий і часто довгий шлях, але ви обов'язково зможете його подолати.

Допомога дітям, які пережили втрату.

Допомагаючи дитині дізнайтесь про: стадію розвитку дитини; когнітивні здібності; рівень зрілості; самооцінку; життєвий досвід; зв'язок з людиною, місцем, предметом або домашнім улюбленцем який втратили; підтримку

соціуму.

Сприйняття смерті дитиною залежить від віку:

1) 3-5 років – неясне розуміння. Не слід казати, що покійний «спить або пішов».

2) 6 -9 років – дитина розуміє, що люди можуть померти. Може вважати, що смерть близької людини – це покарання за власну погану поведінку.

3) 10 -12 років – дитина знає, що смерть є остаточним станом. Цікавиться біологічним процесом смерті. Підлітки Можуть бути занепокоєні смертю; можлива ризикована поведінка.

Загальні фізичні реакції дітей

- головний біль та фізичні скарги
- нічні кошмари, просинання вночі
- стискання зубів, щільна щелепа
- недомагання та загальна втома
- гіперактивність
- «прилипання» або залежність
- збільшується ризикована поведінка

Під час спілкування з дітьми, які переживають втрату, необхідно говорити їм правду, заохочуйте виражати почуття через розмови, малювання, писання та гру; спостерігайте за регресивною поведінкою дитини

Центр здоров'я та розвитку «Коло сім'ї» (м. Київ) створили путівник для батьків «Як допомогти дитині пережити втрату» (URL: https://k-s.org.ua/wp-content/uploads/2019/02/Втрата_Путівник-для-батьків.pdf) в якому ви зможете познайомитися з практичними рекомендаціями як розмовляти з дитиною про втрату і як їй допомогти пережити втрату.

Висновки:

1. Горе – це глибоке почуття суму і болю, спричинене важливою втратою, змінами, кризою чи невдачею, як реальними, так і абстрактними.

2. Втрата – означає розрив зв'язку, якій ви сформували з важливою для вас людиною, місцем, річчю або ідеєю (включаючи вірування).

3. Скорбота – це процес визнання втрати, переживання горя і прийняття рішення зробити втрату частиною свого життя.

4. Сучасний етап консультування в ситуації горя має наступні особливості:

- визнання індивідуальних відмінностей в переживанні горя, вплив культури, досвіду, особистісних особливостей;

- горе – це багатовимірна реакція, що впливає на емоції, когніції і поведінку;

- горювання – це процес, це не проблема яку необхідно вирішити, це не хвороба яку необхідно лікувати. Втрата не долається, не забувається з часом – вона «вбудовується» в наше життя;

- з'являється право горювати індивідуально, не вписуючись в рамки

норми.

5. Завдання переживання втрати:

- визнати реальність втрати;
- оплакати втрату і примиритися з нею;
- відвести втраченим нове місце в пам'яті і в житті;
- переосмислити власну ідентичність;
- реорганізувати своє життя і навчитися жити без втраченого, адаптуватися до змін.

ТЕМА 5. СУЧАСНІ НАПРЯМКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В КРИЗОВИХ СТАНАХ ОСОБИСТОСТІ.

План лекції:

1. Класифікація видів психологічної допомоги в кризових станах особистості.
 - 1.1. Втручання в кризу (кризова інтервенція)
 - 1.2. Кризове консультування (індивідуальне, групове)
 - 1.3. Кризова психотерапія

Рекомендована література

Основна:

1. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. – Х.: Видво НУЦЗУ, 2017. 777 с
2. Посібник з навчального курсу з молодіжної роботи, інформованої про травму. Авторський колектив: Н. Боярський, Ю. Єлфімова, Н. Макієнко, О. Черних, Рада Європи, 2022. 176 с. URL: <https://rm.coe.int/posybynk-trauma-informed-youth-works-ukr-digital-yfduii/1680a8ec2f>

Додаткова:

1. Богданов С., Залеська О. Психосоціальна підтримка в кризовій ситуації : методичний посібник для педагогів. К. : Пульсари, 2018. 76 с.
2. Брієр Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. / Наук. Ред. В. Горбунова, В. Климчук. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.
3. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
4. Гурський В.Є., Лефтеров В.О. Професійно-психологічний розвиток працівників спецпідрозділів поліції імітаційними засобами: монографія. Одеса : Гельветика, 2017. 164 с.
5. Доценко В.В. Кризові практики інтеграції учасників бойових дій до мирного життя // збірник тез доповідей наук.-практ. Конф. «Службово-бойова діяльність Національної гвардії України: сучасний стан, проблеми та перспективи». Харків : НАНГУ, 2019. С. 59-61.
6. Доценко В.В. Тренінг протидії інформаційно-психологічному впливу // Харківський осінній марафон психотехнологій: матеріали наук.-практ. Конф., м. Харків, 26 жовтня 2019 р., ХДПУ імені Г. С. Сковороди: Діса плюс, 2019. С. 29-31
7. Доценко В.В. Підготовка психолога до роботи з поліцейськими які виконують завдання в екстремальних умовах // збірник тез доповідей Всеукр.

науково-практичної конференції «Соціально-психологічне забезпечення діяльності сил безпеки та оборони України», НАНГУ. Харків, 2020. С. 39-42.

8. EMDR. Подолання наслідків психотравми. Практичний посібник / за ред. Арне Гофмана. Львів : ТзОВ Видавництво «Свічадо», 2017. 259 с.

9. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

10. Осьодло В.І., Зубовський Д.С. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи // *Український психологічний журнал*. 2017, №1(3). С.63-79.

11. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова [та ін.]. Київ : Наш формат, 2017. 1068 с.

12. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: Методичний посібник / За загальною редакцією

3. Г.Кісарчук. Київ : Логос, 2015. 207 с.

13. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: навчальний посібник / наук. Ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. Київ : В-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 275 с.

14. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомогі в умовах тривалої травматизації: монографія. НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

15. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Харків : Книжковий клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2020. 160 с.

Інформаційні ресурси в інтернеті:

1. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. / Загальна редакція: Н. Пророк. Київ : ОБСЄ, 2018. 208 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/a/430805.pdf>

2. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. / Загальна редакція: Л. Царенко. Київ. : ОБСЄ, 2018. 240 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/c/430829.pdf>

3. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. / Загальна редакція: Л. Гридковець. Київ : ОБСЄ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/uk/project-coordinator-in-ukraine/430841>

4. Романчук О. Психологічна стійкість в умовах війни: індивідуальний та національний вимір URL: https://i-cbt.org.ua/resilience_ukraine/

5. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник ; за наук. Ред. Т. М. Титаренко / НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. – 220 с. URL: <https://www.academia.edu/40028931/>

Текст лекції

1. Класифікація видів психологічної допомоги в кризових станах особистості.

1.1. Втручання в кризу (кризова інтервенція) – невідкладна психологічна і психотерапевтична допомога людині, яка переживає кризовий стан. Кризову інтервенцію здійснюють професіонали чи підготовлені волонтери. *Кризове втручання* не є самостійною теорією, а комплексним підходом, що базується на елементах психодинамічної теорії, короткострокової когнітивної терапії, біхевіористські підходи (зокрема, теорії соціального навчання), соціологічні підходи (передусім теорію систем).

Особливо цінними для кризового втручання є використовувані психодинамічною моделлю відомості з Его-психології (Я-концепція особистості), що допомагають у пізнанні причин, мотивів емоційних реакцій індивіда на зовнішні події й використанні доцільних, ефективних методів раціонального контролю за ними. Часто під час кризового втручання вживають поняття гомеостаз – стан рівноваги системи. Адже саме його прагнуть досягти внаслідок втручання.

Український науковець І. Трубавіна вважає доцільним кризове втручання у таких гострих і хронічних ситуаціях, як:

а) відсутність важливих взаємостосунків (бездоглядність, безпритульність, жебракування дитини; жорстокість у сім'ї, установах державної опіки; криміногенний та аморальний спосіб життя членів сім'ї, адиктивна поведінка батьків; відмова матерів від новонароджених; втрата дитиною батьків; втрата батьками змоги виховувати дитину через хворобу, ув'язнення, матеріальні ускладнення, передача дитини на утримання у спеціалізовані установи; втрата близької людини, годувальника, дитини);

б) неможливість діяльності у значущій для людини сфері (вимушена міграція внаслідок стихійного лиха, техногенних катастроф, військових конфліктів; втрата дієздатності, змоги займатися улюбленою працею, творчістю; захворювання на ВІЛ/СНІД, інші тяжкі хвороби; народження дитини з обмеженими можливостями; експлуатація людини; праця дітей, яка шкодить їх розвитку і здоров'ю; торгівля людьми; суїцидальні наміри);

3) вагітність неповнолітніх дівчат, а також дівчат, які не перебувають у шлюбі; дідівщина в армії, виправній колонії тощо; втеча дитини з дому; насильство в сім'ї, установах державної опіки.

Західні фахівці наголошують, що *кризове втручання ефективніше у стані гострої, а не хронічної кризи*, і чим гострішою є криза, тим легше буває спонукати клієнта до позитивних змін.

Головною метою кризової інтервенції є уникнення госпіталізації чи хроніфікації симптомів, які виникають унаслідок кризових ситуацій.

Мета кризової інтервенції полягає у загальній підтримці людини та її

оточення, у здатності активізувати ресурси для саморегуляції та самодопомоги.

Кризова інтервенція – це робота, спрямована на вираження сильних емоцій постраждалого, відкриття доступу до дослідження гострих проблем та формування розуміння поточних проблем, для його психологічної підтримки, а також створення фундаменту для прийняття ним пережитого досвіду. Загальним змістом описаної стратегії дій психолога є допомога постраждалому в розумінні змісту того, що відбулося, у відновленні почуття контролю свого емоційного стану та контролю над своїм життям, відновленні самооцінки.

Принципи кризової інтервенції:

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

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

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

Для скринінгу можуть обиратися різні критерії, зокрема, критерій імовірного психічного захворювання.

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

Складові інтенсивної опіки:

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

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

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

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

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

6. **Відновлення нормального спілкування.**

1.2. Кризове консультування – консультування, що застосовується у разі необхідності надання отримувачам соціальної послуги, які перебувають у стані кризи, термінової допомоги, спрямованої на емоційну підтримку й увагу до їхніх переживань, усвідомлення впливу кризової ситуації, розширення свідомості та підвищення психологічної компетентності, зміну ставлення до проблеми (від «глухого кута» до «вибору рішення»), підвищення стресової та кризової толерантності, відповідальності отримувача, засвоєння нових моделей поведінки (*Міністерство соціальної політики України, Наказ «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги консультування» від 02.07.2015 N 678*).

Кризове консультування – це найбільш дієва та актуальна форма психологічного консультування для екстремальної діяльності.

Головною метою кризової допомоги найчастіше вважають попередження посттравматичних розладів, запобігання суїцидам, профілактика дезадаптації працівників.

Кризове консультування досить ефективний психопрофілактичний засіб, який є значно доступнішим порівняно з іншими видами психологічної допомоги, які потребують значних часових витрат, певної підготовки, обладнання тощо.

За кількістю клієнтів розрізняють індивідуальне та групове консультування.

Індивідуальне консультування – розв’язання проблем особистісного зростання, внутрішніх конфліктів, для подолання страхів, проблем міжособистісних взаємин.

Групове консультування: різноманітні тренінгові групи, групи розвитку умінь та навичок спілкування та розв’язання конфліктів тощо.

Існує декілька варіантів етапів надання кризової консультації.

Етапи індивідуального кризового консультування:

Перший варіант, процес надання психологічної допомоги може бути розділена **на три стадії**:

1. Встановлення довірчого безпечного контакту, що дає право на отримання доступу до «закритого» травматичного матеріалу;

2. Консультативна, терапевтична або корекційна допомога, зорієнтована на травму, поєднана з глибинним дослідженням травматичного матеріалу, роботою з униканням та відчуженістю;

3. Стадія, яка допомагає особі дистанціюватися від травми і возз'єднатися з сім'єю, друзями та суспільством.

Другий варіант, містить чотири стадії:

1. Створення безпечної атмосфери (контакту).
2. Відновлення зв'язків з власними ресурсами.
3. Робота зі спогадами і переживаннями.
4. Створення нового соціального контексту (орієнтація на майбутнє).

Перша стадія: для встановлення контакту психолог може використовувати наступні вправи: «Хто Я?» (малюнок, вільні асоціації); «Десять фактів про мене»; «Мої якості/ цінності»; «Мій Всесвіт» (чим заповнене життя, головні сфери життєдіяльності); «Маски» (які соціальні ролі я виконую, які хочу виконувати); «Моє життя» (або «Лінія життя»); «Закінчи речення»; «Про кого я турбуюся» (або «Моє оточення» - малюнок сонця з промінцями) та інші.

Друга стадія. Відновлення зв'язків з власними ресурсами.

Внутрішні ресурси : позитивний досвід, візуалізація «безпечного місця» і т.д. Зовнішні ресурси мають 4 основні зони:

- *соціальна* – спілкування, взаємопідтримка близьких, турбота про когось, допомога;
- *фізична* – сон, відпочинок, фізична активність, харчування;
- *емоційна* – все, що приносить задоволення і радість;
- *духовна* – віра (не обов'язково релігія).

Вправи на відновлення зв'язків та ресурсів: «До кого я можу звернутися?»; «Мішечок ресурсів»; «Безпечне місце», «Приємні спогади»; «Вправи на релаксацію» та інші.

Третя стадія. Робота зі спогадами і переживаннями.

Завдяки консультативному процесу людина повністю свідомо може:

- 1) *пережити* всі свої реакції, включаючи почуття й емоції;
- 2) *усвідомити* себе як цілісність (єдність свідомої і несвідомої сутності) і самоцінність;
- 3) *навчитися* відчувати свою суб'єктивність і *повірити* у власні можливості опанувати життєву ситуацію, розпоряджатися собою та своїм життям;
- 4) *сприймати себе* такою, якою вона є, а відтак поважати суб'єктивність іншої людини;
- 5) *набути нового досвіду* у розвитку і самовдосконаленні

Вправи для роботи зі спогадами і переживаннями: «Пиріг почуттів»; «Що відчуває моє тіло/ образ тіла»; «Шлях героя» (добре виконувати разом з метафоричними картами); «Мої портрети»; «Управління проблемами»

тощо.

Четверта стадія. Створення нового соціального контексту (орієнтація на майбутнє).

Майбутнє складається з наших фантазій! Тому, необхідна спрямованість на нові *види діяльності*: творчість, інтереси, відносини, надія

Вправи для створення нового соціального контексту: «Календар радощів»; «Як я турбуюся про себе»; «Ранковий/вечірній ритуал»; «Що почитати/подивитись» та інші.

Третій варіант, п'яти крокова модель інтерв'ю (А. Айві):

- 1) Взаєморозуміння/структурування; встановлення довіри і контакту;
- 2) Збір інформації:
 - діагностика особистості клієнта
 - прояснення суті проблеми
 - визначення ресурсів клієнта
 - активізація пам'яті клієнта
- 3) Бажаний результат (те, до чого хоче прийти клієнт);
- 4) Вироблення альтернативних рішень;
- 5) Узагальнення, перехід від навчання до дії

Досліджуючи клієнта та його потреби, психолог чи терапевт може керуватися п'яти-етапним планом оцінки, який був розроблений Дж. Келлі та дещо адаптований А. Айві.

2. У чому проблема клієнта? (належить до 2-ї стадії п'яти-етапної моделі інтерв'ю). Та проблема, з якою клієнт прийшов на консультацію, не обов'язково має бути у центрі уваги. Необхідна збалансованість між безпосередніми потребами клієнта та вимогами до глибшого погляду на речі з боку клієнта.

Для розробки проблеми корисно вдатися до методів журналістів та поставити запитання на кшталт: Хто ваш клієнт? Що трапилося? Коли сталося? Де? Як клієнт реагує на проблему? Чому це сталося?

Дуже важливо для правильної оцінки розуміти, на якій стадії життя знаходиться клієнт, якими є його конкретні ресурси розвитку, кризи розвитку, які лежать в основі його проблем?

2. Які конструкції утворюють думку клієнта? (Стадія 1 і 2 протягом усього інтерв'ю).

Те, що клієнт думає про проблему, може виявитися набагато важливішим за саму проблему. Мова, яку він використовує, для опису свого світу, дає в руки психологу ключ до системи особистих конструкцій. Конструкції – це пропозиції або групи пропозицій, які ми використовуємо для опису та структурування світу. Жорсткі конструкції – ті, які дають надмірно фіксовану картину світу, а для надто вільних конструкцій характерна відсутність організації та концентрації уваги. Бажаними вважаються сприйнятливі конструкції, які мають достатню гнучкість і спрямованість.

Дж. Келлі завжди підкреслював, що перш ніж приступити до дій, треба зрозуміти світогляд клієнта. Тому бажано знати на якій життєвій стадії знаходиться клієнт (Запитайте у клієнта: На якій життєвій стадії ви знаходитесь хронологічно? Яка важлива подія асоціюється у вас із цим конкретним віком? Які значні події відбулися у вашому житті?) Якими є нинішні ключові системи (робота, сім'я, освіта, захоплення, друзі) клієнта. Як ці системи впливають на його поведінку. З якими стресами клієнт успішно справляється? Які для нього складні? Які ресурси доступні для клієнта.

3. У якому оточенні (ситуація, середовище) є клієнт? (Стадії 2,3,5).

Особистість є продукт оточення, і оточення є результатом діяльності особистості. Неможливо розглядати індивіда поза його взаємодією із середовищем. Знання сімейних обставин і культурної власності необхідно для правильної оцінки індивіда. Особливу увагу слід звернути на вплив довкілля. Тут важливо зрозуміти контекст ситуації та оточення, зрозуміти, як клієнт сприймає цей контекст.

4. Якими теоріями та конструкціями керується психолог?

Психолог для клієнта – елемент оточення. Оточення може бути або деструктивним, або сприяти його зростанню. Тому важливо, щоб психолог розумів власну систему конструкцій, історію свого середовища та їхню потенційну дію на клієнта. Занадто жорстка прихильність однієї теорії та власним конструкціям може призвести до того, що психолог не чує клієнта, не може оцінити його своєрідного погляду на світ і свідомо чи несвідомо нав'язує клієнтові свій світогляд. Отже, щоб оцінити клієнта, психолог повинен насамперед вміти оцінювати себе та свій вплив на клієнта.

5. *Що робити?* (Стадія 3, 4, 5). Повна оцінка вимагає перейти до дій. Вже маючи величезну кількість фактів, психолог повинен вирішити, яку дію зробити. Крім індивідуального консультування, у психолога є можливість проведення сімейної терапії, тренінгу соціальних навичок або навіть дії в оточенні клієнта.

На кожному з етапів консультування психолог має використовувати прийоми, які сприяють найбільш успішному здійсненню техніки слухання. Зазвичай їх об'єднують в єдину групу під назвою «Прийоми активного слухання».

Активне слухання дозволяє завоювати довіру клієнта, зібрати максимально повну інформацію про нього та його проблеми. До **приймів активного слухання належать такі:**

1. Кивання головою і використання вигуків «так», «угу».
2. Питання-відлуння: дослівне повторення основних положень висловлених клієнтом.
3. Уточнення, при яких психолог просить уточнити окремі положення, висловлювання клієнта.
4. Переформулювання – полягає у поверненні сенсу висловлювання клієнта консультантом за допомогою використання інших слів, мовних

оборотів.

5. Відображення емоцій відбувається при прямому описі переживань, які психолог помітив у поведінці клієнта.

На кожному етапі консультативного процесу психолог-консультант використовує спеціальні прийоми та техніки:

- «Відзеркалення» – прийом полягає в непомітному для клієнта повторенні його висловів і рухів.

- «Перифраза» – коротка, поточна репліка психолога, яку він вимовляє під час розповіді клієнта і призначена для прояснення, уточнення значення того, що він говорить.

- «Узагальнення» – прийом, який зовні чимось нагадує перифраз, але належить не до того останнього, що сказав клієнт, а до цілого вислову, який складається з декількох думок або пропозицій.

- Прийом емоційної підтримки – психолог уважно вислуховує клієнта, слідує за його думкою, намагаючись в потрібні моменти виражати підтримку його висловлювань, зокрема демонструвати позитивні емоції.

- Постановка перед клієнтом питань, які стимулюють його мислення.

Підведення підсумків змісту думок, висловлювань та почуттів.

- Уточнення змісту та почуттів. Запропонувати клієнту назвати свої почуття, визначити та виразити їх.

Етапи групового кризового консультування

2. Встановлення контакту і прояснення ситуації

Мета: формування умов для надання психологічної допомоги.

Тривалість: 2-3 перших консультацій.

На цьому етапі:

- висуваються попередні *гіпотези* виникнення проблеми,
- відбувається її *переформулювання*,
- обговорюються *можливі напрямки роботи* з подолання кризової ситуації.

Основна увага фахівця має бути спрямована на:

- кризову ситуацію та особливості її проживання членами сім'ї/ пари/ клієнтів;

- емоційний стан учасників консультації;

- прояви внутрішньо сімейних/ міжособових стосунків, які допомагають або перешкоджають подоланню кризової ситуації.

2 етап. Опрацювання проблеми Мета: подолання кризової ситуації.

Тривалість: 3-4 консультації.

Основні напрямки роботи на даному етапі:

- виявлення когнітивних новоутворень, пов'язаних з кризовою ситуацією;

- допомога в подоланні негативних емоційних переживань;

- обговорення можливих способів подолання кризової ситуації;

- виявлення неадаптивних установок, які блокують оптимальні способи вирішення психологічної кризи, і їх корекція;
- активізація установки членів сім'ї/консультування на активну участь у вирішенні кризової ситуації.

3 етап. Пошук ресурсів і завершення консультування

Мета: закріплення в повсякденному житті досягнутих результатів.
Тривалість: 2-3 консультації.

Основні напрямки роботи фахівця на даному етапі:

- навчання копінговим механізмам, відкритих форм прояву почуттів, прямих висловлювань, позитивному підкріпленню її успіхів, і ін .;
- підвищення психологічної компетентності і впевненості в собі;
- навчання навичкам самоконтролю і самокорекції щодо неадаптивних установок по відношенню до проблем.

В кінці етапу фахівець повинен спільно з клієнтами підвести підсумки роботи і скласти план дій із закріплення в повсякденному житті їхнього нового досвіду в подоланні кризових ситуацій.

При наданні психологічної допомоги військовослужбовцям після участі у бойових діях доцільним застосовувати таку техніку кризової інтервенції як *психологічний дебрифінг*.

Розглянемо детально особливості проведення психологічного дебрифінгу в класичній формі та із застосуванням МАК (метафоричних асоціативних карт) (джерело: Мілорадова Н. Е., Попова Г. В. Особливості проведення психологічного дебрифінгу із застосуванням МАК (метафоричних асоціативних карт) з представниками силових структур після кризової ситуації. *Вісник Національного університету оборони України*. 2014. № 6 (43). С. 334–341).

Дебрифінг психологічний – форма психологічної інтервенції, особливим чином організоване обговорення, яке проводиться в групах людей, що спільно пережили стресогенну або трагічну подію. Загальна мета групового обговорення – мінімізація психологічних страждань.

Дебрифінг – це форма психологічної інтервенції, яка застосовується безпосередньо після надзвичайної ситуації. Дебрифінг відноситься до засобів екстреної психологічної допомоги. Тобто його слід проводити з бійцями після виходу з лінії вогню не пізніше 48 годин. До цього моменту завершується період специфічних реакцій і учасники подій вже здатні до рефлексії і самоаналізу.

Процедура дебрифінгу полягає у відреагуванні в умовах конфіденційності та безпеки; надає можливість поділитись реакціями, враженнями та почуттями стосовно психотравмуючої події. В умовах групи, стикаючись з подібними переживаннями інших людей, учасники отримують полегшення, тому що спостерігається зниження відчуттів ненормальності та унікальності особистісних реакцій, зменшення напруги. В групі з'являється можливість отримати підтримку від інших учасників. Дії психотерапевта

спрямовані на “розпаковування”, відреагування проблеми та її проживання, на мобілізацію внутрішніх ресурсів.

Мета дебрифінгу – знизити тяжкість психологічних наслідків після пережитого стресу. Загальна мета групового обговорення – мінімізація психологічних страждань. Для досягнення цієї мети вирішуються наступні завдання:

- 1) «проробка» вражень, реакцій і почуттів;
- 2) когнітивна організація пережитого досвіду за допомогою розуміння структури і сенсу подій, що відбулися, реакцій на них;
- 3) зменшення індивідуального і групового напруження;
- 4) зменшення відчуття унікальності і ненормальності власних реакцій;
- 5) мобілізація внутрішніх і зовнішніх групових ресурсів, посилення групової підтримки, солідарності і розуміння;
- 6) підготовка до переживання тих симптомів або реакцій, які можуть виникнути в найближчому майбутньому;
- 7) визначення засобів подальшої допомоги в разі потреби.

В дебрифінгу важливим принципом є з'єднання структурованості з гнучкістю. Дебрифінг не захищає від виникнення наслідків травми, але перешкоджає їх розвитку та посиленню, сприяє розумінню причин свого стану і усвідомленню дій, яких необхідно вжити, щоб полегшити ці наслідки. Тому дебрифінг – одночасно і метод кризової інтервенції, і профілактика.

Проводити дебрифінг можливо в будь-якому місці, але потрібно прагнути до того, щоб приміщення було зручним, доступним і ізольованим. Ідеальною обстановкою є кімната, де група ізольована від зовнішніх втручань, таких, наприклад, як телефонні дзвінки. Учасники розташовуються навколо столу. Це краще, ніж традиційна модель групової терапії, коли стільці розташовані по колу з порожнім простором посередині, оскільки остання форма організації простору може бути незвичною і тому сприйматися як загроза.

Оптимальна кількість учасників в групі від 10 до 15 осіб. Бажано проводити дебрифінг під керівництвом двох підготовлених фахівців. Не допускається присутність сторонніх осіб, які не мають безпосереднього відношення до події.

Час сесії чітко визначається спочатку і становить 2-2,5 години без перерви. Обмеження вводиться з тієї причини, що за цей час відбувається дуже інтенсивна переробка досвіду, в якій задіяні досить сильні емоції.

Найважливіше – це організація групового обговорення. Воно включає обговорювання, слухання, прийняття рішень, навчання, слідування порядку денному, “приведення” зустрічі до задовільного завершення і позитивного результату. У ведучого є і інші функції, наприклад, використання законів групової динаміки, контроль над переміщенням членів групи всередині і поза кімнатою, контроль за часом, індивідуальні контакти з тими, чий стан погіршився.

В дебрифінгу прийнято виділяти три частини і сім чітко виражених фаз: частина I – опрацювання основних почуттів учасників і вимір інтенсивності стресу;

частина II – детальне обговорення симптомів і забезпечення почуття захищеності і підтримки;

частина III – мобілізація ресурсів, забезпечення інформацією та формування планів на майбутнє.

Фази дебрифінгу:

- 1) вступна фаза;
- 2) фаза опису фактів;
- 3) фаза опису думок;
- 4) фаза опису переживань;
- 5) фаза опису симптомів;
- 6) фаза завершення;
- 7) фаза реадaptaції.

Частина I. Опрацювання основних почуттів учасників і вимір інтенсивності стресу.

Вступна фаза.

Перш ніж починати роботу, учасники групи повинні познайомитися один з одним. Представлення ведучого, роз'яснення цілей, завдань і правил, зняття тривоги в учасників з приводу “незвичайності” процедури.

Затвердження та обговорення основних правил, яких дотримуються всі учасники:

- не змушувати нікого з групи говорити або обговорювати те, чого вони не захочуть. Єдина вимога – це назвати своє ім'я і ставлення до інциденту (характер участі). Всі уважно вислуховують те, що говорить кожен з учасників;
- дотримуватися конфіденційності: те, що відбувається або обговорюється в групі, призначене тільки для групи і не виноситься зовні;
- не допускати критичних суджень стосовно іншого;
- кожен може говорити лише про свої переживання, вчинки (від першої особи, Я-висловлювання);
- учасники попереджаються про те, що вони можуть знову пережити негативні почуття, що цілком природно, тому що йдеться про трагічні події;
- група працює без перерв, що не означає неможливості залишати приміщення на деякий час, якщо в цьому є необхідність, з тим, щоб все ж повернутися.

Учасники можуть висловлювати побажання, побоювання, сподівання.

Все це обговорюється та аналізується.

Фаза фактів. (Формально-логічний етап)

Кожному з учасників групи пропонується викласти факти, пов'язані з участю у бойових діях. Кожен розповідає про те, що відбувалося з ним: що він бачив, де перебував і що робив. Відновлюється повна картина і хронологія

подій. Згода щодо фактів сприяє когнітивній організації досвіду. Вираження емоцій на цій фазі допускати не слід.

Ведучий може допомогти, пропонуючи відповісти на запитання. Він просить учасників по колу (бажано використовувати невеличкий предмет, передаючи його з рук в руки, наприклад м'яч для тенісу) відповісти на наступні запитання, наприклад:

Хто Ви і як пов'язані з подією (або з жертвою)? Де Ви були, коли подія трапилася?

Що Ви робили, коли подія трапилася? Що Ви бачили? Чули?

Функція цих запитань – збір інформації. Учасники групи згадують і повідомляють про свої рішення, дії і події, поведінку.

Дебріфери стисло перефразують кожную відповідь. Таким чином, кожна людина описує те, що сталося з ним під час інциденту: як він побачив подію і яка була послідовність події. Це надає можливість людям об'єктивно оцінити ситуацію, що допомагає блокувати фантазії та спекуляції, які можуть породжувати необґрунтовану тривогу.

Фаза думок. (Когнітивний етап)

Ця фаза тісно пов'язана з попередньою, тому що учасникам пропонується викласти свої думки, міркування, оціночні судження про те, що вони пережили. Фокусується увага на процесах ухвалення рішення та мисленні на момент психотравмуючої події.

Ведучий стимулює фазу такими питаннями, наприклад: Що перше Вам спало на думку, коли почали стріляти? Коли Ви повернулися на місце події?

Які були Ваші враження про те, що відбувалося навколо Вас, коли події тільки почали розвиватися?

Що Ви робили, коли почався обстріл?

Чому Ви вирішили робити саме це?

Що Ви чули, бачили, відчували в момент бомбардування?

Зіставлення цих спогадів, аналізування рішень і проговорювання робить менш руйнівним ефект від пережитого.

Фаза реагування. (Емоційно-чуттєвий етап)

Тут предметом обговорення є почуття людини. Тому дана фаза займає найбільше часу. Люди не тільки не звикли говорити про свої почуття, але справа ще й у тому, що учасники переживають дуже дивні (з їхньої точки зору почуття), ділитися якими, як їм здається, не дуже доречно. Однак ці труднощі долаються, і група здатна вийти на проблему почуттів і переживань. Треба звернути увагу на те, що більшість військовослужбовців це чоловіки. На відміну від жінок, більшість з них у мирному житті не звикли розказувати прилюдно про глибину та силу своїх емоцій. Тому ведучому треба приділити цьому моменту більше уваги. Необхідно підкреслити “нормальність” емоційних реакцій військових (сльози, злість, страх, підхоплення зі стільця, підвищення чи пониження голосу та ін.)

Ведучий просить перейти від опису подій до розповіді про внутрішні психологічних реакціях на них. Дуже важливо пригадати найперші враження, що пронеслися в голові, думки, імпульсивні вчинки і емоційні реакції. Незважаючи на те, що розповіді можуть мати досить драматичний характер, не можна допускати, щоб домінували почуття когось із учасників, а всі інші перетворилися б на слухачів: кожен повинен отримати можливість висловитися і постаратися описати свої переживання. Ведучий підтримує в групі розуміння того, що висловлюючись, учасники знову переживають сильний стрес, однак це відбувається в ситуації, коли реальна небезпека минула, а їхні почуття знаходять розуміння і підтримку групи. Можна допомогти військовослужбовцям за допомогою таких запитань, наприклад:

Як Ви реагували на подію?

Що для Вас було найжахливішим з того, що сталося? Що Ви відчували під час події?

Яка емоція було найсильнішою?

Чи переживали Ви у своєму житті раніше що-небудь подібне?

Що викликало раніше у Вас подібні почуття: смуток, розлад, фрустрацію, страх?

Які були Ваші враження стосовно подій, що відбувалися навколо Вас, коли події тільки почали розвиватися?

Що Ви чули, бачили?

Що Ви відчували на фізичному рівні? Які тілесні відчуття Ви переживали?

Що з того, що Ви побачили, почули, відчули – може навіть запахи, які Ви відчули, – тривожить Вас найбільше?

Ці обговорення чуттєвих вражень дозволяють надалі уникнути образів і думок, які можуть здійснювати руйнівний вплив після події. Відповідь на питання про найважчі почуття допомагає пропрацювати найбільш конфліктні переживання. Такі питання привертають увагу до почуттів учасників, допомагають їм емоційно розрядитися і дають змогу здійснювати більш об'єктивний аналіз пережитого досвіду в наступних фазах.

Якщо у когось з учасників погіршується стан, то це – ключовий момент для мобілізації групової підтримки, сигнал сусідові: покласти руку на плече людині, яка знаходиться в стані дистресу, або просто вербалізувати підтримку, сказавши, що сльози тут абсолютно доречні і прийнятні.

У процесі розповіді про почуття у членів групи створюються відчуття схожості, спільності та природності реакцій. Кожен бере участь у спілкуванні. Учасники повинні навчитися виражати почуття, розпаковувати їх, знаючи, що це безпечно. І вони мають право на такі відчуття та подібні реакції. Ведучий спостерігає за всіма, придивляючись до тих, хто мочить, або в кого є особливо виражені симптоми. З такими учасниками бажано після дебрифінгу провести індивідуальну роботу.

Частина 2. Обговорення симптомів і забезпечення почуття спокою і підтримки

Фаза симптомів. (Етап психосоматичного відреагування)

Іноді ця фаза об'єднується з попередньою або наступною фазою. Але іноді має сенс виділити її в окремий етап роботи. Треба орієнтуватися на склад групи, тяжкість психотравмуючих подій та групову динаміку.

Під час цієї фази деякі реакції учасників повинні бути обговорені детальніше. Учасниками обговорюються актуальні емоційні, когнітивні і соматичні прояви посттравматичного стресу. Кожен військовослужбовець відзначає та аналізує зміни в сприйнятті свого “Я” і поведінці. Складається перелік симптомів, що описує спектр психологічних наслідків критичного інциденту в даній конкретній групі. Кожен учасник отримує можливість краще розібратися у своєму стані, відзначаючи і ті симптоми, про які, в силу різних причин, він не висловлювався.

Ефективним способом актуалізації симптомів може стати використання аркушу ватману, на якому учасники могли б їх фіксувати. Якщо хтось помітив новий симптом, він може спокійно підійти і дописати його. Обговорення цих проявів знижує негативне відношення до себе (більшість з учасників вважає, що чоловіки не повинні так реагувати, бо це слабкість) та підвищує рівень усвідомлення нормальності таких реакцій.

Обов'язково потрібно задати питання про незвичайні переживання, про труднощі повернення до нормального режиму життя і роботи.

Завершальна фаза.

Ведучий і його асистенти синтезують інформацію про реакції учасників. Для наочності та результативності аналізу добре мати великий плакат з переліком можливих симптомів і їх детальним описом; цей плакат може бути розташований десь у кімнаті, щоб учасники могли додавати свої симптоми до списку.

Важливо відзначити такі реакції, як небажані образи і думки, зростання тривоги, відчуття уразливості, проблеми зі сном і з концентрацією уваги. Необхідно відзначити, що нічого страшного в цих реакціях немає і при нормальному розвитку подій, з часом, симптоми будуть зменшуватися.

Ведучий розповідає про основні можливі прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

Симптоми повторення. Повторювані нав'язливі спогади трагедії. Серії “оживлення” пережитого у формі ілюзій, галюцинацій, “Флешбек-епізодів”. Повторювані сновидіння.

Симптоми уникнення. Прагнення уникнути розмов, думок, почуттів, місць, людей – усього, що може нагадувати про трагедію. Блокування (провали) пам'яті. Відчуження від близьких.

Симптоми збудження. Труднощі засинання і міцності сну. Дратівливість, необґрунтовані спалахи злості. Труднощі концентрації.

Зростання пильності відносно всього. Перебільшення реакції переляку.

Інформацію можна роздати учасникам у письмовому вигляді і попросити їх визначити, які з цих реакцій вони переживають.

Потрібно підкреслити те, що описані стани і симптоми – це нормальна реакція на ненормальну ситуацію, що з часом вони пройдуть;

Розповісти, яких реакцій можна очікувати після певного проміжку часу;

Поговорити про методи самодопомоги, про те, як учасники зможуть подбати про себе;

Інформувати учасників про те, де вони зможуть отримати допомогу;
Відповісти на питання учасників

Корисно організувати роботу так, щоб учасники могли б ще раз зустрітися через тиждень після дебрифінгу. Знання про майбутню зустріч дозволяє учасникам замислитися над формуванням власної стратегії подолання отриманої травми.

Частина 3. Мобілізація ресурсів та забезпечення інформацією

Фаза реадаптації (Закриття минулого, початок нового)

Учасники вже знають про можливі симптоми і складнощі, з якими вони можуть зіткнутися. Ця фаза спрямована на перспективу – планування майбутнього учасників: що можна зробити для згладжування симптомів або профілактики? У цій фазі обговорюється і планується майбутнє та стратегії подолання наслідків психотравми.

Підводиться своєрідний підсумок під тим, що було пережито. Минуле не можна просто забути, воно вимагає активного до себе ставлення з тим, щоб знайти в собі сили для нового життя. Ритуали “закриття минулого”, прийняття в культурі (поминання, річниця, відвідування місць, пов’язаних з подіями і пр.). Проте вони передбачають і власну творчу участь: наприклад, багато з тих, хто пережив катастрофу присвячують себе тому, щоб допомогти іншим уникнути нових катастроф або зменшити їх травматичні наслідки, використовують свій досвід при наданні допомоги, беруть участь у діяльності добровільних рятувальних бригад і т.п.

Формально процедура дебрифінгу завершується питаннями учасників до ведучого, порадами, як вести себе в майбутньому, де шукати джерела психологічної підтримки або професійної допомоги, роздачею пам’яток, листівок (якщо вони заздалегідь підготовлені).

Закінчення дебрифінгу завжди спеціально акцентується, що надає процесу завершеність і логічну стрункість. При цьому ведучий роз’яснює, в яких випадках слід звернутися за професійною допомогою.

У цій фазі обговорюється і планується майбутнє, стратегії подолання наслідків психотравми.

Напрямок подальшої допомоги доцільно уточнити. Група може домовитися про необхідність додаткових зустрічей або домовитися про індивідуальну роботу

з ведучим або іншим терапевтом.

1.3. Кризова психотерапія – це психотерапевтична допомога людям, які знаходяться в кризовому стані.

Таблиця 1

Основні відмінності між кризовою психотерапією та кризовим консультуванням

	Психотерапія	Кризове консультування
<i>Контекст</i>	відновлення, реконструкція та розвиток	профілактика, зниження напруження та відновлення
<i>Час</i>	пост-фактум, віддалено в часі від чинника кризи або психологічної декомпенсації	терміновий, близький до моменту кризи або психологічної декомпенсації
<i>Місце</i>	безпечне та спокійне середовище	у будь-якому безпечному місці поблизу інциденту
<i>Тривалість</i>	Стільки, скільки потрібно	від 1 до 4-5 зустрічей
<i>Роль терапевта</i>	консультант, радник	активна, цілеспрямована
<i>Фокус</i>	теперішнє, минуле	тут і зараз
<i>Очікування</i>	зменшення симптомів, особистісний розвиток, консультування та співпраця	цілеспрямована підтримка, зменшення симптомів
<i>Цілі</i>	лікування психопатології, зменшення труднощів, розвиток та відновлення професійного життя	стабілізувати, зменшити симптоми, повернутися до рівня попереднього функціонування, перейти до наступного рівня допомоги

При цьому, такий варіант кризового втручання вибирається лише тоді, коли людина знаходиться не просто у кризовому стані, а в ситуації

«патологічної кризи». Сюди можна віднести різноманітні «сімейні кризи», кризи ідентичності, пов'язані з різкими змінами суспільного ладу, а також кризові стани в структурі стресових і постстресових розладів. Вони можуть супроводжуватися патологічними або непатологічними психогенними реакціями, у тому числі невротичними, невротичною депресією, психопатичними або патохарактерологічними реакціями.

Кризова психотерапія спрямована на виявлення і корекцію неадаптивних настановлень, а також на пошук і тренування адаптивних стратегій виходу з кризи.

Кризова психотерапія застосовується в трьох основних **формах**: *індивідуальній, сімейній і груповій*.

За своїм характером вона близька до когнітивно-поведінкової

психотерапії та включає три *етапи*:

- 1) кризова підтримка,
- 2) кризове втручання
- 3) підвищення рівня адаптації, необхідного для дозволу конфліктної ситуації.

Індивідуальні терапевтичні програми кризового консультування застосовуються в залежності від актуальності суїцидальних переживань. Так, пацієнтам з високим суїцидальним ризиком надається кризова підтримка; по відношенню до пацієнтів, що знаходяться в фазі виходу з гострої кризи, здійснюється кризове втручання; посткризисні пацієнти без суїцидальних тенденцій, що знаходяться в умовах недозволеної високоактуальної ситуації, включаються в заняття по тренінгу навиків адаптації. Гострота суїцидальних переживань, як правило, найбільш виражена під час знаходження пацієнта на лікуванні, надалі актуальність суїцидальних тенденцій знижується. Тому згадані етапи можуть здійснюватися послідовно: кризова підтримка – кризове втручання – підвищення рівня адаптації.

Етап кризової підтримки:

1. Встановлення терапевтичного контакту.
2. Розкриття суїцидо-небезпечних переживань.
3. Мобілізація адаптивних варіантів копінг-поведінки і особового захисту.
4. Висновок психотерапевтичного контракту: визначення кризової проблеми і форм її корекції, поділ відповідальності за результат спільної роботи.

Етап кризового втручання:

1. Когнітивний аналіз невипробуваних способів розв'язання кризової проблеми.
2. Виявлення неадаптивних когнітивних механізмів, що блокують оптимальні способи дозволу кризової ситуації.
3. Корекція неадаптивних когнітивних механізмів.

Етап підвищення рівня адаптації:

1. Поведінковий тренінг спрямований на підвищення рівня адаптації і формування нових способів рішення кризової ситуації.
2. Вироблення навиків самоаналізу і самоспостереження за неадаптивними механізмами, а також їх подолання.
3. Введення нових значущих осіб для підтримки і допомоги після закінчення кризової терапії.

Також слід згадати про *психологічну просвіту та інформування*.

Донесення отримувачам інформації, у груповій чи індивідуальній формі, щодо особливостей психічних станів, міжособистісних стосунків, а також стосовно специфіки актуальної соціальної ситуації, ознайомлення отримувачів психологічних послуг з основами психогігієни, формування навичок самодопомоги та взаємопідтримки, а також інформування клієнтів з

питань психосоціальної підтримки. Психологічна просвіта здійснюється в індивідуальній, сімейній та груповій формі.

ВИСНОВКИ:

Психологічне консультування – надання клієнту психологічної допомоги з метою вирішення його проблемної ситуації, сприяння осмисленню нового досвіду та особистісному розвитку, налагодженню міжособистісних стосунків, що може проводитися в індивідуальній, сімейній, парній або груповій формі.

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

Дебрифінг – одноразова слабоструктурована психологічна бесіда з людиною (чи групою людей) після екстремальної / надзвичайної ситуації (після терактів, стихійних бід, катастроф, травмівних подій); засіб надання першої психологічної допомоги (Critical Incident Stress Debriefing) з метою зменшення ймовірності виникнення посттравматичного стресового розладу та інших психологічних проблем шляхом надання можливості виговоритися.

Кризова психотерапія спрямована на виявлення і корекцію неадаптивних настановлень, а також на пошук і тренування адаптивних стратегій виходу з кризи. Включає етапи: кризової підтримки, кризового втручання, підвищення рівня адаптації.

Психологічна реабілітація – система заходів, спрямованих на відновлення або корекцію психологічних функцій, якостей, станів, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та реалізації потреб особистості.

ТЕМА 6. ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПСИХОЛОГІВ

План лекції:

1. Професійне вигорання як психофізіологічна проблема
2. Фактори професійного вигорання
3. Вторинна травма: ознаки, симптоми, причини.
4. Профілактика професійного вигорання психологів
5. Методи самодопомоги при вторинній травматизації

Рекомендована література

Основна:

1. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. – Х.: Видво НУЦЗУ, 2017. 777 с
2. Посібник з навчального курсу з молодіжної роботи, інформованої про травму. Авторський колектив: Н. Боярський, Ю. Єлфімова, Н. Макієнко, О. Черних, Рада Європи, 2022. 176 с. URL: <https://rm.coe.int/posybnyk-trauma-informed-youth-works-ukr-digital-yfduii/1680a8ec2f>

Додаткова:

1. Богданов С., Залеська О. Психосоціальна підтримка в кризовій ситуації : методичний посібник для педагогів. К. : Пульсари, 2018. 76 с.
2. Доценко В.В. Підготовка психолога до роботи з поліцейськими які виконують завдання в екстремальних умовах // збірник тез доповідей Всеукр. наук.-прак. конф. «Соціально-психологічне забезпечення діяльності сил безпеки та оборони України» (17.04.2020). МВС України, НАНГУ. Харків, 2020. С. 39-42.
3. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
4. Психологія життєтворення особистості в сучасному світі / За ред. Т.М. Титаренко. К. : Міленіум, 2016. 320 с.
5. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. Київ : В-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 275 с.
6. Осьодло В.І., Зубовський Д.С. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи // *Український психологічний журнал*. 2017, №1(3). С.63-79.
7. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова [та ін.]. Київ : Наш формат, 2017. 1068 с.
8. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. НАПН України,

ІСПП. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

9. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.

Інформаційні ресурси:

1. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. / Загальна редакція: Л. Гридковець. Київ : ОБСЄ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/uk/project-coordinator-in-ukraine/430841>
2. Романчук О. Психологічна стійкість в умовах війни: індивідуальний та національний вимір URL: https://i-cbt.org.ua/resilience_ukraine/
3. Fedorenko O., Dotsenko V., Okhrimenko I., Radchenko K., Gorbenko D. «Coping Behavior of Criminal Police Officers at Different Stages of Professional Activity» 2020. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience* 2020, Volume 11, Issue 2. P. 124-146 | <https://doi.org/10.18662/brain/11.2/78>

Текст лекції:

1. Професійне вигорання як психофізіологічна проблема

Професійне вигорання – це психофізіологічна реакція організму людини на тривалі стреси різного рівня інтенсивності, обумовлена її професійною діяльністю, що розгортається в поетапному проходженні рівнів

- напруження,
- резистенції,
- виснаження.

Кожен рівень супроводжується чотирма симптомами:

Напруження:

Причина напруження – професійна діяльність у атмосфері нестабільних стресових обставин, фізичного та психічного перевантаження, підвищеної відповідальності.

Напруження проявляється у:

- 1) переживанні психотравмівних обставин (людина сприймає професійну реалізацію як травмівну, при цьому стресогенних чинників важко або й зовсім не можна уникнути, або вони посилюються);
- 2) невдоволенні собою (виникає почуття провини за прогалини в діяльності, звинувачення себе в неспроможності виконати належним чином поставлені завдання; може виникати відчуття некомпетентності, втрата здатності бачити позитивні наслідки своєї праці);
- 3) відчутті «загнаності в клітку» (з'являється відчуття безвихідності ситуації, бажання втекти);
- 4) тривозі та депресії (спостерігається розвиток тривожності стосовно діяльності, що супроводжується підвищенням нервовості, депресивним

настроєм).

Резистенція:

Людина намагається відгородитися від неприємних вражень, зовнішніх впливів. Опір стресу починається з моменту появи тривожного напруження (що є абсолютно природним). Фахівець, свідомо чи несвідомо, намагається зменшити тиск зовнішніх обставин за допомогою наявних в його розпорядженні стратегій:

1) неадекватне вибіркве емоційне реагування (неконтрольовані емоційні реакції);

2) емоційно-моральна дезорієнтація (розвивається байдужість до клієнтів, підозрілість, постійні думки на кшталт: «такі люди не заслуговують на добре ставлення», «їм не можна допомагати», «не я вас туди посилав» тощо);

3) розширення сфери економії емоцій (емоційна замкненість, відчуження, бажання припинити будь-які комунікації);

4) редукція обов'язків (згортання діяльності, прагнення якомога менше часу витратити на виконання обов'язків пов'язаних із професійними обов'язками, запізнення на роботу; відчуття того, що робота стає все важчою і важчою, а виконувати її – все складніше і складніше; з'являються думки про те, що слід звільнитися з роботи).

Виснаження:

Відбувається втрата наявних психічних ресурсів, зниження емоційного тону, ослаблення нервової системи, що проявляється через:

1) емоційний дефіцит (розвиток емоційної нечутливості на тлі перевищення, мінімізація емоційного внеску у взаємодію, автоматизм, спустошення фахівця під час виконання професійних обов'язків; поява відчуття, що вже немає можливості допомагати іншим людям; в поведінці з'являються різкість, грубість, дратівливість, образи;

2) емоційне відчуження (створення захисного бар'єру у комунікаціях; особа майже повністю виключає емоції зі сфери діяльності, її майже нічого не хвилює, майже нічого не викликає емоційного відгуку – ні позитивні обставини, ні негативні, причому це не вихідний дефект емоційної сфери, не ознака ригідності, а набутий за тривалий час взаємодії з клієнтами емоційний захист);

3) деперсоналізація (порушення стосунків, розвиток цинічного ставлення до тих, із ким потрібно спілкуватися, виконуючи професійні обов'язки);

4) психосоматичні та психовегетативні порушення (погіршення фізичного самопочуття, розвиток таких психосоматичних і психовегетативних порушень, як розлади сну, головний біль, проблеми з артеріальним тиском, шлункові розлади, загострення хронічних хвороб. Навіть думки про роботу викликають поганий настрій, негативні асоціації, безсоння, почуття страху, неприємні відчуття в області серця, судинні реакції тощо).

Термін «згорання», або «вигорання» (burnout), був введений в практику

американським психологом Фройденбергером в 1974, році для характеристики психологічного стану здорових людей, які знаходяться в інтенсивному і тісному спілкуванні з клієнтами в атмосфері емоційного перенапруження при наданні професійної допомоги.

Це люди, що працюють в системі «людина - людина»: лікарі, священники, юристи, соціальні працівники, і особливо – психіатри, психотерапевти, психологи. У своїй діяльності вони змушені постійно стикатися з негативними емоційними переживаннями клієнтів (пацієнтів) і мимоволі втягуються в них, в силу чого відчують підвищене емоційне напруження.

Синдром вигоряння був визначений Фройденбергером як «ураження, виснаження, що відбувається в людині внаслідок різко завищених вимог до власних ресурсів і сил» (Freudenberger, 1974).

Інше визначення розглядає вигоряння як «стан, в якому людина не очікує винагороди від виконуваної роботи, але навпаки – очікує покарання, що відбувається в результаті нестачі мотивації і контрольованих результатів або внаслідок недостатньої компетенції» (Meir, 1983).

Відповідно до методики дослідження синдрому вигоряння виділяються три основні симптоми: *емоційне виснаження, деперсоналізація і брак почуття особистого досягнення* (Maslach, 1993; Maslachetah, 1996; Slavicki, Cooley, 1982).

Під емоційним виснаженням розуміється почуття емоційної спустошеності і втоми, викликане власною роботою.

Деперсоналізація припускає цинічне ставлення до праці та об'єктам своєї праці. Зокрема, в соціальній сфері деперсоналізація - це бездушне, не- гуманне ставлення до клієнтів, що приходять для лікування, консультації, отримання освіти та інших соціальних послуг. Клієнти сприймаються не як живі люди, а всі їхні проблеми і біди, з якими вони приходять до професіонала, здаються останньому благом для них.

Нарешті, редукція професійних досягнень – виникнення у працівника почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неуспіху в ній.

Дослідження останніх років дещо модифікували поняття «вигоряння» і його структури. Психічне вигоряння тепер розуміється як професійна криза, пов'язаний з роботою в цілому, а не тільки з професійними міжособистісними взаєминами. Таке розуміння кілька змінило і його основні компоненти: емоційне виснаження; деперсоналізація; професійна ефективність. З цих позицій поняття деперсоналізації має більш широке значення і означає негативне ставлення не тільки до клієнтів, але і до праці та її предмету в цілому (Maslach, Letter, 1997).

Дослідники вказують на специфічні відношення до власної роботи, в тому числі і роботі консультанта, які призводять до появи синдрому вигоряння. До числа таких установок відносяться:

1) тотальне посвячення себе роботі, коли робота фактично стає заміником нормального соціального життя професіонала,

2) ілюзія грандіозності виконуваної роботи, яка служить «підпорою» для самооцінки.

В результаті коли професіонал бачить, що це не призводить до бажаних результатів і робота не дає почуття значимості і цінності, якого йому не вистачає, з'являється синдром вигорання (Maslach-Pines, 2001).

Додатковими причинами можуть стати рольові конфлікти і професійна невизначеність, що виражається, зокрема, у відсутності чітких посадових інструкцій.

Таким чином, у найзагальнішому вигляді синдром вигорання можна визначити як неадаптивну реакцію на професійний стрес. У зарубіжній літературі існує безліч описів синдрому. Виділяючи основне, можна сказати, що «вигорання» характеризується станом хронічної втоми, емоційного виснаження, спустошеності. З'являються труднощі концентрації, знижується продуктивність роботи. Порушуються відносини з оточуючими – відзначаються надмірна образливість, чутливість до критики, часті конфлікти. Якщо вчасно не допомогти собі, описані симптоми можуть посилюватися і проявитися вже на фізичному рівні у формі зниження імунітету до хвороб, підвищеного травматизму.

Вигорання також описано як поєднання фізичної та емоційної втоми. Це неадаптивна реакція на стресову ситуацію на роботі, що відображає нездатність впоратися з внутрішнім і зовнішнім тиском умов професійної діяльності. Таким чином, емоційне вигорання – це велика неоднорідна група особливих психологічних станів, які розвиваються у здорових людей в умовах емоційного перенапруження, зокрема – при наданні психотерапевтичної та психологічної допомоги.

Описані наступні прояви емоційного вигорання серед консультантів:

- астенизація - почуття постійної втоми, стомлюваності, нервового виснаження;
- знижений фон настрою з легко виникає тривожністю;
- почуття незавершеності контакту, винності;
- порушення режиму сну і неспання, що, крім усього, іноді пов'язано з добовим режимом роботи, з роботою ночами;
- психосоматичні реакції, часті з боку серцево-судинної системи, головні болі, неприємні відчуття в області серця, коливання артеріального тиску, рідше - з боку шлунково-кишкового тракту, неврологічні розлади, зокрема описані порушення за типом поперекового радикуліту;
- у консультантів-жінок можуть виникнути порушення менструального циклу;
- короточасні психогенні реакції у вигляді нав'язливих уявлень, думок, сумнівів і навіть фобій після складних, емоційно важких випадків;
- зміна ставлення до себе, до своєї професійної діяльності.

Іншим проявом, а скоріше – наслідком емоційного вигорання є таке негативний прояв до професійної діяльності, як стандартизація спілкування, застосування в роботі стереотипних навичок, однакових заготовок, підміна

творчої продуктивної діяльності формальним виконанням своїх обов'язків.

МБК-11: емоційне вигорання – це синдром, що визнаний результатом хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий.

Ознаки:

- відчуття мотиваційного та фізичного виснаження.
- наростаюче психічне дистанціювання від професійних обов'язків або почуття негативізму або цинізму до професійних обов'язків.
- зниження працездатності.

2. Фактори професійного вигорання

У більшості проведених досліджень фактори, що сприяють вигоранню, традиційно групуються в два великих блоки:

- особливості професійної діяльності (організаційні чинники)
- індивідуальні характеристики самих професіоналів (Dion, 1989; Schaufeli, Enzmann, 1999).

Індивідуальні фактори:

- Соціально-демографічні
- Вік
- Стать
- Рівень освіти
- Сімейний стан
- Стаж роботи
- Особистісні особливості
- Витривалість
- Локус контролю
- Стиль опору
- Самооцінка
- Нейротизм (тривожність)
- Екстраверсія

Організаційні фактори:

- Умови роботи
- Робочі перевантаження
- Дефіцит часу – Тривалість робочого дня
- Зміст праці
- Число клієнтів
- Гострота їх проблем
- Глибина контакту з клієнтом – Участь у прийнятті рішень
- Зворотній зв'язок

Серед жінок частіше зустрічається емоційне виснаження, а серед чоловіків – почуття деперсоналізації (Maslsch, Jackson, 1981). Це пов'язано з тим, що у чоловіків переважають інструментальні цінності, жінки ж більш

емоційно чуйні і у них менше почуття відчуження від своїх клієнтів.

Ризик піддатися вигорянню залежить від того, наскільки виконувані працівниками функції відповідають їх статево-рольовій орієнтації. Так, в дослідженні встановлено, що чоловіки виявилися більш чутливими до впливу стресорів в тих ситуаціях, які вимагали від них демонстрації істинно чоловічих якостей, таких як фізичні дані, чоловіча відвага, емоційна стриманість, показ своїх досягнень в роботі. У той же самий час жінки виявилися більш чутливі до стресових факторів при виконанні тих обов'язків, які вимагали від них співпереживання, виховних умінь, підпорядкування (Tang, Lau, 1996).

У більшості досліджень наголошується відсутність значимої кореляції між стажом роботи за фахом і вигорянням (Dietzel, Coursey, 1998; Haddad, 1998), і тільки окремі роботи виявляють негативну залежність між ними (Naisbergetal, 1991).

У дослідженнях, що вивчають наявність зв'язку між сімейним станом і вигорянням, відзначається більш висока ступінь схильності до вигорання осіб (особливо чоловічої статі), які не перебувають у шлюбі. Причому холостяки більшою мірою схильні до вигорання навіть порівняно з розведеними чоловіками. Найімовірніше, це може бути обумовлено одночасним дією інших факторів (Maslachetal., 1996).

Важливий фактор, який взаємодіє з вигорянням – ступінь самостійності та незалежності співробітника у своїй діяльності і можливість приймати важливі рішення. Практично всі дослідження підтверджують негативну кореляційну залежність між зазначеними змінними і вигорянням, хоча зазначається, що зв'язок з останньою змінною більш тісна.

Один з найважливіших соціально-психологічних факторів вигорання – це соціально-психологічні взаємини в організації, як по вертикалі, так і по горизонталі. Вирішальну роль тут відіграє соціальна підтримка з боку колег і людей, що стоять вище по своєму професійному і соціальному положенню, а також інших осіб (сім'ї, друзів і т.д.).

Найбільш значущою для працівників є підтримка від супервізорів та адміністрації. При цьому конфлікти в групі працівників (тобто по горизонталі) психологічно набагато менш небезпечні, ніж конфлікти з людьми, що займають більш високе професійне становище (Орел, 2001).

У деяких дослідженнях наголошується, що соціальна підтримка може бути своєрідним буфером між стресорами та результатами їх діяльності. Працівники, які отримують підтримку, краще чинять опір стресовим впливам і тим самим менш схильні до вигорання (Dolan, Renaude, 1992).

Вплив соціальної підтримки поширюється на всі компоненти вигорання, але найбільш тісний зв'язок відзначається з емоційним виснаженням і деперсоналізацією. Ряд досліджень показує, що інструментальна, інформаційна та емоційна підтримки, особливо в умовах рольового конфлікту і великого обсягу роботи, мають тісний зв'язок з вигорянням (Himieetal, 1991).

Важливий фактор – стимуляція працівників; ця проблема розглядалася в руслі категорії винагороди працівників за їх працю – матеріального і

морального, у вигляді схвалення з боку адміністрації та подяки реципієнтів.

Практично всі дослідники відзначають, що недостатнє винагороду (грошове і моральне) або його відсутність сприяють виникненню вигоряння. При цьому деякі дослідники відзначають, що для запобігання вигоряння важливо не абсолютна кількість нагород, а їх співвідношення з власним витраченою працею і працею своїх колег, що в даному контексті сприймається як справедливість. Є роботи, що показують, що додаткову винагороду за виконання певної роботи підвищує почуття професійної ефективності, тоді як покарання призводить до розвитку деперсоналізації (Cordesetal, 1997).

Нарешті, останній з організаційних чинників, тісно пов'язаний з вигорянням – рольовий конфлікт і рольова амбівалентність. Під рольовим конфліктом розуміється протиріччя між функціями працівника, які він виконує. Рольова амбівалентність припускає дефіцит значимої інформації для ефективного виконання діяльності. Виявлено позитивний зв'язок між зазначеними характеристиками і емоційним виснаженням і деперсоналізацією, а також негативна їх кореляція з професійною ефективністю (Burne, 1994).

Спробою комплексного підходу до оцінки впливу різних чинників на процес вигоряння є робота С. Maslach і М. Leiter (1997). Основна ідея їхнього підходу полягає в тому, що вигоряння – результат невідповідності між особистістю і роботою. Збільшення цієї невідповідності підвищує ймовірність виникнення вигоряння. Автори розглядають вигоряння як прояв ерозії людської душі в цілому, незалежно від типу професійної діяльності.

Вони виділяють шість сфер такої невідповідності:

1. Невідповідність між вимогами, що пред'являються до працівника, і його ресурсами. В основному це пред'явлення завищених вимог до особистості і її можливостей. Вигоряння може привести до погіршення якості роботи і розриву взаємин з колегами.

2. Невідповідність між прагненням працівника до великої міри самостійності в роботі, прагненням визначати способи досягнення результатів, за які він несе відповідальність, і жорсткою і нераціональною політикою адміністрації в організації робочої активності та контролю над нею. Наслідок такого конфлікту - виникнення почуття марності своєї діяльності і безвідповідальне ставлення до неї.

3. Невідповідність роботи і особистості через відсутність винагороди, що працівник сприймає як невизнання його праці.

4. Невідповідність особистості і роботи зважаючи на втрати почуття позитивної взаємодії з іншими людьми в робочому середовищі. Люди розкриваються і краще функціонують, коли отримують схвалення, розраду, підтримку, радість, гарний настрій від тих людей, яких вони люблять і поважають. На жаль, в деяких видах діяльності працівники ізольовані один від одного або мають формальні соціальні контакти. Однак найбільш деструктивним елементом у суспільстві є постійні невирішені конфлікти між людьми. Вони продукують постійне відчуття фрустрації і ворожості і

зменшують ступінь соціальної підтримки.

5. Невідповідність між особистістю і роботою може виникнути за відсутності подання про справедливість на роботі. Справедливість забезпечує ви-знання і закріплення самоцінності працівника.

6. Невідповідність між етичними принципами особистості та вимогами роботи. Наприклад, людину зобов'язують вводити когось в оману, говорити щось, що не відповідає дійсності, і т.п.

3. Вторинна травма: ознаки, симптоми, причини.

Втома від співчуття – схожий на вигорання стан емоційного і фізичного виснаження, депресія, тривога, відстороненість. Це вид психічного травмування внаслідок тривалого контакту з людьми, які страждають або перебувають у важкому емоційному стані. Так зване непряме травмування.

Концепція втоми від співчуття виникла лише у середині 90-х у професійній літературі.

Втома від співчуття – це ціна роботи з травмованими людьми.

Втома від співчуття – емоційний осад від впливу роботи зі стражданнями, особливо від наслідків травматичних подій.

Вторинна травматизація – розвиток посттравматичних симптомів при отриманні докладної інформації про травматичну подію (ЗМІ, під час терапії, надання допомоги та ін.)

«Непряма травма» – зміна світогляду та стилю поведінки на підставі отриманої інформації про травматичну подію.

Концепція *вторинної травми* заснована на *конструктивістській теорії розвитку особистості* (КТРЛ), яка описує аспекти особистості, на які впливає травматична подія. Вплив травми на людину визначається особистою історією та актуальною життєвою ситуацією.

КТРЛ розглядає «симптоми» як спосіб адаптації до травматичної події. Ірраціональні і спотворені уявлення відображають спробу людини захистити свою систему цінностей і внутрішніх орієнтирів від руйнувань, які викликає травма.

Наприклад, почуття сорому, яке відчують дорослі, що пережили насильство в дитинстві, розглядається як спроба конструювання особистісного сенсу, спрямованого на захист образу батьків. «Вони хороші, вони мають рацію, - каже собі дитина, - а я поганий, тому я заслужив цю біль». Те, що дитина бере на себе відповідальність за насильство, підтримує його глибинне уявлення про власну силу і здібності до контролю. Це уявлення дозволяє дитині уникати почуття жаху і безпорадності. Перенесене в доросле життя, це глибинне відчуття сорому і провини проявляється в постійних самозвинуваченнях і саморуйнівній поведінці. Якщо фахівець намагається змінити таку поведінку клієнта, не розуміючи, що вона є захисним, він приречений на провал. Клієнт зможе змінити свої установки і поведінку тільки

тоді, коли він звільниться від своїх внутрішніх конфліктів і тривоги, коли отримає можливість безпосередньо звертатися до свого гніву і до болю. Для успішної роботи необхідно зрозуміти особистісний сенс симптомів неблагополуччя.

Вторинна травма викликає у «помічників» ті ж самі зміни (тільки в меншій мірі), які відбуваються у клієнтів.

Професор психології Паул Словік писав: «Що більше людей помирає, то менше ми цим переймаємося». Що ж таке втома від співчуття?

Співчуття виникає, коли страждає інша людини (чи група людей), в ситуації суб'єктивного усвідомлення міри її (їхнього) страждання, пов'язаного з подіями, що були або є загрозою для цілісності особи, її психічного чи фізичного здоров'я та психологічного благополуччя.

Місія співчуття – полегшення стану тих, хто страждає. У західних наукових джерелах виділяють відмінність між поняттями «**вигорання**» та «**втома від співчуття**». По-перше, це відмінність у динаміці прояву негативних симптомів. А саме:

- втома від співчуття досить часто виникає раптово, а вигорання розвивається поступово, воно пов'язане зі стресами та труднощами професійної діяльності.

- у випадку професійного вигорання допомагає зміна діяльності, а якщо це втома від співчуття, то психологічна допомога має надаватися людині у процесі її «співчутливої» діяльності.

«Ми безпосередньо не переживали травмівних подій, але чули історії, які розповідаються з надзвичайною інтенсивністю. Ми так часто чуємо подібні історії, а оскільки в нас є дар і прокляття надзвичайної емпатії, тому ми щоразу страждаємо з тим, кому допомагаємо. Ми відчуваємо почуття наших клієнтів. Ми переживаємо їхні страхи. Ми не мріємо про своє. Зрештою, ми втрачаємо певну іскру оптимізму, гумору та надії. Ми втомлюємося. Ми не хворі, але ми не є собою», – влучно говорить про стан втоми від співчуття К. Фіглі.

Втому від співчуття ще називають **вторинною травматизацією**. Вона відрізняється від вигорання, проте може співіснувати з ним. Втому від співчуття може викликати якийсь один випадок, а інколи – це наслідок сукупної травматизації через дотик людини до багатьох травм.

Втома від співчуття (compassion fatigue) це – стан напруження чи накопичена травматизація фахівця внаслідок роботи, що проявляється у повторному переживанні досвіду травмівної події підопічного або в униканні згадок про подібні події та в постійному стані збудження; природний наслідок стресу через опіку та допомогу людям або тваринам, які страждають.

За ступенем інтенсивності вторинну травматизацію розділяють на 3 типи:

- *травма свідка*, коли людина безпосередньо спостерігає за подією, але не є її учасником, має чіткі, але мозаїчні спогади про її деталі і лімбічна система лише додає фрагменти події, яких бракує для цілісного сприйняття (близько 10-20%).

Фантазійним образам в такому випадку «місця немає», є лише деякі деталі, які допомагають вибудувати логічний ланцюжок події. Людина активно реагує на подію, що спостерігає і її когнітивна, емоційна і поведінкова сфери конгруентні ситуації;

- *травма слухача*, коли людина не причетна до події, але близька до її учасників та має змогу слухати від них подробиці й бачити емоційні реакції. В такому випадку лімбічна система людини «домальовує» до половини нібито інформації про подію, додаючи своєї емоційності в інтерпретацію події при її переказуванні або спогаді. Людина, що схильна до такого типу вторинної травми, бере активну емоційну участь в діалозі, може безпосередньо реагувати на розповідь, когнітивна сфера в такому випадку лише допомагає «добудувати» логіку та цілісність сприйняття події;

- *травма глядача*, коли людина має в наявності лише вивірений відрізок події з готовими інтерпретаціями і психіка «домальовує» на «презентований» ЗМІ епізод таку кількість інформації, яка докорінно змінює саму подію в уявленні людини. Сама назва вказує на основне джерело вторинного травмування – ЗМІ. Однак ця травма може стати результатом цілеспрямованого впливу на психіку людини не тільки ЗМІ, а й інтернет-технологій, рекламних агентств, спеціально підготовлених пропагандистів, тобто тих, хто має певну мету і формує громадську думку під неї, використовуючи різні доречні для цього технології.

Результатом такого впливу може бути колосальне руйнування психіки, коли фільтри критичності сприйняття інформації відключаються. У такому випадку можуть виявлятися відомі феномени сліпого фанатизму, «зомбі», так званого ватника, коли надана брехня не піддається сумніву, і психіка відсікає факти, що свідчать про іншу сторону події, тому що вони викликають хвилювання від протиріччя з основною «розумовою» лінією особистості.

Такого роду травмування трапляється при зрушеннях громадського порядку, революційних ситуаціях, техногенних катастрофах, війнах і інших масштабних подіях, які спостерігаються і проживаються людиною.

До вторинної травматизації схильні люди, дотичні до події опосередковано крізь призму чужого досвіду:

- родичі, друзі, близьке оточення потерпілої, які спостерігають за проявами симптомів;

- глядачі і читачі ЗМІ, схильні до так званої медіатравми.

Медіатравма – це травмування психіки через спостереження за подією по іншій бік екрану. Як говорилося вище, здатність психіки домальовувати подробиці в такому випадку відіграє тотально-саморуйнівну роль. На думку Л. А. Найдьонової людина може настільки залякати сам себе, що стає схильною до фобій і інших патологій сприйняття дійсності;

- фахівці допомагаючих професій, які в силу своєї компетенції надають постраждалим безпосередню допомогу.

Слухаючи кожен день про декілька травмуючих подій і спостерігаючи за постраждалими, фахівець залучається до процесу отримання травми і

накопичує свої переживання до стану емоційного виснаження.

Симптоми вторинної травматизації:

Загальні зміни:

- Брак часу і сил для себе
- Порушення відносин з близькими
- Соціальна ізоляція
- Підвищення чутливості до жорстокості
- Цинізм
- Глобальне відчуття відчаю і безнадії
- Нічні кошмари

Специфічні зміни:

- Зміна світовідчуття
- Зміна почуття ідентичності, уявлень про світ, духовних потреб та применшення своїх здібностей
- Ослаблення его-ресурсів
- Придушення психологічних потреб
- Зміни в сенсорному досвіді (нав'язливі образи, дисоціації, деперсоналізації)

Також, дослідники зазначають, що люди з вторинною травматизацією:

- можуть імітувати наслідки посттравматичного стресового розладу, які можуть вражати людей, які пережили травматичну подію, таку як війна, зґвалтування або фізичний напад;
- невідповідність емоційних реакцій, дратівливість, занепокоєння, емоційний догляд, уникнення певних завдань, ізоляція від колег, почуття безпорадності та неадекватності.

Симптоми розвиваються протягом кількох годин чи днів. Це зникає через два тижні, але якщо їх не помітити, вони можуть погіршитися.

У 3% - 7% представників професій, що допомагають, можуть розвиватися симптоми ПТСР.

Існує кілька аспектів особистості, на які впливає психологічна травма:

Світовідчуття (система базових уявлень):

- ідентичність: самосприйняття і відчуття себе у світі;
- сприйняття світу: життєва філософія, загальні установки щодо інших людей і навколишньої дійсності, система цінностей і моральні принципи;
- духовність: відчуття сенсу, надія, віра, почуття зв'язку зі світом, з чимось вищим, усвідомлення всіх аспектів життя, включаючи нематеріальний.

Ресурси особистості (здібності, які дозволяють індивіду підтримувати почуття стабільності та цілісності в різних ситуаціях і в різний час):

- здатність переживати, переносити і інтегрувати сильні впливи;
- здатність зберігати відчуття життєвої сили, позитивного настрою, впевненості в тому, що ти гідний любові;
- здатність підтримувати почуття зв'язку з іншими людьми.

Ресурси Я (здібності, що дозволяють індивіду реалізувати свої потреби і взаємодіяти з іншими):

- навички самоусвідомлення: інтелект, здатність до інтроспекції, сила волі та ініціативність, прагнення до особистісного зростання, усвідомлення власних потреб, здатність бачити перспективи;

- навички міжособистісного взаємодії і самодопомоги: здатність передбачати наслідки, здатність встановлювати зрілі відносини з іншими, здатність встановлювати межі в міжособистісних стосунках.

Психологічні потреби і когнітивні схеми:

- безпека: відчуття захищеності себе і своїх близьких;
- повага: відчуття власної цінності і вміння цінувати інших;
- довіра / залежність: здатність бути впевненим у собі і реалізувати свої потреби; визнавати право іншої людини мати власну думку і реалізовувати свої потреби;

- контроль: здатність керувати своїми почуттями і поведінкою в міжособистісних відносинах, а також впливати на інших людей;

- близькість: вміння перебувати в контакті з самим собою і відчувати зв'язок з іншими.

Пам'ять і сприйняття:

- вербальний рівень: історія того, що відбувалося до, під час і після травми;

- уява: картинки травматичної події;
- переживання: емоції, пов'язані з травмою;
- соматичні прояви: відчуття в тілі, які пов'язані з травматичним подією;
- міжособистісний рівень: стереотипи поведінки, в яких відображається травматичний досвід.

Професіонали, що працюють з травмою \ можуть відчувати:

- втрату стійкості і здатності підтримувати внутрішню рівновагу;
- переповненість переживаннями іноді призводить до нападів ридань або спалахів гніву.

- знижується поріг чутливості до фрустрації,

- з'являється відчуття нестерпного тривоги,

- втрачається здатність радіти життю.

Деякі емоційно закриваються і переживають оніміння, «скам'янілість», відстороненість або деперсоналізацію. Багато втрачають почуття зв'язку з близькими людьми, здатність любити і бути коханими, сумніваються у своєму праві на життя і на щастя. Все це викликає відчуття ізоляції і призводить до екзистенціального розпачу і самотності.

Оскільки це дуже схоже на ті переживання, про які говорять клієнти, то очевидно, що фахівець, який сам втратив ґрунт під ногами, не здатний підтримувати в своєму клієнті віру і надію.

Коли ресурси Я ослаблені, фахівець втрачає здатність приймати рішення, які служать його інтересам, і може здійснювати професійні помилки, що стосуються кордонів, реакцій і стратегії роботи з клієнтом. Терапевта стає важче відокремити власні почуття від переживань клієнта, важче помічати і аналізувати реакції контрпереноса.

Одним з наслідків вторинної травми є втрата довіри до себе і до інших людей.

Як реакція на відчуття безпорадності, яке може викликати робота з травмою, у деяких фахівців виникає потреба в гіперконтролі.

У багатьох порушуються стосунки з близькими. Якщо близька людина не має відношення до роботи з травмою, наростає відчуття ізоляції. Багато фахівців, що працюють з жертвами сексуального насильства, страждають від нав'язливих образів, які порушують їхні сексуальні відносини, деякі втрачають здатність повноцінно насолоджуватися радістю інтимної близькості з партнером, думаючи про своїх клієнтів, які позбавлені цих переживань.

Вторинний травматичний стрес пов'язаний з так званим «синдромом вигорання», хоча і не є його повним аналогом. Відмінності між ними лежать головним чином в причинах виникнення цих станів: у той час як STS найчастіше виникає як вторинна реакція на емпатичне співпереживання клієнтам з травматичними або проблемними ситуаціями, синдром вигорання може виникати при роботі з будь-якими клієнтами (O'Halloran, Linton, 2000). Також вважається, що синдром вигорання проявляється поступово (накопичений стрес), в той час як вторинна травма може наступити раптово і без жодного попередження (Figley, 1995).

Кілька основних симптомів вторинного травматичного стресу дуже нагадують класичні симптоми ПТСР:

- 1) повторне переживання травматичної події в сновидіннях або спогадах;
- 2) уникнення ситуацій, думок і вражень, так чи інакше пов'язаних з травматичною ситуацією, і як результат - припинення певних видів занять;
- 3) постійне збудження, розлад сну, труднощі концентрації уваги і т.п.

За часом ці симптоми виникають безпосередньо після зіткнення з травмуючою подією, і їх наявність вважається природною протягом 30 днів після стресу – або ознакою вторинного травматичного стресового розладу (STS Disorder), якщо тривають довше (Stamni, 1999).

Специфіка впливу вторинної травми так само, як і синдром вигорання, залежить від особливостей ситуації (умов роботи, типу та кількості клієнтів, характеру їх травми, політичного, соціального та культурного контекстів в момент отримання травми і в справжній момент) і особистості «помічника» (куди включається його професійна ідентичність, ресурси, наявність підтримки, особиста історія, актуальна життєва ситуація, індивідуальні стратегії по-долання труднощів) (Ільїна, Соловейчик, 2002).

Травма завжди включає втрату; після травми нічого не залишається таким, яким було раніше. Кардинальна зміна всього, що було звичним, є ще однією відмінною рисою травми. В один момент весь звичний світ людини може завалитися. Працюючи з травмою, консультант кожен день стикається з цією реальністю, і поступово це руйнує його уявлення про стабільність і передбачуваності світу, про безпеку і захищеності, про здатність людини контролювати своє життя.

В навчальному посібнику «Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3.» URL: <https://www.osce.org/uk/project-coordinator-in-ukraine/430841> автори наводять наступні **симптоми втоми від співчуття**:

а) психічне виснаження:

- зростання інтенсивності емоційних проявів;
- зниження когнітивних здібностей;
- порушення процесів мислення.

б) психологічне виснаження:

- зменшення часу та інтенсивності взаємодії з іншими людьми (ізоляція);
- деперсоналізація (симптоми, що не є наслідками реальних причин);
- зниження відчуття психологічного благополуччя та сенсу професійної діяльності;
- порушення поведінки та суджень;
- можливі депресія та ПТСР;
- зміни в переконаннях та психологічних потребах – безпеці, довірі, повазі, близькості та контролю;
- гнів стосовно винуватців події чи причинно-наслідкових явищ.

в) фізичне виснаження:

- збудження нервової системи;
- втрата чи збільшення ваги;
- порушення сну.

г) духовне виснаження:

- прагнення до ізоляції;
- втрата морального духу;
- зниження самооцінки;
- збіднення емоційної модуляції;
- зміни в ідентичності, світогляді та духовності;
- втрата надії та смислу життя (екзистенційний відчай);
- образа на Бога;
- можлива відмова від Бога (за наявності в минулому зовнішньої та внутрішньої релігійної активності).

Стадії розвитку «втоми від співчуття»:

- 1) ентузіазм;
- 2) стагнація;
- 3) розчарування;
- 4) апатія.

4. Профілактика професійного вигорання психологів

Основні принципи психогігієни та психопрофілактики професійного вигорання:

1) **Принцип комплексності**

Психологічна допомога вимагає інтеграції компонентів, що стосуються різних сфер життя як окремої людини, так і суспільства загалом. Психопрофілактика професійного вигорання повинна мати комплексний характер. Принцип комплексності у цій сфері полягає в тому, що в кожному досить складному процесі професійної діяльності необхідно враховувати всі його аспекти: психологічні, соціальні, ідеологічні, економічні, організаційні. Тобто, потрібно враховуватися всі аспекти психопрофілактики.

2) **Принцип системності**

Принцип системності у психологічній профілактиці синдрому емоційного вигорання у працівників сфери «людина-людина» розкривається через пізнання складних об'єктів, що забезпечують формування та функціонування системи професійної діяльності. До визначальних системних принципів відносять: цілісність, структурність, взаємозалежність системи і зовнішнього середовища, ієрархічність.

3) **Принцип розвитку психіки**

Тут об'єктивно виявляються і реалізуються в детермінації поведінки, зв'язку психіки з діяльністю, інтегративності біологічної, психологічної, соціальної та духовної складової особистості.

4) **Орієнтація на ресурси особистості**

Особистими ресурсами психолога, соціального працівника, волонтера та капелана є: сила Я-концепції, самоповага, самооцінка, усвідомлення власної значимості (не в контексті визнання колег та клієнтів, а в якості екзистенції), самодостатність (за наявності відкритості до співпраці як із клієнтом, так і з колегами), здатність до вдячності.

Є низка тренінгових методів підготовки та вдосконалення психотерапевтів: терапевтичні тренінги, інтерперсональні тренінги, балінтовські групи, супервізія, що допомагають напрацюванню необхідних особистісних якостей, посилюють наявні ресурси фахівця та попереджують професійну деформацію і професійне вигорання.

Подолання наслідків професійного вигорання:

Рівень професійного вигорання корелює з рівнем емоційного вигорання фахівця. І хоча в деяких джерелах ці поняття визначаються в якості тотожних, варто зауважити, що емоційне вигорання є базовою стрижневою структурою професійного вигорання. Тому при психодіагностуванні фахівця варто в першу чергу використовувати тест В. Бойка «Емоційне вигорання», який дозволяє відстежити психологічний стан фахівця за шкалами:

1. Незадоволення собою.
2. «Загнаність у клітку».
3. Редукція професійних обов'язків.
4. Редукція особистих досягнень.
5. Відсутність соціальної підтримки.
6. Емоційна спустошеність,

7. Особистісна відчуженість (деперсоналізація). Опис симптомів за шкалами тестом В. Бойко:

1. Невдоволення собою (НС)

Людина не вдоволена рівнем зусиль, що докладає, та результатом власної діяльності. Вважає, що здатна на більше, але через власну ліню або малодушність виявилася неспроможною.

Причиною НС може бути внутрішній моральний конфлікт між загальнолюдськими цінностями та принципами особистості або між принципами та вимогами дійсності.

Відчуття НС може виникати у творчих особистостей, людей, чий розум потребує інтелектуально складних завдань, якщо вони тривалий час залишаються без діла. Таке НС характерне для особистостей, що самоактуалізуються, воно є імпульсом для внутрішньої роботи над собою та самовдосконалення.

НС може бути фоном негативної самоконцепції – негативних настановлень щодо себе, що склалися під впливом думок, висловлювань значущих для особистості людей. У такому випадку НС – це неадекватна занижена самооцінка, що спричиняє негативне ставлення до себе, а загалом і до світу. Характерна для людей, що знаходяться у депресивному стані.

У результаті невдач або нездатності вплинути на психотравмівні обставини, людина, зазвичай, відчуває недоволення собою, вибраною професією, посадою, конкретними обов'язками. Діє механізм «емоційного перенесення» – енергетика спрямована не лише і не стільки назовні, як на себе. Виникає замкнутий енергетичний контур – «Я й обставини»: враження від зовнішніх чинників діяльності постійно травмують особу і спонукають її знову й знову переживати психотравмівні елементи професійної діяльності.

РЕКОМЕНДАЦІЇ:

- час для себе;
- робота з супервізором;
- перегляд рейтингу цілей;
- позитивна психотерапія;
- тренінг спілкування у групі;
- робота над Я-концепцією.

2. «Загнаність у клітку» (ЗК)

Людина реально оцінює обставини, що склалися, але вважає, що не здатна щось змінити і досягти бажаної мети. В особи виникає відчуття фатуму – нездатності впливати на хід подій.

Характерно для станів, що передують афекту, або після пережитих шоківих станів (залежно від домінування симпатичної чи парасимпатичної нервової системи у людини).

За наявності симптому ЗК, рівень працездатності та ефективності праці значно знижується. Можливе загострення хронічних захворювань. Яскравіше

виявляються психосоматичні симптоми.

У чоловіків ЗК частіше виявляються за несприятливих економічних умов або/та в ситуаціях цейтноту на робочому місці. У жінок симптоми ЗК частіше виявляються негативними емоційними переживаннями у зв'язку з конфліктною сімейною ситуацією. ЗК властива для людей пенсійного та передпенсійного віку, що може призводити до неадекватності поведінки, оцінки намірів оточуючих, нівелювання цінностей прожитого життя, «безперспективного трудоголізму».

Симптом ЗК виникає в результаті стресу, іншими словами, є логічним продовженням стресу. Коли психотравмівні обставини дуже тиснуть і усунути їх неможливо, людина часто відчуває стан безвихідності. Це приводить до зростання психічної енергії і, якщо вона не знаходить виходу, якщо не спрацьовує який-небудь засіб психологічного захисту, включаючи «емоційне вигорання», то людина переживає відчуття «загнаності в клітку».

РЕКОМЕНДАЦІЇ:

- зміна зовнішніх обставин;
- тривалий (достатній) відпочинок;
- переведення на посаду експерта (не передбачає необхідності приймати рішення в екстремальних ситуаціях, але створює ореол загального визнання).

3. Редукція професійних обов'язків (РПО)

Симптом часто викликається «паперовою тяганиною», непродуктивною організацією робочого місця та/або робочого дня. У певних випадках РПО може пов'язуватися з несприятливим психологічним кліматом у колективі або мікрогрупі, в якій працює людина.

Спостерігається у разі сімейних негараздів, що не дають сконцентруватися на роботі. РПО можлива за асинхронності темпів професійного росту працівника та темпів його кар'єри, за відсутності виконання значущості особистого внеску у загальну справу.

Термін «редукція» означає спрощення. У професійній діяльності, що передбачає широке спілкування з людьми, редукція виявляється в спробах полегшити або скоротити професійні обов'язки, що передбачають емоційні витрати. Це – фаза «виснаження» характеризується зниженням загального енергетичного тону й ослабленням нервової системи. Емоційний захист у формі «вигорання» стає невід'ємним атрибутом особи.

РЕКОМЕНДАЦІЇ:

- аналіз ставлення індивіда до групи;
- перегляд системи стимулів та заохочень працівника;
- реорганізація умов праці.

4. Емоційна відчуженість (ЕВ)

При цьому симптомі можна спостерігати ефект «кам'яного обличчя»,

людина справляє враження надто ділової та зібраної. Високий рівень самоконтролю. ЕВ властива для осіб, що займають керівні посади: необхідність приймати «об'єктивні рішення» змушує не звертати увагу на «людський фактор».

Людина з симптомами ЕВ відчуває себе чашою, наповненою негативними емоціями. Захисні механізми психіки запобігають психічному «вигоранню», тому людина закривається, замикається у собі, відгороджуючись від будь-яких емоційних подразників.

Наслідки – психосоматичні хвороби, міжособисте відчуження, дистрес, депресія. Людина майже повністю виключає емоції зі сфери професійної діяльності. Її майже нічого не хвилює, майже ніщо не викликає емоційного відгуку – ні позитивні обставини, ні негативні. Причому це не базовий дефект емоційної сфери, не ознака ригідності, а набутий за роки роботи з людьми емоційний захист.

РЕКОМЕНДАЦІЇ:

- раціонально-емоційна психотерапія;
- тренінг організаційних умінь (для управлінців);
- арт-терапія.

5. Особистісна відстороненість / Деперсоналізація (ОВ)

Людина відчуває себе спостерігачем, глядачем, а «справжнє життя» відбувається не за її участі, а ніби на сцені чи на екрані. Відчуття власної відсутності у житті близьких людей, зокрема, збідніння емоційної насиченості стосунків («мене не розуміють»), у разі духовної кризи – відчуття відсутності власного Я.

Симптом ОВ спостерігається за деяких акцентуацій характеру та/або хронічних психічних станів, що межують із психопатологією. Людина не може приймати рішення.

«Сильні» особистості наполегливо, іноді нав'язливо, займаються самоаналізом. «Слабкі» виявляють схильність до втечі від самого себе за допомогою алкоголю, наркотиків, самообману.

Виявляється в широкому діапазоні ставлень і вчинків професіонала в процесі спілкування. Насамперед – це повна або часткова втрата інтересу до людини, особистісна відстороненість. Людина сприймається як неживий предмет, як об'єкт для маніпуляцій – із нею доводиться щось робити.

РЕКОМЕНДАЦІЇ:

- терапія з елементами психоаналізу;
- трудотерапія;
- сімейна психотерапія;
- робота з супервізором.

5. Методи самопомоги при вторинній травматизації

Методи самодопомоги у випадку «втоми від співчуття» (за доктором медицини Ф. Ошберга):

СЛІД ЗРОБИТИ:

- знайдіть когось, із ким можете поговорити про свій стан;
- зрозумійте, що біль, який ви відчуваєте, є нормальним;
- робіть фізичні вправи і правильно харчуйтеся;
- висипайтесь;
- приділяйте собі час;
- розвивайте інтереси за межами професійної діяльності;
- виділіть, що є важливим для вас, і визначте пріоритети.

НЕ СЛІД РОБИТИ:

- звинувачувати інших;
- робити в цей час щось нове – шукати нову роботу, купувати нову машину;
- розлучатися або одружуватися;
- постійно скаржитися своїм колегам;
- працювати важче і довше;
- займатися самолікуванням;
- нехтувати власними потребами та інтересами.

Втома від співчуття може розвиватися у широкому спектрі професій системи «людина-людина».

Чинники, що збільшують ризик вторинної травматизації:

- 1) травмофокусована психологічна та психотерапевтична спеціалізація фахівців;
- 2) фізичне перезавантаження клієнтською практикою або кількістю запитів про допомогу;
- 3) здійснення самогубства клієнтом чи підопічним;
- 4) надання психологічних, психотерапевтичних, духовних, медичних та соціальних послуг людям із групи ризику або небезпечним особам;
- 5) постійна робота з людьми, що страждають від депресії;
- 6) психологічна робота з особами, що зловживають дітьми;
- 7) спеціалізація на психотерапії втрати, горя, горювання;
- 8) психологічна підтримка особи, в якій вмерла або вмирає дитина.

Як запобігти вигоранню і втомі від співчуття (Ксенія Віттенберг)

1. Перегляньте обов'язки: - Зробіть об'єктивний облік часу - Зробіть список всього, що вимагає часу на сім'ю роботу, здоров'я - Оцініть рівень навантаження для кожної потреби - Підпишіть кожну потребу як: необхідне, те що можна відкласти або убити

2. Почніть збирати ідеї як подбати про себе - Створіть свій власний "ресурсний список" - **На роботі зробіть «Дошку турботи про себе», де колеги зможуть розміщувати ідеї.** Запросіть їх до обміну ідеями турботи про

себе.

3. Змініть баланс навантаження на роботі - - Не працювати під час обідньої перерви - Уникайте брати роботу додому - Плануйте зустрічі в залежності від вашого рівня енергії - Заплануйте “час тиші” - **Переконайтесь, що 20 годин на тиждень проводите без роботи**

4. Делегуйте - Просіть про допомогу на роботі і вдома - Будьте конкретні у тому, яка саме допомога вам потрібна - Прийміть недосконалості - Прийміть той момент, коли ви більше не можете працювати

5. Дбайте про межу між роботою та життям - Придумайте “ритуал закриття роботи” - Після роботи переодягніться в «неробочий» одяг - Уникайте говорити про роботу поза роботою - Ввечорі і в вихідні не читайте робочі чати і не обговорюйте робочі питання

6. Вчіться говорити «ні» - Волонтери - це ті, хто часом віддає занадто багато. Залишайтеся в розумних межах - Прийміть те, що деякі люди ображаються почувши відповідь «ні» - Відмовтеся приймати провину, коли ви говорите «ні».

7. Оцініть що додає вам травми - Скільки годин ви працюєте з емоційно-зворушливою інформацією? Скільки робите перерв? - Знижуйте час прослуховування того, що сталося, новин (інфо-гігієна) - Створіть свій власний “фільтр травми”. Уникайте жорстоких фільмів або відеоігор

8. Продовжуйте вивчати втому від співчуття та вигорання - Читайте сучасну літературу психологічної допомоги - Знайдіть/створіть групу підтримки - Шукайте супервізії коли необхідно - Плануйте дібріфінг після емоційно-складних подій

9. Створюйте групи підтримки - При необхідності, на роботі або в вашому оточенні створіть оффлайн або онлайн групу - Зустрічайтесь регулярно - Зберігайте групу маленькою: чотири або п'ять осіб.

10. Навчайтесь - Знаходьте нову інформацію щодо вигорання- Запрошуйте супервізію, створюйте інтервізійні групи - Дослідження показали, що підтримання зв'язку з інтервізійною групою розбудова внутрішніх ресурсів допомагають збереженню здорового ставлення до роботи.

11. Скорегуйте робочий час і обов'язки - Якщо можливо змініть або побудуйте робочі години - Обмежте час переробок - Урізноманітніть розклад під час робочого дня - Розподіліть завдання відповідно до ваших продуктивних годин: якщо ви «сова» беріть пізні зміни; беріть ранні, якщо ви «жайворонок» - Працюйте з дому, якщо втомлюєтесь від спілкування і організуйте коворкінг, якщо прагнете до нього

12. Уникайте гіподінамії Фізичне здоров'я визначає ментальне здоров'я Думайте про «рух» більше ніж про «спортзали» Стежте за кількістю пройдених кроків :) Не сидіть без руху більше двох годин поспіль

13. Розробіть систему «раннього попередження» Навчіться відчувати свій власний стрес Знайте «тригери» свого стресу. Навчіться впізнавати його передвісники Виділіть час, щоб відреагувати емоції, які глибоко впливають на вас Дізнайтеся методи релаксації і зниження стресу

14. Прийміть власні обмеження Прийняти слабкість непросто. Часто зміна життя це реактивний, а не проактивний процес. Нам потрібно бути настільки ж турботливими по відношенню до себе, наскільки ми співчутливі по відношенню до інших.

Фахівці Israel Trauma Coalition описують 12 стадій вигорання і пропонують можливі варіанти профілактики та корекції:

1. Захопленість ідеєю. Ви безуспішно намагаєтеся щось собі довести, і це виснажує ваші сили.

Що робити: визначитеся, що мотивує вас у житті. Концентруйтеся не на результаті, а на процесі.

2. Працюючі маніяки - Ви готові працювати на зношування і вибираєте підхід «зроби або помри».

Що робити: оцініть ваш стан за шкалою від 1 до 10. Якщо «допрацювалися» до 7-8 балів, займіться чим завгодно, крім роботи. Якщо ви не подбаєте про себе, постраждає і ваша справа.

Сесії не в годинах - а в інтенсивності афектів/стресових факторів, які я в змозі переробити

3. Ігнорування власних потреб. Досить небезпечна стадія, коли людина готова зазнавати фізичного болю і не звертає уваги на сигнали виснаженого організму.

Що робити: оцініть свій стан від 1 до 10, запитавши себе: «Чи я одержую від життя задоволення?». Використовуємо власні канали BASIC PH. За кілька місяців спробуйте знову поставити оцінку своєї здатності отримувати від життя задоволення.

4. Стан апатії Все валиться з рук, і ви шукаєте винуватця ситуації, що склалася.

Що робити: можливо, вам слід виїхати з міста на уїк-енд, взяти невелику відпустку та побути наодинці із собою.

5. Смерть цінностей. Ви щохвилини присвячуєте роботі, і вона поглинає все ваше життя.

Що робити: Провідний канал. Що приносило вам радість у дитинстві?

6. Фрустрація, агресія та цинізм. З'являється неконтрольована дратівливість та вічне невдоволення оточуючими.

Що робити: використовуйте енергію раціональніше. Визначте три ситуації, на які марно витрачаєте сили, і придумайте три способи використовувати ваш час ефективніше.

7. Емоційне виснаження та небажання виконувати свої зобов'язання. У такому стані ви навмисно ізолюєте себе від усіх та починаєте прогулювати роботу.

Що робити: Емоційний та соціальний канали. Розкажіть про свій стан близькій людині, другу, чоловіку чи дружині, вашому психотерапевту, головне – не відгороджуйте себе від суспільства.

8. «На кого я перетворююся?» Навколишні люди намагаються достукатися до вас, але ви не здатні сприймати їхню турботу і не визнаєте своєї

провини за ситуацію, в якій опинилися.

Що робити: позбавтеся того, що завдає вам дискомфорту. Відмовтеся від додаткової роботи, нехай навіть ви втратите частину заробітку. Нагородою будуть вільний час і відсутність нервування.

9. «Дайте мені спокій!» Цю стадію називають деперсоналізацією, коли людина втрачає віру в себе і вважає, що не може змінити свого життя.

Що робити: Навчіться шкодувати себе і проявіть такі ж почуття щодо оточуючих вас людей, близьких, незнайомих і навіть ворогів.

Дофамінова підтримка – радіти маленьким перемогам.

10. Внутрішня спустошеність На цьому етапі людина відмовляється від своїх надій та своєї мрії, все, що вона колись любила, стає непотрібною та нецікавою.

Що робити: Тілесний канал. Розвиток не провідних каналів. Почніть із простого - зі свого харчування. Побалуйте себе якоюсь несподіваною стравою, пробуйте щось нове хоча б раз на тиждень. Це поверне вам смак до життя.

11. Кому яка справа Стадія депресії, що супроводжується фізичним та психічним виснаженням.

Що робити: Тілесний канал. Заняття йогою та акупунктура можуть допомогти, добре знайти експерта, психолога чи психотерапевта, який знає, що таке «синдром вигорання».

12. Фізичний та ментальний колапс. Ця стадія загрожує суїцидальними нахилами.

Що робити: тут вам знадобиться медична допомога. Але ви також можете скласти список всього, що представляє для вас найбільшу цінність у житті: діти, відносини з партнером і т. д. Вкрай важливо навчитися не відмовлятися від цих цінностей.

Висновки:

Вторинна травма, або ж вторинний травматичний синдром – це непрямий вплив травматичної події через розповідь з перших вуст або очевидців.

Психологи, волонтери, рятувальники, поліцейські, лікарі можуть опинитися під загрозою вторинної травми. Будь-яка людина, яка спілкується з тим, хто пережив психологічно стресову ситуацію, також може зазнати вторинної травми.

Також вторинна психологічна травма виникає в результаті несприятливого впливу на нервову систему, що передається через спостереження, а не через прямий особистий контакт (соцмережі, ЗМІ).

Психологічний шок для нервової системи може створити відчуття розпачу в поєднанні з сильними емоціями: плач, злість і страх. Побічними ефектами часто є труднощі зі сном, підвищена тривожність, чутливість до гучних звуків або дисоціація.

ТЕМА 7. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ СТРЕСОВУ ПОДІЮ.

План лекції:

1. Відновлення особистості після травматизації.
3. Критерії психологічного здоров'я особистості та ресурси для його відновлення.
4. Способи, методи, форми психологічної підтримки особистості, що пережили стресову ситуацію.
5. Травма-фокусована, когнітивно-поведінкова терапія, *EMDR*.
6. Формування навичок для психологічного відновлення

Рекомендована література

Основна:

1. Кризова психологія: Навчальний посібник /За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, 2010. 401 с.
2. International Medical Corps. Перша психологічна допомога: Посібник для працівників на місцях. Київ: Пульсари, 2017. 66с.
3. Психологія екстремальної діяльності : навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О.В. Тімченко та ін. / За заг. ред. проф. І. І. Приходька. Харків : НАНГУ, 2016. 571 с.

Додаткова:

1. Брієр Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. / Наук. ред. В. Горбунова, В. Климчук. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.
2. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
3. EMDR. Подолання наслідків психотравми. Практичний посібник / за ред. Арне Гофмана. Львів : ТзОВ Видавництво «Свічадо», 2017. 259 с.
4. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
5. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: Методичний посібник / За загальною редакцією
3. Г.Кісарчук. Київ : Логос, 2015. 207 с.
6. Психологія життєтворення особистості в сучасному світі / За ред. Т.М. Титаренко. К. : Міленіум, 2016. 320 с.
7. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. Київ : В-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 275 с.
8. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД,

2018. 160 с.

Інформаційні ресурси:

1. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського.
<http://www.nbuv.gov.ua/>
2. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. / Загальна редакція: Н. Пророк. Київ : ОБСЄ, 2018. 208 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/a/430805.pdf>
3. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. / Загальна редакція: Л. Царенко. Київ. : ОБСЄ, 2018. 240 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/c/430829.pdf>
4. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. / Загальна редакція: Л. Гридковець. Київ : ОБСЄ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/uk/project-coordinator-in-ukraine/430841>
5. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf
6. Романчук О. Психологічна стійкість в умовах війни: індивідуальний та національний вимір URL: https://i-cbt.org.ua/resilience_ukraine/
7. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко / НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. – 220 с. URL: <https://www.academia.edu/40028931/>
8. Соціальні послуги окремим соціальним групам, які перебувають у складних життєвих обставинах, та порядок їх надання. URL: <https://wiki.legalaid.gov.ua/index.php?title>

Текст лекції

1. Відновлення особистості після травматизації.

1.1. Ефективні стратегії відновлення психологічного здоров'я особистості

Ефективні стратегії подолання наслідків травматичних подій базуються на (Т. Титаренко):

- формуванні навичок позитивної переоцінки складної ситуації;
- стимулюванні спроб досягнути пережите в найрізноманітніших контекстах;
- активізації конструктивного переосмислення власних переживань і можливостей, пов'язаних з травмою;
- розвитку вміння акцентувати увагу на світлій стороні речей.

Більшість науковців наголошують на необхідності позитивного підходу та виявлення сильних сторін особистості під час кризового консультування.

А. Айві вважає, що *пошук позитивного* можна вважати специфічною

формою основної послідовності вислуховування. Щоб здійснити пошук позитивного, необхідно виявити все позитивне у цій ситуації, використовуючи навички вислуховування.

Ідентифікація позитивного часто дає клієнту почуття безпеки, а це допомагає йому глибше зазирнути в негативні та тривожні сфери його життя. І далі, використовуючи позитивну інтерпретацію, психолог допомагає подивитися на негативну ситуацію позитивніше.

Таблиця 1

Пошук позитивного у різних психологічних концепціях (А. Айві)

Метод і його різновид	Сутність методу, послідовність мікротехнік
1. Дослідження ресурсів: Тайлер, психологічне консультування	Виявити ресурси клієнта, які зміцнюються при їх визнанні – «мінімальні зміни» важливі вже на перших стадіях. Виявити ресурси, уважно вислухавши клієнта, потім прояснити їх і провести закріплення всього позитивного.
2. Позитивний погляд: К. Роджерс, Гуманістична	Відобразити позитивний зміст та ідеї у твердженнях клієнта, які з першого погляду здаються негативними.
Психологія	У широкому аспекті використовувати заохочення, переказ, відображення почуттів, для того, щоб підкреслити позитивні напрями. Застосовувати позитивний зв'язок та саморозкриття.
3. Пошук нового сенсу: В. Франкл, психодинамічна та гуманістична теорія	1) Уважно вислухавши, виявити проблеми клієнта. Задавати питання, що зачіпають сенс ситуації, наприклад: «Що це означає для вас?», «Який у цьому сенс?» Відображення сенсу. 2) Виявляти позитивний сенс ситуації через питання та відображення сенсу. 3) Конфронтація типу «З одного боку негативне у цій ситуації у тому, що..., але з іншого боку, позитивне...» Клієнт зазвичай йде від інконгруентності до позитивного погляду ситуацію.
4. Фокусування: Гендлін, гуманістична теорія	1) Ізолювати почуття та емоції клієнта. 2) Запропонувати клієнту висловити вільні асоціації щодо проблемної ситуації. 3) Розуміти переживання клієнта. 4) Знайти позитивні почуття та думки. 5) Повернутися до проблеми, запропонувати відчувати її знову, виходячи з позитивного досвіду. Знайти потрібні слова для похвали.
5. Рефреймінг (перетворення): Еріксон, Бендлер, Гріндер, Ланктон	1) Встановити контакт і приєднання до вербальної та невербальної мови клієнта. 2) Ідентифікація небажаного стереотипу, що підлягає зміні, використання репрезентативних систем виділення проблеми. 3) Розділ поведінки і намірів відповідної частини особистості.

<i>Метод і його різновид</i>	<i>Сутність методу, послідовність мікротехнік</i>
	4) Створення нових, позитивних стереотипів поведінки, які б реалізували цей намір, або попросити клієнта згадати позитивні результати цього стереотипу, пошукати внутрішні ресурси. Порівняти баланс позитивного та негативного, ув'язати позитивне з негативним. 5) Творча розробка нових варіантів поведінки.
6. Когнітивно-біхевіористська теорія: Бек, Елліс	1) Виявити, де мислення слабо адаптується. 2) Відзначити повторювані патерни мислення («автоматичні думки»). 3) Використовувати процедури дистанціювання – з боку оцінити думки та почуття, що стосуються ситуації. 4) Змінюючи правила, запровадити більш позитивну логіку в ситуацію, змінити світогляд.
7. Резюме	Спочатку клієнта вислуховують, намагаючись зрозуміти його думки та почуття. Потім намагаються знайти позитивні сторони у клієнта або у самій ситуації і пропонують ці міркування клієнту, щоб він став поважати себе та свою здатність впоратися із ситуацією.

Кожна з викладених у таблиці 1 технік – це різновид пошуку позитивного. У будь-якому із зазначених прикладів знайдене позитивне може не переважити негативне. Через це іноді клієнт починає нервувати. Нерідко таке відбувається, якщо йде процес фокусування чи переосмислення, і рідше, коли йде пошук позитивного. В такому випадку потрібно прямо запитати, що позитивного у ситуації. Якщо клієнт виявляє занепокоєння, то не обов'язково переконувати його у зворотному – це нормальна реакція. Не намагайтеся вирішити проблему за один раз.

Пошук позитивного – це пошук сил і можливостей, який здійснюється як усередині клієнта, так і в його оточенні. Важливо, що пошук позитивного ґрунтується на світогляді клієнта.

Т. Титаренко зазначає, що людина має можливість вчасно надавати допомогу сама собі. На відміну від реабілітації як професійної допомоги людині, що потрапила у кризову життєву ситуацію, самореабілітація спрямована на самостійну роботу людини з собою у складних життєвих обставинах.

Самореабілітація – це самопомога у якомога продуктивнішому подоланні внутрішніх і зовнішніх перешкод, виході зі скрутного становища.

Самореабілітація передбачає *наявність особистісного контролю*. Кожна людина має певні риси, які допомагають особистісному контролю, полегшуючи його, роблячи більш ефективним.

Серед них слід назвати передусім душевне здоров'я, оптимізм, конструктивне мислення, тобто здатність розв'язувати повсякденні проблеми

з мінімальними постстресовими наслідками. Непогано також мати стійкість характеру, уміння сподіватися, віру у власні сили, здатність спрощувати життєві труднощі, не панікувати. Бажаною є і далеко не розповсюджена здатність користуватися власними ресурсами оптимальним чином.

Але наявність всіх цих корисних особистісних характеристик все одно не гарантує, що людина буде тримати ситуацію під контролем. На жаль, трапляються такі обставини, коли життєва колізія стає майже неконтрольованою. Переживання неконтрольованості ситуації обов'язково тягне за собою зниження адаптаційних можливостей.

Якщо ми втрачаємо контроль у якій-небудь ситуації, нам обов'язково потрібно терміново його поновити в іншій ситуації, навіть ніяким чином не пов'язаній з попередньою. Людина завжди хоче контролювати ситуацію, і цей мотив є одним із найголовніших.

Яким чином можна посилити або послабити контроль ситуації? Для цього треба навчитися тлумачити події іншим чином, реінтерпретувати їх. Інколи надто сильний контроль є виразом психологічної негнучкості, ригідності, стереотипності, невміння реагувати спонтанно, спираючись на мінливу реальність, активно сприймаючи нові можливості й обмеження. Оптимальний контроль сприяє успіхам у діяльності та знижує почуття безпорадності, що його так важко переживати під час кризи.

Що таке контроль людини над ситуацією?

1) контроль над позитивними або негативними подіями. Є люди, які досить вдало впливають на приємні несподіванки, у той час як негативні явища роблять їх зовсім безпорадними. Є й протилежний тип, який добре мобілізується перед неприємностями, залишаючись цілком пасивним, внутрішньо безконтрольним, коли раптово виникають події позитивні.

2) особистісний контроль може бути первинним або вторинним. Коли працює первинний контроль, людина намагається змінити зовнішні обставини для досягнення своїх цілей. Вторинний контроль – це вже спроби змінити не обставини, а себе, щоб адекватніше відповідати вимогам дійсності.

Що відбувається, коли працює передусім *первинний контроль* над негативними або позитивними подіями? Здатність запобігати цим подіям пов'язана з вірою людини у можливість їх контролювати. Тому активізується віра в особисте везіння, у спроможність захищати себе від негативних впливів або посилювати позитивні впливи за допомогою магічних дій. Дуже значущою є й віра у силу свого характеру, у моральну стійкість.

Як підключається *вторинний контроль*? Коли йдеться про вторинний контроль над негативними чи позитивними подіями, головною стає віра в існування персонального зв'язку з вищою силою, Богом, що забезпечить захист від життєвих неприємностей або ще більше сприятиме особистісному везінню.

На що спрямований особистісний контроль?

Слід розрізняти контроль як загальну віру людини у власні можливості впливати на хід подій і контроль як реальну здатність до контролювання

ситуації. Декому важливо передусім відчувати свою спроможність втрутитися, змінити обставини, хоча реально людина поки що нічого не робить, лише потрохи підвищує самооцінку. Для іншого головне – це побачити реальний результат своєї активності, втілення своїх зусиль у життя.

Намагаючись зрозуміти, який саме контроль є характерним для тієї чи тієї людини, важливо зосередитись на прагненні реально вирішити проблему. Таке вирішення може бути дієвим, поведінковим або лише уявленим, когнітивним.

Неабияке значення має *пошук соціальної підтримки*, що значною мірою знижує тривожність.

Людина повинна відчувати, що вона має надійний психологічний тил, щоб сконцентруватися для опору. Важливо також проаналізувати, чи вирішується ситуація радикально, чи є необхідність повернення до неї, як можна оцінити ефективність обраного контролю.

Який саме з цих варіантів суб'єктивного контролю ефективніше впливає на поведінку у критичних життєвих ситуаціях – це питання поки що залишається відкритим. Все залежить від: типу особистості, способу опанування, стадії кризи.

Фахівці *Ізраїльської Коаліції по роботі з Травмою* (Методичний посібник для фахівців, що працюють із травмою. О. Гершанов М.Ед, терапевт КПП) наголошують, що за статистикою у 80-75% людей, які пережили травматичні ситуації, де була пряма загроза їх цілісності і життю, згодом не розвиваються посттравматичні розлади, а демонструють адаптивне пристосування і подолання наслідків травматичних ситуацій.

Аарон Антоновський – ізраїльський професор медичної соціології, вперше ввів поняття **салютогенезу** – підходу, заснованого на душевному здоров'ї та зверненні до ресурсів людини. Цей підхід відрізняється від патогенного, прийнятого в охороні здоров'я.

Патогенний підхід звернений до патології і способам її лікування. За теорією А. Антоновського, людина, що демонструє ефективну адаптивність, володіє «почуттям пов'язаності» з дійсністю (sense of coherence) – особистісна риса, що відображає схильність бачити світ зрозумілим, осмисленим і керованим.

Розберемо ці критерії. «*Зрозумілість*» світу можлива тільки при вступі в контакт із ним і отриманні інформації про нього. І тільки під час і після контакту можливі осмисленість і управління.

Основною перешкодою на шляху контакту зі зміненим світом після пережитої травматичної події є відчуття *розриву безперервності життя* і відчуття, що «світ звалився» і що колишні стратегії поведінки не працюють. Так само можуть бути загублені або змінені соціальні ролі і функції.

На підтвердження концепції опори на здорову частину психіки і на розвиток активної адаптивної поведінки, ізраїльські психологи звертаються до концепції пошукової активності професора Вадима Ротенберга.

В. Ротенберг стверджує, що: «Активна поведінка в умовах

невизначеності (пошукова поведінка) є найважливішим фактором соматичного здоров'я, запобігає виникненню психосоматичних захворювань і підвищує стійкість організму до стресу. Навпаки, відмова від пошуку є неспецифічною і універсальною передумовою до розвитку найрізноманітніших форм патології».

Тобто, ґрунтуючись на дослідженнях, що проводяться професором В. Ротенбергом і психофізіологом професором Віктором Аршавським, можна говорити про те, що моделюючи в консультаційному і терапевтичному процесі, і навчаючи людину, яка пережила травматичну або кризову подію, пошуковій активності, тим самим ми створюємо умови для збереження не тільки душевного, а й фізичного здоров'я.

2. Критерії психологічного здоров'я особистості та ресурси для його відновлення

Колишній президент Всесвітньої і Європейської психіатричних асоціацій, директор відділу охорони психічного здоров'я ВООЗ Норман Сарторіус зазначав, що психічне здоров'я передбачає:

- 1) відсутність явних психічних порушень;
 - 2) наявність у людини певного резерву сил, завдяки яким вона може долати несподівані, неочікувані стресові ситуації;
 - 3) стан рівноваги людини з навколишнім середовищем, суспільством.
- Що ж таке здоров'я психологічне? Насамперед це здоров'я не організму, не психіки, не соціуму, а особистості. Хоча і тіло, і психіка, і людське оточення на психологічне здоров'я впливають.

Це не відсутність у житті людини складних проблем, що заважають гармонійному життєконструюванню, а радше наявність ресурсу для їх розв'язання.

Це здатність знов і знов знаходити себе у великих і малих групах, відчувати підтримку і прийняття з боку професійної, сімейної спільноти, з боку друзів, сусідів, знайомих.

Це здатність легко адаптуватися до очікувань соціуму, здатність продуктивно навчатися і працювати.

Це впевненість у тому, що життя має певний сенс, а не є просто машинальним функціонуванням чи зароблянням на прожиття.

Саме психологічне здоров'я стає фундаментом професійної і сімейної самореалізації, теоретично забезпечуючи високу якість життя та суб'єктивне благополуччя.

Оновлення психологічного здоров'я є підґрунтям для повернення до нормального життєконструювання, а нормальне життєконструювання зовсім не передбачає консервативної стабільності. Ми завмираємо і перестаємо рухатися вперед, коли вичерпано ресурси.

У нас немає сили на освоєння чогось нового, коли нам страшно, коли немає підтримки, коли навколишні умови занадто небезпечні

Т. Титаренко з колегами проаналізували 32 теорії особистості: А. Адлера, Х. Айзенка, А. Бандури, А. Бека, К. Горні, В. Джеймса, Е. Еріксона, П. Жане, Дж. Келлі, Р. Кеттела, Ж. Лакана, К. Левіна, Р. Д. Лейнга, Г. Марселя, А. Маслоу, Г. Меррея, Р. Мея, У. Мішеля, Я. Морено, Г. Оллпорта, Ф. Перлза, В. Райха, К. Роджерса, Дж. Роттера, Г. Саллівена, Б. Скіннера, В. Франкла, З. Фрейда, Е. Фромма, Е. Шпрангера, В. Штерна, К. Г. Юнга.

Процедура інтелектуальної фільтрації дала змогу зібрати первинну емпіричну інформацію завдяки фільтрам, роль яких виконували запитання: “Яка особистість для автора є нормальною, збалансованою, гармонійною, зрілою?”, “Які характеристики особистості говорять про відсутність відхилень, невротичних розладів, патологічних станів?”, “Які синоніми для опису здорової особистості використовує автор?”. Для обробки даних використовувався метод контент-аналізу.

У результаті виявилось, що *психологічно здорова особистість* – це особистість цілісна, самореалізована та самоврегульована.

Ці три індикатори є найбільш частотними, ними користується абсолютна більшість авторів. Отже, їх можна вважати ключовими, такими, що становлять ядро здорової особистості. Недостатня вираженість хоча б одного з трьох показників говорить про невисокий рівень психологічного здоров'я, який може бути тимчасовим чи постійним.

Крім того, було виокремлено периферійні індикатори особистісного здоров'я:

- на індивідуально-психологічному рівні – креативність, збалансованість та адаптивність;
- на ціннісно-смысловому рівні – схильність до пошуку нових сенсів, здатність до осмислення досвіду та вміння отримувати задоволення від життя;
- на соціально-психологічному рівні – схильність до співробітництва, здатність співпереживати та почуття відповідальності перед оточенням (Титаренко, 2016).

Якими критеріями підтримання і відновлення психологічного здоров'я особистості, що переживає наслідки тривалої травматизації, мають керуватися психологи-практики?

Такі критерії мають відповідати на питання про те, які особистісні структури найбільше страждають в умовах довготривалого стресу, і що робити для відновлення частково втрачених функцій, для того щоб запобігти ускладненням.

Основною функцією здорової особистості є, на думку Т. Титаренко, здатність активно змінювати власне життя в бажаному напрямі, враховуючи як виклики непередбачуваного і динамічного навколишнього світу, так і внутрішні потенції та інтенції. Відповідно, *базовим критерієм збереження психологічного здоров'я вважатимемо готовність до життєтворення, життєконструювання*. Його складовими будуть допоміжні критерії покращення психологічного здоров'я особистості. Щоб їх виокремити, розгляньмо найбільш значущі особистісні структури:

- 1) сфера ставлення особистості до самої себе;
- 2) ціннісно-мотиваційна сфера;
- 3) сфера самореалізації;
- 4) сфера стосунків з оточенням.

Сфера саморозуміння, самоідентифікації, стосунків особистості із самою собою є найважливішою сферою життя особистості, оскільки саме від неї залежить успішність функціонування всіх інших.

Що відбувається з цією сферою в результаті переживання тривалої травматизації? Людина втрачає почуття власної цілісності. Чому? Перш за все тому, що тривалий стрес послаблює, а інколи й розриває зв'язки між я-минулим, я-теперішнім і я-майбутнім.

Крім того, у разі деформації ставлення до себе знижується звичний рівень самоприйняття. Людина бачить, що не витримує життєві випробування, усвідомлює, що її характер виявився не таким сильним, як здавалося, а набутий досвід не допоміг у вирішенні нагальних проблем. Нерідко вона починає себе зневажати, що поглиблює психосоматичну симптоматику. Зростає частота руйнівних аутоагресивних станів із самозвинуваченнями, самовисміюваннями, самоприниженнями.

Тому перший критерій відновлення психологічного здоров'я – це можливість оновлення власної цілісності і безперервності шляхом реконструкції каузального зв'язку минулого, теперішнього і майбутнього та вибудовування нових життєвих перспектив, це відновлення віри в себе, без якої неможливі ефективна самопідтримка і самодопомога.

За даними Т. Титаренко, стан тривалої змобілізованості, хронічної незахищеності, невизначеності згубно діє на мотивацію людини. Гальмуються її актуальні бажання, спрощуються потреби, звужуються інтереси. Наміри, якщо і виникають, не мають потрібної емоційної забарвленості, а отже – і сили, дієвості, а хотіння втрачають інтенсивність. Ціннісна ієрархія також зазнає відчутних змін. Втрачається відчуття взаємозалежності різних етапів життя, трансформується ставлення до майбутнього як чогось непевного, небезпечного, такого, що здається інколи гіршим за теперішнє. Здатність планувати життя, регламентувати час, стимулювати реалізацію довготривалих цілей – усі ці важливі вміння тимчасово втрачаються. Розгублена, виснажена, дезорієнтована людина починає втрачати цілеспрямованість. Вона, ніби “на автопілоті”, живе сьогоднішнім днем, і кожен такий день стає блідою копією попереднього.

Отже, наступний критерій відновлення психологічного здоров'я – це можливість посилення потребово-мотиваційних, ціннісно-сміслових ресурсів особистості, що забезпечують особистісну динаміку, задають горизонти самозмін і є енергетичним джерелом зростання.

Наступна сфера, що потребує реабілітаційних впливів, – це сфера важливої діяльності, самореалізації. Тривала травматизація згубно діє на творчі потенції людини, її продуктивність, самоефективність. Заробити собі і власній сім'ї на життя тією мірою, як це було до війни, не вдається. Займатися

улюбленою справою стає все важче. Ентузіазму відчутно меншає, креативні задуми майже не виникають, а якщо і пробуджуються, то реалізувати їх людина навіть не намагається, бо немає ані сил, ані впевненості в собі, ані віри в те, що це має хоч якісь перспективи.

Отже, наступний критерій відновлення психологічного здоров'я – це можливість підтримання продуктивності і самоефективності особистості, оновлення здатності до самореалізації, підвищення креативності у ставленні до власного життя.

Ще одна особистісна сфера, яка відчутно змінюється під час війни, – це ставлення до оточення. У травмованої людини практично завжди виникають нові чи загострюються старі проблеми у стосунках із близькими, колегами, сусідами, друзями. Втрачається толерантність, знижується здатність до прийняття інших з усіма їхніми особливостями. Це врешті-решт призводить до погіршення якості спілкування та співробітництва. Зменшується здатність до співчуття, посилюються егоцентризм, байдужість, інколи конфліктність, агресивність, а інколи виникає бажання взагалі ізолюватися від контактів.

Тому наступний критерій відновлення психологічного здоров'я – це можливість відновлення відповідного рівня емоційного інтелекту і комунікативної компетентності, що передбачає здатність налагоджувати і підтримувати продуктивні, теплі, щирі стосунки з оточенням.

Спираючись на згадані індикатори і критерії здоров'я особистості, ми виокремили основні вектори роботи над собою. Спробуємо розібратися, що робити для підвищення самоприйняття, комунікативної компетентності, самореалізованості і цілісності:

1. *Неправильно* для покращення самоприйняття – знижувати вимогливість до себе, відмовлятися від відповідальності і самодисципліни, культивувати безмежну поблажливість до власних недоліків і помилок.

Правильно для поліпшення самоприйняття – розвивати здатність до самоусвідомлення, до вміння бачити себе очима інших, до рефлексивності.

Мішені внутрішніх зусиль: формування звички до перманентного самопостереження; осмислення власного ставлення до змінюваних життєвих обставин; вчасна увага до внутрішніх суперечностей, які виникають.

2. *Неправильно* для підвищення комунікативної компетентності – збільшувати кількість знайомих, друзів, підвищувати інтенсивність спілкування в реальному житті і в соціальних мережах; відсторонюватися від колег, сусідів, родичів, культивувати в собі ворожі почуття до оточення.

Правильно для досягнення більш високого рівня комунікативної компетентності – працювати над розвитком загального доброзичливого ставлення до оточення, розвивати різноманітні способи взаємодії.

Мішені внутрішніх зусиль: зростання толерантності до інакшості тих, хто поруч, їхньої несхожості на нас, інших цінностей і пріоритетів; розвиток емпатійності, чуйності до переживань тих людей, з ким нас зводить доля; формування поступливості, здатності до компромісів заради взаєморозуміння і співробітництва.

3. *Неправильно* для продуктивної самореалізації – прагнути обов’язково заробляти великі гроші, досягати кар’єрних висот чи безмежної влади.

Правильно для досягнення більш високого рівня реалізованості та самоефективності – прагнути розгорнути внутрішній потенціал, віднайти власне призначення.

Мішені внутрішніх зусиль: активізація уваги до власних зацікавлень, здатностей, обдаровань; розвиток довготривалої мотивації, формування здатності долати перешкоди; щоденна стимуляція креативності, активізація віри у власні сили.

4. *Неправильно* для досягнення особистісної цілісності – хотіти досягнути внутрішньої константності, стабільних умов існування, шукати гарантії передбачуваності.

Правильно для поступу до більшої інтегрованості – приймати свою тимчасову дезінтегрованість; розвивати готовність змінюватися, шукати себе в нових, непростих і незвичних життєвих обставинах; стимулювати власну пластичність, змінюваність, здатність до трансформації.

Мішені внутрішніх зусиль: розвиток здатності бачити взаємовплив власного минулого, теперішнього і майбутнього, формування готовності до ціннісно-смислового оновлення під впливом життєвих несподіванок та робота над життєстійкістю, здатністю сприймати випробування як стимул для зростання.

Часові горизонти мешканців України останнім часом істотно видозмінюються. Для кожного з нас актуальним є непередбачуване теперішнє, наше складне “тут-і-тепер”, тоді як мирне минуле здається чимось примарним, майже сном, так само, як і майбутнє, якого всі так прагнуть і яке називається “коли закінчиться війна”. Тому слід враховувати, що самоідентифікування, освоєння нових комунікативних територій, сенсоутворення великою мірою залежать від того, як особистість тлумачить зміст і значущість того етапу життєвого та історичного шляху, який уже пройдено, який долається сьогодні і який ще попереду.

Ще одне важливе питання: чи можна підтримувати психологічне здоров’я, сприяти його відновленню у людей, що постраждали внаслідок тривалих воєнних дій, не будучи дипломованим психологом або психотерапевтом?

Безумовно, якщо не йдеться про складні посттравматичні стани. Якщо в людини вочевидь є симптоми ПТСР, треба обов’язково переконати її в необхідності професійної консультації і допомогти зустрітися із спеціалістом. У будь-якому випадку бажано спиратися на такі ресурси.

По-перше, слід насамперед усіляко активізувати медійні ресурси, вплив яких на загальний стан населення важко переоцінити. Телебачення, радіо, газети, соціальні мережі мають оперативно і компетентно інформувати різні верстви населення про значущість підтримки, збереження психологічного здоров’я, про шляхи досягнення суб’єктивного благополуччя. Професійні психологи мають з екранів телевізорів навчати населення різноманітних

способів самовідновлення, зняття стресу, підвищення адаптивності. Це уможливить подальшу трансляцію набутих знань так званими волонтерами, які також надаватимуть допомогу своїм рідним, близьким, колегам, знайомим. Якщо на державному рівні всерйоз задіяти медіаресурс, можна підготувати велику кількість таких добровільних психологів-волонтерів, що буде сприяти підвищенню психологічної грамотності населення.

По-друге, психологам слід по-новому поглянути на невичерпні ресурси сім'ї і використовувати їх для подолання у людей, що переживають наслідки довготривалої травми, почуття невпевненості в собі, своїх силах, власному майбутньому. Саме сімейне коло допоможе опанувати страх за власне життя і життя близьких, розвинути життестійкість, опірність стресам. У сім'ї особистість зазвичай отримує такі важливі для оновлення психологічного здоров'я дози гумору, іронії, оптимізму. А оптимісти, як відомо, легше долають перешкоди, тому що вміють зосередитися на локальній проблемі, не перебільшуючи її значення. До того ж вони завжди більш активні і вмотивовані надавати допомогу іншим. Отже, реабілітаційний потенціал сім'ї має бути переосмисленим й активізованим.

І, по-третє, психологам не слід забувати про особистісні ресурси, завдяки яким людина самотійно відновлюється після множинних психічних, фізичних, соціальних, духовних втрат. Ніякі тренінги, консультації, психотерапевтичні сесії не зможуть охопити величезні маси людей, які вже сьогодні потребують реабілітації. Тому так важливо орієнтуватися на способи психогігієни, прийоми самодопомоги, які можна використовувати самотійно для підвищення стресостійкості, формування навичок самоопанування, ефективної регуляції складних емоційних станів.

3. Способи, методи, форми психологічної підтримки особистості в кризових ситуаціях

3.1. Травма-фокусована, когнітивно-поведінкова терапія, EMDR

Коли йдеться про допомогу особам, які внаслідок переживання травми дістали розлад психічного здоров'я (найчастіше це посттравматичний стресовий розлад), то найбільш ефективними є травма-фокусовані інтервенції, що ґрунтуються на експозиції щодо травматичних спогадів. Це передусім травма-фокусована, когнітивно-поведінкова терапія, а також десенсибілізація та репроцесуалізація за допомогою руху очей.

Інші ефективні методи лікування включають коротку еклектичну психотерапію, десенсибілізацію та репроцесуалізацію (опрацювання) рухів очей (EMDR), також терапію наративного впливу, а також специфічні ліки. Ці методи лікування більш докладно описані нижче.

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – це всеохоплюючий термін

для терапевтичних методів лікування, які стосуються засвоєної та умовної поведінки, думок (пізнання) та емоційних реакцій. Ці стратегії можуть включати когнітивну перебудову, зміни в поведінці та розвиток навичок подолання. Більшість описаних нижче методів лікування включають методи КПТ.

Що таке когнітивно-поведінкова терапія?

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є формою психологічного лікування, яка продемонструвала свою ефективність для вирішення ряду проблем, включаючи депресію, тривожні розлади, проблеми з вживанням алкоголю та наркотиків, сімейні проблеми, розлади харчування та важкі психічні захворювання. Численні дослідження показують, що КПТ призводить до значного покращення функціонування та якості життя. У багатьох дослідженнях було продемонстровано, що КПТ настільки ж ефективна або ефективніша, ніж інші форми психологічної терапії чи психіатричні препарати.

Важливо підкреслити, що успіхи в КПТ були досягнуті на основі як досліджень, так і клінічної практики. Дійсно, КПТ є підходом, для якого існує достатньо наукових доказів того, що розроблені методи насправді приносять зміни. Цим КПТ відрізняється від багатьох інших форм психологічного лікування.

КПТ ґрунтується на кількох основних принципах:

- Психологічні проблеми частково засновані на хибних або непотрібних способах мислення.
- Психологічні проблеми частково засновані на засвоєних моделях некорисної поведінки.
- Люди, які страждають від психологічних проблем, можуть навчитися кращим способам справлятися з ними. Тим самим вони полегшують свої симптоми і стають більш ефективними в своєму житті.

*Лікування КПТ зазвичай включає зусилля, спрямовані на **зміну моделей мислення**.* Ці стратегії можуть включати:

- Навчання розпізнаванню своїх спотворень у мисленні, які створюють проблеми, а потім переоцінки їх з урахуванням їхньої реалістичності.
- Краще розуміння поведінки та мотивації інших.
- Використання навичок вирішення проблем задля того, щоб справлятися зі складними ситуаціями.
- Підвищення рівня почуття впевненості у власних силах.

*Лікування КПТ також зазвичай передбачає спроби **змінити поведінкові моделі**.* Ці стратегії можуть включати:

- Зустріч зі своїми страхами замість того, щоб уникати їх.
- Використання рольових ігор для підготовки до потенційно проблемних взаємодій з іншими.
- Навчання заспокоювати свій розум і розслабляти тіло.

Не всі фахівці з КПТ будуть використовувати всі ці стратегії. Швидше, психолог і пацієнт/клієнт працюють разом, у формі співпраці, щоб розвинути

розуміння проблеми та розробити стратегію лікування.

КПТ робить акцент на тому, щоб допомогти людям навчитися бути самим собі терапевтами. За допомогою вправ під час сесії, а також вправ «домашнього завдання» поза сесіями пацієнтам/клієнтам допомагають розвинути навички подолання, завдяки чому вони можуть навчитися змінювати власне мислення, проблемні емоції та поведінку.

Терапевти КПТ наголошують на тому, що відбувається в поточному житті людини, а не на тому, що призвело до її труднощів. Потрібна певна кількість інформації про історію, але увага зосереджується на тому, щоб рухатися вперед у часі, щоб розробити ефективніші способи подолання життєвих труднощів.

2. Терапія когнітивної обробки є специфічним видом когнітивно-поведінкової терапії. Вона зосереджується на способах мислення, які виникли в результаті травми і ролі, яку неточні або спотворені думки відіграють в емоційних реакціях і поведінці.

Цілі – заохочувати вираження природних емоцій та сприяти балансуванню набору переконань щодо травматичної події, себе, інших і світу. Це включає навчання щодо ПТСР та КПТ, обробки травми та навчання оскарженню своїх думок про травму.

3. Когнітивна терапія (КТ) – це коротка, цілеспрямована терапія, яка допомагає пацієнту проаналізувати викривлене мислення, щоб змінити існуючі переконання та умови, а також змінити пов'язану з цим проблемну поведінку.

4. Терапія тривалого впливу, експозиційна терапія (ПЕ) – це специфічний вид когнітивно-поведінкової терапії. Він призначений для того, щоб допомогти людям з посттравматичним стресовим розладом емоційно переробити свій травматичний досвід шляхом повторного перегляду та переказу своїх спогадів про травму, що називається «уявним впливом». Це також передбачає повторне, поступове зіткнення з страшними ситуаціями, місцями та речами, які є об'єктивно безпечними, але відчуються більш небезпечними після травматичної події.

Експозиційна терапія – це психологічне лікування, яке було розроблене, щоб допомогти людям протистояти своїм страхам. Коли люди чогось бояться, вони прагнуть уникати предметів, діяльності чи ситуацій, яких бояться. Хоча це уникнення може допомогти зменшити почуття страху в короткостроковій перспективі, у довгостроковій перспективі це може зробити страх ще гіршим. У таких ситуаціях психолог може порекомендувати програму експозиційної терапії, щоб допомогти зламати шаблон уникнення та страху.

У цій формі терапії психологи створюють безпечне середовище, в якому можна «піддавати» людей речам, яких вони бояться та уникають. Вплив об'єктів, діяльності чи ситуацій, що викликають страх, у безпечному оточенні

допомагає зменшити страх і зменшити уникнення.

Існує кілька варіантів експозиційної терапії. Ваш психолог може допомогти вам визначити, яка стратегія є найкращою для вас. До них належать:

- *Вплив in vivo*: безпосереднє зіткнення з об'єктом, ситуацією чи діяльністю, що викликає страх у реальному житті. Наприклад, комусь із соціальною тривогою можна доручити виголосити промову перед аудиторією.
- *Уявна експозиція*: яскраве уявлення об'єкта, ситуації чи діяльності, якої боїшся. Наприклад, когось із ПТСР можна попросити згадати та описати свій травматичний досвід, щоб зменшити почуття страху.
- *Інтероцептивний вплив*: навмисне викликання фізичних відчуттів, які нешкідливі, але викликають страх. Наприклад, хтось із панічним розладом може отримати інструкцію бігти на місці, щоб прискорити серцебиття, отже, дізнатися, що це відчуття не є небезпечним та ін.

Експозиційна терапія також може проводитися різними способами. До них належать:

- *Графічна експозиція*: психолог допомагає клієнту побудувати ієрархію страху, в якій об'єкти, види діяльності чи ситуації, яких він боїться, ранжуються за складністю. Починають з ситуацій помірно важкого впливу, потім переходять до більш важких.
- *Затоплення*: використання ієрархії страху, починаючи з найскладніших завдань.
- *Систематична десенсибілізація*: в деяких випадках вплив можна поєднати з вправами на розслаблення, щоб підвищити саморегуляцію і навчитися пов'язувати об'єкти, діяльність або ситуації, які викликають страх, з розслабленням.

Вважається, що *експозиційна терапія допомагає кількома способами, зокрема:*

- *Звикання*: з часом люди виявляють, що їх реакції на об'єкти або ситуації, яких вони бояться, зменшуються.
- *Зникнення*: допомога у послабленні раніше створених асоціації між об'єктами, діяльністю або ситуаціями, які викликають страх і поганими результатами.
- *Самоефективність*: вплив може допомогти показати клієнту, що він/вона здатний/на протистояти своїм страхам і може керувати почуттям тривоги.
- *Емоційна обробка*: під час впливу клієнт може навчитися формулювати нові, більш реалістичні переконання щодо об'єктів, діяльності чи ситуацій, яких він боїться і може відчувати себе більш комфортно.

5. Коротка еклектична психотерапія (БЕР) поєднує в собі різні методи когнітивної поведінкової терапії, включаючи релаксацію та уяву, з іншими стратегіями, спільними для різних видів лікування. Терапевтична діяльність може включати опис травми, вивчення того, як досвід травми

змінив пацієнта і проведення ритуалу прощання, щоб відзначити кінець терапії та період часу, протягом якого досвід травми домінував у житті пацієнта.

6. Десенсибілізація та репроцесуалізація (опрацювання) рухів очей (EMDR) – це восьмифазова психотерапія, яка допомагає пацієнту обробляти та розв'язувати травматичні спогади. Під час EMDR-терапії пацієнт концентрується на емоційно тривожному матеріалі, що виникає внаслідок його травми, одночасно зосереджуючи увагу на контрольованих подразниках, таких як рухи очей або звуки. Пацієнт повідомляє про будь-які нові думки, які з'являються і повторює цей процес до тих пір, поки спогад не перестане переживатися.

7. Наративна експозиційна терапія (НЕТ) – це лікування травматичних розладів, під час якого терапевт просить пацієнта створити хронологічну розповідь про своє життя, зосереджуючись переважно на його травматичних переживаннях. Таким чином, пам'ять про травматичний епізод можна уточнити та помістити в більш широкий контекст життя пацієнта.

8. Травмафокус (Traumafokus® (TF)) – це сучасний психотерапевтичний метод лікування психічних травм, стресових розладів, психосоматичних та хронічних больових розладів.

Метод спрямований на зміну механізмів регуляції **стресу та болю у тілі та мозку**. Травмафокус – метод, заснований на глибинній психології, який використовується для опрацювання травматичного, психічного, фізичного та соціального стресу. За допомогою травмафокус-методу можна психотерапевтично лікувати гострі та хронічні больові розлади успішно та з досягненням стійкого ефекту. ТФ підходить для застосування як для дорослих, так і для дітей та підлітків, включаючи батьків.

Метод лікування покликаний формувати безпосереднє нейронне опрацювання хронічного стресу в мозку та тілі без викликання свідомих спогадів. Це означає, що стресові переживання у ранньому дитячому віці, а також сенсорні пре-, пери- та постнатальні переживання, які зберігаються та доступні в мозку та тілі, можуть опрацьовуватися та вирішуватися за допомогою травмафокусу.

Під час терапевтичного сеансу відбувається регуляція стресу в мозку та частинах тіла. Це створює нові нейронні зв'язки в мозку, які призводять до тривалого позбавлення від симптомів.

Принцип дії травмафокусу (тф)

Травмафокус – це **ощадний метод без повторного переживання травми** (без впливу на клієнта найстрашніших образів, відчуттів та болю) – як для клієнтів, так і для терапевтів.

Під час сеансу травмафокусу в мозку клієнта, який перебуває у

дисрегульованому дуже збудженому стані стресу, запускаються процеси регуляції, що призводять до відчутного заспокоєння. Цей процес регуляції працює непостійно, а зменшується хвилеподібно. У нервовій системі формуються нові механізми та зв'язки. Ці новоутворені нейронні зв'язки клієнти сприймають через усвідомлені тілесні відчуття, тобто опрацьований felt sense сприймається як приємне.

Для суб'єктивного **вимірювання активації стресу** ми іноді використовуємо 11-бальну шкалу SUD. Ця шкала коливається від 0 (=немає стресу) до 10 (= максимальний стрес).

Травмафокус вважається новим нейропсихотерапевтичним підходом для опрацювання травми та болю, при якому ймовірність ретравматизації клієнтів є дуже низькою. Увага звертається на те, щоб клієнт зберігав свій зв'язок з реальністю протягом усього сеансу. Це відбувається за допомогою свідомо контрольованого, повільного дихання та так званого мультимодального білатерального заземлення .

Клієнтів не просять безпосередньо працювати зі своєю стресовою травмою або протистояти їй, набагато більше їм дозволяється залишатися на felt sense, пов'язаному з тілом.

Травмафокус можна розуміти як новий нейропсихотерапевтичний **метод травмотерапії**, який використовується не тільки для травматичних переживань, але й для інших психічних захворювань. Це глибоко психологічний, орієнтований на тіло метод психотерапії для безпосереднього опрацювання гострих та хронічних травматичних стресів, які зберігаються в підсвідомості.

Підхід виходить з того, що значимі для терапії фізіологічні та емоційні спогади відповідають позиціям очей і можуть цілеспрямовано активуватися у ділянці обличчя. У той час як неопрацьовані переживання,

приховані в імпліцитній пам'яті, активізуються за допомогою відповідної позиції очей, так званого мимовільного **фокусу очей**, з його допомогою вони можуть бути повністю опрацьованими.

Травмафокус використовує **два механізми дії**:

- Активація імпліцитного змісту пам'яті
- Сфокусована уважність протягом усього терапевтичного процесу

Процес в травмафокусі ґрунтується на багаторівневих терапевтичних площинах зв'язків:

а) лімбічним зв'язком між терапевтом і клієнтом (двостороння взаємодія правих півкуль)

б) саморегуляції за допомогою фокусів очей клієнта

в) точного та уважного спостереження за диханням клієнта.

Важливо при цьому поєднувати терапевтичну позицію без гіпотез, припущень, інтерпретацій тощо. Досвід показує, що імпліцитна позиція має кращий і більш цілеспрямований вплив на процес опрацювання.

Терапевти ніколи не знають, що відбудеться чи з'явиться наступним у

клієнта; вони просто створюють умови для співпереживаючого та вдячного терапевтичного взаємозв'язку, завдяки якому клієнт, який підсвідомо зберігає травматичний вміст, проходить своїми власними шляхами, які залежно від часу та місця призводять найближчим часом до повного позбавлення та інтеграції.

Використовуючи поле зору, ми можемо розпізнати, де травматичні переживання інкапсульовані з одного боку, а де сильні сторони та життєві сили клієнта – з іншого. Метою методу є досягнення повного позбавлення від заблокованого збудження в мозку та тілі клієнтів.

Травмафокус – це відкрита і всебічна модель травмапсихотерапії. Його легко поєднувати та доповнювати іншими психотерапевтичними методами.

Основні терапевтичні позиції в травмафокусі

До основної терапевтичної позиції, в першу чергу, належать вміння **слухати** клієнта без передчасного формування гіпотез і точна фіксація того, що хвилює клієнта всередині і як він досі давав собі раду з описаним стресом. Гюнтер Шмідт на своїх семінарах називає це **компетентністю** клієнта.

Стратегія у травмафокусі в основному орієнтована на процес, тобто менш орієнтована на ціль, оскільки ні клієнт, ні терапевт, незважаючи на початкове фокусування на мету терапії чи сеансу не можуть знати, що приховується у підсвідомому клієнта і як з'являються неопрацьовані спогади. Найпридатнішою для цього є позиція, що є неупередженою, відкритою і яка супроводжується цікавістю. Ефективно, коли ми, терапевти, відкладаємо будь-які припущення, навіть очевидні, оскільки вони роблять процес терапії більш дифузним і можуть гальмувати підсвідомість клієнтів.

Основна терапевтична позиція включає також **уважне фокусування на позиції очей** клієнта, коли він говорить про стресові аспекти. Цей підхід дозволяє клієнтам підсвідомо підтримувати таку позицію очей, яку ми у травмафокусі називаємо **фокусом очей**. Спосіб дії цієї терапевтичної позиції докладно описаний.

Третій принцип терапевтичної позиції – **спостереження за диханням** пацієнта і, у випадку необхідності, приведення до свідомої **регуляції дихання**. У ссавців і людини дихання змінюється, коли нервова система переключається з безпеки на небезпеку чи смертельну небезпеку. Ми можемо легко спостерігати цей нейрофізіологічний феномен в травмотерапії і використовувати його терапевтично.

Ще один цінний аспект роботи, орієнтованої на травматерапію, полягає в тому, що кожен пацієнт має в собі численні приховані **ресурси**, які потрібно разом виявити. У ТФ у нас є різні варіанти доступу:

- власні тілесні та сенсорні ресурси
- носій прив'язаності
- відчутні в тілі ресурси, такі як полегшення, радість, безтурботність, відпочинок тощо.

▪ формулювання побажань і цілей, а також розвиток внутрішніх образів

У травмафокусі ми використовуємо вдосконалену форму **фокусування на felt sense**, яка бере свій початок від Юджина Джендліна (1998). Вже саме ретельне спостереження за позицією очей та типом дихання підтримує та зміцнює сталість терапевтичного процесу між клієнтом та терапевтом.

Терапевтичні позиція та ставлення до людей з травмами, неопрацьованими переживаннями, хронічними больовими розладами або важкими, небезпечними для життя дисоціативними розладами відіграють центральну роль у травмафокусі.

Сприйняття та спостереження: позиції очей – фокус очей

Зорова система, зір, можливо, є нашим найважливішим органом чуття, який дає нам орієнтацію в просторі. Якщо ми загубилися в лісі та втратили орієнтацію, відчуття безпеки значно зменшується. Схожа ситуація з дитиною, яка раптом більше не бачить своїх батьків в аеропорту і їй раптом все здається дуже чужим. Хороша візуальна орієнтація дає нам, людям, безпеку. Напевно, не випадково в травмотерапії утвердилися методи, які займаються рухами очей або напрямками поглядів .

Одним з найважливіших принципів в травмафокусі є позиція спостереження із спокійною цікавістю, особливо за верхньою частиною обличчя, яку Порджес називає "upper face" . У цій ділянці можна розпізнати усі емоції.

У той же час ми спостерігаємо, куди клієнт дивиться (фокуси очей), доки він відчуває щось стресове в тілі або говорить про нього. Якщо очі лише недовго перебувають в положенні активації, це означає лише те, що збудження є занадто великим, щоб можна було б і надалі утримувати напрямок зору.

Ми називаємо цю терапевтичну техніку так званим **імпліцитним фокусом зору**, який також описаний в роз. 8.2. З'ясувалося, що клієнти підсвідомо реагують позитивно і відчувають емоційне прийняття, коли терапевт спокійно спостережливо сприймає ділянку навколо очей клієнта. Порджес (2011) вказує в цьому пункті, що контакт очей є головним фактором зв'язку.

Дихання як терапевтична основа у травмафокусі

Терапевт звертає увагу на тип дихання клієнта під час опрацювання травми: чи змінюється, чи стає неспокійнішим або швидшим і чи відчуває клієнт в цей момент страх.

Основним терапевтичним принципом у травмафокусі є постійне спостереження за диханням клієнта. **Наше дихання керує нашою нервовою системою** при заспокоєнні, небезпеці і загрозі життю. Це трапляється мимовільно і може використовуватися терапевтично.

Люди з тривожними розладами вдихають більше, ніж видихають. При

швидкому вдиханні симпатична нервова система збуджується і видихається мало повітря, виникає стан гіпервентиляції. Деякі також повідомляють про задишку, тобто вони не отримують достатньо повітря. Справа в тому, що люди з цими розладами мають **занадто багато повітря**, але не видихають його достатньо.

Метою такого типу дихання є можливість втекти від небезпеки. Якщо ми як терапевти спостерігаємо в терапії, що клієнт під час своєї розповіді про травму починає підсвідомо дихати сильніше, ми знаємо, що опрацювання травми сповільнюється, оскільки клієнт емоційно застряє в травматичному минулому більше, ніж **сприймає минуле із позиції теперішнього**.

Лімбічне слухання та мовлення в терапії

Лімбічна система – це частина нашого мозку, яка регулює почуття, настрій, потяг та наші інстинкти. Це наш емоційний мозок, який емоційно оцінює всі відчуття, перш ніж ми їх усвідомлюємо. При лімбічному слуханні та сприйнятті йдеться про позицію активного слухання та спостереження.

Приклад лімбічного слухання та мовлення

Якщо клієнт повідомляє, що відчуває тиск на груди після того, як ми, наприклад, поцікавились у нього, де в тілі він відчуває страх, який щойно виник, ми запам'ятовуємо це місце, не запитуючи чи уточнюючи це розумом. Це дає можливість клієнту просто відчувати почуття, не замислюючись про нього чи відповідаючи на свідоме запитання. Якщо ми ставимо питання: "Де в тілі Ви це відчуваєте?", відповідь на нього є можливою без роздумів. Але давайте запитаємо: "Відколи Ви маєте страхи?", клієнт повинен подумати, перш ніж нам відповісти.

Наступні особливо значимі аспекти для лімбічного мовлення та слухання:

- **Що саме** зараз з'являється у клієнта?
- **Яке дихання** клієнта під час відчутого стресу? Чи це інгаляція (вдихання), яка з'являється при відчутті страху (небезпеки), чи поверхнєве дихання, що характерне для дисоціації, іммобілізації (загрози життю)?
- Слід з цікавістю звернути увагу на **фокус очей** клієнта, його міміку та напругу тіла.
- Терапевтові потрібно бути добре **пов'язаному з власними ресурсами**: це підсилює і підтримує зв'язок правої півкулі головного мозку до правої півкулі у терапевтичних відносинах.

Що ми розуміємо під **лімбічним мовленням**? Під час опрацювання травми за допомогою травмафокусу ми створюємо транс бадьорого стану, при якому клієнти відчувають себе емоційно, фізично, мають внутрішні образи та спогади тощо. Не мало б сенсу переміщувати їх з цього чутливого стану сприйняття раціональними зауваженнями, інтерпретаціями чи питаннями. З

дослідження травми нам відомо, що у людей, які страждають стресовими захворюваннями, чи які мають депресію чи страждають флешбеками від травматичних переживань, мислення та дії блокуються або значно послаблені. Це є причиною, чому ми уникаємо когнітивних питань, як це робимо у повсякденному житті, таких як наприклад: *Чого Ви боїтеся? Чому Вам важко відмежуватися?*

При лімбічному мовленні втручання складається з таких аспектів:

- **Ключовий зміст** відтворюється дослівно незмінно (навіть діалект) з деяким відтермінуванням (лімбічне віддзеркалення).

- Розміщення або «felt sense» (Джендлін, 1998) почуттів, відчуттів, больових подразників тощо у тілі.

- **Зв'язок з реальністю** підсилюється усвідомленням дихання та заземленням.

- Позитивні сприйняті зміни (клієнтом) приймаються та відтворюються: "Відчуйте, як це відчувається..."

Терапевт з цікавістю стежить за внутрішнім процесом клієнта і утримується від будь-яких гіпотез, висловлювань, думок, тлумачень та інтерпретацій. Він приділяє ретельну увагу **ключовим фразам** або **ключовим словам**.

Висновки:

1. Психічне здоров'я (ВООЗ) - стан благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти.

2. Завдання травмотерапії: навчити людину адекватно реагувати на небезпеку; відновити здатність жити в безпеці – почувати себе захищеною, розслабленою, потрібною.

3. Будь-який емоційний досвід перебуває в континуумі «тіло-свідомість», тобто, те, що впливає на тіло, впливає і на свідомість; а те, що впливає на свідомість, впливає й на тіло. Цей факт необхідно враховувати в процесі відновлення від травми.

ТЕМА 8. ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ ТА ПІДВИЩЕННЯ СТІЙКОСТІ ДО СТРЕСУ

План лекції:

1. Формування навичок для психологічного відновлення. Підвищення стрессостійкості
2. Етапи консультування з надання НПВ:
3. Навичкам роботи з реакціями на стрес

Рекомендована література

Основна:

1. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. – Х.: Видво НУЦЗУ, 2017. 777 с
2. Посібник з навчального курсу з молодіжної роботи, інформованої про травму. Авторський колектив: Н. Боярський, Ю. Єлфімова, Н. Макієнко, О. Черних, Рада Європи, 2022. 176 с. URL: <https://rm.coe.int/posybnyk-trauma-informed-youth-works-ukr-digital-yfduii/1680a8ec2f>

Додаткова:

1. Богданов С., Залеська О. Психосоціальна підтримка в кризовій ситуації : методичний посібник для педагогів. К. : Пульсари, 2018. 76 с.
2. Брієр Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. / Наук. Ред. В. Горбунова, В. Климчук. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.
3. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
4. Гурський В.Є., Лефтеров В.О. Професійно-психологічний розвиток працівників спецпідрозділів поліції імітаційними засобами: монографія. Одеса.: Гельветика, 2017. 164 с.
5. Доценко В.В. Кризові практики інтеграції учасників бойових дій до мирного життя // збірник тез доповідей наук.-практ. Конф. «Службово-бойова діяльність Національної гвардії України: сучасний стан, проблеми та перспективи». Харків : НАНГУ, 2019. С. 59-61.
6. Доценко В.В. Тренінг протидії інформаційно-психологічному впливу // Харківський осінній марафон психотехнологій: матеріали наук.-практ. Конф., м. Харків, 26 жовтня 2019 р., ХДПУ імені Г. С. Сковороди: Діса плюс, 2019. С. 29-31
7. Доценко В.В. Підготовка психолога до роботи з поліцейськими які виконують завдання в екстремальних умовах // збірник тез доповідей Всеукр. науково-практичної конференції «Соціально-психологічне забезпечення діяльності сил безпеки та оборони України», НАНГУ. Харків, 2020. С. 39-42.

8. EMDR. Подолання наслідків психотравми. Практичний посібник / за ред. Арне Гофмана. Львів : ТзОВ Видавництво «Свічадо», 2017. 259 с.
9. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
10. Осьодло В.І., Зубовський Д.С. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи // *Український психологічний журнал*. 2017, №1(3). С.63-79.
11. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семігіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова [та ін.]. Київ : Наш формат, 2017. 1068 с.
12. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: Методичний посібник / За загальною редакцією
 1. Г.Кісарчук. Київ : Логос, 2015. 207 с.
13. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: навчальний посібник / наук. Ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. Київ : В-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 275 с.
14. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
15. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Харків : Книжковий клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2020. 160 с.

Інформаційні ресурси:

1. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. / Загальна редакція: Н. Пророк. Київ : ОБСЄ, 2018. 208 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/a/430805.pdf>
2. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. / Загальна редакція: Л. Царенко. Київ. : ОБСЄ, 2018. 240 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/c/430829.pdf>
3. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. / Загальна редакція: Л. Гридковець. Київ : ОБСЄ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/uk/project-coordinator-in-ukraine/430841>
4. Романчук О. Психологічна стійкість в умовах війни: індивідуальний та національний вимір URL: https://i-cbt.org.ua/resilience_ukraine/
5. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник ; за наук. Ред. Т. М. Титаренко / НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. – 220 с. URL: <https://www.academia.edu/40028931/>

Текст лекції

Формування навичок для психологічного відновлення. Підвищення стрессостійкості

Навички психологічного відновлення (НПВ) були розроблені на базі огляду літератури з травматичних стресових інтервенцій, досвіду роботи в ситуації катастрофи і польовому тестуванню в умовах після катастрофи. Ці навички сформовані таким чином, щоб бути максимально корисними для потреб і запитів учасників травмуючих подій. Вони дають хороші результати в супроводі як індивідуальної, так і групової травми.

НПВ також узгоджуються з літературою по формуванню життєстійкості та фасилітація відновлення внаслідок травматичного стресу.

Принципи ранньої інтервенції:

1. Надія – реалістична і збалансована. Вільям Ф. Лінч (1974) описав у своїй книзі «надію» як «фундаментальне знання і почуття того, що з труднощів є вихід, і все можна подолати». Для будь-якого індивіда головне під час кризи – почуття надії (Хобфолл, 2007).

2. Безпека – реалістична, життю людини потенційно зараз нічого не загрожує

3. Спокій – відсутність хронічного стресу

4. Зв'язок з громадою – комунікація, взаємодія

5. Самоефективність – клієнт самостійний і ефективний в діяльності.

Цілі НПВ:

1) Захистити психічне здоров'я людей, які пережили катастрофу.

2) Підвищити здатність людини справлятися зі своїми потребами і запитами.

3) Навчати навичкам відновлення дітей, підлітків, дорослих і сім'ї.

4) Попередити дезадаптивну поведінку, визначаючи і підтримуючи адаптивну поведінку.

Як досягти цілей?

1. Встановлення контакту та оцінка потреб.

2. Формування навички вирішення проблем: метод визначення проблем і цілей, мозковий штурм варіантів рішення, зважування отриманих варіантів, і апробація найбільш відповідного з них.

3. Заохочення позитивної діяльності – спосіб поліпшити настрій і діяльність, визначаючи позитивні і приємні дії, та реалізуючи їх.

4. Управління реакціями - навички справлятися з фізичними та емоційними реакціями на неприємні ситуації.

5. Розвиток конструктивного мислення - кроки визначення гнітючих думок та їх заміни більш конструктивними.

6. Відновлення здорових соціальних зв'язків - спосіб відновити позитивні взаємини і громадську підтримку.

7. Укріплення мотивації та профілактика зривів

Етапи консультування з надання НПВ:

1. Встановлення контакту і оцінка потреб.

Основна мета НПВ - використовувати доступний час, щоб максимально ефективно допомогти клієнтам розібратися з їх поточними потребами і проблемами.

2. Перевірка реальності

3. Підтримка

4. Емоційний комфорт

5. Зібрати інформацію та визначити пріоритетів (потреб)

НПВ – це інтервенція, сфокусована на проблемах та їх вирішенні. Можливо, у вас буде всього одна зустріч з людиною, тому ефективно використовуйте наявний час, щоб отримати якомога більше інформації і надати стільки допомоги, скільки можливо. У більшості випадків збір інформації не займає більше 10-15 хвилин.

- визначити поточні потреби та проблеми

- визначити пріоритетність

- складіть план дій

6. Підтримати адаптивні стратегії

7. Навчити ряду навичок

8. За необхідності зв'язати з іншими службами

Структура надання НПВ:

1. Поєднати навичку з актуальними потребами

2. Надати раціональне обґрунтування

3. Ретельно пройти кожен крок

4. Створити план дій

5. Перевірити ефективність на наступній зустрічі

Щоб допомогти з вибором проблемної ситуації, візьміть до уваги наступне:

- Клієнт розглядає проблему як найбільш значущу

- Проблема є причиною дистресу або погіршення ситуації

- З цією проблемою слід розібратися раніше, ніж з усіма іншими

- Проблема погіршується з плином часу

- Рішення проблеми зменшить інші проблеми

- Клієнт воліє розібратися з цією проблемою в першу чергу

- Клієнт відчуває в собі сили працювати з цією проблемою в даний момент

- Проблема може бути вирішена за допомогою технік НПВ

Триваючий стрес і тиск «зробити хоч щось» може утруднити процес перегрупування і ефективного осмислення найкращого шляху виходу з ситуації, що склалася.

Наявність систематичного способу вирішення проблем може допомогти

людині справлятися зі складнощами більш дієво, повернути відчуття контролю, і збільшити власну ефективність.

Потрібно визначити, яка техніка буде найефективнішою для вирішення вибраного питання:

Розвиток навичок вирішення проблем - метод формулювання проблеми, генерування великої кількості шляхів вирішення цієї проблеми, оцінка цих шляхів вирішень та вибір найбільш перспективного з них.

Сприяння позитивній діяльності – спосіб поліпшити настрій та емоційний стан за допомогою залучення до позитивної активності, що приносить задоволення.

Навіщо необхідна позитивна діяльність?

Коли негативного досвіду в житті стає набагато більше, ніж позитивного, він може викликати та підтримувати важкі почуття.

Позитивний досвід, як правило, викликає позитивні емоції, в той час як негативний досвід викликає прикрі емоції. Тож якщо ви хочете поліпшити свій настрій, вам потрібно збільшити кількість позитивного досвіду і зменшити кількість негативного.

Іноді ми можемо відчувати, ніби нас сповнює безліч відчуттів - сум, страх, і просто погане самопочуття. Ми не можемо просто змусити ці погані почуття піти.! Але ми можемо попрацювати над тим, щоб наповнити свій час тим діями, які приносять позитивні, щасливі почуття.

Позитивна діяльність, кроки:

1. Оберіть та заплануйте одне або більше занять.

Використовуючи список «Вибір позитивної діяльності» або свій власний список, виберіть дві-три активності, які ви могли б спробувати. Включіть до них діяльність, яка в минулому допомагала вам відчувати себе краще. Виберіть як мінімум одну активність, якою ви можете займатися самостійно, і одну соціальну активність, яка включає когось ще.

2. Внесіть діяльність до календаря

Виберіть день і час, коли ви могли б зайнятися однією або декількома з цих активностей (навіть ненадовго) на наступному тижні. Відзначте цей час в календарі.

Управління реакціями – спосіб справлятися із стресогенними фізичними та емоційними реакціями на неприємні події

Крок 1: ідентифікувати стресові реакції та тригери, що їх запускають.

Крок 2: навчитись навичкам опрацювання стресової реакції

Крок 3: Створити план з управління реакціям

Управління реакціями на тригери

1. Виявити ситуацію-тригер.

2. Обговорити стратегії управління реакціями.

3. Використовуючи бланк управління реакціями, спланувати, яким чином клієнт може використовувати обрану стратегію (стратегії) в проміжок

часу до наступної сесії.

Стратегії управління реакціями: Сон, харчування та режим дня; Отримання соціальної підтримки; Заспокійливі техніки; Конструктивне мислення; Духовні практики; Графік позитивної діяльності; Письмові практики; Заземлення.

Необхідно піклуватися про себе: слідкувати за здоров'ям, повноцінно харчуватися і висипатися.

Спланувати в календарі позитивну діяльність, яка приносить Вам задоволення.

Використовувати заспокійливу техніку: техніку дихання або позитивно відволікаючу діяльність (музика, фільми, прогулянки, зустрічі з друзями). Робити невелику перерву в тихому спокійному місці або хоча б уявити себе в тихому спокійному місці чи уявити, що Ви займаєтесь улюбленою справою.

Використовувати розмежування: відмічати різницю між теперішньою ситуацією та травматичною ситуацією. Нагадувати собі, що подія, яка відбувається зараз, лише нагадує важке пережите явище. Підкреслювати різницю між першим і другим: «Це було тоді, а це відбувається зараз, я у іншому місці, ніж був тоді».

Використовувати корисне мислення, щоб контролювати деструктивні думки і залишатися у позитивному настрої.

Потрібно турбуватися про власну соціальну підтримку. Варто, щоб поруч був хтось близький, кому Ви змогли б розказати, що відчуваєте стосовно цієї ситуації. Іноді, навіть те, що близька людина потримає Вас за руку пару хвилин, може допомогти.

Використовувати навичку висловлювати переживання словами: записувати, що Ви відчуваєте, і чому Ви почуваетесь саме так, а не інакше, та дати собі час вирішити, як Ви справлятиметесь з власними почуттями.

Використовувати духовні та релігійні практики: ці практики (молитва або медитація) можуть дати Вам відчуття комфорту, сили та надії.

Письмові практики

Спогади і тривоги схожі на купу документів, з якими не хочеться розбиратися. Замість цього є просте і короткочасне рішення - запхати їх до шафи і швидко закрити дверця, доки вони не випали назад.

Записування схоже на розпакування і сортування складних речей таким чином, щоб ви могли з ними впоратися.

Записування - один з кращих способів справлятися з своїми спогадами і занепокоєнням.

Виклад техніки: Знайдіть тихе місце, де Ви зможете побути на самоті 30 хвилин, щоб Вас ніхто не відволікав. Потім запитайте себе: «Що турбує мене прямо зараз?» Це може бути щось пережите під час лиха, може бути щось, що сталося з того часу, або щось, що турбує Вас стосовно майбутнього. Почніть записувати якомога детальніше все, що стосується обраної

Вами теми. Якщо Ви описуєте пережите під час лиха, то опишіть, що Ви бачили і чули, які запахи відчували, а також почуття і думки, які були в цей час.

Це може бути неприємним процесом, але розкриття переживань та їх опис може допомогти надати цим спогадам сенс. Якщо Вас турбують важкі думки, пов'язані зі смертю близької людини, спробуйте написати їй листа і виразити почуття і думки, які Ви хотіли б їй сказати, якби вона була все ще живою.

Коли Ви пишете, пригадайте: що Ви зробили, щоб допомогти собі та іншим в тій ситуації (Як Ви вижили? Чи допомагали Вам? Чи Ви бачили, як хтось допомагав іншій людині в тій ситуації?)

Якщо не вистачає 30 хв, Ви можете продовжувати писати стільки, скільки маєте вільного часу. Якщо часу з якихось причин немає, то Ви можете відкласти це на інший час. Проте, важливо записати по можливості все, що Вас турбує.

Можливо, Вам буде не дуже комфортно працювати, записуючи текст від руки. Тоді Ви можете використати інші засоби: комп'ютер, диктофон, малювати, зробити витвір мистецтва на цю тему (наприклад, колаж). Або це може бути будь-яка інша діяльність, через яку Ви можете виразити свої почуття і систематизувати Ваші думки.

Під час цієї вправи може виникати багато думок (неприємних). Для того, щоб з ними впоратися, можна використати техніку сприяння корисному мисленню. Наприклад: «Ці спогади занадто жахливі, я не зможу з ними впоратися» можна замінити на більш корисну: «Ці спогади жахливі, але я принаймні можу їх записати».

Наприкінці вправи додайте Ваші роздуми про те, як можна покращити ситуацію, і що Ви можете зробити аби запобігти подібній події в майбутньому.

Сприяння конструктивному мисленню – метод визначення думок, які засмучують, з подальшою заміною останніх на більш позитивні.

Виклад техніки:

1. Пояснення раціональних підстав для використання техніки.

Деякі ситуації примушують нас почувати себе по особливому. Наприклад, коли ми стоїмо в пробці, ми можемо злитися. Проте самі ситуації ніколи не викликають у нас емоцій. Їх викликають наші думки з приводу цієї ситуації. Це не означає, що сама ситуація не впливає, але це означає, що те, як ми думаємо про ситуацію, може сильно варіювати наші емоції стосовно неї. Наприклад, сидячи в пробці, ми можемо думати про те, як сваритиметься начальник або погрожуватиме нам звільненням. І тоді ми будемо відчувати тривогу. Ми можемо також обурюватися тим, що сусід затримав нас своїми дурницями на цілу годину, і тому через нього ми потрапили у годину пік. І тоді ми будемо відчувати гнів. Або ми можемо думати про те, що завдяки такому збігу обставин, як ця пробка, вдасться пропустити нудну рутинну

ранкову зустріч, і ми будемо почувати себе трохи краще. Іншими словами схема працює таким чином:

Ситуація - думка про ситуацію - почуття, стосовно ситуації.

Навіть якщо іноді буває, що ми ніяк не можемо змінити ситуацію, у нас завжди залишається можливість керувати своїми думками відносно ситуації і таким чином дещо поліпшити наш стан.

2. Визначення некорисних думок

- На цьому етапі Ви разом з людиною, якій Ви допомагаєте, повинні визначити, які саме некорисні думки йому властиві. Як орієнтир можна використати наступні типи некорисних думок:

- Подолання труднощів: *«Мої реакції переконують мене, що я божеволію».*

- Безпорадність і контроль: *«Більше ніколи не буде так, як було раніше».*

- Безпека: *«Я не можу нікому довіряти».*

- Провина: *«Мабуть я справді погана людина, якщо зі мною таке могло статися».*

- Сором та гнів: *«Це їхня провина в тому, що так сталося».*

- Якщо людині складно сформулювати власні думки то треба розділити завдання на частини:

- визначити почуття: *“Коли Ви думаєте про травматичну ситуацію, як Ви на це реагуєте?”*

- визначити некорисні думки, що з ними пов’язані: *“Коли Ви зосереджуєтеся на найсильнішій реакції, про що Ви в цей момент думаєте?”*

- Для кожної некорисної думки можна знайти заміну – більш корисну та конструктивнішу думку.

- Подолання труднощів: *«В таких складних життєвих ситуаціях усі люди можуть себе так почувати і так себе поводити».*

- Безпорадність і контроль: *«Майже ніколи не буває так, щоб усе було настільки погано і не могло б змінитися з часом».*

- Безпека: *«Немає потреби нікому не довіряти. Навіть якщо зараз мені так здається, то не всі люди є такими, щоб їм не довіряти. В моєму оточенні знайдеться хоча б одна така людина, якій я можу довіряти».*

- Провина: *«Я так думаю, тому що це сталося з людьми, яких я дуже люблю».*

- Сором та гнів: *«Іноді погані речі трапляються і з хорошими людьми».*

3. Визначення корисних думок

Важливо записати некорисні та корисні думки, якими потрібно буде замінити останні. Зручно це робити за допомогою таблиці, наприклад, ось такої:

Ситуація, в якій з'являється некорисна думка	Некорисна думка	Почуття, яке викликає ця думка	Альтернативна корисна думка	Почуття, яке викликає альтернативна думка

Декілька зауважень:

- Краще, якщо людина сама буде знаходити альтернативні думки, ставлячи собі запитання: «Яка думка в цій ситуації могла б бути кориснішою?»

- Психолог чи соціальний працівник, по можливості, повинен задавати запитання, на які людина зможе шукати власні відповіді.

- Однак, якщо людині важко знайти альтернативну думку, можна запропонувати психолог може запропонувати їй альтернативні відповіді, з яких вона могла б вибрати ті, що їй підходять, або які могли б наштовхнути її на власну відповідь.

4. Репетиція корисного мислення Цей етап дозволяє

- в якості гіді взяти участь в процесі заміни некорисних думок корисними (який інакше залишався б цілком на відповідальності постраждалого);

- спеціалістові побачити, наскільки добре людина засвоїла концепцію корисного мислення, і наскільки вона здатна її використовувати.

Важливо повідомити людині, що вона не зобов'язана одразу вірити новим альтернативним думкам.

- Йдеться про те, щоб випробувати ці нові думки протягом декількох найближчих днів і подивитися, чи дасть це якесь полегшення.

- Якщо ж людина наполегливо дотримується негативних думок і не хоче від них відмовлятися потрібно змінити техніку і використати, наприклад, техніку «Вирішення проблем» та за допомогою мозкового штурму згенерувати ідеї, які допоможуть зменшити тривогу та збільшити безпеку;

- замість цього запропонувати техніку «Сприяння позитивній діяльності» для того, щоб відволікти людину від некорисних думок.

5. Домашнє завдання - практика корисного мислення

Варто ще раз підкреслити людині, що секрет успіху цієї навички залежить від постійного тренування. Програвання ситуацій у голові, змінюючи некорисні думки на корисні – це реальна додаткова практика, яка збільшує шанс успіху в реальній ситуації.

Відновлення здорових соціальних зв'язків – спосіб знову створити позитивні стосунки і громадську підтримку. Детально розглянемо на паркичному занятті.

Навичкам роботи з реакціями на стрес

- навички заспокоєння – контроль над власним диханням;
- навички висловлювати свої думки і почуття словами за допомогою

письма – організація та краще розуміння власного досвіду;

- навички управління реакціями на тригери – поводження із стресогенними ситуаціями і подіями, що нагадують про тяжкі переживання.

Після перегляду цих навичок можна запитати:

- *«Чи мали Ви досвід з використання цієї техніки управління реакціями раніше?»*
- *«Якій з цих навичок ви хотіли б навчитися насамперед?»*

Потім разом з людиною обирається навичка. Ця навичка відпрацьовується та повторно переглядається наприкінці сесії (щоб вона точно могла її повторити та відпрацювати в період між зустрічами з консультантом)

Профілактика зривів

1. Підведіть підсумок роботи клієнтів з НПВ.
2. Допоможіть клієнтам сформувати реалістичні очікування прогресу.
3. Визначте ранні попереджувальні знаки і складіть план роботи з ними.

ВИСНОВКИ:

1. Завдання травмотерапії: навчити людину адекватно реагувати на небезпеку; відновити здатність жити в безпеці – почувати себе захищеною, розслабленою, потрібною.

2. Ресурс - те, що допомагає людині зберігати і підтримувати відчуття себе і власної внутрішньої цілісності у ситуації можливого руйнування. Ресурси народжує здатність до саморегуляції.

3. Будь-який емоційний досвід перебуває в континуумі «тіло-свідомість», тобто, те, що впливає на тіло, впливає і на свідомість; а те, що впливає на свідомість, впливає й на тіло. Цей факт необхідно враховувати в процесі відновлення від травми та підвищення стресостійкості.