

УПРАВЛІННЯ ОСВІТИ І НАУКИ ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ
ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
КОМУНАЛЬНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «ЧЕРКАСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ
ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»

ЗЦІЛЕННЯ ТРАВМ ВІЙНИ: ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ

Черкаси 2022

Схвалено до друку вченою радою «КНЗ ЧОПОПП Черкаської обласної ради», протокол № 2 від 16.06.2022р.

АВТОР-УПОРЯДНИК

Т.Б. Артеменко, методист навчально-методичного центру психологічної служби комунального навчального закладу «Черкаський обласний інститут післядипломної освіти педагогічних працівників Черкаської обласної ради».

РЕЦЕНЗЕНТИ:

І.М. Руденко, доцент кафедри педагогіки, психології та освітнього менеджменту комунального навчального закладу «Черкаський обласний інститут післядипломної освіти педагогічних працівників Черкаської обласної ради», к.п.н.

Н.О. Якухіна, методист навчально-методичного центру психологічної служби комунального навчального закладу «Черкаський обласний інститут післядипломної освіти педагогічних працівників Черкаської обласної ради».

Зцілення травм війни: психосоціальний аспект / автор-упор. Т. Артеменко. Черкаси, КНЗ ЧОПОПП Черкаської обласної ради». 80 с.

У посібнику розглянуто питання організації психологічної допомоги населенню з метою подолання наслідків психотравми, представлено основні напрямки соціально-психологічної підтримки постраждалих внаслідок психотравмівних подій. Багато уваги зосереджено на загальних положеннях та принципах психологічної реабілітації, обґрунтовано необхідність використання світових стратегій для створення вітчизняної системи психологічної допомоги в часи війни. Для психологів, соціальних працівників, педагогів, волонтерів, капеланів, студентів і викладачів вищих навчальних закладів.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
Розділ 1. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ПСИХОТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ	5
1.1.ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ В ПСИХОТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЯХ	5
1.2.РІВНІ ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПОСТРАЖДАЛИХ В НАДЗВИЧАЙНИХ ТА ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ.....	7
1.3.РІВНІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ЕТАПІ КОМПЛЕКСНОГО РЕАГУВАННЯ ПІСЛЯ ГОСТРОЇ ФАЗИ НАДЗВИЧАЙНОЇ (ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ) СИТУАЦІЇ.....	9
Розділ 2. ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ СТРЕСОВИХ І ТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ.....	12
2.1.СТРЕС І ТРАВМА.....	12
2.2.ПСИХОТРАВМІВНІ НАСЛІДКИ ПЕРЕБУВАННЯ В ЕКСТРЕМАЛЬНІЙ СИТУАЦІЇ.....	17
2.3.ПРИНЦИПИ ТА АЛГОРИТМ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ	22
2.4.ПРИЙОМИ НЕВІДКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ І САМОДОПОМОГИ.....	24
2.5.ТЕХНІКИ ЕКСТРЕНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	26
2.6.ТЕРАПІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ	27
2.7.ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	29
Розділ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС ГОРЮВАННЯ	31
3.1.ГОРЕ ЯК ПРИРОДНА РЕАКЦІЯ НА ВТРАТУ. ПРОЦЕС ГОРЮВАННЯ.....	31
3.2.ОСОБЛИВОСТІ ПРОЖИВАННЯ ВАЖКОЇ ВТРАТИ	35
3.3.ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА У ВИПАДКУ ВАЖКОЇ ВТРАТИ.....	38
3.4.ОСОБЛИВОСТІ ДИТЯЧОГО ГОРЮВАННЯ.....	41
3.5.ЯК ПЕРЕЖИТИ ГОРЕ? ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	42
Розділ 4. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ ІЗ ТРАВМІВНИМ ДОСВІДОМ	43
4.1.ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ДИТИНОЮ ТРАВМІВНОГО ДОСВІДУ	43
4.2.ФОРМИ ТА МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ТРАВМІВНИМ ДОСВІДОМ.....	46
КАЗКОТЕРАПІЯ	49
МЕТОДИКА КОЛЬОРОВОЇ СУБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ.....	51
Вправа «ДЗЕРКАЛЬНИЙ ВИГІН».....	52
ТЕАТРАЛІЗОВАНА АРТ-ТЕРАПІЯ	53
БІБЛІОТЕРАПІЯ В РОБОТІ З ДІТЬМИ.....	53
ДОДАТКИ.....	54
Додаток 1	54

ІГРОВІ ТЕХНІКИ ДЛЯ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ТРАВМІВНИМ ДОСВІДОМ.....	54
ГРА «ДОЛОНЬКИ».....	54
ГРА «НІЖКИ»	54
ГРА «НЕВГАМОВНІ РУЧЕННЯТА»	54
ГРА З ПРИВІТАННЯМИ.....	54
ГРА «ЛІПЛЕННЯ»	55
ГРА «ДЕРЕВО»	55
ГРА «СКРИНЬКА СТРАХУ».....	55
Додаток 2.....	56
ЦІЛЮЩІ ІСТОРІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ (ГЕЛЬГА КЕРНШТОК-РЕДЛЬ)	56
Додаток 3.....	58
ТЕРАПЕВТИЧНА КАЗКА «ЦВІРКУН» (ЛЮДМИЛА ГРИДКОВЕЦЬ).....	58
Додаток 4.....	61
КОМПЛЕКС АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНИХ ТА ТІЛЕСНООРІЄНТОВАНИХ ВПРАВ ДЛЯ ДІТЕЙ З КРИЗОВИМ ДОСВІДОМ ПСИХОТРАВМИ (НАТАЛІЯ СИРОТИЧ)	61
Додаток 5.....	65
ПРОТОКОЛ ТЕАТРАЛІЗОВАНОЇ ПРОГРАМИ «П'ЯТЬ ПРОМІНЦІВ ЗЦІЛЕННЯ» (НАТАЛІЯ СИРОТИЧ)	65
Додаток 6.....	69
ВПРАВИ НА ПЛАНУВАННЯ ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ ТА КАР'ЄРИ (ВІТАЛІЙ ПАНОК).....	69
Додаток 7.....	71
ОРІЄНТОВНА ПРОГРАМА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ (ТЕТЯНА ТИТАРЕНКО).....	71
ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА.....	74

ВСТУП

Збройний конфлікт на території нашої держави, безумовно, продовжує бути травмівним чинником для всього українського суспільства, а особливо для дітей та підлітків.

Особливо масово психічне і психологічне травмування, поряд із іншими екстремальними руйнівними впливами, спостерігається нині, коли в Україні триває активна фаза війни, що розпочалася 24 лютого цього року.

З самого початку безпекової кризи і до сьогодні працівники психологічної служби системи освіти разом з фахівцями інших галузей надають психосоціальну допомогу учасникам освітнього процесу та населенню, що постраждало внаслідок військових дій, в т.ч. вимушеними переселенцями, родинам, у яких є важкопоранені учасники АТО/ООС/війни чи які втратили близьку людину, іншим категоріям.

У посібнику «Зцілення травм війни: психосоціальний аспект» представлено відомі світові та вітчизняні підходи і напрямки соціально-психологічної підтримки й допомоги, що сприяють посткризовому відновленню як постраждалих людей, так і суспільства загалом.

У першому розділі викладено принципи психологічної допомоги і психосоціальної підтримки в системі заходів мінімального реагування безпосередньо в надзвичайній чи екстремальній ситуації, а також на етапі стабілізації та раннього відновлення. Окреслено базові принципи психологічної реабілітації.

У другому розділі представлено методи психологічної підтримки, невідкладної психологічної допомоги та самопомоги з метою стабілізації психічного стану у разі гострих проявів стресових розладів та посттравматичних кризових станів.

Третій розділ присвячено темі втрат і «роботі горя», особливостям горювання дорослих і дітей, специфіці психологічної підтримки та професійної психологічної допомоги людям, що втратили своїх близьких.

У четвертому розділі висвітлено досвід надання психологічної допомоги дітям із травмівним досвідом. Представлені програми індивідуальної та групової психологічної допомоги дітям, що пережили або переживають кризу травмівного досвіду.

Укладач посібника розуміє, що в підготовленому матеріалі представлено не всі теми і висвітлені не всі можливі підходи до психологічної та соціальної допомоги особам із кризовим досвідом, оскільки за останні роки українськими фахівцями створено багато прикладних програм та засвоєно нових підходів. Проте є сподівання, що цей посібник буде корисний тим, хто надає соціально-психологічну допомогу та здійснює психологічну реабілітацію населення України.

Розділ 1. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ПСИХОТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ

1.1. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ В ПСИХОТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЯХ

Війна в Україні спричинила низку важких ситуацій, які для різних верств населення стали стресовими, кризовими, травмівними. Особливих випробувань зазнають мирні жителі, що перебувають у зоні активних бойових дій, вимушені переселенці, родини загиблих; військовослужбовці - як ті, хто бере участь у бойових діях, так і демобілізовані, та їхні сім'ї; волонтери і всі, хто працює з потерпілими. Цим людям важко адаптуватися до нових складних обставин, нелегко і в повсякденному житті. У них може погіршуватися і фізичне, і психічне здоров'я, загострюватися наявні проблеми та з'являтися нові.

Якщо важкі ситуації є масштабними - місцевого, регіонального чи

загальнодержавного рівня - їх називають надзвичайними чи екстремальними, такими, що виходять за межі звичайного, нормального людського досвіду.

Надзвичайні ситуації є наслідками аварій, небезпечних природних явищ, стихійних чи техногенних катастроф, які можуть призвести до людських жертв, завдати шкоди здоров'ю, спричинити значні матеріальні втрати і порушити умови життєдіяльності.

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

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

І екстремальні, й надзвичайні ситуації можуть стати психотравмівними для тих, хто їх переживає. **Психотравмівна ситуація / подія** - це будь-яка особисто значуща ситуація (явище), що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини і може, у разі недостатньої сформованості захисних психологічних механізмів, зумовити психічні розлади [63]. Психотравмівними вважаються події, що загрожують життю і фізичній цілісності людини: поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, побратимів, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства тощо.

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

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

У випадку екстремальної чи надзвичайної ситуації, здійснюючи заходи з психосоціальної підтримки, фахівці у різних країнах світу орієнтуються на «Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації» [32].

Таблиця 1.

КЕРІВНІ ПРИНЦИПИ МІЖВІДОМЧОГО ПОСТІЙНОГО КОМІТЕТУ У СИСТЕМІ МІНІМАЛЬНОГО РЕАГУВАННЯ В НАДЗВИЧАЙНІЙ СИТУАЦІЇ

1. ПРАВА ЛЮДИНИ ТА СПРАВЕДЛИВІСТЬ	Люди та спільноти, що перебувають у зоні підвищеного ризику порушення прав людини, потребують захисту та допомоги. Принцип дотримання прав людини стосується всіх потерпілих. Справедливість та недискримінація щодо наявності та доступності психічної та соціально-психологічної підтримки для потерпілих згідно з виявленими в них потребами, незважаючи на стать, вік, мову, етнічну приналежність - важлива передумова психологічної допомоги в екстремальних та надзвичайних ситуаціях
2. УЧАСТЬ ГРОМАДИ	Багато людей у надзвичайних та екстремальних ситуаціях проявляють стресопружність (резильєнтність), підтримують своє психічне здоров'я, допомагають ближнім, беруть участь у відновлювальних заходах. Тому до організації будь-яких заходів із соціально-психологічної підтримки потрібно максимально залучати місцеве населення.

	Із самого початку надзвичайної ситуації слід забезпечити участь представників постраждалих громад у процесах аналізу, розробки, реалізації, моніторингу та оцінки програм соціально-психологічної допомоги. 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
3.ПРИНЦИП ЗАШКОДЬ»	«НЕ Щоб зменшити цей ризик під час надання гуманітарної допомоги, доцільно: організовувати роботу координаційних груп, щоб виявити прогалини в системі реагування, а також для навчання фахівців одне в одного і зведення до мінімуму дублювання інтервенцій; розробляти інтервенції на основі належної інформації; підтримувати принципи належної оцінки, відкритість для контролю та зовнішнього аудиту; розвивати культурну делікатність та компетентність щодо надання психологічної допомоги; постійно оновлювати інформацію щодо доказової бази стосовно ефективних практик
4. ОРІЄНТУВАННЯ НА НАЯВНІ РЕСУРСИ І МОЖЛИВОСТІ	У потерпілих людей і громад є певні ресурси для підтримки психічного здоров'я і соціально-психологічного благополуччя. Ключовим принципом є зміцнення місцевого потенціалу, підтримка можливості самопомоги, здатності до самостійного розвитку і зміцнення вже доступних ресурсів
5.ІНТЕГРУВАННЯ СИСТЕМИ ПІДТРИМКИ	Всі заходи і програми необхідно максимально інтегрувати в загальну систему підтримки. Якщо надаються автономні послуги, наприклад, спрямовані виключно на роботу з жертвами сексуального насильства або з людьми з певним діагнозом, то є небезпека створити надмірно фрагментовану систему охорони здоров'я. До заходів, інтегрованих у ширші системи (наприклад, наявні механізми підтримки спільноти, офіційні чи неофіційні шкільні системи, загальні медичні послуги, загальні послуги в галузі психічного здоров'я, соціальні послуги тощо), як правило, долучається більше людей і вдається досягнути стійкіших результатів
6. БАГАТОРІВНЕВІСТЬ	Цей принцип передбачає, що характер психосоціальної підтримки та психологічної допомоги визначається особливістю ситуації та потребами постраждалого населення

1.2.РІВНІ ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПОСТРАЖДАЛИХ В НАДЗВИЧАЙНИХ ТА ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ

Надзвичайні ситуації по-різному впливають на різних людей. Ключем до організації роботи з постраждалими після психотравмівних ситуацій є розробка багаторівневих систем підтримки психічного здоров'я та надання психологічної допомоги, що відповідають потребам різних груп. Згідно з Керівництвом МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки [32], виділяють чотири рівні підтримки психічного здоров'я в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій (див. рис. 1.).

1.БАЗОВІ ПОСЛУГИ І БЕЗПЕКА. Потреба в безпеці є однією з необхідних умов виживання людини. Тому слід допомогти потерпілим відчувати себе захищеними. Для цього

потрібно відновити безпеку й організувати надання послуг, що стосуються задоволення основних фізичних потреб (їжа, житло, вода, необхідний мінімум заходів для підтримки здоров'я, профілактика інфекційних захворювань) для всіх, хто цього потребує.

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

Заходи на цьому рівні спрямовані на возз'єднання родин; підтримку в горюванні; сприяння проведенню традиційних ритуалів та обрядів, що сприяють зціленню; організацію масових комунікацій щодо конструктивних методів самопомоги; підтримку виховних програм, офіційних і неофіційних освітніх заходів; інформування про можливості працевлаштування; активацію соціальних зв'язків, наприклад, через жіночі організації та молодіжні клуби.

3.ЦІЛЬОВА НЕСПЕЦІАЛІЗОВАНА ПІДТРИМКА. Третій рівень передбачає необхідну підтримку для ще меншої кількості людей, яким додатково потрібна цілеспрямована індивідуальна, сімейна та групова допомога, яку надають навчені фахівці, що працюють під наглядом супервізорів. Допомагають не обов'язково ті, хто багато років учився цьому. Наприклад, жертви гендерного насильства можуть потребувати як емоційної, так і матеріальної підтримки зі сторони соціальних працівників. На цьому рівні першу психологічну та базову психіатричну допомогу надають і працівники первинної медико-



санітарної допомоги.

Рисунок 1. Піраміда інтервенцій з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації

4.СПЕЦІАЛІЗОВАНІ ПОСЛУГИ. Верхній рівень піраміди - додаткова підтримка, необхідна для людей, у яких залишаються утруднення в повсякденному функціонуванні, незважаючи на надану їм допомогу. На цьому рівні надається психологічна або психіатрична допомога людям із серйозними розладами психіки. У цьому разі необхідно: а) організувати направлення до спеціалізованих служб, якщо такі є; б) ініціювати тривалу підготовку та супервізію тих, хто надає первинні чи загальні послуги охорони здоров'я.

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

Наголошуючи на важливості мінімального реагування, Керівництво МПК [32] пропонує конкретні стратегії вирішення проблем психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, які необхідно втілювати ще до настання (**готовність до надзвичайної ситуації**) і після гострої фази надзвичайної ситуації (**комплексне реагування**). Система мінімального реагування є відправною точкою для комплексної підтримки постраждалого населення.

Психологічна допомога - область практичного застосування психології, орієнтована на підвищення соціально-психологічної компетентності, на розширення психологічних можливостей людей і надання психологічної допомоги та психологічної підтримки як окремій людині, так і сім'ї, групі людей чи організації.

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



Рисунок 2. Піраміда інтервенцій з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки на етапі комплексного реагування після гострої фази надзвичайної ситуації

Одним із принципів психологічної допомоги на етапі комплексного реагування, як і на етапі мінімального реагування, та в системі психологічної реабілітації, є **багаторівневість**. (див. рис. 2).

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

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

четвертому рівнях, а психотерапевтична допомога надається на третьому і на четвертому рівнях.

На кожному рівні постраждалі можуть потребувати невідкладної психологічної допомоги (комплекс заходів, що здійснюються у випадку гострої стресової реакції чи гострого переживання кризи). Тому заходи з **невідкладної психологічної допомоги** ми не виділяємо як окремий рівень. Вони детально описані у відповідному розділі («Подолання наслідків стресових і травмівних ситуацій»).

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, то вона потребує психотерапевтичної допомоги.

Заходи на першому рівні здійснюються з метою:

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

Форми психологічної допомоги на першому рівні

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

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

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

4. Інформування стосовно специфіки актуальної соціальної ситуації, можливостей громади, зокрема щодо можливості отримати психосоціальну підтримку, психологічну, психотерапевтичну та комплексну медико-психологічну допомогу, повідомлення про наявність та функціонування цільових груп підтримки та/або взаємодопомоги (як за місцем проживання, так і в соціальних мережах).

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

Соціально-психологічний супровід проводиться для **всіх, хто працював або працює** у надзвичайній чи екстремальній ситуації (представників силових структур, лікарів, рятувальників, психологів, соціальних працівників тощо) та **для всіх, хто зазнав 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 з метою сприяння:

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

Форми психологічної допомоги на другому рівні:

- психологічна підтримка;
- інформування;

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

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

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

Психологічна реабілітація - система заходів, спрямованих на відновлення або корекцію психологічних функцій, якостей, станів, властивостей постраждалих від травмивних 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.

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

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

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

Психологічна допомога на цьому рівні надається за запитом людини з психотравмивним досвідом.

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 [86]:
 - 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.

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

Розділ 2. ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ СТРЕСОВИХ І ТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ

2.1. СТРЕС І ТРАВМА

СТРЕС [30], [43], [68] - ЦЕ ЗАХИСНА РЕАКЦІЯ ОРГАНІЗМУ НА РІЗНІ ПОДРАЗНИКИ, ЯКА ДОПОМАГАЄ ЛЮДИНІ АДАПТУВАТИСЯ ДО УМОВ, ЩО ЧАСТО ЗМІНЮЮТЬСЯ.

Адаптація - здатність живого організму пристосовуватися до змін навколишнього середовища, зовнішніх (внутрішніх) умов існування шляхом збереження і підтримання фізичної психічної рівноваги. Адаптація - основний спосіб життєдіяльності й виживання організму (виду). Стадії адаптації організму до шкідливого впливу були описані німецьким фізіологом Гансом Сельє [74] ще в 1936 році. На його дослідження до цього часу посиляються, коли йдеться про ситуації, до яких потрібно пристосовуватися.

Стрессова ситуація [30], [43], [68] 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 [69], 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.

Процес адаптації до стресової ситуації відбувається в такій послідовності [30], [74]:



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

Якщо адаптуватися до стресової ситуації людина не може, то опір змінюється **виснаженням** (п'ята стадія), різким зниженням розумової і фізичної працездатності. Ця стадія триває до 3-х діб. Людина в стадії виснаження потребує допомоги, що полягає або в психологічній підтримці, або в усуненні стресора. Виснаження може перейти у **хронічний стрес** (дистрес) (шоста стадія). Цей стан характеризується песимізмом, пригніченням, в'ялістю; порушенням сну й апетиту; дратівливістю, невдоволенням; тривожністю, агресивністю; зниженням працездатності, погіршенням здоров'я.

Ознаки хронічного стресу [74]:

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

Ще донедавна поняття психотравми - як травмивної події і як стану, спричиненого травмивною подією - розглядалися в межах теорії стресу. Проте між стресом і психотравмою є відмінність. Як зазначає Н. В. Тарабріна [83], стрес стає психотравмою, коли внаслідок дії стресора відбувається порушення у психічній сфері людини. Стресором у таких випадках виступає травмивна подія, що характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю.

Травмивна 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 [APA], 2013) [22], де **психотравма** визначається як «експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства в один (чи більше) з таких способів: (1) безпосереднє переживання травмівної події (подій); (2) перебування свідком подій, які трапилися з іншими; (3) знання того, що травмівна подія (події) трапилась із членом сім'ї чи близьким другом - у випадках смерті чи загрози життю члену сім'ї чи другу, якщо ця подія була насильницькою або непередбаченою; (4) переживання багаторазової або надмірної експозиції до нестерпних деталей травмівної події (подій) (наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки)». (**Експозиція** - безпосереднє зіткнення з якоюсь подією та пов'язані з цим переживання).

Коли Г. Сельє створював теорію стресу, то було відомо, що автономна нервова система розділена на дві гілки: симпатичну (мобілізація) та парасимпатичну (спокійний стан, іммобілізація). Коли активується симпатична нервова система, то в небезпечних ситуаціях спрацьовує реакція «бий або тікай», а коли активується парасимпатична нервова система, то в разі загрози людина (чи тварина) завмирає. Після відкриття Стефаном Поджерсом [29], професором психіатрії (м. Чикаго), директором Центру Мозку і Тіла, третьої гілки автономної нервової системи - системи емоційного й соціального контакту - уявлення про функціонування організму людини докорінно змінилося. Відповідно, змінилися й уявлення про стрес, психотравму та підходи до лікування посттравматичних розладів.

Американський психотерапевт Джаней Уайнхолд, базуючись на дослідженнях Стефана Поджерса та найновіших дослідженнях перинатальної психології, описала три типи травм і відповідно три типи реакцій на травмівні події. Ці реакції, особливості розладів та особистісні зміни, за Джаней Уайнхолд, залежать від типу **травми розвитку**. Від зачаття до 8-ми місяців - шокова травма, до 3-х років - власне травма, а від 3-х до 7-ми років - стресова травма (див. табл. 2.).

Таблиця 2.

КОНТИНУУМ ТРАВМИ

	ШОКОВА ТРАВМА	ТРАВМА	СТРЕСОВА ТРАВМА
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ	Бліда шкіра; пильний погляд, незначне моргання; неочікуване збіднення емоцій; амнезія подій; брак емоцій при описуванні емоційно зарядженої ситуації; втрата чи уповільнення мовлення; холодні кінцівки; агорафобія; тримається окремо від інших, щоб почуватися в безпеці; слабкий м'язовий	Почервоніння шкіри; часте моргання; різкий сміх; неспокій, метушливість; сильне потовиділення в соціальних ситуаціях; компульсивне мовлення; гіперпильність, настороженість; емоційні вибухи; надмірна тривала реакція страху; несподіване відчуття жару; різко відводить погляд; надмірна	Активна поведінка, але знервований і тривожний стан; напружений вираз обличчя; уникнення стійкого контакту очі в очі; важко розслабитися; проблеми зі сном; стримування сліз

	тонус	чутливість; напружені м'язи; проблеми зі сном	
ЗАДІЯНІ ДІЛЯНКИ МОЗКУ	Стовбур мозку, рептильний мозок, тканини ектодерму (палеокортекс)	Лімбічний мозок, тканини мезодерму (архікортекс)	Неокортекс, тканини ендодерму
ЗАДІЯНА ЧАСТИНА АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	Парасимпатична нервова система	Симпатична нервова система	Система соціального й емоційного контакту
ОРІЄНТАЦІЯ В ЧАСІ	Дисоційованість	Минуле і теперішнє переплетене і змішане	У теперішньому часі

За Дженей Уайнхолд дистрес можна вважати наслідком стресової травми, якщо навіть після відпочинку чи зміни способу життя в людини залишаються стресові симптоми. Більший ризик для розвитку стресової травми у людей, які зазнали психічного травмування у віці від 3-х до 7-ми років. Зазначені відмінності між дистресом та стресовою травмою стосуються і відмінності між професійним (емоційним) вигоранням та вторинною психотравмою («втомою від співчуття»), що може розвинути після тривалого спілкування з травмованими людьми.

Прояви стресової травми схожі на симптоми хронічного стресу, але більш виражені. Наприклад: набагато частіше доводиться робити не те, що хотілося б (дистрес); нічого не хочеться робити, все потрібно робити через силу (стресова травма).

Прояви стресової травми [30]:

- набагато частіше доводиться робити не те, що б хотілося;
- постійно бракує часу - не встигаєте нічого зробити;
- постійно хочеться спати;
- бачите багато кольорових снів, особливо коли дуже втомилися за день;
- дуже багато палите та/або споживаєте більше ніж звичайно алкогольних напоїв;
- вам майже нічого не подобається;
- у вас постійні конфлікти, як вдома, так і на роботі;
- відчуваєте незадоволеність життям, і жити взагалі не хочеться;
- з'являється комплекс меншовартості;
- ви не можете ні з ким поговорити про свою проблему, бо здається, що ніхто вас не розуміє;
- ви не поважаєте себе;
- у вас є якесь хронічне захворювання або постійно щось болить;
- ви не задоволені близькими стосунками.

На стресові і травмівні ситуації реагують по-різному. У разі стресової події в людини є досить часу (інколи кілька годин), щоб усе обдумати, прийняти рішення. У вирішенні завдання задіяні неокортекс і система соціального й емоційного контакту (див. табл. 2.).

Згідно теорії Стефана Поджерса [29], нервова система реагує на виклики реального світу за принципом ієрархії, що складається з трьох циклів, один цикл може домінувати над іншим. Зазвичай ми спочатку реагуємо на зовнішні подразники за допомогою найновішої системи - неокортексу, а якщо та не спрацьовує, то організм «включає» старшу систему - архікортекс, а потім найдавнішу - палеокортекс. При стресі домінує найновіша гілка нервової системи, а якщо це психотравма - то одна зі старіших систем. У разі несподіваної, загрозливої для життя події, часу на роздуми немає; поведінка [72] регулюється мигдалеподібним тілом - це наша швидка, автоматична, когнітивно неопрацьована реакція.

СТАДІЇ СПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМІВНОЇ СИТУАЦІЇ

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

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

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

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

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, тремтить усе тіло чи окремі його частини. Цю реакцію зупинити не можна, оскільки, якщо розрядки не відбудеться, в тілі залишаться м'язові затиски, внаслідок чого людина страждатиме від болю у м'язах, можуть початися психосоматичні розлади, проблеми з шлунково-кишковим трактом, артеріальна гіпертензія тощо.

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

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

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

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

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ

Переживання травмівних ситуацій [6], [72] залежить від характеру травмівної ситуації/події; характеристики потерпілого та особливостей соціального середовища, зокрема наявності/ відсутності соціальної підтримки.

1. Як уже зазначалося, найсуттєвішою **особливістю травмівної ситуації/події є експозиція до смерті** [6], [72], а саме: перебування в ситуаціях, що загрожують життю і фізичній цілісності людини; поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, мирного населення; картини смерті,

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

Надаючи першу психологічну допомогу потерпілим внаслідок воєнного конфлікту, потрібно зважати на фактори, від яких страждають люди в екстремальній ситуації [49]:

- раптовість;
- тривалість;
- постійні зміни;
- масштаб руйнування після катастрофи;
- неможливість контролювати своє життя;
- горе і втрати;
- моральна невпевненість;
- поведінка під час травмивних подій.

2. Суттєвими для переживання травмивної події та розвитку посттравматичних розладів є такі **характеристики людини** [6], [72]:

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

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

в) наявність чи відсутність травм розвитку.

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

2.2. ПСИХОТРАВМІВНІ НАСЛІДКИ ПЕРЕБУВАННЯ В ЕКСТРЕМАЛЬНІЙ СИТУАЦІЇ

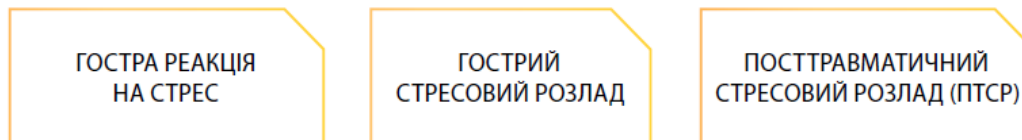
Від поєднання названих вище чинників (особливостей травмивної ситуації, характеристики людини та особливостей соціальної ситуації) залежатиме, чи відбудеться травмування і якою буде реакція на травмивну подію.

Джудіт Герман [11], яка понад двадцять років досліджувала питання психічного травмування та здійснювала психотерапевтичну роботу з жертвами насилля, вважає, що реакції на травмивну подію потрібно трактувати не як окремі розлади, а як спектр станів, що коливаються від **гострої реакції на стрес** (до 48-ми годин після початку події), що може минути сама собою і не досягти рівня діагнозу, а може перейти в **гострий стресовий розлад** (до 1-го місяця після травмивної 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

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



Симптоми розладу проявляються у вигляді типової змішаної мінливої картини, якій притаманні: первинний стан приголомшення з певним звуженням свідомості й уваги, неможливість адекватно оцінювати подразники, **дезорієнтація**. Цей стан може також супроводжуватися «**втечею**» **від реальності** (аж до стану дисоціативного ступору - F44.2) або **гіперактивністю**. Як правило, наявні окремі симптоми панічного розладу (почервоніння, надмірне потовиділення, тахікардія). Може бути часткова або повна амнезія (F 44.0) як реакція на стресову подію [16], [48].

Гостру реакцію на стрес учасників бойових дій описують як **бойову оперативну стресову реакцію** (*combat and operational stress reaction*), що є природнім реагуванням на екстремальну ситуацію.

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, а тому що швидше їм буде надана допомога, то більше буде в них шансів для відновлення.

Зупинимося детальніше на зазначених типах реагування. Під час травмівної події або одразу після неї в людини може бути **шок** - уповільнення психічної і моторної активності [82]. 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** [82], що проявляється зайвими, швидкими, інколи безцільними рухами. Увага звужується, довільна цілеспрямована діяльність стає проблематичною. Людині важко сконцентруватися, відтворити інформацію, особливо стосовно травмівної події, що пов'язано з порушенням короткочасної пам'яті. Темп мовлення прискорюється, воно стає монологічним. Часто повторюються однакові фрази, судження поверхові. В такому стані важко залишатися в одному положенні: потерпілі то лежать, то встають, то безцільно рухаються. Спостерігаються вегетативні порушення (тахікардія, підвищений артеріальний тиск), почервоніння обличчя, надмірна пітливість, може з'являтися почуття спраги чи голоду. Інколи може бути **агресивна чи істерична поведінка**.

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

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

стані депресії).

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

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

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

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

При патологічних варіантах шокової реакції у людини може розвинути **«психогенний ступор»** [41], [82] - 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.

Психопатологічною реакцією на травмивну подію може бути і **«реактивний психоз»** [41], [82], що характеризується спотворенням сприйняття, різким психомоторним збудженням, дезорганізацією поведінки (різкі рухи, часто безцільні, безглузді дії, неадекватні й небезпечні для життя вчинки); ненормально голосним мовленням або підвищеною мовною активністю (мовлення без зупинки, іноді абсолютно безглузде). У потерпілих часто відсутня реакція на оточуючих (на зауваження, прохання, накази), можуть спостерігатися маячня й галюцинації.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Посттравматичний стресовий розлад ПТСР (за МКХ-10) [31] є результатом відтермінованої або тривалої відповіді на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру. Офіційний діагноз ставиться лише через півроку після пережитої стресової ситуації і характеризується, згідно з МКХ-10, такими клінічними діагностичними критеріями:

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

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

В. Людина уникає ситуацій, що нагадують стресову ситуацію 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 неспанья;
- г) підвищена вегетативна збудливість.

За окремими винятками зазначені симптоми проявляються упродовж 6 місяців після перенесення стресу [48].

Сьогодні в Україні стресові розлади до січня 2022 року класифікували згідно з МКХ-10, а з січня 2022 року – за МКХ-11 (перехідний період подовжено до 2027 року). 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 ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Окрім вищезазначених посттравматичних стресових розладів, у найновішій літературі описано ще й **складний ПТСР** (ускладнений, комплексний або хронічний) [27]. (Складний посттравматичний стресовий розлад входить у класифікацію розладів, пов'язаних зі стресом, одинадцятого перегляду МКХ, що вступив у повну силу із 1 січня 2022 року.)

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 [27]:

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 не-здатності 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 [11] 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** [6], [8], 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 [89], [90] - ЦЕ СУКУПНІСТЬ СТАНІВ, ЩО ЇХ ПЕРЕЖИВАЮТЬ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ У ПРОЦЕСІ АДАПТАЦІЇ ДО НЕСПРИЯТЛИВИХ ДЛЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ І ЗАГРОЗЛИВИХ ДЛЯ ЖИТТЄВО ВАЖЛИВИХ ЦІННОСТЕЙ УМОВАХ БОЙОВОЇ СИТУАЦІЇ.

Бойова психічна травма [41], [70], [90] - 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, контузіїми, пораненнями, соматичними захворюваннями 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 (див. табл. 3). Такі стани характеризуються екстремальним напруженням сили для подолання принципово нових перепон і проявляються негативними емоціями (тривожністю, відчуттям безпомічності, гнівом, надмірною збудливістю), неможливістю регулювати свою поведінку тощо [42]. Тривалий посттравматичний кризовий стан призводить до соціальної дезадаптації, невротичних і психосоматичних розладів, до суїцидальної поведінки.

Таблиця 3.

РЕАКЦІЇ НА ТРАВМІВНІ ПОДІЇ

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

2.3.ПРИНЦИПИ ТА АЛГОРИТМ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

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

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

ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

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

Особливо такої допомоги потребують люди, що перебувають у кризовому стані, або ті, хто тільки-но пережив чи переживає травмівну подію [10].

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

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, надаючи першу психологічну допомогу необхідно дотримуватися таких основних **принципів** [10], [62], [63]:

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

Для першої психологічної допомоги **характерні** [20], [36], [62]:

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

ЕКСТРЕНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

ЕКСТРЕНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА - ЦЕ СИСТЕМА КОРОТКОТРИВАЛИХ ЗАХОДІВ, ЩО НАДАЮТЬСЯ ПОСТРАЖДАЛИМ У ЗОНІ ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ СИТУАЦІЇ БЕЗПОСЕРЕДНЬО ЧИ В НАЙБЛИЖЧИЙ ЧАС ПІСЛЯ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ [30].ЗАЗВИЧАЙ ЦЕ ПОНЯТТЯ ВИКОРИСТОВУЮТЬ, ОПИСУЮЧИ РОБОТУ РЯТУВАЛЬНИКІВ У ЗОНІ ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ ЧИ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ.

Принципи екстреної психологічної допомоги:

1. **Невідкладність.** Діяти потрібно зразу ж, відповідно до конкретної ситуації. Що більше часу пройде після травмівної події, то більша ймовірність розвитку хронічних розладів.

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

3. Очікування, що **нормальний стан має відновитися**. З постраждалими людьми необхідно спілкуватися, як із нормальними людьми, а не як із неповносправними чи пацієнтами.

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

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

ВТРУЧАННЯ В КРИЗУ

Втручання в кризу (кризова інтервенція) - невідкладна психологічна і психотерапевтична допомога людині, що переживає кризовий стан. Кризову інтервенцію здійснюють професіонали чи підготовлені волонтери [80], [81].

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

Принципи кризової інтервенції:

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

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

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

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

ІНТЕНСИВНА ОПІКА - МЕТОД КРИЗОВОГО ВТРУЧАННЯ, ЩО ПРОВОДИТЬСЯ З МЕТОЮ ЗАПОБІГАННЯ ДЕКОМПЕНСАЦІЇ І ПОВЕРНЕННЯ ПОСТРАЖДАЛОГО ДО СТАНУ, В ЯКОМУ ЛЮДИНА МОЖЕ ВИКОРИСТАТИ РЕСУРСИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ПРОБЛЕМИ [80], [81].

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.**

2.4.ПРИЙОМИ НЕВІДКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ І САМОДОПОМОГИ

Людам, які страждають від гострих проявів постравматичних стресових розладів, важливо навчитися самостійно стабілізувати гострий стан, їхні близькі також мають уміти надавати психологічну підтримку і невідкладну психологічну допомогу. (Невідкладна психологічна допомога, що надається не фахівцями, орієнтована на зменшення симптоматики, а не на лікування розладів).

1) ВИЗНАЧИТИ СИМПТОМИ КРИЗОВОГО СТАНУ

Спочатку треба навчитися розрізняти прояви постравматичних стресових розладів у себе чи у близької людини (див. табл. 2; табл. 3). Потрібно визначити характер гострого стану, інтенсивність та адекватність ситуації.

2) ЗАСПОКОЇТИ

Якщо людина дуже збуджена чи злякана, її потрібно **заспокоїти**, повернути до рівня схвилюваності, адекватного ситуації. Той, хто надає невідкладну допомогу, сам має бути спокійний.

ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ: недооцінювати ситуацію; давати неправдиві обіцянки; говорити неправду (якщо це виявиться, то рівень тривожності, страху й недовіри зросте); давати поради щодо вирішення проблеми; звертатися до логіки: «Ти ж доросла людина», «Будь чоловіком». (Це сприймається як «Мене не розуміють, принижують» тощо. Людина у кризовому стані не може адекватно оцінювати ситуацію); говорити: «Не бійся», «Не кричи», «Не плач». (Людина чує: «Бійся», «Кричи», «Плач»).

Потрібно демонструвати спокій. Говорити спокійним і впевненим голосом: «Зараз безпечно», «Все в минулому».

3) ДОПОМОГТИ ЗОРІЄНТУВАТИСЯ

У кризовому стані людина дезорієнтована, їй необхідно допомогти зорієнтуватися, повернутися в реальність, у стан «тут і тепер». Для цього потрібно: дати чітку інформацію про ситуацію, місце і час; чітко відповідати на всі запитання; уважно, не перебиваючи, вислухати.

Слова і фрази мають відповідати конкретній ситуації. Можна обмежитися однією чи двома фразами, якщо після них стан стабілізувався.

- **Місце.** Нагадайте людині, де вона знаходиться.
- **Дата.** Нагадайте, яка зараз дата (день, час).
- **Безпека.** Скажіть, що зараз безпечно.
- **Відмінності.** Зверніть увагу, як те, що відбувається зараз, відрізняється від травмивної події.
- **Доречна дія** в конкретній ситуації. Якщо людині важко зорієнтуватися, можна запропонувати їй щось зробити.

Під час гострого прояву симптомів постстресового розладу можна і самостійно (подумки чи вголос, залежно від ситуації) проговорювати відповідні тексти. Наприклад: «Я в громадському транспорті (*місце*). Зараз вечір (*час*). Люди їдуть із роботи. Вони схвилювані, але ніякої небезпеки для життя немає (*відмінності, безпека*)».

4) СПРИЯТИ ЗАДОВОЛЕННЮ БАЗОВИХ ФІЗИЧНИХ ПОТРЕБ

- **Нормалізація дихання.** Зверніть увагу на глибоке дихання, на відчуття потоків повітря у ніздрях. (Можна виконувати вправи для нормалізації дихання разом із людиною, якій надаєте допомогу.)
- **Вода.** Щоб привести до тями людину, яка не йде на контакт, можна хлюпнути на неї водою. Дайте постраждалому питної води. Запропонуйте випити склянку води маленькими ковтками (40 ковтків), при цьому слід подумки рахувати (після кожного ковтка).

Кожного разу, ковтнувши воду, потерпілий має робити короткий вдих і довгий видих. Скажіть, що потрібно зосередитися на відчуттях. Запропонуйте потерпілому занурити у воду долоні. Якщо дозволяють умови - нехай умиється, помие руки й ноги. Якщо ж такої можливості немає, можна змочити холодною водою хустинку, потримати її в руках, витерти лоб, обличчя.

- **Медикаменти, біодобавки, чай.** Якщо є випробувані раніше ефективні медикаменти, біодобавки, трав'яний чай, тобто те, що дає легкий заспокійливий ефект, то це можна застосовувати у разі надмірного збудження чи навпаки - замирання.

Д) СПРИЯТИ АКТИВІЗАЦІЇ РЕСУРСІВ

Потрібно сприяти активізації ресурсів, щоб запустити механізми подолання негативних емоцій і станів. Це відновлює почуття самокомпетентності.

- **Самообійми.** Запропонуйте людині міцно обняти себе так, щоб вона відчула межі свого тіла.

- **Вправа для самоблокування.** Запропонуйте постраждалому покласти одну руку собі на серце, а іншу - на живіт і описати відчуття в цих місцях (спочатку в одному, а потім в іншому).

- **Поглажування серця.** Попросіть людину помістити свої пальці над центром грудної клітки, на 2,5 см нижче від ключиці, й обережно перемістити їх прямо вниз на 10 см. Повторювати такий рух потрібно доти, поки не буде досягнуто відповідного терапевтичного ефекту. Рух схожий на ніжне погладування kota.

- **П'ять відчуттів.** Попросіть постраждалого назвати щось для кожного з п'яти відчуттів: те, що можна побачити, почути, понюхати, доторкнутися, покуштувати.

- **Сила тяжіння.** Попросіть людину відчути, як ноги доторкаються до підлоги, тіло - до стільця. Скажіть: «Відчуйте тиск від того, що ваше тіло доторкається до стільця».

Стабілізації стану може допомогти **тілесний контакт** із потерпілим:

- **Дотик.** Попросіть у потерпілого дозволу покласти свою руку на його плече, руку чи коліно. Такий дотик може допомогти йому «заземлитися» і врегулювати свій стан. Якщо потрібно, станьте опорою для нього, нехай він зіпреться на вас.

- **Тиск.** Натисніть своїми руками на коліна, ноги чи плечі потерпілого, щоб допомогти йому відчути себе заземленим. Використайте свої ноги, щоб м'яко, але твердо натиснути на його ноги. Попередньо запитайте в нього дозволу.

Речі, що допомагають «заземленню», стабілізації стану

- **Тактильні об'єкти.** Дайте людині предмет, який можна добре відчути. Наприклад, терапевтичний пластилін, торбинку з насінням або квасолею, камінці, шишки чи інші природні матеріали, іграшку, м'яку ковдру. Скажіть, щоб він відчув цей предмет, пом'яв його в руках, зосередився на тому, що відчуває, та описав уголос свої відчуття.

- **Шматочки льоду.** Дайте потерпілому шматочок льоду, попросіть його відчути холод у долонях.

- **Заземлення за допомогою подушки чи ковдри.** Запропонуйте покласти на коліна подушку чи ковдру і поплескати по ній долонями.

- **Набивна (м'яка) іграшка.** М'яка іграшка асоціюється з утіхою, нехай потерпілий потримає її в руках.

- **Музика.** Доберіть музику (наприклад, звуки природи), таку, що буде заспокоювати саме цю людину, і запропонуйте її послухати.

- **Домашні тварини** - найкращі психотерапевти. У США в психіатричній службі «працюють» собаки, навчені допомагати людям із психіатричними діагнозами, аутизмом і ПТСР.

2.5.ТЕХНІКИ ЕКСТРЕНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

У людини в екстремальній ситуації можуть з'являтися різні симптоми (Крюкова та ін., 2001). Допомога психолога в даній ситуації полягає, в першу чергу, у створенні умов для нервової «розрядки».

Марення і галюцинації. 1. Зверніться до медичних працівників, викличте бригаду швидкої психіатричної допомоги.

2. До прибуття спеціалістів стежте за тим, щоб потерпілий не нашкодив собі і оточуючим. Заберіть від нього предмети, які становлять потенційну небезпеку.

3. Ізолюйте постраждалого і не залишайте його одного.

4. Говоріть з потерпілим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним, не намагайтеся його переконати.

Апатія 1. Поговоріть з постраждалим. Задайте йому кілька простих запитань: «Як тебе звуть?»; «Як ти себе почуваєш?»; «Хочеш їсти?».

2. Проведіть постраждалого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися (обов'язково зняти взуття).

3. Візьміть потерпілого за руку або покладіть свою руку йому на чоло.

4. Дайте постраждалому можливість поспати або просто полежати.

5. Якщо немає можливості, то більше говоріть з постраждалим, залучайте його до будь-якої спільної діяльності.

Ступор. 1. Зігніть потерпілому пальці на обох руках і притисніть їх до основи долоні. Великі пальці повинні бути виставлені назовні.

2. Кінчиками великого і вказівного пальців масажуйте потерпілому точки, розташовані на лобі, над очима рівно посередині між лінією росту волосся і бровами, чітко над зіницями.

3. Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Підлаштуюте своє дихання під ритм його дихання.

4. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути і бачити. Тому говоріть їй на вухо тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні).

Рухове збудження. 1. Використовуйте прийом «захоплення»: перебуваючи ззаду, просуньте свої руки потерпілому під пахви, притисніть його до себе і злегка перекиньте на себе.

2. Ізолюйте постраждалого від оточуючих.

3. Масажуйте «позитивні» точки. Говоріть спокійним голосом про почуття, які він відчуває. («Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося? Ти хочеш втекти, сховатися від того, що відбувається?»)

4. Не сперечайтесь з постраждалим, не ставте запитань, в розмові уникайте фраз з часткою «не», що відносяться до небажаних дій (наприклад: «Не біжи», «Не розмахуй руками», «Не кричи»).

5. Пам'ятайте, що потерпілий може заподіяти шкоду собі та іншим.

6. Рухове порушення зазвичай триває недовго і може змінитися нервовою тремтінням, плачем, а також агресивною поведінкою

Агресія. 1. Зведіть до мінімуму кількість оточуючих.

2. Дайте постраждалому можливість «випустити пар» (наприклад, виговоритися або «побити» подушку).

3. Доручіть йому роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням.

4. Демонструйте доброзичливість. Навіть якщо ви не згодні з постраждалим, не звинувачуйте його самого, а висловлюйтеся з приводу його дій

5. Намагайтеся розрядити обстановку смішними коментарями чи діями.

6. Агресія може бути погашена страхом покарання.

Страх. 1. Покладіть руку постраждалого собі на зап'ясті, щоб він відчув ваш спокійний пульс. Це буде для нього сигналом: «Я зараз поруч, ти не один!».

2. Дихайте глибоко і рівно. Спонукайте постраждалого дихати в одному з вами ритмі.
3. Якщо потерпілий говорить, слухайте його, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття.

4. Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

Нервові тремтіння. 1. Потрібно посилити тремтіння.

2. Візьміть потерпілого за плечі і сильно, різко потрясіть протягом 10-15 секунд.

3. Продовжуйте розмовляти з ним, інакше він може сприйняти ваші дії як напад.

4. Після завершення реакції необхідно дати потерпілому можливість відпочити. Бажано укласти його спати.

5. Не можна: обіймати потерпілого або притискати його до себе; вкривати постраждалого чимось теплим; заспокоювати постраждалого, говорити, щоб він узяв себе в руки.

Плач. 1. Не залишайте постраждалого одного.

2. Встановіть фізичний контакт з постраждалим (візьміть за руку, покладіть свою руку йому на плече або спину, погладьте його по голові). Дайте йому відчуття, що ви поруч.

3. Застосовуйте прийоми «активного слухання»

4. Не намагайтеся заспокоїти постраждалого. Дайте йому можливість виплакати і виговоритися, «виплеснути» з себе горе, страх, образ.

5. Не ставте питань, не давайте рад. Ваше завдання - вислухати

Істерика. 1. Видаліть глядачів, створіть спокійну обстановку. Залишіться з постраждалим наодинці, якщо це не небезпечно для вас.

2. Несподівано зробіть дію, яка може сильно здивувати (можна дати ляпас, облити водою, з гуркотом упустити предмет, різко крикнути на потерпілого).

3. Говоріть з потерпілим короткими фразами, упевненим тоном («Випий води», «Вмийся»).

4. Після істерики настає занепад сил. Укладіть потерпілого спати. До прибуття фахівця спостерігайте за його станом.

5. Не потурайте бажанням потерпілого.

2.6. ТЕРАПІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Якщо симптоми стресового розладу тривають та поглиблюються і через 30 діб після травмівної події, то потрібно звернутися до фахівця, щоб оцінити наявність посттравматичний стресовий розлад.

Ефективними психотерапевтичними підходами з **потужною доказовою базою** на цьому етапі вважають травмофокусовані підходи з елементами експозиції, когнітивного реструктурування чи стресового щеплення (інокуляції).

Ці підходи включають методи протидії симптомам тривоги з акцентом на дихальних вправах, розслабленні м'язів і когнітивних елементах (регуляції внутрішнього діалогу, зупинення нелогічних думок, рольової гри), а також експозиційні техніки (реальна, уявна чи наративна експозиція до травмівної події) [84]. Нові дослідження свідчать про ефективність когнітивно-процесуального підходу і десенсибілізації та переробки за рухом очей (ДПРО, англійською EMDR) [22].

Підходи з **відносною доказовою базою** та ефективністю:

- образно-циклічна терапія (Imaginary Rehearsal Therapy - IRT) може бути показана для допомоги у випадку жахів та розладів сну;

- коротка психодинамічна терапія;

- додаткове застосування гіпнотичних методів (може бути ефективним у роботі з такими психотравмівними симптомами, як тривога, біль, дисоціативні розлади та нічні жахи) [84].

До підходів, застосування яких показало **хороші результати**, але **доказова база досліджень замала**, належать:

- діалектична когнітивна терапія (*Dialectical Behavioral Therapy*), ефективна при пограничному розладі особистості та парасуїцидальній симптоматиці;
- терапія із застосуванням тварин (*Animal-Assisted Therapy*), найчастіше це собаки та коні - зв'язок із твариною допомагає відновленню у фізичній, емоційній, когнітивній та соціальній сферах [84];
- голковколювання (*acupuncture*), особливо для підвищення якості сну;
- електроенцефалографія (*EEG*) зворотного зв'язку (*neurofeedback*) з метою контролю емоційних і стресових симптомів.

Психокорекційна і психотерапевтична робота може охоплювати наступні сфери особистості:

а) *формування мотивації постраждалого та навичок психологічної, психотерапевтичної роботи над собою в напрямку конструктивних змін власної особистості з метою подолання психологічної проблематики та особистісного розвитку в цілому;*

б) *робота з емоційно-вольовою сферою постраждалого:*

1) формування навичок самоспостереження свого фізичного та емоційного стану, релаксації та зняття психофізіологічної напруги; 2) розвиток самоконтролю емоцій та поведінки (формування навичок самоорганізації та впорядкування власного життя); 3) підвищення загального фону настрою (шляхом опосередкованого впливу); 4) включення постраждалого в незвичну для нього та суспільно-корисну трудову діяльність; 5) формування фрустраційної толерантності; 6) відреагування придушених психотравмуючих емоцій з урахуванням принципів етики та моральності;

в) *робота з комунікативною сферою особистості:*

1) формування навичок конструктивного спілкування; 2) узгодження потреби в спілкуванні та навичок особистості до конструктивного спілкування; 3) формування здатності до адекватного та позитивного сприйняття оточуючих; 4) розвиток емпатії та компромісів у спілкуванні; 5) сімейна психокорекція;

г) *робота з когнітивною сферою постраждалого:*

1) розвиток самосвідомості; 2) формування адекватної самооцінки та реалістичного світосприйняття; 3) усвідомлення психотравмуючих спогадів; 4) конструктивне завершення психотравмуючих гештальтів; 5) когнітивна обробка психотравмуючого досвіду; 6) антиципація власних дій в аналогічних ситуаціях; 7) вияв ірраціональних когніцій та невірних цілей та заміщення їх конструктивними; 8) зміна стереотипів сприйняття, когнітивних реакцій, поведінки та атит'юдів;

д) *робота з моральною сферою особистості:*

1) формування внутрішнього локусу контролю; 2) формування моральної самосвідомості як чинник моральної саморегуляції поведінки; 3) формування моральних ставлень людини до оточуючих; 4) формування здатності до морального вибору в проблемних ситуаціях;

е) *робота з ціннісно-сисловою сферою постраждалого:*

1) усвідомлення та перебудова власної системи цінностей з урахуванням нових умов життя; 2) свідоме засвоєння системи вищих цінностей, що надають сенсу людському існуванню у будь-яких умовах.

Для здійснення психокорекційної і психотерапевтичної роботи пропонуємо наступний інструментарій:

- методика визначення стресостійкості і соціальної адаптації Холмса і Page;
- методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Васермана (у модифікації В. В. Бойко);
- методика фрустраційної толерантності Розенцвейга;
- методика визначення ціннісних орієнтацій М. Рокича;

- психогімнастика;
- метод систематичної десенсибілізації та сенсибілізації;
- «прищипково-стресовий» тренінг навичок подолання негативних переживань Д. Мейхенбаума;
- тренінг мистецтва веселощів (психотехніка формування оптимістичного настрою);
- імерсійні методи (емплізії, парадоксальної інтенції);
- метод Моріта;
- когнітивна терапія Бека;
- раціонально-емотивна терапія (РЕТ);
- арттерапія (музикотерапія, бібліотерапія, проективний малюнок, казкотерапія, наративна терапія, імаго-метод);
- психодрама;
- гештальт-методи («Розширення свідомості», «Інтеграція протилежностей», «Прийняття відповідальності», методика «Три фрази», домашні завдання);
- тілесно-орієнтовані методи (метод М. Фельденкрайса, метод Ф. Александера, метод А. Янова);
- методи індивідуальної корекції (Сократівський діалог, переконання, психологічне консультування);
- ігротерапія (індивідуальна та групова);
- групова психокорекція (диспути, ігри та вправи: вправа «Зроби крок», гра «Чекання», вправа «Ти послання — Я послання», вправа «Гори і долини», вправа «Зона комфорту», вправа «Я гарний - і не дуже?»);
- тренінг морального спілкування (диспут та психодіагностична методика «Моральні ставлення», гра «Невербальний подарунок сусіду», диспут «Що перешкоджає конструктивному спілкуванню», індивідуальний самоаналіз «Я відповідальний», диспут «Вибір в проблемній ситуації», гра «Проблемні ситуації», гра «За що ми любимо», гра «Метафора», самоаналіз «Хто я такий?», диспут «Щастя»). [15]

2.7.ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Опишемо особливості реабілітаційної роботи з особами, постраждалими від травм війни. [79]

Підготовка до реабілітаційної роботи починається з **першої фази**, яку називають **фазою знайомства**, мета якої – налагодження контакту з постраждалим. Від тональності цього знайомства, його неформального характеру великою мірою залежить подальший прогрес у реабілітації. Відкритий діалог, терпіння, розуміння, співчуття допоможуть у співпраці відшукати ефективні саме для цієї людини слова емоційної підтримки і форми допомоги.

Етап знайомства інколи розтягується на дні і тижні, але його штучне скорочення може звести нанівець усі подальші зусилля.

Навіть після вдалого знайомства постраждалий ще довго буде ставитися до психолога-практика підозріливо. Тому **друга фаза підготовки до реабілітації** – це **поглиблення довірчих стосунків**. Для її успішного проходження слід враховувати і допомагати розв'язуватитакі суперечності, що дуже часто виникають у ході спілкування:

- з одного боку, людина завжди хоче, щоб її зрозуміли, а з другого – боїться, що це насправді неможливо, бо таке, як їй здається, важко зрозуміти взагалі;
- з одного боку, людина прагне поділитися із психологом своїми найпотаємнішими страхами (немічності, безпорадності, близької смерті), а з другого, вона не знає, як замаскувати свій страх;
- з одного боку, людина дуже сподівається, що терапевт якимось чудом допоможе їй поновити втрачену довіру в стосунках із членами сім'ї, колегами, близькими друзями, а з другого – не хоче ділитися найбільш болючим, втратою взаєморозуміння;

■ з одного боку, людина прагне обговорити із психологом свої проблеми щодо роботи і фінансів, а з другого – вона дуже стривожена через невлаштованість, тимчасову непрацездатність, і ця тема здається їй неприродною для розмов з майже незнайомою людиною.

Після знайомства і досягнення довіри в стосунках **третьою фазою** стає **первинна діагностика**. Розглянемо аспекти діагностики, знання яких надалі могло б дуже допомогти обрати максимально ефективні для цієї конкретної людини реабілітаційні техніки. Слід насамперед визначити:

- актуальний стан, у якому перебуває травмована людина на момент звернення до спеціаліста (пригніченість, страхи, роздратованість, виснаженість, відстороненість тощо);
- характер травмування, його особливості, тривалість, давність;
- попередні травми, які були протягом життя, їхній характер, тривалість, наслідки;
- способи подолання кризових, екстремальних ситуацій, які виникали раніше;
- наявність чи брак мотивації до відновлення, готовності до змін у власному житті;
- імовірність отримання підтримки з боку сім'ї, друзів, близького оточення.

Четверта фаза підготовки до реабілітації після знайомства та первинної діагностики – це **забезпечення групи підтримки** для людини, з якою працює психолог. Має бути переосмислений і максимально активізований реабілітаційний потенціал сім'ї. Родичі якнайкраще впливають на інтенсифікацію згаслої комунікативної активності людини, що переживає наслідки тривалої травматизації.

Після проходження всіх чотирьох фаз підготовки до реабілітації, а саме: знайомства, поглиблення довірчих стосунків, первинної діагностики та забезпечення групи підтримки – можна переходити безпосередньо до реабілітаційного процесу з його етапами, технологіями і техніками.

Розглянемо детальніше поняття **соціально-психологічна реабілітації**.

Реабілітація не зупиняється лише на реадaptaції. Для спеціаліста надметою стає активізація здатності життєтворення, тобто здатності самостійно керувати власним життям, перебудовувати його, реалізовувати оновлені проекти власного майбутнього в сімейній, особистій, професійній сферах.

Згадаймо **індикатори психологічного здоров'я особистості**.

Саме на них базується розроблення технологій реабілітації, які мають діяти синхронно в чотирьох напрямках (персонально-інструментально-просторово-часовому). Ці напрями мають підсилювати один одного і в такий спосіб сприяти відновленню психологічного здоров'я особистості.

Персональний напрям має бутиспрямований на відновлення частково втраченої цілісності особистості, її збалансованості, самоврегульованості; *інструментальний* – на відновлення зниженої самоефективності особистості, її здатності самореалізовуватися в різних видах діяльності; *просторовий* – на підвищення комунікативної компетентності особистості, налагодження стосунків, подолання почуття відчуження від оточення, конструктивне розв'язання конфліктів; *часовий* – на ціннісно-смыслову сферу особистості, переоцінку цінностей, активізацію пошуку нових життєвих орієнтирів, нових сенсів.

Що таке **реабілітаційні технології**? У сьогоdnішньому розумінні технологією є знання про певні методи, їх застосування та вдосконалення. Реабілітаційними технологіями є способи покращення стану людини. У чому особливість соціально-психологічних технологій реабілітації особистості? Це сукупність технік, інтервенцій, процедур, що використовуються для підтримання і відновлення психологічного здоров'я особистості.

Форми колективної комунікації, в яких практично використовуються технології, можуть бути дуже різноманітними: групова робота, стратегічні сесії, майстер-плани розвитку соціально-психологічної реабілітології як галузі тощо. Використання соціально-психологічних знань, теорій та інструментів для поліпшення суб'єктивного благополуччя людини теж є відповідною технологією.

Процес соціально-психологічного відновлення особистості можна розділити на такі етапи: **1) підготовчий, 2) базисний та 3) завершальний (підтримувальний)**. На кожному етапі доцільно використовувати певні реабілітаційні технології, що складаються з відповідних технік.

1) Метою підготовчого етапу є якомога більш повне і зацікавлене залучення людини, що потребує реабілітації, у спільну роботу, пробудження і посилення її мотивації.

2) Метою базисного етапу реабілітації є активізація здатності людини самостійно скеровувати, змінювати власне життя в бажаному напрямі, брати на себе відповідальність за власне життєтворення.

3) Метою завершального (підтримувального) етапу реабілітації є відновлення психологічного здоров'я особистості, її здатності до особистісного зростання.

У Додатку 7 наведено орієнтовну програму такого відновлення.

Якісні реабілітаційні послуги мають надаватися професійно компетентними спеціалістами, бути достатньо тривалими, а головне – доступними для постраждалих незалежно від місця їхнього проживання (мегаполіс, райцентр чи село) та платоспроможності. Участь у соціально-психологічній реабілітації мають брати спеціалісти різного профілю, адже проблема травми війни є складною і комплексною.

Тому потрібно об'єднувати зусилля практичних, клінічних, військових психологів, лікарів, соціальних працівників, реабілітологів, працівників медіа, волонтерів, громадських активістів і багатьох інших.

Психологам не слід відмовлятися від так званої терапії на ходу (therapy by walking around). Така робота за значенням не поступається повноцінним психотерапевтичним інтерв'ю за зачиненими дверима кабінетів, адже вона допомагає знизити тривогу, зняти зайве напруження, стимулює до участі в групах “рівний – рівному”.

Індивідуальну та групову реабілітаційну роботу під орудою психолога-консультанта бажано продовжувати у так званих групах взаємодопомоги. Такі групи сприяють прийняттю нових життєвих обставин, з якими тепер треба буде жити, і соціальних очікувань, яким треба відповідати. Учасники груп “рівний–рівному”, які за власним бажанням проходять спеціальні тренінги та демонструють мотивацію, майстерність, бажання допомагати товаришам, стають так званими пір-спеціалістами. У результаті спеціального навчання вони виконують роль консультантів чи беруть участь у психологічному супроводі новачків.

Невичерпним джерелом соціального капіталу, без якого відновлення психологічного здоров'я стає досить проблематичним, крім груп само- і взаємодопомоги, стають громадські об'єднання, громадські організації, численні угруповання та асоціації, яких стає останнім часом усе більше в нашій країні.

Ефективною в соціально-психологічній реабілітації є і так звана непряма психологічна допомога постраждалим. Спеціалісти, безпосередньо не працюючи із самою постраждалою людиною, звертаються насамперед до її оточення, що сприяє поступовим модифікаціям домашнього, професійного, дозвілєвого середовища.

Розділ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС ГОРЮВАННЯ

3.1.ГОРЕ ЯК ПРИРОДНА РЕАКЦІЯ НА ВТРАТУ. ПРОЦЕС ГОРЮВАННЯ

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.

Страждання або «робота горя» (Е. Ліндеман) - це природний процес, необхідний для того, щоб оплакати смерть близької людини і пережити втрату, стати незалежним від втрати,

пристосуватися до реалій життя і побудувати нові стосунки з людьми й зі світом.

Є низка теоретичних моделей, що описують процес горя: теорії Еріка Ліндемана, Елізабет Кюблер-Рос, Ваміка Волкана, Джона Боулбі, Коліна Паркеса, Джорджа Поллока тощо. Класифікації відрізняються одна від одної відповідно до теоретичних орієнтацій дослідників. Наприклад, Д. Боулбі (Bowlby, 1961), автор теорії прив'язаності, виділив три фази процесу горювання, але пізніше і він, і К. Паркес (Parkes, 1972) виділяли вже чотири фази. Д. Боулбі і К. Паркес описали першу фазу як **«заціпеніння»** (від декількох годин до тижня). Після заціпеніння настає **фаза туги** за втраченою людиною і прагнення повернути втрату, яка може тривати кілька місяців або років. Третьою фазою є **дезорганізація**, за якою йде четверта фаза - **реорганізація**.

Д. Поллок (Pollock, 1961) говорить про відмінність між гострою та хронічною стадіями горювання. **Гостру стадію** він розділяє на три підфази: реакція шоку, афективні реакції і реакція на розлуку. **Хронічна стадія**, за Д. Поллоком, подібна до фази класичної роботи горя, описаної Зигмундом Фройдом (Freud, 1917).

В. Волкан (Volkan, 1981) опирається на модель Д. Поллока, але не використовує терміни «гостра» і «хронічна» стадії. Щоб уникнути семантичних труднощів, він розділяє весь процес скорботи на **початкову стадію і роботу горя**. Він також виділяє процес **адаптації**, наступний за **процесом горювання**, подібно до Д. Поллока і Г. Рохліна (Rochlin, 1965).

Розглянемо детальніше основні теоретичні моделі горювання.

ТЕОРІЯ ЕРІКА ЛІНДЕМАНА

Як зазначалося вище, Е. Ліндеману належить вислів **«робота горя»**, що вживається в літературі й дотепер. Під час «роботи горя» людина звільняється від прив'язаності до померлого, адаптується до світу, в якому більше немає померлого, і будує нові стосунки. Ліндеман створив фундамент для наступних теорій горювання, виділивши особливості **гострого та нормального горя**. Важливим внеском Еріка Ліндемана є й те, що він описував не лише емоції і почуття, а й фізичні відчуття, пов'язані з реакцією на втрату.

Нижче подано п'ять ознак, що їх Е. Ліндеман називає визначальними для переживання горя.

1. **Соматичний дистрес.** Напади дискомфорту, що продовжуються до години; соматичні скарги (відчуття стискання в горлі, переривчасте дихання, зітхання, відчуття порожнечі в шлунку, порушення апетиту, зміна смаку їжі), слабкість і надзвичайний фізичний чи емоційний біль.

2. **Захопленість образом померлого.** Людина в скорботі переживає відчуття нереальності, емоційної відокремленості від інших, вона захоплена образом померлого.

3. **Почуття провини** стосовно померлого чи щодо обставин його смерті. Людина вважає смерть близького результатом своєї недбалості чи недостатньої уважності, шукає доказів власної причетності до його смерті.

4. **Реакції неприязні.** Стосунки з іншими людьми порушуються, втрачають теплоту через те, що скорботна людина бажає залишитися наодинці, вона дратівлива й сердита. Це призводить до формалізованого спілкування.

5. **Нездатність функціонувати на попередньому рівні.** Людина у скорботі намагається щось робити, але все робить без інтересу, автоматично. Її дивує той факт, що велика частка традиційної діяльності була пов'язана з померлим (зустрічі, розмови). Все це тепер втрачено. Ця втрата є причиною сильної залежності від будь-кого, хто стимулюватиме активність людини, яка переживає втрату.

6. Е. Ліндеман пропонує ще одну, шосту ознаку, яка доповнює цілісну картину. Це характеристика людей, які перебувають на межі патологічних реакцій, а саме: **поява рис померлого в поведінці особи, що залишилася**. Це можуть бути симптоми останньої хвороби померлого чи поведінка, яка спостерігалася в час трагедії. Може змінюватися коло інтересів у напрямку колишніх інтересів померлої людини [45].

ТЕОРІЯ ЕЛІЗАБЕТ КЮБЛЕР-РОС

У 1969 році Е. Кюблер-Рос у своїй книжці «Про смерть і вмирання» описала **п'ять стадій горя**: заперечення; гнів; торг; депресія; прийняття.

1. **Заперечення**: «Я не можу в це повірити», «Цього не може бути!», «Не зі мною!». Як правило, це лише тимчасова захисна реакція людини. 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.

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**: «Це трапилося»; «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.

Хоча Е. Кюблер-Рос і не включила надію у свій список п'яти стадій, однак вважала, що надія - це важлива нитка, яка пов'язує всі стадії горювання. Надія дає віру в можливі хороші зміни, в те, що у всього є особливий сенс, який ми зрозуміємо згодом, - рано чи пізно все минає [44].

ТЕОРІЯ ВАМІКА ВОЛКАНА

У своїй праці «Життя після втрати. Психологія горювання» американський психоаналітик доктор Вамік Волкан разом із журналісткою Елізабет Зінтл показують, що переживання горя обумовлюється нашими минулими історіями втрат і є індивідуальним для кожної людини. Зосереджуючись на найтрагічнішій із втрат - смерті, дослідники розглядають її серед інших втрат: розлука подружжя, втрата мрії, ідеалу, дружби, батьківщини, навіть колишнього себе. Привносячи унікальне розуміння у психодинаміку переживання горя, В. Волкан і Е. Зінтл визначають нормальне або «неускладнене» горе і простежують розвиток **патологічного горя** [9].

Вони 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 втрату, повільно повертається до колишнього життя. Саме в цей період зникають зі словникового запасу слова «важка втрата» та «горе»; життя бере своє [51].

НЕЛІНІЙНІ МОДЕЛІ ПРОЖИВАННЯ ГОРЯ САЙМОНА РУБІНА, МАРГАРЕТ ШТРОБЕ ТА ХЕНКСА ШЮТА

У культурі психічної допомоги робота психологів в основному спрямована на лінійне опрацювання горя і на уявлення про те, що горе має бути повністю подолане, а скорботна подія має бути інтегрована до персональної життєвої історії клієнта. Власне, задача горя упирається у здатність звільнитися від прихильностей чи сформувати нові зв'язки, а також набутти певного психічного благополуччя. Разом з тим ми розуміємо, що існують фактори, які не дають змоги персоніфікувати свою травмівну історію втрати чи якимось чином зменшити больове психічне навантаження.

Обмеження лінійних моделей терапії горя:

- невеликі можливості для індивідуальних реакцій горя;
- горе подається як «передбачуване» та «кероване»;
- існує уявлення, що горюючий не має контролю над собою та своєю життєвою ситуацією;
- люди, які виявили «невідповідність» до заданих «зразків», відчувають додаткову тривогу;
- моделі не залишають місця для позитивних почуттів (н-р, звільнення від догляду за хворим, полегшення від напруги у відносинах тощо);
- лінійні моделі все частіше не рекомендуються для використання в клінічних рамках розуміння горювання (Bonnano G.A., 2009, Neimeyer R.A., 2012, Dyregrov A., 2006).

Сучасні нелінійні моделі проживання горя розкривають новий погляд на почуття та поведінку горюючого. Так, **двоколійна модель важкої втрати Rubin Simon, 1981, 1997, 2016 [98]**, звертається до процесу важкої втрати та її результату, особливо після втрати дитини. Перша доріжка фокусується на біопсихосоціальних реакціях на важку втрату. Друга - визначає способи перетворення прихильності покійного до померлого та встановлення нових форм постійних відносин з цією людиною. Таким чином, перший шлях описує наслідки діючого при переживанні серйозного травмуючого фактора стресу, другий - перебудову зв'язків з людиною, що пішла. Ці два пов'язані, але не ідентичні аспекти втрати, функціонування та відносини становлять парадигму подвійної осі. Таким чином, сильна заклопотаність батьків померлою дитиною "приводить в рух" реакцію втрати (Рубін С., 1993).

Двопроцесна модель подолання важкої втрати Stroebe Margaret & Schut Henk, 1999, 2010 [100], виділяє два типи стресорів: втрати та орієнтований на відновлення та динамічний, регулюючий процес подолання. Через такі коливання скорботна людина то наближається до своєї скорботи, то віддаляється від неї, уникаючи різних задач скорботи та залучаючись до повсякденного життя. Ця модель передбачає, що адаптивне впорання складається з конфронтації між стресорами втрати та стресорами її запобігання. Це також

вказує на необхідність дозування скорботи, тобто на те, що існує необхідність відпочити від будь-якого з цих стресорів як складової адаптивного копіngu.

Модель подвійного процесу подолання важкої втрати (Stroebe & Schut, 2001) описує щоденний життєвий досвід з двох позицій – орієнтації на втрату та орієнтації на відновлення.

Орієнтація на втрату включає: роботу горя; «вторгнення» горя (intrusion); розрив зв'язків / переїзд / відмову / уникнення відновлюючих змін. *Орієнтація на відновлення* спрямована на: увагу до життєвих змін; нові починання; відволікання від горя; заперечення / уникнення горя; нові ролі/ідентичності; відносини (в т.ч. триваючі відносини з померлим).

Таким чином, ми бачимо, що ці моделі дуже дбайливо ставляться до горючих, дозволяючи їм перепочити, переміщуючись між емоційною напругою та повсякденними справами, які хоч якось можуть анестезувати душевні рани та допомагають трохи відновитись. Нелінійність моделі також передбачає варіант, що психічний біль і горювання можуть тривати як завгодно довго, можливо, все життя, і структура моделі передбачає, що той, хто занурений у скорботу, зможе мати альтернативний ресурс для проживання свого життя у його буденних аспектах.

3.2.ОСОБЛИВОСТІ ПРОЖИВАННЯ ВАЖКОЇ ВТРАТИ

На відміну від нормального переживання горя і скорботи після важкої втрати **патологічне горе** характеризується надмірною інтенсивністю переживань і довгою тривалістю. До ускладненого (патологічного) горя призводять: втрата раптова або несподівана; втрата, що викликає подвійні почуття, насамперед гнів і самозвинувачення; втрата людини, з якою були пов'язані сильні залежні стосунки, що спричинили відчай і тугу; декілька втрат упродовж короткого відтинку часу; відсутність системної підтримки особистості чи життєзабезпечення.

Інші чинники, на які необхідно звернути увагу і які свідчать про те, що людина перебуває в стані **важкої втрати**:

- говорить про померлого, ніби це сталося вчора;
- відмовляється віддати чи викинути особисті речі померлого;
- виявляє фізичні симптоми, подібні до тих, що були у померлої людини;
- перебуває в депресії, пов'язаний із гострим почуттям провини і низькою самооцінкою;
- з'являються риси характеру померлого;
- надмірно реагує сильним горюванням на чийсь втрату;
- радикально щось змінює відразу після смерті близької людини [7].

Форми ускладненого горя

1. **Хронічне горе.** Переживання горя носить постійний характер. Найменше нагадування про втрату викликає інтенсивні переживання навіть через тривалий час після втрати.

2. **Конфліктне горе (перебільшене).** Одна чи декілька ознак горя спотворюються або занадто посилюються, насамперед почуття провини і гніву. Виникають подвійні почуття. З'являється хибна ейфорія, що переходить у затяжну депресію з ідеями самозвинувачення.

3. **Масковане горе.** Прояви горя незначні або їх зовсім немає. Натомість з'являються соматичні скарги, ознаки хвороби, яка була у померлого. Немає усвідомлення зв'язку із втратою.

4. **Несподіване горе.** Раптовість майже унеможливорює прийняття й інтеграцію втрати. Переважають інтенсивні почуття тривоги, самозвинувачення, депресія, що ускладнює повсякденне життя. Характерними є думки про самогубство.

5. **Відкладене горе.** Переживання відкладають на потім. Відразу після втрати спостерігаються емоційні прояви, але потім «робота горя» припиняється. У подальшому нова втрата чи нагадування про попередню втрату запускають механізм переживання. Людина

може неодноразово говорити про втрату, однак не бажає нічого змінювати або діє прямо протилежно.

6. Відсутність горя. Немає ніяких зовнішніх проявів горя, начебто втрати й не було. Людина повністю заперечує втрату або перебуває в стані шоку [54].

У певних випадках перебіг горя, зокрема й ускладненого, може посилюватися посттравматичним стресовим розладом, наприклад, в умовах надзвичайного стихійного лиха, воєнних дій чи їхніх наслідків. Загалом можна виокремити типові симптоми природного переживання горя і патологічні симптоми.

Типові симптоми горя (прояви): порушення сну; анорексія чи втрата ваги; дратівливість; проблеми з концентрацією уваги; втрата інтересу до новин, роботи, друзів, церкви тощо; пригніченість; апатія і відчуження; намагання усамітнитись; плач; самозвинувачення; суїцидальні думки; соматичні симптоми; втома.

Патологічні симптоми горя:

- тривале переживання горя (кілька років);
- затримка реакції на смерть близької людини (немає вираження страждань протягом 2-х і більше тижнів);
- сильна депресія, що супроводжується безсонням, почуттям провини, напруженням, гіркими докорами на свою адресу й потребою в самозвинуваченні;
- стійка відсутність ініціативи або спонукань, інертність;
- хвороби психосоматичного характеру (виразковий коліт, ревматичний артрит, астма тощо);
- галюцинації, ототожнення з померлим або відчуття його присутності;
- іпохондрія - розвиток симптомів, від яких страждав померлий;
- надмірна активність - людина, що переживає втрату, починає розвивати бурхливу діяльність, відчуваючи біль втрати;
- ворожість, спрямована проти конкретних людей, часто супроводжується погрозами, проте тільки на словах;
- поведінка не узгоджується з нормальним соціальним та економічним буттям;
- різкі переходи від страждань до самозадоволення впродовж коротких проміжків часу;
- зміна ставлення до друзів і родичів; дратівливість, небажання набридати, відхід від соціальної активності;
- прогресування самотності;
- виношування суїцидальних планів; розмови про суїцид, возз'єднання з померлим, про бажання з усім покінчити.

У випадку особливо сильних переживань горе може стати причиною важкої хвороби і навіть смерті людини, що переживає втрату.

Для кращого розуміння стану людини, що перебуває у скорботі, виокремлюють такі **комплекси симптомів горя**, з якими можна згодом працювати:

- емоційний комплекс - печаль, гнів, тривога, безпорадність, байдужість;
- когнітивний комплекс - нав'язливі думки, зневіра, відчуття присутності померлого;
- поведінковий комплекс - порушення сну, безглузда поведінка, уникнення речей і місць, пов'язаних із померлим, фетишизм, гіперактивність, відхід від соціальних контактів, утрата інтересів;
- можливі комплекси фізичних відчуттів і алкоголізація як спроба встановлення комфорту [49].

Ускладнена реакція втрати - це нормальна реакція системи прив'язаності, яка звільняє людину від прив'язаностей, щоб очистити місце для формування нових.

У випадку нормального перебігу скорботи (за Верною Каст) людина переживає такі фази:

1. Небажання прийняти втрату.

2. Вибухи емоцій.
3. Пошуки, знахідки, розлука.
4. Нове ставлення до себе і світу.

Після втрати близької людини, на думку Джоані Спірінс, доводиться встановлювати нові стосунки:

- По-перше, з померлим.
- По-друге, із самим собою (нова ідентичність).
- По-третє, із навколишнім світом.

Критерії ускладненої реакції втрати [22]

1. **А критерій події.** Втрата близької людини у зв'язку зі смертю.

2. **В критерій.** Інтрузивно-нав'язливий стрес через розлуку. Сильна туга за померлим, що спричиняє психічні й емоційні страждання; сильне бажання бути разом, що ускладнює повсякденне життя.

3. **С критерій.** Мають проявитися щонайменше п'ять із нижчезазначених когнітивних, емоційних та поведінкових симптомів:

- рольовий конфлікт (відчуття, ніби втрачена якась важлива частина);
- потрясіння і нездатність повірити у смерть;
- неможливість прийняти смерть;
- уникання реальних підтверджень про втрату;
- після втрати з'являється неспроможність довіряти іншим;
- озлоблення і гнів через втрату;
- важко жити;
- «емоційне оніміння» від моменту втрати;
- відчуття, що життя після втрати порожнє і не має сенсу.

4. **Д критерій часу.** Від моменту втрати минуло щонайменше шість місяців.

5. **Е критерій, психосоціальні ускладнення.** Значні ускладнення у різних сферах життя.

6. **Ф критерій, диференціальні діагнози.** Симптоматику не можна пояснити діагнозами: депресія, генералізований тривожний розлад чи ПТСР.

7. **Коморбідність. Ускладнена реакція втрати і ПТСР.** У цих діагностичних категорій є спільні риси. Проте у випадку ускладненої втрати:

а) зміст інтрузивної симптоматики пов'язаний із померлою особою, а не зі стресовими сценами;

б) під час ускладненої реакції втрати можуть з'являтися позитивні спогади, які породжують болісну тугу за померлою близькою людиною;

в) стримування емоцій шляхом скорботи.

Дослідження показали, що у 15 % клієнтів із ускладненою реакцією втрати було виявлено ПТСР у вигляді коморбідного діагнозу.

8. **Ускладнена реакція втрати і депресія.** В одному з досліджень у 50 % випадків ускладненої втрати було підтверджено і коморбідну депресію. Проте симптоми ускладненої втрати, на відміну від депресії, не вдається послабити фармакологічно.

Описані вище стадії горювання не стандартні для всіх людей, їх переживають по-різному: можуть бути відсутні якісь характерні особливості, зазначені у класифікаціях. Іноді межі загальноприйнятих етапів горювання можуть бути настільки розмиті, що людина їх просто не помічає; в інших випадках ці етапи можуть чергуватися в хаотичному порядку. Переживання, що виникають на тій чи іншій фазі, пізніше можуть повторюватися, причому багато разів. Психологи, що працюють із питаннями втрати, чи люди, які намагаються допомогти, мають знати періоди та фази горювання.

3.3.ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА У ВИПАДКУ ВАЖКОЇ ВТРАТИ

Втрата близької людини - це завжди криза. **Криза** - це гостра ситуація чи момент часу для прийняття якогось рішення, поворотний пункт, дуже важливий момент (*Перрі*). Ситуація втрати характеризується розгубленістю і стресом; люди в кризових ситуаціях переживають негативні почуття - страх, провину, відчай тощо.

Перед тим, як описати специфіку консультування у випадках кризи, пов'язаної з втратою, смертю близької людини, наведемо **базові принципи** такого консультування (кризової інтервенції) [51]:

1. Людина, якій надається психологічна допомога в момент кризи, є компетентною стосовно власного життя і здатною робити вибір.
2. Під час кризової інтервенції фахівець бере активну участь у всьому, що відбувається з потерпілим, щоб оцінити ситуацію і скласти план дій.
3. Мінімальна мета кризової інтервенції - запобігти катастрофі; основоположна мета - відновлення рівноваги; кінцева мета передбачає подальший розвиток клієнта.
4. Психолог має надавати підтримку, «бути з людиною», тобто допомагати їй пережити процес горювання.
5. Необхідний баланс самостійності постраждалого і його потреби у підтримці (постраждалий - це людина, спрямована на здобуття впевненості).

Примирення з утратою - тривалий природний процес, тому його не слід прискорювати. Людина потребує захисних механізмів, особливо на ранній стадії «роботи горя», коли вона ще не готова прийняти смерть і реалістично думати про неї. Тому консультант має дати клієнту можливість використовувати заперечення чи інші механізми психологічного захисту.

Консультант, працюючи з людиною, яка переживає втрату, часто має виконувати роль слухача [73]. Що більше консультант співпереживає скорботі, що адекватніше сприймає власні емоційні реакції, пов'язані з допомогою, то ефективніша цілюща дія стосунків. Не слід поверхнево заспокоювати людину в скорботі. Зніжковіння та формальні фрази призводять до незручної ситуації: людині треба дати можливість виражати будь-які почуття і сприймати їх без упередження. Інше дуже важливе завдання консультанта - навчити близьких правильно реагувати на скорботу людини, яка переживає втрату.

Психологічну допомогу потрібно надавати відповідно до стадій переживання горя.

ДОПОМОГА НА СТАДІЇ ШОКУ. На цьому етапі людина зазвичай потребує інтенсивної опіки. Необхідно бути поруч із людиною, що зазнала втрати, не залишати її на самоті. Виявляти свою турботу й піклування краще через дотик. 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. Людині в горі потрібні постійні, але ненав'язливі відвідини та добрі слухачі.

ДОПОМОГА НА СТАДІЇ ГОСТРОГО ГОРЯ. Слід говорити про померлого, причини його смерті та почуття у зв'язку з цією подією. Необхідно розпитувати про померлого, слухати спогади про нього, розповіді про його життя. У випадку насильницької або раптової смерті потрібно неодноразово обговорювати детально всі подробиці трагічної події до того часу, поки вони не втратять свого страхітливого, травмивного характеру, - тільки тоді людина, що втратила близького, зможе оплакувати померлого. Поступово (ближче до кінця цього періоду) слід долучати людину до повсякденної діяльності.

ДОПОМОГА НА СТАДІЇ ВІДНОВЛЕННЯ. Треба допомагати людині знову включитися в повсякденне життя, планувати майбутнє. Оскільки людина може неодноразово повертатися до переживань гострого періоду, необхідно давати їй можливість знову говорити про померлого [73].

Психолог здатний допомогти клієнту по-справжньому пережити втрату, здійснити роботу горя, не зменшуючи гостроти його душевних переживань. Робота горя триває стільки,

скільки людині потрібно, щоб справитися із важкою втратою.

Цілі консультації і терапії важкої втрати складні: від розради і підтримки до роботи зі складними і болісними проблемами людини, що переживає втрату, якщо вона захоче і зможе їх вирішувати.

Корисними можуть бути кілька **прийомів**, які допомагають психологу успішно працювати з втратою, зокрема:

- використання речей (наприклад, фотографії, особисті речі тощо), що допомагають людині, яка пережила втрату, підтримувати роботу горя;
- використання творчого письма, малювання;
- повторні розпитування;
- вправи, які спонукають людину реалістично поглянути на стосунки, наприклад, складання списків позитивних і негативних рис характеру померлого;
- листи померлому;
- перебудова поведінки, наприклад, зменшення відвідувань кладовища, збільшення числа відвідувань відповідних місць для надання допомоги іншим тощо [7].

Допомога професіонала необхідна людині, горе якої набуло патологічного характеру, або коли існує великий ризик, що воно може стати таким. У цьому випадку використовується весь комплекс методів кризової допомоги, терапії психологічних травм і посттравматичного стресу. Психологічна допомога може знадобитися і через роки після втрати, якщо робота горя своєчасно не була завершена.

ТРЬОХСТУПЕНЕВА МОДЕЛЬ ДОПОМОГИ У ВИПАДКУ ГОСТРОЇ РЕАКЦІЇ ВТРАТИ

Для роботи з гострою реакцією втрати Марджорі Вайтхед пропонує трьохступеневу модель допомоги [7].

ПЕРШИЙ ЕТАП. ВИВЧЕННЯ (ДОСЛІДЖЕННЯ). На цьому етапі клієнт говорить так і те, що він хоче говорити. Психолог має його вислухати, застосовуючи відповідні техніки (відображення; віддзеркалювання; заохочення; підсумовування; відкриті загальні питання тощо). У цей час має сформуватися взаєморозуміння і контакт між консультантом і клієнтом.

Умовами ефективної роботи на цьому етапі є безумовне позитивне ставлення, без винесення будь-яких моральних суджень; емпатія, розуміння почуттів клієнта; щирість, відвертість і конгруентність (за К. Роджерсом), що передбачає позицію консультанта на рівні клієнта [71]. Перший етап роботи може тривати від п'яти хвилин до чотирьох годин.

ДРУГИЙ ЕТАП. НОВЕ РОЗУМІННЯ. Клієнт (за допомогою консультанта) має зрозуміти, яку роль відіграє ця подія в його житті, подивитися на ситуацію по-іншому, ніби збоку. Завдання консультанта - дати можливість клієнту переживати горе в його власному темпі.

Умовами ефективної роботи консультанта на цьому етапі є емпатія; стимулювання (спонукання клієнта оскаржити ті його твердження, що прозвучали раніше); негайна реакція на те, що відбувається в ситуації консультування.

ТРЕТІЙ ЕТАП. 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.

ДЕСТРУКТИВНІ ТВЕРДЖЕННЯ, ЩО НЕГАТИВНО ВПЛИВАЮТЬ НА ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ

Зарубіжні психологи виділили низку тверджень, яких потрібно уникати, працюючи з

людьми, що переживають горе [52]:

1. **«На все воля Божя»** - людина не така всезнаюча, щоб знати Божу волю, до того ж таке не надто втішає.

2. **«Мені знайомі ваші почуття»** - ніхто не може знати, що відчуває інша людина, зіткнувшись зі смертю, і ніколи не зможе пережити її почуття. Кожна ситуація унікальна.

3. **«Вже минуло три тижні після його смерті, а ви ще не заспокоїлися?»** - немає ліміту часу, відведеного на страждання. Прийнято вважати, що переживання горя триває від шести місяців до двох років, хоча можливі відхилення і в той, і в інший бік.

4. **«Дякуйте Богові, що у вас є ще діти»** - навіть якщо в сім'ї є ще діти, батьки важко переживають смерть дитини. Це не зменшує їхньої любові до решти дітей, однак відображає втрату унікальних взаємин.

5. **«Бог обирає найкращих»** - це означає, що всі, хто живе на землі, у тому числі й та людина, якій ми намагаємося співчувати, не досконалі в очах Бога. Крім того, виходить, що Бог не зважає на страждання, що їх завдає близьким померлого.

6. **«Він прожив довге і чесне життя, настав його час»** - немає часу, відповідного для того, щоб померти. Скільки б років не прожила людина, смерть - завжди горе. Незважаючи на те, що смерть часто несе з собою звільнення від страждань, фізичних чи душевних, близькі люди все ж переживають втрату.

7. **«Мені дуже шкода»** - поширена автоматична реакція на повідомлення про чийось смерть. Ми просимо вибачення за те, що життя закінчене, що люди переживають горе, за нагадування про те, що всі ми смертні. Однак від того, хто переживає втрату близької людини, ці слова вимагають неадекватної відповіді. Що може вона сказати у відповідь: «Дякую», «Все гаразд», «Розумію»? На такі слова немає доречної відповіді, і коли людина знову й знову чує подібне співчуття, такі слова швидко стають порожніми й безглуздими.

8. **«Зателефонуйте мені, якщо щось буде потрібно»**. Якщо ми так говоримо, то повинні бути готові відповісти на телефонний дзвінок у будь-який час дня і ночі. Страждання не регулюються часом доби, часто найважчий час - між північчю і шістьма годинами ранку.

9. **«Ви повинні бути сильними заради своїх дітей, дружини тощо»**. Людині, яка переживає втрату, немає необхідності бути сильною задля кого б то не було, навіть для самої себе. Переконаючи людей бути сильними, ми тим самим умовляємо їх зректися реальних емоцій. Це може призвести до появи інших проблем.

ТЕМАТИКА КОНСУЛЬТУВАННЯ ПІД ЧАС РОБОТИ З ВТРАТОЮ

Відомо, що зацікавленість клієнтів, які переживають горе, і відповідна допомога їм, як правило, стосуються певних тем [52]:

1. **«Дозвольте мені просто поговорити»**. Люди хочуть говорити про померлого, про причини його смерті і про свої почуття у зв'язку з подією. Їм хочеться проводити довгі години в спогадах, сміятися і плакати. Вони хочуть розповісти про життя померлого. У випадку насильницької смерті їм необхідно перебирати всі найдрібніші подробиці доти, доки ті не перестануть лякати і турбувати. Тоді вони зможуть оплакувати втрату.

2. **«Запитайте мене про нього (неї)»**. Ми часто уникаємо розмов про померлого, але близькі інтерпретують таку поведінку як забуття чи небажання обговорювати саму смерть. Це демонструє рівень нашого дискомфорту, але не нашої турботи про близьких померлого. «На кого він (вона) був схожий?», «Чи є у вас фотографія?», «Що він (вона) любив робити?», «Які найприємніші ваші спогади пов'язані з ним (нею)?». Це тільки деякі з питань, за допомогою яких ми можемо виявити інтерес до прожитого життя.

3. **«Підтримайте мене і дозвольте виплакати»**. Дотиком ми виявляємо свою турботу й увагу, коли слова нам непідвладні. Навіть просто притримати за лікоть людину, що перебуває в скорботі, буває іноді краще, ніж витримувати холодну дистанцію. Люди плачуть, бо їм необхідно плакати, і набагато краще робити це в теплій атмосфері розуміння, ніж наодинці.

4. **«Не бійтеся мого мовчання»**. Бувають випадки, коли люди після втрати ніби

завмирають із застиглим поглядом. Немає потреби заповнювати тишу словами. Ми повинні дозволити їм зануритися у свої спогади, наскільки болючими б вони не були, і бути готові продовжити розмову, коли людина повернеться у стан «тут-і-тепер». Нам не потрібно знати, де вони були подумки, про що думали, але ми можемо подбати про затишок. Скорботна людина буде вдячна за те, що ви просто були з нею поруч у цій тиші.

3.4.ОСОБЛИВОСТІ ДИТЯЧОГО ГОРЮВАННЯ

Коли йдеться про особливості переживання горя, то спочатку слід говорити про специфіку вікового сприйняття смерті, яка найбільше проявляється в дитячому та підлітковому періодах [56].

Спираючись на теорії психічного розвитку та на досвід авторів із Великобританії, що працювали з дітьми, які переживали втрату близьких, М. Є. Дашкіна виділяє чотири вікові групи й описує їхні почуття [17].

1. **ДІТИ 6-8 РОКІВ.** У цьому віці діти стрімко розвиваються і вперше починають задумуватися над поняттям «майбутнє». Вони починають розуміти, що «тато більше ніколи не буде з нами жити» чи «дідусь помер, і ми його більше не побачимо». На цьому етапі розвитку в дітей може з'явитися почуття вини, але вони не усвідомлюють різниці між почуттями і діями. Вони вважають, що їхні думки та бажання можуть привести до незворотних наслідків: «Я кричала і плакала, тому що хотіла сидіти поруч із мамою, а не з татом, тому він від нас пішов», «Через те, що ми посварилися з дідусем, він помер». Працюючи з дітьми 6-8 років, важливо пояснити, що дитина не є причиною смерті близької людини. Також необхідно опрацьовувати фантазії та страшні сни дітей, оскільки в цьому віці вони заінтриговані самим процесом смерті і малюють у своїй уяві монстрів та привидів, яких бояться.

2. **ДІТИ 9-12 РОКІВ.** Діти 9-12 років здатні виражати співчуття так само, як і дорослі, вони можуть переживати почуття гніву чи печалі, але не до кінця усвідомлюють, що з ними відбувається. З'являється розуміння втрати близької людини, що може стати причиною почуття безпорадності, безнадії. Зовні діти копіюють поведінку дорослих, вони усвідомлюють, що таке смерть, і можуть виявляти співчуття, але водночас у них може відбуватися заперечення почуттів, неприйняття втрати і процесу переживання горя.

Для цього віку характерна статеві ідентифікація, діти намагаються зблизитися з одним із батьків, як правило своєї статі, віддаляючись при цьому від іншого, тому втрату батьків своєї статі переживають болючіше.

У цьому віці також відбувається усвідомлення дітьми власної смертності, що особливо їх лякає. Це, можливо, й посилює їхню схильність заперечувати свої почуття. Тому в цій віковій групі важливо працювати з почуттями, думками і спогадами про померлого, тоді й дітям, і дорослим буде легше зрозуміти їхню складну і непередбачувану поведінку, що насправді пов'язана з переживанням важкої втрати.

3. **ДІТИ 13-16 РОКІВ.** Діти 13-16 років можуть переживати почуття гніву і виливати його на однолітків чи членів сім'ї. У них є особистісні труднощі від прощання з дитинством і, можливо, з сім'єю, тому втрата близької людини в цьому віці дуже травматична, особливо для молодших підлітків, оскільки їхня самооцінка може бути більш заниженою, ніж у старших. Якщо померла людина була дуже близькою дитині, то дитина може копіювати її поведінку, манери. Ідентифікація зі «старшим» природна для підліткового віку. Зазвичай, вона триває недовго, проте якщо занадто сильна ідентифікація з померлим продовжується, підлітку може знадобитися допомога в подоланні своєї агресії стосовно людини, яка покинула його на такій важливій стадії життя. Після роботи над своїми почуттями підліток повинен «відпустити» людину, яка його покинула, і продовжувати власний розвиток. Також можуть виникати депресивні чи агресивні почуття, оскільки підліток починає відчувати біль від втрати людини, з якою себе ідентифікував.

4. **ДІТИ ВІКОМ ПОНАД 16 РОКІВ.** Старші підлітки переживають процес смерті, як

дорослі.

Діти різного віку потребують чесного і зрозумілого для них пояснення причин смерті, але такого, що не додало б їм страху перед померлим чи власною смертю. Слід обережно використовувати метафори. Наприклад, пояснюючи дитині, що померла особа тимчасово пішла від нас, можна змусити дитину чекати на її повернення, тим більше, що діти і самі часто сприймають смерть як тимчасову відсутність. Можливо, саме так відчували смерть і древні єгиптяни, що клали в могили померлих їжу, вино й одяг, або американські індіанці, які ховали своїх родичів з усіма їхніми речами. Представлення смерті як тривалого сну може призвести до того, що дитина почне боятися засинати. Досить легко більшість дітей сприймає пояснення про переселення душі, реінкарнацію тощо.

Навіть сприймаючи розумом смерть, підлітки часто відчують, що вони недосяжні для смерті й не припускають думки щодо своєї смертності. Таке сприйняття зумовлене відчуттям невразливості, що є нормальним для цього вікового періоду.

Реагуючи на втрату близьких, рідних, друзів, більшість підлітків не може виразити своїх почуттів, хоча переживає дуже глибоко. Підлітки під час похоронного дійства часто нагадують мармурові скульптури із застиглим обличчям. Це створює ілюзію, ніби вони ніяк не реагують на втрату і не переживають, ніби емоції і почуття незнайомі їм. Проте це тільки ілюзії, бо заціпеніння, в якому вони перебувають, є також виразом почуттів і свідченням глибокого переживання горя. І що довше таке заціпеніння, то глибша криза і серйозніші наслідки для психологічного стану.

В Україні досвід роботи з дітьми, що переживали втрати, представлений у працях Г. Католик (м. Львів, УКУ), яка займалася реабілітацією дітей після Скви́лівської трагедії [18], Л. Рибик (м. Київ) та ін.

3.5.ЯК ПЕРЕЖИТИ ГОРЕ? ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Для конструктивного переживання травматичного досвіду, пов'язаного з втратою, варто подумати над такими рекомендаціями:

- Прийміть своє горе - тілесні й емоційні наслідки смерті близької людини. Скорбота - та ціна, яку ви платите за любов. На прийняття може піти багато часу, але будьте наполегливі у намаганні це зробити.
- Проявляйте свої почуття, не приховуйте відчаю; плачте, якщо хочеться; смійтеся, якщо можете. Не ігноруйте своїх емоційних потреб.
- Стежте за своїм здоров'ям - намагайтеся добре харчуватися, бо ваше тіло після виснажливого переживання потребує підкріплення. Депресія може зменшитися, якщо більше рухатися.
- Пройдіть медичне обстеження і розкажіть лікарю про пережиту втрату. Ви й так достатньо постраждали, не заподіюйте ще більшої шкоди собі та оточуючим, нехтуючи своїм здоров'ям.
- Проявіть до себе терпіння - вашому розуму, тілу й душі потрібний час і зусилля для відновлення після перенесеної трагедії.
- Поділіться болем втрати з друзями - замикаючись у мовчанні, ви не даєте друзям вислухати вас і розділити ваші почуття, прирікаєте себе на ще більшу ізоляцію та самотність.
- Допомагайте іншим - спрямовуючи зусилля на допомогу іншим людям, ви вчитеся краще ставитися до них. Повертаючись обличчям до реальності, людина стає більш незалежною, живучи в теперішньому - відходить від минулого.
- Робіть сьогодні те, що необхідно, але відкладіть важливі рішення; почніть із малого, справляйтеся з повсякденними домашніми справами - це допоможе вам відновити почуття впевненості. Однак варто утримуватися від негайних рішень, наприклад, продати будинок або поміняти роботу [52], [73].

Р. Брей також радить людям, які переживають втрату, щодня займатися фізкультурою - ходьбою, плаванням, гімнастикою, а також дотримуватися розпорядку дня, оскільки звич-

ний уклад життя (регулярне споживання їжі, хатня робота) дає відчуття захищеності; піти до церкви [5].

Розділ 4. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ ІЗ ТРАВМІВНИМ ДОСВІДОМ

Практика допомоги дітям, які пережили травмівні події показує: діти значно вразливіші до психотравми ніж дорослі.

Велике значення в плануванні заходів психологічного супроводу має вік дитини, етап її психофізіологічного розвитку, характер пережитих травматичних подій, особливості взаємодії в батьківській родині, особливості психологічного комфорту в нових умовах життєдіяльності.

4.1.ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ДИТИНОЮ ТРАВМІВНОГО ДОСВІДУ

Дитяча психіка інтенсивно розвивається, тому, з одного боку, вона лабільніша ніж психіка дорослого, а з іншого - незрілість психофізіологічних процесів у дитини не дозволяє давати стабільні прогнози щодо наслідків пережитої психотравмівної події.

Ризик виникнення ПТСР у дітей надзвичайно великий. «Посттравматичний стресовий розлад спостерігається у всіх без винятку дітей, що стали свідками вбивства батьків, більш як 90% дітей, що перенесли сексуальне насильство в дитячому віці страждають від посттравматичних психічних розладів», - зазначає український травмотерапевт Євгеній Тичковський [84].

За наявності психотравми дитина як правило замикається в собі або, навпаки, проявляє не притаманну їй активність; залежно від віку відтворює в іграх ситуації власного травматичного досвіду. Інколи спостерігаються порушення сну, втрата апетиту або патологічно підвищене відчуття голоду, агресивна поведінка або апатія, регресивна поведінка (регрес на ранні етапи розвитку: смоктання пальця, у ліжку постійне перебування в «позі ембріона», підвищена плаксивість і не притаманна дитині потреба в погладжуванні та фізичному контакті, виражене почуття провини і труднощі з увагою та зосередженістю). Всі зазначені сигнали свідчать про те, що дитина потребує допомоги [14], [18], [38].

Часто батьки докладають максимум зусиль, щоб їхній нащадок якомога швидше все викреслив із пам'яті. Вони не розуміють, що витіснення травми в несвідоме може принести більше шкоди, ніж пережита дитиною травма.

Думка про те, що дитині необхідно допомогти забути все, що з нею відбулося - помилкова.

Більшість дітей та підлітків потребують психосоціальної підтримки та психологічного супроводу, проте ті з них, у яких є названа вище симптоматика, повинні спрямовуватися до фахівців для отримання психологічної допомоги.

Приводом для **відвідування психолога** можуть бути такі зміни у поведінці дитини:

- відсутність бажання виходити з дому;
- надмірне читання книжок;
- нічні жахи;
- страх темряви;
- страх розлуки з батьками;
- часте миття рук (або надмірне тертя мочалкою тіла);
- страх гучних звуків тощо.

Батьки мають бути активними учасниками реабілітаційного процесу своїх дітей. Насамперед батьки відповідають за психологічну адаптацію та, за необхідності, психологічну реабілітацію їхніх дітей.

Психологи, соціальні працівники, соціальні педагоги мають проводити психологічну

просвіту батьків щодо можливих проявів та змін у поведінці та емоційно-почуттєвій сфері дітей, що потребують звернення до психотерапевта чи психіатра [14],[38],[84].

Трапляються ситуації, коли фахівцеві потрібно повідомити про загибель рідної чи близької людини дитині. За подібних умов слід враховувати вік того, кому повідомляється таку звістку. Діти та дорослі по-різному переживають горе.

У випадку повідомлення **дитині про смерть батька чи матері** слід, залежно від віку дитини, дотримуватися таких правил:

1. Добре для «знайомства» зі смертю і її наслідками використати психотерапевтичну казку, або притчу [13].

2. Дитина не завжди усвідомлює трагізм ситуації, і може продовжувати гратися, не проявляючи жодних емоцій і ознак горювання, тому психолог після повідомлення про смерть повинен певний час перебувати поруч із нею, відстежувати її реакції, міру прояву негативних емоційних станів.

3. Діти до семи років не завжди розуміють, що після смерті немає повернення, тож можуть постійно перепитувати, коли повернеться їхня близька людина, тому необхідно знову й знову їм пояснювати, що після смерті немає повернення, що йдуть назавжди.

4. Повідомити про смерть батька чи матері має найближчий для дитини дорослий, той, кого дитина добре знає, кому довіряє і бажано той, із ким вона проживає.

5. Психолог має підготувати рідних дитини до повідомлення цієї інформації: увага дорослого має бути зосереджена на дитині, він може плакати, але не ридати, у випадку гніву з боку дитини потрібно проявити розуміння та спокій.

6. У момент повідомлення негативної інформації слід, щоб був тактильний контакт із дитиною (якщо це не створює для неї дискомфорту): посадити на коліна, взяти за руку, обійняти за плечі.

7. Під час повідомлення трагічної звістки голос того, хто говорить, має бути спокійним, ясним, мова - простою, оповідь - без подробиць.

8. Якщо дитина проявила несподівану реакцію або втекла, слід дати їй зрозуміти, що її почуття - природні. Вона має право злитися, відчувати відчай чи страх, або просто заглибитися в гру (з іграшками чи в комп'ютерну).

9. Після повідомлення негативної звістки необхідно зробити паузу, щоб дитина мала змогу осмислити почуте і запитати те, що їй важливо.

10. Необхідно створити у дитини відчуття безпеки, і дати їй настановлення стосовно того, що світ залишається передбачуваним і стабільним незалежно від втрати;

11. Ресурсними для дитини можуть бути розповіді про віру та релігійні почуття.

НЕ МОЖНА:

- уникати при повідомленні дитині про смерть розмов про померлого (психолог має відповідати на запитання малюка та підтримувати бесіди про померлого);

- сугестувати дитині «бажання померлого» щодо її поведінки і почуттів, щоб не викликати почуття провини за те, що вона не може так діяти і відчувати;

- застосовувати до смерті слова-замінники на кшталт «заснув», «полетів», «перетворився» тощо;

- робити вигляд, що нічого не трапилося та уникати згадок про втрату та горе, які переживає дитина;

- переконувати дитину, що більше вже ніхто не помре.

Таблиця 4

ДИТЯЧІ РЕАКЦІЇ НА ТРАВМУ І ПЕРША ДОПОМОГА (ЗА R. PYNOOS & R. NADER)

Вік 3-7 років

ПОВЕДІНКА	ПЕРШИЙ КРОК ДОПОМОГИ
Безпорадність і пасивність	Забезпечення підтримки, відпочинку, комфорту, їжі, можливості грати і / або

	малювати
Генералізований страх	Відновлення захисту з боку дорослих
Пізнавальні труднощі (наприклад, не може зрозуміти)	Повторні конкретні роз'яснення очікуваних подій
Труднощі розпізнавання власних занепокоєнь	Знайомство з емоційними назвами загальних реакцій
Недостатність вербалізації, елективний мутизм, повторювані невербальні програвання травми, німі запитання	Допомога у вербалізації загальних почуттів і скарг (дитина ще не в змозі сприймати свої почуття окремо)
Приписування магічних властивостей спогадам про травму	Відділення травми від речових нагадувань (будинку, ящика для іграшок і т.д.)
Розлади сну (нічні страхи і кошмари, страх засинання, страх залишатися одному, особливо в темряві)	Заохочення розповідей про них батькам і вихователям
Тривожна прихильність (чіпляння за дорослих, небажання бути без батьків)	Забезпечення постійної турботи і догляду (наприклад, запевнення, що вона буде зустрінута з дитячого садка / школи)
Регресивні симптоми (смоктання пальця, енурез, лепетна мова)	Переносимість дорослих до цих тимчасових проявів
Тривоги, пов'язані з нерозумінням смерті; фантазії про «лікування від смерті»; очікування, що померлі можуть повернутися, напасти	Пояснення фізичної реальності смерті

Вік 8-11 років

ПОВЕДІНКА	ПЕРШИЙ КРОК ДОПОМОГИ
Поглинутість власними діями під час події; заклопотаність своєю відповідальністю і / або провиною	Допомога у вираженні прихованих переживань події
Специфічні страхи, що запускаються спогадами або перебуванням на самоті	Допомога в ідентифікації та вираженні спогадів, тривог і попередженні їхньої генералізації
Перекази і програвання події (травматичні гри); пізнавальні спотворення і obsесивна деталізація	Дозвіл говорити і грати; розбір спотворень, знання про нормальність почуттів і реакцій
Страх бути пригніченим своїми переживаннями	Стимуляція вираження страху, гніву, печалі і т.д. в підтримуючій присутності дорослого, щоб попередити почуття, захоплене переживаннями
Порушення концентрації і навчання	Стимулювання повідомляти батькам і вчителям, коли думки і почуття заважають навчанню
Порушення сну (погані сни, страх спати одному)	Підтримка в оповіданнях про сни, пояснення, чому бувають погані сни
Турбота про безпеку свою та інших	Допомогти поділитися занепокоєнням,

	заспокоїти реалістичною інформацією
Порушена або нестабільна поведінка (наприклад, незвично агресивна чи нерозсудлива поведінка, негативізм)	Допомога в оволодінні переживаннями з апеляцією до самоконтролю (наприклад, проговорювання: «Напевно, це важко - відчувати себе таким сердитим»)
Соматичні скарги	Допомогти ідентифікувати випробувані під час події тілесні відчуття
Пильна увага до реакцій і одужання батьків, страх засмутити батьків своїми тривогами	Пропозиція зустрічей з дітьми та батьками, щоб допомогти дітям зрозуміти що батьки відчувають
Турбота про інші жертви і їхні сім'ї	Заохочення конструктивних дій в інтересах уражених і загиблих
Страх і почуття зміненості, викликані власними реакціями горя; страх привидів	Допомога в збереженні позитивних спогадів про те, що дитина робила у важкий момент

Підлітковий вік (12-15 років)

ПОВЕДІНКА	ПЕРШИЙ КРОК ДОПОМОГИ
Погляд з боку, сором і провина (подібно до того, що буває у дорослих)	Спонування до обговорення події, пов'язаних з нею почуттів і реалістичного бачення того, що було можливо
Тривожне осмислення своїх страхів, почуття уразливості і інших емоційних реакцій; страх здаватися ненормальним	Допомога в розумінні того, що здатність переживати такий страх - ознака дорослості; заохочення розуміння і підтримки в середовищі однолітків
Посттравматичні зриви (наприклад, використання наркотиків, алкоголю, делінквентна поведінка тощо)	Допомога в розумінні того, що така поведінка - спроба блокувати свої реакції на подію і заглушити гнів
Небезпечні для життя правила; саморуйнівна або віктимна поведінка	Звернення до спонукань до такої поведінки з гострими наслідками; пов'язування їх з імпульсивністю, що веде до агресії
Різкі зміни в міжособистісних відносинах	Обговорення можливих труднощів у відносинах з однолітками та сім'єю
Бажання і плани помсти	Вислухати наявні плани; звернутися до реальних наслідків їх виконання; заохочувати конструктивні альтернативи, здатні зменшити відчуття посттравматичної безпорадності
Радикальні зміни життєвих установок, що впливають на формування ідентичності	Зв'язати настання змін зі впливом травми
Передчасне входження в доросле життя (наприклад, відхід зі школи, або шлюб, або небажання жити в будинку)	Заохочення відстрочених рішень, щоб дати час на осмислення своїх реакцій на травму і переживання горя [97]

4.2.ФОРМИ ТА МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ТРАВМІВНИМ ДОСВІДОМ

Завдання психолога – дати можливість дитині знизити навантаження деструктивного впливу.

До завдань практичного психолога входить психологічний супровід і підтримка розвитку особистісних ресурсів дитини, психологічне консультування з подолання наслідків

травмуючих ситуацій, розширення способів поведінки. Ці завдання практичний психолог вирішує в консультуванні, профілактичних бесідах, психокорекційній роботі.

Особливим методом психологічної допомоги при кризі є, як ми вже вказували, кризова інтервенція.

Особливості кризових інтервенцій для дітей і підлітків

1. З дітьми, як і з дорослими, також важливо вийти на рівень переживань і вияву почуттів. Полегшення настає через контакт. Тому корисним є будь-який засіб, який допомагає вступити в контакт і підтримати його. Відповідний контакт виводить дитину з її самотності.

2. У дитячій кризі психолог виконує функцію захисту та підтримки. Ми повинні зібрати від оточення і від дитини стільки інформації, скільки можливо отримати, щоб відчувати, що криза означає для життя дитини, і забезпечити необхідний рівень підтримки.

3. Діти реагують на кризу формуванням симптому, що є особливим засобом дитини повідомити про страждання. Це може бути енурез, фобія, алергічна реакція і т.п. Як правило, симптом є захистом від загрозливого досвіду, тому ми не чіпаємо симптом на першій стадії кризової інтервенції. Ставимося до симптому як до необхідного захисту. Як тільки дитина буде відчувати захищеність і зможе говорити про кризу (травму), симптом буде не потрібний і відступить.

4. У роботі з сім'єю та оточенням ми досліджуємо питання: яка причина, через яку дитині необхідний захист, може стати менш загрозливою. Дитині ми допомагаємо у вираженні того, що є, її почуття і потреби (у грі, за допомогою творчих матеріалів, лотка з піском тощо).

5. Ми підтримуємо зв'язок між невербальним рівнем переживання і його виявом у мові.

У роботі з дітьми з травмивним досвідом використовують **методи** індивідуальної та групової роботи, а також сімейне консультування та сімейну психотерапію.

У процесі роботи дитина постійно має відчувати підтримку фахівця. Так, наприклад, якщо дитина зазнала спроб насильства (в тому числі й сексуального), і відчуває сильний страх, приниження і провини, то для стабілізації її стану одним із важливих компонентів реабілітації є похвала та позитивне ставлення: «Ти молодець! Ти вижила! Ти зробила все правильно. Багато людей не впоралися б із цією ситуацією. Дехто, в таких ситуаціях просто плаче собі в куточку і боїться комусь розповісти, а в тебе була мужність поділитися пережитим. Ти, дійсно, молодець. Я тобою пишаюся...».

Методами психологічної допомоги дітям в першу чергу вважаються ігрова терапія, пісочна терапія та арттерапія.

ІГРОВА ПСИХОТЕРАПІЯ

Гра - це не просто діяльність, а одна з форм дитячої комунікації. Вона дозволяє дитині відтворити і переосмислити накопичені образи, висловити ті емоції та почуття, на які в них немає дозволу (внутрішнього чи зовнішнього), або які важко проявляти. Гра дозволяє дитині також подолати негативні емоції шляхом позитивного завершення ситуації, емоції щодо якої виявилися незавершеними.

В ігровій терапії застосовуються:

- психологічні ігри та вправи на встановлення тісного контакту з аніматорами, психологом та членами дитячої групи;

- групові ігри для корекції афективних форм дитячої поведінки, агресії та негативізму;
- ігри, спрямовані на зниження сенсорного та емоційного дискомфорту;
- ігри з метою діагностики, виявлення та усунення тривоги, страхів, переживань;
- спеціальні групові рухливі, ритмічні, танцювальні, тілесно орієнтовані ігри;
- імітаційні ігри та маніпуляційні ігри зі спеціальним ігровим матеріалом;
- ритуальні ігри; психологічні творчі ігри.

Ігрові вправи та техніки, які можна застосовувати для роботи з дітьми з травмивним

досвідом, наведено в *Додатку 1*.

Ігрова взаємодія здатна замінити бесіду і дозволяє відстежити значущих для дитини осіб та характер її взаємодії з цими особами.

В ігровій терапії використовується правило: що менша дитина, то більші за розміром іграшки. Крім того, необхідно враховувати стать дитини, тому окрім м'яких іграшок та ляльок у психологічному наборі мають бути представлені машинки, інструменти тощо. Іграшки повинні відображати широкий спектр життєвих стратегій: від злісних образів до добродушних та радісних.

Іграшки надають дитині неоціненну допомогу в самозахисті. Вони дозволяють дитині винести назовні роздвоєння, проєктуючи на них свої різні іпостасі. Тому одним із ефективних способів допомоги дитині зняти напруження й запобігти реакції протесту є створення умов для переносу впливів і почуттів на іграшку не тільки в умовах психологічного кабінету, але і вдома. Тут важлива улюблена іграшка, «спілкуючись» із якою дитина вчиться виявляти індивідуальну турботу, захист, заступництво, вміння співпереживати. Тоді вона може виконувати роль об'єкта для зняття напруження.

ПІСОЧНА ТЕРАПІЯ

Сьогодні існують два базових підходи до пісочної терапії: це юнгіанська пісочна терапія та арттерапевтична практика роботи з пісочницею. Юнгіанська пісочна терапія передбачає чітке дотримання протоколу, починаючи від розмірів та кольору піддону з піском та великої кількості мініатюрних предметів, натомість у другому підході переважно фокусуються на обраній дитиною тематиці або на запиті. При цьому використовують інтерактивні ігри та вправи, а також суміжні психотерапевтичні практики.

Засновником юнгіанської пісочної терапії вважається швейцарський юнгіанський аналітик Дора Кальфф [95]. На її думку, в процесі терапії проявляється трьохвимірність аспекту душевного стану людини. Через фігурки та їхню взаємодію внутрішній конфлікт переноситься назовні, що дає можливість знайти конструктивні механізми його розв'язання.

В арт-терапевтичному підході пісочної терапії відбувається робота з цілісним процесом без чіткої регламентації та обмежень, що може бути корисним при роботі з невпевненими дітьми, з дітьми, що переживають страхи, або з тривожними дітьми. Пісочна психотерапія у всіх її формах дозволяє проводити терапевтичну роботу з дітьми, починаючи з раннього дитячого віку. Звісно тут є певні обмеження в застосуванні, наприклад: наявність у дитини алергії на пісок чи пил, наявність проблем зі шкірою чи легеневої проблеми у малюка тощо.

Практичний психолог Л. М. Єремівська у своїй статті «Пісочна терапія» наголошує, що «**мета пісочної терапії** - не змінювати і переробляти дитину, не формувати в неї спеціальні навички, а дати їй можливість бути собою» [23]. Автор виділяє спектр проблем, з якими ефективно працюють, застосовуючи цю терапію.

Показання до застосування пісочної терапії: складнощі у взаєминах з дорослими й однолітками; психосоматичні захворювання; подолання підвищеної тривожності, страхів, агресії; стабілізація емоційного стану; подолання емоційного напруження; розвиток активності, розширення життєвого досвіду; тренування зорово-просторової орієнтації; звільнення від негативної енергії; розвиток дрібної моторики рук; розвиток творчих здібностей, фантазії та уяви; розвиток зв'язного мовлення, лексико-граматичних уявлень; бачення та розуміння власних проблем.

АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ В РОБОТІ З ДІТЬМИ З ТРАВМІВНИМ ДОСВІДОМ

Арт-терапія - напрямок психологічної допомоги, спрямований на активізацію в учасників процесу здатності до усвідомлення власних внутрішніх переживань, ставлень та образів через їхню візуалізацію, створення метафор, символів.

Використання арт-терапії при роботі з дітьми та сім'ями забезпечує як психодіагностичну, так і терапевтичну функцію.

Застосування арт-терапевтичних технік сприяє розвитку рефлексії у дітей та

дорослих; гармонізації емоційного стану учасників процесу; виявленню та вирішенню внутрішніх конфліктів; розвитку емоційно-почуттєвої сфери у дітей та їхніх батьків; підвищенню рівня емоційного інтелекту; розкриттю творчого та особистісного потенціалу як дітей, так і дорослих.

У роботі з дітьми найчастіше використовують такі арт-терапевтичні напрямки: казкотерапію; ліплення з тіста й малювання; театралізацію; бібліотерапію; музикотерапію; нетрадиційні форми зображувальної діяльності; кольоротерапію; відеотерапію; імаготерапію.

КАЗКОТЕРАПІЯ

Ефективним напрямком роботи з дітьми є **казкотерапія**. Спроба завести пряму розмову з дитиною нерідко призводить до її замкнення і втечі від розмови. А слухати історію - це зовсім інша справа. Дитині не читають настанови, її не звинувачують і не змушують говорити про свої проблеми, вона просто слухає розповідь про дівчинку чи хлопчика, таку саму, як і вона чи він.

Завдяки казці вдається створити зону безпеки для малюка. Дитина ототожнює себе з головним героєм, але коли розповідь доходить до болючої теми, стає на позицію спостерігача, таким чином убезпечуючи себе. Історії дозволяють дитині відчувати, що вона не самотня в своїх страхах і переживаннях, що інші переживають те ж саме. Це діє заспокійливо. Дитина позбавляється від комплексу неповноцінності, в неї закріплюється впевненість у собі.

Для казкотерапії застосовують різні **види казок**:

- а) реалістичні казки;
- б) казки, що базуються на психотерапевтичній метафорі;
- в) казки написані разом із дитиною;
- г) казки, адаптовані до дитини;
- д) казки, складені психологом чи психотерапевтом, що працює з дитиною.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ СТВОРЕННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КАЗКИ

1. Необхідно пристосувати історію до самої дитини, наділити головних героїв її особистісними якостями та рисами характеру, герой має переживати ті самі почуття, що й дитина. Якщо дитина сором'язлива, то невпевнена в собі дівчинка, що долає труднощі і знаходить друзів, стане хорошим прикладом для наслідування.

Необхідно, щоб казковий герой зустрічався з тими самими проблемами і ситуаціями, що й дитина, яка прийшла на консультацію. (Проблеми мають бути представлені з позиції дитини, а не фахівця чи батьків.)

2. Мова має бути простою і зрозумілою. Психотерапевтичні історії не повинні бути дуже довгими. Створюючи казку для маленьких дітей, в яких ще недостатня концентрація уваги, необхідно уникати різних дрібниць та пояснень. Натомість, для підлітків важливі деталі та нові ідеї - тож оповіді для них можуть інколи нагадувати повісті.

3. Слід не обмежуватися лише страхами та проблемами дитини. Потрібно підкреслити також і її сильні сторони та досягнення. Діти можуть надмірно фіксуватися на проблемах і забувати про свої сильні, позитивні якості.

4. Створюючи реалістичні історії, варто якомога частіше використовувати гумор. Це стимулює інтерес і є ефективним засобом проти тривожних станів, хвилювання і страхів.

5. Під час розповіді слід стежити за дитиною, звертати увагу, в якому місці вона захоплена подіями, де відволікається та втрачає інтерес. Коли немає впевненості, в якому напрямку слід вести розповідь далі, необхідно спитати дитину: «Як ти гадаєш, що зробила потім дівчинка (хлопчик)? Цікаво, про що вона (він) подумала?».

6. У історії має бути хороше закінчення. Треба вселити в дитину надію, що вона обов'язково знайде вихід із ситуації. Закінчення можуть бути результатом застосування навичок спілкування, визнання і розуміння того, що відчуває дитина, усвідомлення того, що з часом переживання минуться.

7. Психолог має враховувати і свій емоційний стан - якщо він стривожений, то ці почуття можуть передатися дитині.

8. Якщо дитина спробувала втілити в життя рішення, яке було напрацьоване в казці, а в неї щось не вийшло, потрібно обережно з'ясувати, що саме вона робила; розказати ще одну історію про героя, в якого спочатку нічого не вийшло, але він був наполегливий, і знайшов вихід [12].

Психотерапевтична казка не має буквально відтворювати події з життя дитини, інакше інформації буде дуже важко пробитися в несвідоме. Саме тому в психотерапевтичних казках не застосовують просте відтворення проблеми дитини чи дорослого. Дитині через образи тварин, рослин, явищ природи дозволяють опосередковано пережити проблемні зони, і завдяки такій казці базові неусвідомлені деструктивні моделі поведінки замінюються конструктивними стратегіями взаємодії з зовнішнім світом і з собою.

Створюючи психотерапевтичні казки, слід враховувати, що казка має висвітлювати **етапи життя головного героя**.

На першому етапі - **«жили-були»** - зазначається характеристика головного героя, його умови життя.

Другий етап - **«одного разу»** - розкриває суть події, що ставить головного героя казки перед проблемою.

На третьому етапі - **«й тоді»** - герой приймає рішення.

Четвертий етап - **«для цього»** - описує події, що характеризують процес подолання труднощів на обраному шляху.

Заключний етап - **«до чого прийшли»** - демонструє позитивні наслідки прийнятого рішення й докладених зусиль.

«Життєві історії» (реалістичні казки) - персоналізовані, в них діє герой чи героїня, наділені характерними рисами конкретної дитини, і зустрічаються вони з тими ж проблемами, що й дитина. Головний герой, звичайно, знаходить шляхи порозуміння і вирішення труднощів.

Терапевтичні казки на основі реалістичних історій дозволяють дитині сформувати модель вирішення тієї чи іншої проблеми. Проте казки можуть нанести шкоду, якщо в них будуть описані умови випереджаючих негативних реакцій дитини. Наприклад, малюк-переселенець іде до нової школи чи дитячого садка. І для підготовки дитини застосовується реалістична казка. Але якщо у цій казці описані деструктивні прояви дитячого закладу освіти або деструктивні прояви героя в умовах закладу, то дитина може засвоювати не тільки шляхи подолання проблем, але й самі проблеми. Будь-які прояви героя, що не відповідають проблемам дитини, не потрібно озвучувати в казці в процесі корекційної роботи!

У роботі з дитиною можна використовувати казку на основі як простої (в основі переважної більшості притч та дитячих казок), так і складної психотерапевтичної метафори.

Казка на основі складної психотерапевтичної метафори будується за принципом трьохшарової «матрьошки»:

1. Опис ситуації з позиції реалістичності без заявлення основної проблеми дитини;
2. Події, пов'язані з актуальною проблемою дитини;
3. Зв'язок реалістичних подій та заявленої проблеми дитини.

Казки, побудовані на основі складної психотерапевтичної метафори, не потребують обговорення. Їхня основна дія спрямована не на свідомість, а на підсвідомість слухача. Таким чином створюється нова конструктивна матриця подолання труднощів, що призводить до заміни травматичних життєвих сценаріїв на позитивні. Обговорення чи відтворення подібної казки в груповій роботі доречно лише через певний проміжок часу.

Для прикладу наведемо ряд історій та казок (див. *Додатки 2, 3*), побудованих за принципом складної психотерапевтичної метафори та таких, які до помагають будувати роботу з дітьми, що живуть у зоні бойових дій або зазнали арт-обстрілів чи насильства, у яких (або в їхніх братиків та сестричок) є тілесні ушкодження чи неповносправність.

АРТ-ТЕРАПІЯ ЗА ДОПОМОГОЮ МАЛЮВАННЯ

Арт-терапія малюванням застосовується як в індивідуальній, так і груповій роботі з дітьми. Тут слід враховувати принцип: що менша дитина, то більшим має бути аркуш паперу.

Наведемо декілька прикладів арт-терапевтичних методик.

МЕТОДИКА КОЛЬОРОВОЇ СУБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ

Для індивідуального консультування добре підходить методика кольорової суб'єктивізації, що базується на відтворенні засобами кольору почуттів та вільних асоціацій дитини. Ця методика найкраще підходить для роботи з дітьми молодшого шкільного віку та з підлітками. В основі базового підходу є психоаналітичний прийом - метод вільних асоціацій, який дозволяє виявити як проблематику актуального психологічного стану дитини, так і її особистісні глибинні конфлікти.

Методика кольорової суб'єктивізації достатньо проста у використанні. Дитині пропонують зосередитися на внутрішніх відчуттях. Працюючи з психотравмою, слід виокремити й болючий сегмент переживань і опрацювати його до кінця, тобто до стану беземоційного відреагування на заданий об'єкт. Працюють з **почуттєво-емоційними переживаннями дитини, тут-і-тепер**.

1. Береться аркуш паперу (бажано розміром А3) і прикріплюється у вертикальному положенні. Інструментарій складається з пензлів різного розміру та форми, гуашевих фарб. Перший крок полягає в тому, що дитині пропонують вдивлятися у фарби і відчувати, який колір відповідає її стану тут-і-тепер (або відповідає ставленню до конкретної особи чи події).

2. Дитина має будь-яким чином заповнити весь простір аркушу фарбами обраного кольору (рисочками, крапочками, галочками тощо)

3. Потім пропонується відійти і вже на відстані відчувати, якого кольору бракує для віддзеркалення внутрішнього стану.

4. Після цього дитина повертається до свого аркуша і доповнює малюнок кольором, якого на її думку бракує. Подібні «відсторонення-наближення» тривають доти, доки дитина не відчує, що всі почуттєві компоненти вже зображені.

5. Фахівець повертає аркуш за часовою стрілкою, пропонуючи дитині вдивитися в «малюнок», і визначити його розташування на рівні, що найбільше відповідає внутрішньому стану дитини.

6. Наступний етап - дитина віддаляється і визначає, «що їй нагадує зображення на малюнку». І вже від цього образу проводиться подальша робота з художнім перетворення і малюнка, й емоційно-почуттєвої сфери дитини.

Працюючи з дитиною, психолог обережно, ненав'язливо звертає увагу дитини на те, що простір змінюється. Тут застосовуються **прийоми прояснення та інтерпретації** з поступовим переходом до авторської дитячої позиції з'ясувань (табл. 5).

Таблиця 5

ПРОТОКОЛ ВЗАЄМОДІЇ З ДИТИНОЮ

ЖИТТЄВА СТРАТЕГІЯ	ЕТАП ГОРЮВАННЯ	РЕАБІЛІТАЦІЙНІ СТРАТЕГІЇ
1. Що ти зараз відчуваєш, згадуючи цю ситуацію	2. Подивися уважно на фарби, а потім на малюнок і відчуй, якого кольору бракує для відображення твоїх почуттів щодо цієї події	3. Познач на цьому малюнку своє місце в цій події
4. Подивися уважно, якого кольору бракує, щоб передати твої відчуття	5. Подивися на фарби і відчуй, який колір іде від тебе в той простір, що ти намалював?	6. Тобі й зараз у цьому просторі некомфортно, чи щось змінилося?
7. Що тобі нагадує	8. А що на ньому бракує для	9. Далі працюють, аби

зображення на цьому малюнку?	того образу, який ти відчуваєш?	завершити переживання образу і емоцій
------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

Вправа «ДЗЕРКАЛЬНИЙ ВИГИН»

На аркуші паперу дитина залишає великі краплі рідкої розведеної фарби, найбільш відповідної до її емоційного стану.

Потім аркуш згинають навпіл і половини щільно притискаються одна до одної. Після розгортання аркушу можна побачити незвичайні, химерні візерунки.

Ці візерунки можуть стати хорошим проєктивним матеріалом для аналізу внутрішнього світу маляти. Коли дитина дивиться на своє «творіння», варто запропонувати їй (якщо це дозволяє її психічний стан) відповісти на кілька запитань, а саме: «Що ти відчуваєш, коли дивишся на це зображення?», «Що тобі нагадує цей малюнок?», «Що в ньому тебе дратує?», «А що викликає почуття спорідненості?», «Де на цьому малюнку можна розмістити тебе?»

Кожна відповідь може стати своєрідним завершенням наявних деструктивних переживань дитини і допомогти їй рухатися далі, переосмислюючи власні проблеми, переструктуровуючи особистісний внутрішній простір.

Можна запропонувати дитині покроково додавати, згідно з власним бажанням, колір, який символізуватиме світло.

Наприкінці слід запропонувати дітям розповісти про свої відчуття від «сонячних змін».

Вправа «МЕТЕЛИК»

Прийом полягає у зображенні гуашшю або олійною фарбою на половині аркуша цупкого паперу (ватману) метелика зі складеними крилами.

Як і в попередній техніці, слід зігнути аркуш навпіл і щільно притиснути половинки одна до одної. Розгорнувши аркуш, ми побачимо зображення метелика з розправленими крилами, метелика, що збирається злетіти.

Цей прийом після вербальної психотерапевтичної взаємодії може допомогти і дитині, і групі знайти особистісні ресурси для нового життєвого старту.

Розмова має відбуватися у такому ключі: «Що для тебе (вас) значить розправити крила?», «Який на твою (вашу) думку, слід зробити перший крок, щоб розправити саме свої крила?», «Чого тобі (вам) бракує, щоб підготуватися до злету?», «Який перший крок ти (ви) можете зробити, щоб відчути внутрішню свободу метелика, який готовий до польоту?»

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА РОБОТА З ДІТЬМИ З ПСИХОТРАВМІВНИМ ДОСВІДОМ

Навчальна та розважальна психолого-педагогічна робота передбачає:

- спільне визначення та чітке дотримування правил групи;
- спортивно-інтелектуальні квести;
- пізнавальні бесіди та вікторини «на тему дня»;
- настільні ігри;
- кулінарні майстер-класи;
- тематичні розважальні програми;
- творчі майстер-класи;
- чергування дітей та допомогу аніматорам;
- зустрічі з цікавими людьми;
- виховні бесіди аніматорів із дітьми;
- дитячо-батьківські свята та розваги;
- навчальні мультфільми та відеоролики про визначних людей.

ФОРМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ РОДИНІ:

а) психолого-педагогічні семінари (наприклад, «Діти і війна: лікуємо любов'ю», «Вікові кризи у дітей» тощо);

- б) психологічні тренінги (наприклад, «Безумовна любов та увага до дитини», «Дисципліна - це добре чи погано?» тощо);
- в) кулінарні майстер-класи тощо.

ТЕАТРАЛІЗОВАНА АРТ-ТЕРАПІЯ

У театралізованій арт-терапії основний наголос ставиться на особистісній активності та вільному самовираженні дитини. Велика роль у цьому процесі відводиться імпровізації, спонтанності. «На відміну від традиційного театру основна увага в театралізованій психологічній роботі спрямована не на зовнішні форми, а на внутрішні переживання учасників. Структура психологічної театральної роботи складається з двох частин: тренінгу і власне постановки спектаклю, основне значення надається саме тренінгу» [67].

Приклад ефективної програми психологічного супроводу дітей вимушено переселених осіб, що активно застосовується в роботі з дітьми МБО «Карітас-Київ», представлено в *Додатку 4*.

БІБЛІОТЕРАПІЯ В РОБОТІ З ДІТЬМИ

Бібліотерапія - це психотерапевтичний підхід засобами слова та книги, спрямований на оздоровлення людини за допомогою системи підібраних (у відповідності до проблематики) окремих творів чи книжок.

Одним з різновидів бібліотерапії є **біблієтерапія**, що використовується, в першу чергу, для дітей з християнського середовища, хоча до даної роботи можуть залучатися також і діти інших релігійних конфесій. Особливо біблієтерапія може бути актуальною для дітей, що проживають у зоні бойових дій і мають особливу потребу в захисті. Оскільки часто дитина один на один залишається з травмівною ситуацією, тож відчуття того, що є Хтось більший за неї чи за її батьків, збільшує психологічний резерв для проживання травмівної дійсності.

В умовах реорганізації всіх життєвих процесів родини, що пережила екстремальні події та набула психотравмівного досвіду, особливо добре зарекомендувала себе **театралізована бібліотерапія**. У процесі засвоєння дитиною цінностей засобами театралізованої бібліотерапії (зокрема біблієтерапії) використовуються:

- а) музичні постановки;
- б) хореографічні постановки;
- в) художнє слово на сцені;
- г) сценографія;
- д) театралізована гра.

Біблієтерапевтичний підхід, що базується на театральному жанрі, допомагає малюкам сприйняти й усвідомити усю глибину Божого слова через призму творчості. Методика «П'ять промінців» (*Додаток 5*) може успішно застосовуватися не тільки в християнському середовищі, але й бути адаптованою в мусульманській чи іудейській релігійній спільноті. Така адаптація має проводитися в тісній взаємодії з представниками духовенства зазначених спільнот. Також постановка може будуватися як світська історія.

ІГРОВІ ТЕХНІКИ ДЛЯ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ТРАВМІВНИМ ДОСВІДОМ**ГРА «ДОЛОНЬКИ»**

Ця гра - один із найпростіших способів безпечного повернення дитини «до себе». Вона полягає як в обмальовуванні долоньок, так і у відображенні їхніх відбитків у тісті, глині, на папері, в будь-якій крупі тощо. Вирізання та розмальовування долоньок дає дітям відчуття наповненості внутрішньої території і, до певної міри, візуалізацію власних меж.

Відчуття меж і механізм безпечного контакту між дітьми забезпечується через ігри, що дозволяють зустрічатися «долонькам» дітей, зокрема через плескання, вітання, торкання.

Можна створювати і спільні картини з долоньок, що дозволяє малюкам відчувати як свою значимість, так і підтримку інших.

Важливо організовувати й пальчикові ігри, що базуються на ігровій взаємодії пальців дитини. Пальці між собою дружать, сваряться, граються, заспокоюють одне одного, торкаються одне одного різними частинами чи всією поверхнею.

ГРА «НІЖКИ»

У цю гру краще гратися в теплу пору року, коли діти можуть легко роззутися. Гратися можна аналогічно до гри «Долоньки», а можна і розширити репертуар. Наприклад, діти вирізають свої відбитки стоп (у кожної дитини інший колір стопи; кількість комплектів (2 шт.) відповідає кількості означених місць).

Далі простір гри поділяється на зони: звідкіля діти приїхали (мають бути враховані всі населені пункти, які представляють учасники групи), а також населені пункти, де діти мешкають зараз. Весь простір поділяється на ці зони.

Кожна дитина має потихеньку пройти всі пункти, залишаючи невидимі (між пунктами) та видимі сліди (на «території поселень»). При цьому гру діти починають з пункту, де вони мешкають зараз, а закінчують місцем малої батьківщини, довільно рухаючись між іншими пунктами. Щоразу, коли дитина доходить до якось пункту, то каже: «Це моя земля і твоя (ім'я) земля», - звертаючись при цьому до того, чий «стопа» вже є на зазначеному місці: «Це наша українська земля».

Цю гру можна використати для знайомства дітей між собою, вона також формує патріотичні почуття. Крім того, діти відчувають - де б вони не були на території України, вони знаходяться на своїй землі і є господарями цієї землі.

ГРА «НЕВГАМОВНІ РУЧЕННЯ»

Часто дорослі нарікають, що діти постійно щось мнуть чи крутять у руках. Але це природна реакція організму дитини, що зазнала травматизації. Зовнішні дії лише проявляють внутрішнє напруження і прагнення контролювати ситуацію. Тому дуже важливо з дітьми розмовляти та обговорювати їхні плани, мрії, робити колажі мрій та прагнень, складати розклад.

Для того, щоб зняти напруження в руках, послабити контроль і повернути відчуття безпеки, необхідно дати дітям у руки хлібний м'якуш, «лизуна», кульки з борошном, масажне кільце чи еспандер.

Важливо пам'ятати, що страх послабити контроль призводить до того, що такі діти на перших етапах не можуть запліщувати очі, виконуючи вправи.

ГРА З ПРИВІТАННЯМИ

Мета гри – сприяти розслабленню учасників та активізації комунікативної довіри. Діти вільно рухаються по колу. За сигналом ведучого вони вітають одне одного тим способом, що його пропонує ведучий гри (наприклад, руками, ногами, плечима, мізинцем, носом, усім тілом тощо).

Подібна взаємодія дозволяє дітям подружитися, а також акцентує увагу на важливості підтримки одне одного. Проте до цієї гри не повинні на перших етапах залучатися діти, в

яких є страх перед дотиками.

ГРА «ЛІПЛЕННЯ»

Для ліплення можна використовувати глину, тісто або пластилін чи пластик. Природні матеріали краще підходять для терапевтичної гри. Ліплення дозволяє дитині трансформувати напруження, знімає затиски, дає відчуття контролю (що важливо для тих, хто втратив контроль над ситуацією, над життям).

Ліплення корисне у випадку будь-яких психосоматичних захворювань.

ГРА «ДЕРЕВО»

Гра дозволяє дитині «заземлитися», оскільки внаслідок травмівних подій деякі з них втратили опору і відчуття ґрунту під ногами, що проявляється через відсутність відчуття контакту із землею. Тому використовуються техніки «прогривання», «промальовування», «протанцювання» трави, квітів, дерева.

Доцільно інколи використовувати **техніку «заземлення»**. Для цього можна «виросити» велетенські ноги» - уявляючи, що ноги стають величезними і міцно утримують «дерево» у рівновазі, не дозволяючи падати від вітру. Вітер - метафора змін, подій, на які ми вплинути не можемо. Що яскравіше ми уявимо (намалюємо, помасажуємо) ці велетенські ноги, то сильніший буде стабілізаційний ефект.

Так гратися можна перед тим, як дитина лягатиме спати, щоб вона мала змогу відчувати опору в ногах. Крім того, ефект заземлення можна посилити за рахунок зсунення дитини до бильця, або підклавши під ноги валик чи скручений рушник.

ГРА «СКРИНЬКА СТРАХУ»

Щоб дати дітям можливість трохи дистанціюватися від власних страхів і тим самим сформувати умови для контролю над страшними спогадами чи снами, можна разом створити «скриньку для складання страхів». Це може бути малюнок скрині чи сейфа, і кожна дитина з групи має взяти участь у оздобленні. Це може бути й коробочка чи справжня скриня (проте, навіть за таких умов діти мають докласти фізичних та творчих зусиль для її остаточного створення).

Є цілий спектр технологій роботи зі «скринькою страху», зокрема: 1) не називаючи сам спогад, діти позначають його метафорою, а далі малюють цей образ на папері - мнуть папір і кладуть до скрині; 2) дитина переносить свій сон чи спогад на предмети, що уособлюють травмівні явища (наприклад, камінь, шишку, шматочок скельця тощо) і кладе до скриньки; 3) діти малюють травмівні образи (бажано аквареллю), зафарбовуючи весь аркуш паперу відповідним кольором (чи кольорами) «по мокрому». Малюнок має підсохнути. Далі на малюнку позначають яскравою жовто-гарячою фарбою «точку змін» і відмічають або колами, або вектором зону її розростання. Потім кладуть малюнки до скрині.

У скрині має бути «символічний ключ», лише ним можна її відчиняти. Володарем цього ключа призначається дорослий або хтось із дітей, або визначається, що цим володарем може бути лише Бог (якщо діти належать до релігійного середовища), і тому лише йому передаються ключі від цієї скрині.

ГРА «РОЗКАЖИ ПРО ІНШОГО»

Дітям або дорослим пропонується, наприклад, якесь зображення, яке можна тлумачити неоднозначно. Їх просять описати те, що зображено, використовуючи, у першу чергу, опис можливих думок, емоцій і переживань персонажів. Потім їм пропонують поділитися своїм баченням ситуації. Аналіз акцентується на тому, що різні люди бачать ситуацію по-різному. Після цього відбувається обговорення, метою якого є визначення багаторівневості нашого ментального функціонування і того, щоб зрозуміти іншого, варто більше задавати питання, слухати та спостерігати, ніж формувати свої власні чіткі визначення або припущення.

ГРА «ВІДГАДАЙ ЕМОЦІЮ»

Ця вправа проводиться у два етапи. На першому членам групи (або класу) пропонується придумати метафору для певних емоційних станів (кожний обирає такий стан самотійно або завдання дається психологом чи педагогом). На другому етапі кожний з

учасників представляє свою метафору, яка може мати самий різний вигляд (малюнок, висловлювання тощо). Решта членів групи намагаються зрозуміти, який стан, почуття або емоцію передає ця метафора. Після цього відбувається обговорення того, наскільки вдало були обрані метафори з точки зору передачі за їх допомогою емоційного стану. Важливо під час обговорення продемонструвати, як різні люди вкладають в один і той же образ різний смисл, роблячи на нього проєкції власних переживань.

Додаток 2

ЦІЛЮЩІ ІСТОРІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ (ГЕЛЬГА КЕРНШТОК-РЕДЛЬ)

КІЗОНЬКА СТІЛКА І ВИСОКА ГОРА

(історія для опрацювання наслідків травми, пов'язаної з нещасним випадком)

Посеред гірського хребта була висока, дуже-дуже висока гора. Якщо дивитися звверху, то навіть найвищі гори видаються, звичайно, не такими вже і високими, але попри це, та гора насправді була найвищою і найгарнішою, яку взагалі можна було десь побачити.

І отже там, угорі, там, де вершина майже торкається неба, ось там майже у хмарах живуть гірські кози. Вони, як і ми, люди, теж живуть сім'ями, але ж вони звичайно є інші створіння, ніж ми: вони ніколи не бояться висоти, не бояться глибокої прірви, вміють упевнено стрибати на велику відстань і м'яко приземлятися, вони їдять саму траву і набираються від неї стільки сили, що можуть бігати зі швидкістю стріли. І ось там високо в горах жила собі одного разу одна кізонька, її звали..... (Стрілка). Стрілка добре стрибала і впевнено лазила горами, так само, як і інші гірські кози. Як і всі звичайні здорові молоді тварини, вона була допитливою і щодня довідувалася щось нового про гори, про вітер, про каміння і про траву, про себе, і про інших.

Але одного разу, це було весною (або пора року, коли трапився нещасний випадок) зі Стрілкою трапилось щось досить неприємне.

Стрілка радісно вилазила собі на знайомий схил, аж раааантом дуже швидко щось сталося: Стрілка почула якийсь особливий шум, можливо, сильний скрип або гуркіт, вона зиркнула догори і побачила, як донизу летить велетенський камінь. У горах це називають зсувом: при цьому без видимої причини, а можливо, вона просто була непомічена – ізсувається камінь і з гуркотом летить донизу схилом гори.

Стрілчині очі вмить побачили загрозу. М'язи напружились. Вона вже ось-ось мала стрибнути, але відчула удар каменя. Він був таким сильним, що в першу мить кізка навіть не відчула болю, і непритомно впала на скелю. Коли вона отямилася, то відчула, що не може встати, бо її нога була під каменем. У цю мить вона так страшенно злякалася, що навіть подумала: «Я напевно помру». На жаль, на превеликий жаль, це може трапитися з малими гірськими кізочками.

Незабаром з'явилися дорослі гірські кози, вони відсунули камінь і забрали Стрілку до лікарні для гірських козенят. Стрілка мусила там ненадовго залишитись, бо її ногу обв'язали травою, для того, щоби вона добре зрослася.

Кізонька була дуже мудрою, адже їй так хотілося погратися з іншими дітьми, але вона слухняно виконувала все, що говорили лікарі, лежала в ліжку і чекала, поки все знову стане добре. Стрілка була мужня і весела, і це їй допомогло пережити нелегкий час у лікарні.

Нарешті все стало добре, і Стрілка знову могла стрибати: спочатку дуже обережно і повільно, але з кожним днем вона ставала все сильнішою і незабаром вона була такою ж сильною, як і колись і знову добре і впевнено лазила горами і стрибала. На початках Стрілка була дуже обережною з камінням. Іноді вона лякалася якогось шуму, що їй нагадував про випадок. І це було зовсім нормально, бо якщо стається щось лихе, для кожної розумної гірської кози це мало би бути доброю наукою. Стрілка багато чого навчилася: наприклад, що бувають небезпечні камені, які зриваються зі свого місця і дуже швидко котяться вниз. Вона зрозуміла, що іноді треба дуже швидко відскочити.

Але вона також довідалась, що переважно каміння є нерухоме, а те, що зривається, не обов'язково є небезпечним, іноді можна проскочити між ним або повз нього. Але найголовнішим було те, що Стрілка навчилася уважно спостерігати, дбаючи про безпеку. З кожним днем вона все частіше думала і відчувала: «Я жива! Я багато чого можу! Я добре знаю гору, на якій я живу».

Життя на горі тішило Стрілку й інших кіз: вони стрибали неймовірно високо і далеко, наче блискавки наввипередки з вітром. Стрілка любила дивитися з високої гори вниз, вона була щасливою і тішилась життям. І так вона жила разом з іншими гірськими козами на високій горі, яка майже сягала неба.

ЛЕВЕНЯ ТОТО МАНДРУЄ З СІМ'ЄЮ

(історія для опрацювання наслідків травми, пов'язаної з переселенням)

В джунглях Африки жило собі маленьке миле і відважне левеня. Його звали Тото. Тото жив у джунглях разом із мамою і татом, братами і сестрами. У тій місцині дуже гарно пахло — запахи були сильними і приємними; там росли велетенські дерева, у яких можна було сховатись.

Скрізь було чути спів пташок і шум вітру. В джунглях жили різноманітні звірі, деякі були навіть дуже небезпечні, але малий Тото народився і виріс у цьому лісі, дуже добре його знав і тому почував себе дуже впевнено. Тото добре знав, де загрожує небезпека і як йому при цьому треба поводитись, хто б його міг захистити, куди йому ходити заборонено, куди можна ходити і які пригоди є для нього безпечними.

Але, на жаль, на превеликий жаль, одного разу в ліс, у якому жила сім'я левів, прийшла біда: настав великий голод. Хоча дорослі тварини вже давно його передбачали, вони все ж надіялися, що незабаром знову буде багато корму, і тому нічого не говорили поки що дітям. Але, на жаль, нічого не змінилось. Тож одного разу, несподівано, наче грім серед ясного неба, пролунала для малого Тото новина, яку йому повідомили мама і тато, що треба перебиратися кудись в іншу місцевість, де буде більше поживи.

І сім'я перебралася у зовсім іншу місцину. Тото був змушений залишити все таке рідне і знайоме. Левик сумував і злився одночасно: він втратив усіх своїх друзів, не було більше жодного місця, де він любив гратися і не було більше його улюбленого затишного лігвища. Напевно, в Тото появилось багато різних думок: «Мої батьки несправедливі, вони недобрі»; а поряд із цими думками були і інші: «Ми ж мусили перебратися в іншу місцевість через їжу. Це я несправедливий і недобрый, коли я так думаю, можливо, це навіть через мене ми змінили місце, бо я завжди любив так багато їсти». Цей час був насправді дуже важким для внутрішнього життя Тото — виникало так багато різних незрозумілих думок, почуттів і так багато змін. І маленький левик думав собі: «Напевно, зміни це завжди погано. Я ненавиджу зміни». І це була звична річ мати такі думки, бо Тото справді було дуже важко.

У новій місцевості дійсно було все зовсім по-іншому. І дещо було значно гірше, ніж у джунглях, де вони колись жили. А дещо було краще: було більше їжі, сім'я могла бути частіше разом. Але в основному все було нове: інші леви, інші звірі, інші місця для забави. І навіть трохи інша лев'яча мова. Та настав час, коли Тото все ж дав собі з усім цим раду, знову знайшов нових друзів і вже добре знав нову місцевість.

Тоді й сам Тото перетворився з маленького левеняти в середнього лева.

Минуло ще трохи часу, і в джунглях, де раніше жила сім'я, знову з'явилося багато їжі. Левина сім'я вирішила повернутися на старе місце. Знову було багато великих змін, але на цей раз усе добре обійшлося: запахи в джунглях були ще кращими, ніж колись, велетенські дерева стали ще вищими, а шум вітру і голоси птахів залишились такими ж, як раніше.

Левик Тото, який уже став левом-підлітком, думав собі тепер: «Я добрий, мої мама і тато теж добрі». А ще він собі думав: «Зміни часом бувають добрими, а часом поганими, але частіше якимись мішаними: добрими і поганими. Але мені вистачить сили, щоби справитися з ними, бо, зрештою, зміни — це захоплюючі речі».

Повернувшись, Тото зустрів старих і нових друзів, знайшов старі місця для забави і довідався про нові, іноді небезпечні, а іноді навіть захоплюючі, але він уже знову почував себе цілком впевнено, бо багато чому навчився.

У Тото було ще багато різних пригод, і, напевно, він і сьогодні живе у своєму чудовому лісі десь у джунглях Африки і відчуває себе щасливим.

У КРАЇНІ ЗАЧАРОВАНОГО КАМІННЯ

(історія для опрацювання наслідків травми, пов'язаної з насильством)

Одного разу, а може, це було і два, і три рази, але давайте краще повернемося до того одного разу, коли був собі в одній Країні зачарованого каміння маленький жвавий Камінчик. Він любив котитися і підстрибувати, і був щасливий, веселий і задоволений. Він любив гратися сам або ж стрибати і гратися ще з кимось.

Та ось одного зовсім звичайного дня трапилося щось жахливе: несподівано на маленького Камінчика наскочив великий камінь. Він притис малого до землі, адже був набагато важчий. Маленький Камінчик страшенно перелякався. Він нічого не міг зробити і він не знав, чи йому взагалі коли-небудь удасться вирватися. Він не міг навіть дихнути, а тому не зміг і кричати.

Великий камінь робив йому дуже, дуже боляче. І маленький Камінець думав собі: «Я безсилий», або, можливо, «Це кінець». Це було так жахливо, йому ставало то гаряче, то холодно, коли він чув тільки скрегіт великого каменя. На жаль, на жаль, таке може трапитися з маленькими камінчиками просто так, несподівано. На жаль, на превеликий жаль. Але цей Камінчик у такій недобрій ситуації зробив щось дуже розумне: він лежав на землі дуже тихо і зовсім не рухався (або *фактична реакція дитини*). Це була дуже-дуже мудра поведінка. Бо великий камінь раптом невідомо з якої причини покотився знову далі.

І тоді маленький Камінчик зробив знову щось дуже мудре: він полежав ще трохи і почекав, поки до нього повернеться сила і він зможе знову нормально дихати – і котитися далі. Він міг би зробити ще багато інших розумних речей, але те, що він зробив, було також дуже розумне (*можна запропонувати дитині розповісти, що маленький камінчик міг би ще розумного зробити?*)

Отже, минуло трохи часу і маленький Камінчик покотився собі знову. Невдовзі Камінчик уже зовсім добре себе почував і котився собі і підстрибував, як і раніше.

Звичайно, після цього випадку він деякий час був дуже, дуже обережний, якщо зустрічав великі камені. Він дуже уважно на них дивився і намагався збагнути, які з цих каменів були добрі, а які – злі. Дуже уважно. І це знову була мудра поведінка: бо з кожним днем він ставав трохи сильнішим і потрохи позбувався страху. І це йому було дуже потрібно: по-перше, щоби могли відкотитися подалі від злих каменів, а по-друге, щоби знову собі вільно гратися і стрибати з добрими каменями.

І так він і жив собі: котився і підстрибував, і був щасливим у своїй Країні зачарованого каміння.[33]

Додаток 3

ТЕРАПЕВТИЧНА КАЗКА «ЦВІРКУН» (ЛЮДМИЛА ГРИДКОВЕЦЬ)

(історія для опрацювання наслідків травми, пов'язаної з неповносправністю)

Кожна істота на землі - спражнісіньке диво. І скільки б наука не давала пояснень щодо цього, насправді ніхто й ніколи до кінця не зможе збагнути загадку народження. Чорні, білі, смугасті, в крапочку, кольорові, картаті, хворі, здорові живі істоти наповнюють нашу планету. Навіть коли ми поглянемо на людей, то побачимо цілу палітру різнобарв'я. І вся ця різноманітність - безмежна. Немає двох однакових людей. Кожен є неповторним і дивовижним у цій неповторності. І немає значення, скільки у тебе ніг, очей чи вух, чи всі твої частини на місці - твоя неповторність зберігається як щось дивовижне і незбагнене.

Проте, нерідко прийнявши дар життя, ми забуваємо про те, що це – дар, і починаємо нарікати на недосконалість, які є в нас чи в наших ближніх. Але не існує у світі випадковостей, кожна така «випадковість» схожа на подих землі, що свідчить: «Подивися, я жива»...

Так розмірковувала я, блукаючи літнім лісом. Мій кошик для суниць був майже порожній, бо дуже смачною виявилася для мене ця ягода і так важко було втриматися, щоб не насолодитися її дивовижним смаком. Повітря, наповнене пахощами лісу, полонило мої груди, і мені, що живе у місті, незвичайно до цієї чистоти, все важче і важче ставало долати наступні метри. А тут ще така спокуса: чарівна галявинка із шовковистою травою до пояса. Вона манила, кликала мене прилягти на свої зелені простирадла. А її цвіркуни і цикади вже приколювали мою сп'янілу від чистого повітря голову.

«Врешті-решт, - подумала я. - Що тут такого, ляжу трохи і відпочину, насолоджуючись різнобарв'ям та різноголоссям узлісся. Коли в мене буде ще така нагода - подрімати в одному з найчарівніших ліжок рідної природи?». Розправивши руки, мов крила, я впала, заглибилася у шовковисту перину соковитої трави. Очі самі заплющилися, і я навіть не збагнула до кінця, що трапилося.

Переді мною сидів маленький Цвіркун, він обережно притискав до грудей свою скрипку і гірко-гірко плакав. Його схлипування нагадувало ридання згорьованої людини. Я ще ніколи не бачила, щоб цвіркуни плакали. Та чесно кажучи, і цвіркунів зблизька мені теж якось не доводилося спостерігати. А тут таке.

Цвіркун, здавалося, зовсім не помічав моєї присутності і навіть не звертав на мене уваги. Обережно нахилившись, я подмухала на нього. Цвіркун від створеного мною вітру злетів із високої травинки і лише тепер подивився у мій бік. Його очі були якісь дуже людські.

Глибина почуттів, що відбивалася в них, здавалася неймовірною. Цвіркун ще раз глянув на мене і сумно мовив: «Не смішно».

Тепер вже від несподіванки залякла я. Цвіркун, що розмовляє?! Це щось!

Не знаю як ви, а я не дуже тямлю, про що можна розмовляти з комахами, тому розгубилася... Проте, побачивши моє збентеження, Цвіркун продовжив: «Ти так дивишся на мене, ніби ніколи не бачила. Вже й поплакати на самоті не дають».

Я опанувала себе і насмілилася запитати:

- А що трапилося? Чого ти так гірко ридаш?

- Думаєте, тільки у вас, людей, бувають неприємності? - сумно мовив Цвіркунчик. - Ні. Я загубив брата.

І він знову розридався. Його сльози здавали такими великими та гіркими, що листочки ромашки, на яку вони потрапляли, нахилилися до землі. Навіть моє серце від побаченого наповнилося тугою.

- А як ти його загубив? - запитала я. - Можливо, я зможу тобі чимось зарадити?

- Ніхто мені не допоможе, - із сумом мовив мій новий знайомий. - Я сам у всьому винний.

Був надто безпечний. А ще - дуже гордовитий. Вважав, що я завжди правий.

- А розкажи мені, будь-ласка, трохи про твого братика, - не відступала я.

- Гаразд, слухай, - погодився Цвіркун. - Я завжди мріяв про брата. Мені не подобалося, що я в родині один. Дуже бракувало товариства. Тож коли я дізнався, що в нас у сім'ї буде ще одна дитина, страшенно зрадив. Подумки я вже бігав із м'ячем зі своїм братом, грався у схованки, а вечорами, в сутінках, дуєтом вигравав на скрипці свої улюблені мелодії. Здавалося, я був найщасливіший у світі, бо скоро моя мрія мала здійснитися. Та склалося все не так як гадалося.

Мій брат народився не таким, як усі. У нього не було верхніх лапок. Вірніше, вони були, але лапками їх назвати не можна. А що таке цвіркун без лапок? Це - не цвіркун! Бо як тоді можна тримати скрипку? А без скрипки немає вечірньої пісні. А без пісні немає сенсу життя цвіркуна. Я був розбитий і розлючений. Всі мої мрії зруйнувалися. А головне, як я міг

комусь із приятелів показати свого брата. Мені було дуже соромно за нього.

Коли ми виходили разом родиною на прогулянку, я ладен був провалитися крізь землю. Мені здавалося, що всі довкола вказують на мене пальцями й насміхаються наді мною. Це жахливе відчуття. Тим часом мій брат зростав. Він навіть не розумів, які проблеми приніс у моє життя. Він завжди посміхався і мовчав. Одного разу я побачив, як він тішиться метеликами, що літають довкола, ніжно гладить травинки. Мене це ще більше розлютило. Я страждаю, а йому байдуже. Мало того, він почувається щасливим... Як можна бути щасливим, коли в тебе немає лап і ти не вмієш говорити?! А він був щасливим. Малі цвіркунчики нерідко збиткувалися над ним, а він їм просто лагідно посміхався.

Нещодавно мама залишила зі мною брата, бо мала відвідати нашу хвору бабусю. Я запевнив її, що потурбуюся про молодшого. Та коли вона пішла з дому, я геть забув про свою обіцянку.

Цілий день ми грали з друзями у футбол. А коли я повернувся увечері додому, щоб взяти свою скрипку, то, о лишенько! лише тоді згадав про брата. Але його ніде не було.

Дім відразу якось спорожнів... Скільки я не кликав, скільки не шукав брата - марно. Спочатку я просто злякався, що мені влетить від батьків. Проте з кожною годиною я відчував, що мені самому бракує молодшого. Мені бракує його посмішки, бракує тієї лагідності, що випромінювали його очі, бракує його смирення. В якусь мить я збагнув, що мій брат з усіма тими вадами, що у нього є - це мій найбільший скарб.

Колись я вважав, що найбільше благо - це пишатися своїм «правильним» братом, показувати всім який він «крутий». І лише втративши його, я зрозумів, що він прийшов у цей світ з особливим завданням. А саме зробити цей світ добрішим. Як я не збагнув цього раніше?! Він і подібні до нього - ніби ангели, що прийшли на землю. І прийшли вони не у зовнішній красі, а в чистоті. Бо так легко бачити видимі принади. Але треба мати щире серце, сповнене любові, щоб побачити внутрішню справжність речей. Мені раніше бракувало такого серця.

Цвіркун знову гірко розридався. Його слова ніби краплинки живильної вологи впали у моє серце і зростили у ньому ніжність. Я подивилася на свого знайомого і несміливо запропонувала:

- Давай пошукаємо разом. Я вища і бачу далі, тож можливо нам удвох пощастить більше. Цвіркун утер однією лапкою сльози, а другою пригорнув до себе скрипку і стрибнув мені спочатку на руку, а далі на плече. Так разом ми і помандрували.

- Он він, он! - почувся крик. - Он біля струмка.

Я подивилася у бік, куди вказував мені мій новий друг. І дійсно, біля самісінької води сидів маленький, не схожий на всіх, цвіркунчик. Він уважно розглядав бризки і, здавалося, посміхався кожній краплинці, що пролітала повз нього.

«Це дійсно ангел», - подумала я.

Щось залоскотало мені ногу, і я провела рукою. Розплющила очі. Сонце вже хилилося до небокряю. Потягнувшись на шовковистій траві, я піднялася. Озирнулася довкола. Радісні метелики кружляли над барвистими квіточками. Дивовижні пахощі квітів та меду наповнювали повітря. «Невже це був лише сон? - запитала себе я. - А як же Цвіркун та його неповносправний братик? І хіба його можна назвати неповносправним? У нього така чиста душа, що, здається, більшість здорових більше неповносправні».

Можливо, це й був лише сон, проте далекий спів цвіркуна враз нагадав мені про сусідського хлопчика, що пересувається лише на візочку. Так, він дійсно не вміє ходити і не вміє говорити так, як ми. Але дякую за те, що я мала змогу познайомитися з цим ангелом, який не тільки виявив недоліки у кожному з нас, але й указав правдивий шлях до відкритості серця. Шлях до любові.

Я прискорила крок і вже майже побігла додому, продовжуючи вслухатися у переливчасті співи цвіркунів [13].

КОМПЛЕКС АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНИХ ТА ТІЛЕСНООРІЄНТОВАНИХ ВПРАВ ДЛЯ ДІТЕЙ З КРИЗОВИМ ДОСВІДОМ ПСИХОТРАВМИ (НАТАЛІЯ СИРОТИЧ)

ВПРАВА 1

Назва вправи	Я ТУТ. Я З ТОБОЮ
Автор вправи	Світлана Ройз
Вікова категорія дітей	Діти від 3 років
Мета вправи	Формувати відчуття безпеки та любові у сім'ї: • відчуття довіри та прив'язаності у дітей, що були у розлуці з батьками; • відчуття захищеності у світі; • сприяти зниженню рівня тривожності; • поверненню до ранніх відчуттів захищеності
Тривалість	Визначає сама дитина
Необхідні матеріали, обладнання	Покривало, хустка або великий шматок тканини, який необхідно зшити з усіх сторін, залишивши невеликий отвір, через який дитина зможе залізти і вилізти. Коли такого спеціального великого «мішка» немає, можна використовувати теплу ковдру, якою дитина сама накривається з головою
Покрокові інструкції	Психолог може грати у цю гру з дитиною. Але якщо на консультації присутня мама або тато, варто запропонувати погратися їм всім разом у присутності психолога
Крок 1	Психолог розповідає дитині: «Зараз ми пограємо у чудову гру! Із цього ось яйця (показує покривало для гри) має вилупитися якась тваринка. Яка вона буде, ти можеш придумати і на деякий час стати нею». Психолог розповідає про те, що, коли дитина буде всередині мішка, він буде біля неї, і вони торкатимуться долоньками. Для цього дитині потрібно виставити уперед долоньку (так, щоб вона натягувала «яйце» і її було видно назовні). Психолог обов'язково говорить про те, що тваринка може вилупитися з яйця тільки тоді, коли буде до цього готовою і захоче цього. Коли це зробити, вирішує сама дитина
Крок 2	Дитина називає тваринку і придумує їй ім'я (наприклад, курчатко Пік, крокодилена Катя)
Крок 3	Дитина залазить у «яйце» і зручно там вмощується
Крок 4	Психолог просить згадати її про спілкування долоньками
Крок 5	Дитина торкається краю «яйця» долонькою і каже: «Я тут». Психолог у відповідь торкається її долоньки з протилежної сторони «яйця» і промовляє: «Я з тобою»
Крок 6	Слід спонукати дитину переміщуватися у «яйці», крутитися у ньому і долонькою торкатися краю у різних місцях
Крок 7	Гра триває доти, доки дитина цього захоче. Фрази «Я тут. Я з тобою» мають промовлятися часто, без довгих інтервалів
Крок 8	Дитина «вилазить із яйця», психолог радіє: «Ой, яке чудове курчатко у нас народилося!», вітає дитину, обіймає
Крок 9	Психолог обов'язково знімає роль із дитини у кінці гри
Запитання після дітей	- Як тобі було там усередині? - Що ти відчував, коли ми торкалися одне одного долоньками?
Можливі	Якщо дитина ще дуже мала, в неї можуть виникнути труднощі із назвою

зміни та адаптування	тваринки, яка вилуплюється з яйця. Психолог може сам запропонувати низку тварин або не заперечувати, якщо дитина назве кошеня чи іншу тваринку, яка не вилуплюється із яйця
-----------------------------	---

ВПРАВА 2

Назва вправи	МОРЕ СОЛОДКИХ СПОГАДІВ
Автор вправи	Наталія Сиротич
Вікова категорія учасників	Діти старшого дошкільного віку – школярі – дорослі - люди похилого віку
Мета вправи	Сприяти проговоренню травматичних спогадів: • відчуття довіри та прив'язаності у дітей, що були у розлуці з батьками; • відчуття захищеності у світі; • сприяти зниженню рівня тривожності; • поверненню до ранніх відчуттів захищеності
Тривалість	До години
Необхідні матеріали, обладнання	Посуд синього кольору (діаметр - довжина аркуша А-4), тепла вода, мильна піна (ідеально - рідке мило-піна «Сейфгарт»), багато різноманітних іграшок із кіндер-сюрпризів або невеличких деталей з малих іграшок
Покрокові інструкції	Психолог грає з дитиною разом з батьками чи без них; з дорослими – за їхнім бажанням
Крок 1	Психолог проводить бесіду з дитиною про те, що у нашому житті є миті, про які ми можемо згадувати з усмішкою та радістю. Часто ці миті дуже особливі та приємні, як доторк цієї піни (психолог витискає піну і наносить багато піни на обидві долоні)
Крок 2	Дитина робить із піною те ж саме та намагається описати, яка піна на дотик, називаючи якомога більше ознак
Крок 3	Психолог просить не просто витискати піну, а з кожним витисканням пригадувати якийсь приємний спогад
Крок 4	Якщо клієнт хоче, він може розповісти про ці спогади або про один із них
Крок 5	Психолог ставить перед дитиною посудину із теплою водою і пропонує створити власне море солодких спогадів. Можна витискати у воду стільки піни, скільки хочеться, аж поки не відчуєш, що вона дійсно стала морем солодких спогадів (інколи ми кажемо дітям, що вони дізнаються, що море вже солодке, після того, як, опустивши руки у воду, їм захочеться посміхнутися)
Крок 6	Психолог запитує дитину, яке зараз море, і спонукає її охарактеризувати «море», називаючи якомога більше ознак
Крок 7	Психолог висипає на стіл багато іграшок та різноманітних деталей і пропонує дитині поселити у своєму морі ті іграшки, які хоче дитина. Але є одна умова: кожна іграшка або деталь мають нагадувати якийсь приємний спогад
Крок 8	Коли дитина «заселив море», добре було б, щоб вона все-таки розповіла про значення іграшок
Крок 9	Потім психолог пропонує поселити у морі те, що стосується не дуже приємних спогадів або дуже неприємних. Психолог розповідає про особливу властивість моря солодких спогадів: усе сумне, що до нього потрапляє, стає менш сумнішим або й зовсім не сумним. Дитина, якщо хоче, ділиться символічним значенням іграшок, що їй нагадують про сумні спогади. Психолог запитує:

	- Що ти відчував тоді? Що відчуваєш зараз, після того, коли поділився цим? Після виконання вправи іграшки виймають із «моря». Воду із «моря» дитина виливає на вулицю, самостійно обираючи місце для цього. Важливо, щоб місце було там, де росте трава. Діти гарно реагують на фразу: «На цьому місці ростиме трава солодких спогадів».
Запитання для дітей, рефлексії	- Чи буває так, що ми раптом згадуємо те, про що ніби вже й забули? Інші запитання завжди зводяться до того, що важливо цінувати спогади, але важливо цінувати й те, що переживаєш зараз, у цю мить і цього дня. Після цього запитують: - Що чуєш навколо? - Які запахи відчуваєш? - Чиї голоси чуєш? Що бачиш? - Про що думаєш у цю мить?
Можливі зміни та адаптування	Можливий різний підбір іграшок для хлопчиків та дівчаток, для дітей та дорослих

ВПРАВА 3

Назва вправи	ВІДЛУННЯ
Автор вправи	Богдан Ткачук та Наталія Сиротич
Вікова категорія учасників	Старші дошкільнята, молодші школярі та підлітки
Мета вправи	Дати можливість відчути опору під ногами; повернути відчуття «тут і тепер», відчуття впевненості та захищеності; сприяти «розкладанню» дій «на полички» для дітей, що втратили відчуття часу, послідовності, системності; зменшення рівня тривожності, підвищення життєвої активності
Тривалість	До 5 хвилин
Необхідні матеріали, обладнання	Немає
Покрокові інструкції	Психолог грає з дитиною разом у присутності дорослих чи без них
Крок 1	Діти стають в коло і беруться за руки
Крок 2	Психолог пояснює, що зараз він промовлятиме фрази, а вони будуть його відлунням і повторюватимуть сказане всі одночасно
Крок 3	Психолог також пояснює, що кожна фраза матиме свій рух, який також потрібно повторювати для того, щоб відлуння вийшло ще красивіше
Крок 4	Я слухаю своє серце (<i>Долоню прикладаємо до серця</i>)
Крок 5	Я міцно тримаюся землі (<i>злегка підстрибуємо і міцно «заземляємося», ставлячи ноги на ширину плечей</i>)
Крок 6	Я готовий до дії (<i>повертаємося праворуч на півповороту</i>)
Крок 7	Я бачу своє майбутнє (<i>«Дашок» із долоні - прикладаємо долоню до чола</i>)
Крок 8	Я прагну пізнавати світ (<i>із вказівного та великого пальців на обох руках робимо окуляри та прикладаємо до очей</i>)
Крок 9	Завжди є той, хто може мене підтримати (<i>кладемо одну руку на плече тому, хто стоїть перед нами (має вийти суцільний «ланцюжок» у колі)</i>)
Крок 10	І той, кого я можу обняти (<i>кладемо другу руку на плече тому, хто стоїть перед нами</i>)

Крок 11	Я рухаюся вперед (<i>повертаємося обличчям всередину кола, забираємо руки із плечей іншого, робимо крок вперед у середину кола</i>)
Крок 12	Коли мені страшно (<i>затуляємо долонями очі</i>)
Крок 13	Я дивлюся страхові у вічі (<i>опускаємо долоні вниз</i>)
Крок 14	Долаю найвищі перешкоди (<i>високо підстрибуємо</i>)
Крок 15	І бачу цей чудовий світ (<i>розводимо руки в сторони</i>)
Крок 16	Який я люблю (<i>робимо сердечко із вказівних та великих пальців обох рук</i>)
Крок 17	Беру від життя все найважливіше (<i>долоні перед собою до купи так, наче хочемо щось узяти</i>)
Крок 18	Фільтрую зайве (<i>руки у тому ж самому положенні, але трохи розводимо пальці один від одного</i>)
Крок 19	І найцінніше кладу до свого серця (<i>у долоні наче щось беремо і кладемо до серця, притискаючи долоні до грудної клітки</i>)
Крок 20	Я неповторний (<i>руки опущені, трохи розведені в сторони, долоні широко відкриті, ноги на ширині плечей, голова гордо піднята догори</i>)
Запитання для дітей, рефлексії	- Що з того, що ви повторювали, вам запам'яталося найбільше? - Яку фразу хотілося б повторити кілька разів? - Що ви відчували, коли виконували вправу? - Що відчуваєте зараз, після вправи?
Можливі зміни та адаптування	Ця вправа подобається дітям та дорослим. Після її виконання атмосфера у групі помітно змінюється у кращу сторону

ВПРАВА 4

Назва вправи	КРИЛА-ДОЛОНЬКИ
Автор вправи	Наталія Сиротич
Вікова категорія учасників	Для старших дошкільнят та молодших школярів
Мета вправи	Сприяти активізації внутрішнього психологічного резерву дитини
Тривалість	До 30 хвилин
Необхідні матеріали, обладнання	Малюнок ангелятка без крил, гуаш або пальчикові фарби, ножиці, білий аркуш, пензлик або тарілочка для фарби
Покрокові інструкції	Психолог грає з дитиною разом з батьками чи без них
Крок 1	Психолог пропонує дитині зробити ангелика крилатим
Крок 2	Дитина занурює долоньки у фарбу (<i>інколи дітям легше наносити фарбу за допомогою пензлика - це поступово і не так страшно</i>)
Крок 3	Дитина ставить відбитки обох долонь на окремий аркуш паперу
Крок 4	Для того, щоб фарба висохла, дмухаємо на неї (<i>дуже легенько, сильніше, дуже сильно, обережно, непомітно для інших</i>)
Крок 5	Коли фарба висохне, дитина видає (<i>відриваємо щось від себе</i>) або вирізає (<i>встановлення меж</i>) силует долоньок (<i>психолог обирає один із способів</i>)
Крок 6	Приклеюємо крильця-долоньки біля силуету ангелятка
Крок 7	Прикріплюємо до аплікації ниточку і «літаємо» крилатим ангеликом (<i>вішаємо його над ліжечком</i>)
Запитання для дітей, рефлексії	Бесіда про відчуття безпеки та захищеності

ВПРАВА 5

Назва вправи	МОНЕТКА
Автор вправи	Наталія Шелепець
Вікова категорія учасників	Для старших дошкільнят та молодших школярів
Мета вправи	Формування позитивного настановлення на зміну місця проживання
Особливості застосування	Вправа використовується для дітей-переселенців, що втратили дім назавжди та переїхали у інше місто
Тривалість	Залежить від процесу
Необхідні матеріали, обладнання	Монетка, подарункова коробочка
Покрокові інструкції	Психолог грає з дитиною разом з батьками чи без них
Крок 1	Психолог пропонує дітям послухати казку. Жила якимось в кишені у хлопчика монетка. Вона жила там недовго, бо хлопчик подарував її своїй мамі. Монетці подобалося жити в кишені у хлопчика, тому що там було тепло. Мама віднесла монетку на ринок, а натомість отримала свіже молоко. Монетка, усвідомивши, що її передали, спочатку засмутилася, а потім стала думати позитивно та чекала з нетерпінням наступної передачі. Так вона подорожувала країною, побувала на великих ринках, у магазинах, побачила на своєму шляху різних людей та багато інших монет. Але одного разу вона потрапила до рук одного відомого колекціонера. Це був розумний чоловік, і в нього була велика колекція монет зі всієї планети. Монетка спочатку злякалася, адже тепер їй було не вибратися, тож про подорожі доведеться забути. Колекціонер відмив її, вона стала чиста та блищала, як новенька, що не могло їй не радувати. Ніхто раніше так дбайливо до неї не ставився. Вона більше не поневірялася у брудних гаманцях. Монетці сподобалося жити в окремій оксамитовій коробочці. Її сусідами були інші монети, якими колекціонер дуже пишався, дбав про них: беріг від тертя, протирав пил, а найголовніше - нікому не віддавав. Він став для них справжнім господарем. Так монетка знайшла свій дім, де тихо, спокійно й так само добре, як було колись у хлопчика в кишені.
Крок 2	Після розповіді казки перекладаємо монетку зі штанів (<i>використовуються старі дитячі джинси</i>) у подарункову коробочку
Крок 3	Розподіляємо ролі: штанці, монета, власники монети, колекціонер, коробочка
Крок 4	Відтворюємо історію казки засобами театралізованої арт-терапії
Запитання для дітей, рефлексії	Бесіда про відчуття захищеності, цінності, покликання

Додаток 5

ПРОТОКОЛ ТЕАТРАЛІЗОВАНОЇ ПРОГРАМИ «П'ЯТЬ ПРОМІНЦІВ ЗЦІЛЕННЯ» (НАТАЛІЯ СИРОТИЧ)

Програма духовного спрямування «П'ять промінців зцілення» передбачає п'ять зустрічей. Кожна зустріч має свою тему. Перший промінець, «любов і милосердя», базується на задоволенні потреби травмованих дітей у безумовній любові та милосерді,

відчутті того, що щоб не трапилося у світі, вони залишаються улюбленими творіннями. Другий промінець, «**захисток і радість**», спрямований на відновлення здатності помічати допомогу інших і здатності самому допомагати ближньому. Третій промінець, «**дар творення**», має на меті допомогти дітям навчитися жити і радіти тут і зараз, усвідомлювати велич дару сотворення світу для людини, і разом із цим усвідомлювати відповідальність за цей світ. Четвертий промінець, «**тиша твого серця**», спрямований на формування рефлексії у дітей. П'ятий промінець, «**ти завжди почутий**», формує у дітей розуміння того, що вони не тільки здатні знайти підтримку та допомогу, а й можуть стати тими, хто допомагає та змінює цей світ (починаючи із себе).

Обґрунтування	Історія	Пояснення (для керівника)	Притча для театралізації
Перший промінець «ЛЮБОВ І МИЛОСЕРДЯ»			
Коли дорослі під час війни переживають невизначеність і невпевненість у майбутньому, досить часто саме діти відчують на собі наслідки батьківських негативних емоцій. Разом з тим, діти потребують відчуття безумовної любові і милосердя	Історія «Безумовна любов» (Кевін Стід) Приблизно рік тому я побував у сусідів на дні народження. Ми всі сиділи в альтанці, сміючись і жартуючи. Пара, в будинку якої відбулося свято, саме поклала спати свого трирічного сина. Минуло півгодини, й дитинча причалапало назад до нас. Його батько, явно роздратований, рявкнув: «Хай тобі грець, я ж сказав тобі, щоби ти не вставав із ліжка!». Дитина швиденько втекла. Через кілька хвилин я зайшов у хол і наткнувся там на малюка, що сидів у кутку і плакав. Я зупинився, щоб запитати його, чому він плаче, а засоромлений хлопчик повернув заплакане обличчя в мій бік і запитав: «Як ти думаєш, мій батько ще любить мене?»	Дитині важливо дати зрозуміти, що ми її приймаємо такою, як вона є, тобто любимо безумовно. Можна навести біблійні приклади прояву справжньої любові до людини, приклади прощення та милосердя. Важливо змістити акцент з негативних вчинків на позитивні зміни та корисну поведінку	Притча про блудного сина
Другий промінець «ЗАХИСТОК І РАДІСТЬ»			
Коли дитина опиняється в умовах небезпеки, важливо, щоб вона не втратила здатності бачити допомогу інших і власне бажання допомагати ближньому	Історія «Це Ваша рука» (Бруно Ферреро) Один учитель сказав учням намалювати те, за що вони б хотіли подякувати Богові. Вихователь гадав, що у цих дітей - вихідців із бідних родин - насправді не так багато причин для вдячності. Він був переконаний, що всі радше намалюють купи солодошів, столи, що вгинаються від наїдків. Малюнок Михайлика вразив: на ньому хлопчина зобразив руку. Чия ж це рука? Клас зацікавився зображенням. - Це рука Бога, що дає нам хліб насущний, - висловилася одна дитина - Це рука селянина. Він годує курей, - сказала інша. Поки діти ще малювали, вчитель нахилився над партою Михайлика і спитав	Основний меседж для дітей: «Ніхто не буває один на світі. Завжди є той, хто нас любить. Завжди є хтось, до кого можна звернутися за допомогою». Важливо допомогти дітям зрозуміти те, що завжди є кому розповісти про свої страхи - батькам, друзів, вихователю чи навіть Богові, і	Притча про бурю на морі

	його, чия то рука. - Це ваша рука, - прошепотів хлопчик. І тоді вчитель пригадав, як щовечора брав Михайлика за руку, бо той був найменшенький, і проводжав до виходу. Вчитель так само обходився і з іншими дітьми, але для Михайлика це мало справді велике значення	отримати допомогу та підтримку (як у притчі про бурю)	
Третій промінець «ДАР ТВОРЕННЯ»			
Для дітей важливо навчитися жити і радіти тут і зараз, важливо усвідомлювати велич дару сотворення світу для людини і разом із цим усвідомлювати відповідальність за цей світ	Історія «Батьки не продаються» (Бруно Ферреро) Молода пара зайшла до магазину дитячих іграшок. Подружжя довго вибирало подарунок, оглядаючи полиці і перебираючи забавки, підвішені до стелі чи розкладені просто на підлозі ляльки, що плакали і сміялися, електронні іграшки, маленькі печі, що пекли торти... Однак не могли вирішити, що купити. До них підійшла ввічлива продавщиця. - Розумієте, - почала пояснювати жінка, - у нас маленька дівчинка, але цілий день нас не буває вдома. - Донечка рідко усміхається, - продовжив чоловік. - Ми хотіли б купити їй щось, що б зробило її щасливою, - говорила далі жінка, - навіть коли нас нема... Щось, що б її забавляло, розраджувало, коли вона сама. -Вибачте, - усміхнулася продавщиця, - ми не продаємо батьків	Дитина має знати те, що батьківську любов можуть давати не лише батьки; вона значно ширша, бо в неї включені рідні, близькі і навіть Творець. Можна запитати дітей: «Чи сумно вам тоді, коли мами чи тата немає поряд?». Ми потребуємо присутності наших батьків, і навіть коли їх немає поряд, ми можемо з ними розмовляти в своїх думках. Якщо ж дитина належить до релігійного середовища, то для неї важливим є образ Бога - батька, з яким завжди можна ділитися власними переживаннями	Восьмий Псалом Давида
Четвертий промінець «ТИША ТВОГО СЕРЦЯ»			
Вміння слухати та розуміти себе є важливою навичкою у сучасному світі; формування рефлексії як здатності до	Історія «Почути тишу» (Бруно Ферреро) Якось після вечері, на яку було запрошено багато друзів, мама сказала дочці, щоб вона помолилася й ішла спати. Дівчинка послухалася, стала навколішки біля свого ліжка, щоб промовити молитву. Коли вона вернулася, щоб сказати всім «добраніч», мама запитала: - Чи ти гарно помолилася, доню? - Ні, я не змогла.	Дитині слід частіше нагадувати, що ми краще чуємо своє серце у тиші. Важливо також створювати особливе середовище для внутрішньої розмови дитини,	Гетсиманський сад

«внутрішньої» розмови слід розвивати з дитинства	- Як це не змогла? Піди спробуй ще раз! Дівчинка повернулася до своєї кімнати і ще раз спробувала помолитися. Через кілька хвилин знову прийшла до мами. - Тепер уже гарно помолилася? - Ні, мамо, я не могла! - Не могла? Але ж чому? - Я не чула тиші. Не могла нічого почути. У вас так шумно!	середовище тиші: напівосвітлена кімната у вечірній час, храм, ліс тощо. Якимсь одного праведного чоловіка запитали про те, чому він завжди ходить молитися до лісу і як докір додали: «Хіба Бог не всюди однаковий?». На що чоловік відповів: «Бог однаковий, але в лісі я інший»	
--	--	---	--

П'ятий промінець «ТИ ЗАВЖДИ ПОЧУТИЙ»

Дитині дуже важливо навчитися не просто бачити щось в інших, але й стати тим, хто змінює цей світ (починаючи з себе)	Історія «Молитва» (Бруно Ферреро) Андрійко мав лиш одну велику мрію - велосипед. Яскраво-жовтого кольору, з різними технічними новинками - він вразив Андрійка з першого погляду. Хлопець побачив його в місті на виставці і вже не міг забути: щоночі бачив його уві сні... Але Андрійкова мама ледве давала собі раду з рахунками за світло, газ, телефон. Купити синові такий дорогий велосипед їй було не під силу. Андрійко розумів мамині проблем, тому просив про подарунок Бога. До своїх щоденних молитов він почав додавати одну фразу: «Не забудь про жовтий велосипед. Амінь». Мама вслухалася в Андрійкову молитву й сумно зітхала. Вона переживала, що Різдво цього року для нього буде дуже сумне. Настало Різдво. Андрійко, як і можна було передбачити, ніякого велосипеда не отримав. Увечері, як звичайно, він вклякнув біля свого ліжка, щоб помолитися на ніч. - Андрійку, - співчутливо промовила до нього мама, - я знаю, що тобі сумно, бо ти не одержав велосипеда. Але ти не ображаєшся на Господа Бога, що Він не відповів на твої молитви, правда? Андрійко серйозно подивися на маму. - Звичайно, що ні, мамо. Бо Господь відповів на мої молитви. Він сказав: «Ні»	Діти мають знати, що завжди є той, хто бачить і чує їх. Варто навчитися відкриватися до щирого діалогу, щирого контакту з собою та іншими. Навіть просте привітання «Вітаю, мій любий друже», може на крок наблизити дитину до іншої людини. Подібне привітання до Творця може дозволити дитині пережити моменти, коли потрібно буде розділити з кимось радість чи смуток	Притча про митаря та фарисея
--	--	---	-------------------------------------

ВПРАВИ НА ПЛАНУВАННЯ ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ ТА КАР'ЄРИ (ВІТАЛІЙ ПАНОК)

Нижче наведено ряд вправ, які можна проводити з учнями старших класів загальноосвітніх шкіл, профтехучилищ, студентами вищих навчальних закладів. Вправи проводяться як в індивідуальній, так і в груповій формі. Головною метою подібних занять є формування навичок особистісної рефлексії молоді стосовно власного минулого та планування майбутніх подій життя, планування кар'єри і т.п. Краще було б, щоби слухачі виконували завдання письмово, а потім обговорювали його. При цьому важливо дотримуватись вимог Етичного кодексу Товариства психологів України.[61]

Вправа 1. «Моє майбутнє»

Спробуйте уявити себе через п'ять, десять або п'ятнадцять років. Занотуйте свої уявлення за такою схемою:

Хто я такий/така? Ким я став/стала? Яким я став/якою я стала? (довільний опис).

Чи задоволений я обраною професією?

Який у мене статус у професійній групі?

Який мій статус серед оточуючих, друзів?

Який мій статус у суспільстві?

Який мій статус у родині? Як склалися взаємини з дружиною/чоловіком у шлюбі?

Чи маю дітей і які у мене з ними стосунки?

Які маю мрії, плани на майбутнє?

Що із власного минулого я не хотів би/не хотіла б згадувати?

Така вправа, що допомагає усвідомленню особливостей побудови життєвого шляху, може стати одним із сюжетів групової роботи.

Вправа 2 «Повернення до власного минулого»

Намалюйте “вісь часу” від народження до тепер. Позначте роки життя. Відмітьте основні події, які Вам запам'яталися. Коротко опишіть ці події. Напишіть, якими були для Вас ці події – приємними чи неприємними. Проти кожної події напишіть, як Ви себе почували, яке Ваше теперішнє ставлення до себе. Чи є події у Вашому житті, які б Ви хотіли змінити? Якщо є, то напишіть, як би Ви хотіли, щоб вони відбулися. Закресліть ті події минулого, які Ви не хотіли б, щоб вони відбулися. Обговоріть Ваш малюнок з психологом або друзями.

Вправа 3 «Шлях мого життя»

Візьміть кольорові олівці (фломастери) і почніть послідовно позначати роки свого життя, довільно вибираючи для кожного року певний колір. Не зупиняйтесь на теперішньому часі, рухайтесь далі, до зрілості, похилого віку, завершення життя. Зверніть увагу, які роки для Вас були, є і будуть активними (червоно-жовта гама), які пасивними (синьо-зелена гама), як виглядає майбутнє порівняно з теперішнім та минулим. Порівняйте кольори Вашого життєвого шляху з кольорами Ваших товаришів. Чи є різниця? Як можна її пояснити?

Вправа 4 «Життєвий шлях мого товариша»

Для її виконання необхідно об'єднатися з людиною, котру Ви дуже добре знаєте і яка непогано знає Вас. Кожний учасник пише словесний портрет іншого, а потім портрет його уявного антиподу. Готові твори пропонуються одне одному з метою пошуку відповідей на такі запитання:

Як ти ставишся до їхнього минулого? Чи є відмінності у життєвому шляху симпатичного та антипатичного персонажів?

Що кожен із них переживає сьогодні? Як ти вважаєш, у чому причини цих переживань?

Що з ними трапиться у майбутньому? Чи будуть вони задоволені власним життям?

Чого вони прагнуть у житті?

Як позитивний та негативний персонажі оцінюють себе? Що можна сказати про етап життєвого шляху, на якому вони перебувають, виходячи зі ставлення до себе?

Які взаємини у них могли б скластися? Чому? Чи є можливість їх коригувати?

Вправа 5 «Моя психологічна зрілість»

Спробуйте визначити свій психологічний вік, вік своїх друзів, знайомих, виходячи з їх ставлення до власного життя, оцінок минулого та планів на майбутнє. Завдання спрощується, якщо зробити нескладні підрахунки. Наприклад, Ви вважаєте, що встигли до цього часу реалізувати свої життєві задуми на 30 %, а прожити збираєтесь приблизно 80 років. Тоді 80 приймемо за 100 %, а 30 % – за x . Знайти, чому дорівнює x , це підрахувати психологічний вік – 24 роки. Чому такі підрахунки не є точними? Як Ви вважаєте, чому паспортний та психологічний вік часто не збігається?

Вправа 6. «Мої життєві цілі»

Візьміть чотири аркуші паперу та ручку. На першому аркуші напишіть: “Які в мене життєві цілі?” Протягом двох хвилин відповідайте на це запитання. Занотуйте все, що спадає Вам на думку, незалежно від того, чи здається це Вам дуже абстрактним, загальним, чи тривіальним, банальним. Ви можете записувати особисті, сімейні, професійні, соціальні, суспільні, духовні та інші цілі. Дайте собі ще дві хвилини для перегляду списку, доповнень, корекцій. Відкладіть аркуш убік. Візьміть другий аркуш та напишіть: “Як мені хотілося би провести найближчі три роки?” Знов дві хвилини відповідайте і ще дві хвилини проглядайте та доповнюйте те, що встигли написати. Відкладіть і цей аркуш. З метою бачення своїх життєвих перспектив під іншим кутом зору напишіть на третьому аркуші: “Якби мені залишилося жити всього шість місяців, як би я їх прожив/прожила?” Мета цього завдання полягає в розкритті важливих для Вас сфер, про які Ви не думаєте у повсякденному житті. Пишіть теж дві хвилини і ще дві хвилини проглядайте те, що написали. Відкладіть аркуш. Промовте собі – насправді я житиму довго та щасливо, це було лише завдання. На четвертому аркуші випишіть три найголовніші цілі з усіх, що Ви записали раніше. Порівняйте всі аркуші. Чи є теми, котрі повторюються? Чи можна віднести Ваші цілі до якоїсь окремої категорії, наприклад, до особистих цілей, професійних чи інших? Чи є однакові цілі на перших трьох аркушах? Яким чином відрізняються від інших ці три цілі, котрі Ви обрали як головні?

Вправа 7. «Мої пріоритети»

Дайте оцінку ступеня важливості для Вашого майбутнього життя таких сфер:

- 1) професійна кар'єра;
- 2) суспільне визнання;
- 3) сім'я;
- 4) матеріальна забезпеченість;
- 5) кохання;
- 6) дружні стосунки.

Перелік сфер можна довільно продовжувати. Корисно запропонувати це завдання Вашим знайомим, рідним з метою порівняння та бачення власних особливостей. Оцінку треба давати за п'ятибальною шкалою.

Вправа 8. «Мої мрії»

Складіть список Ваших мрій. Це можуть бути реальні чи нереальні плани, повсякденні бажання чи щось зовсім екстравагантне. Дозвольте собі фантазувати, не звертаючи уваги на віддаленість цілей чи Ваші можливості. Намагайтесь не зупинятися на перших п'яти-десяти мріях. Список має бути досить довгим (не менш ніж 25 пунктів). Позначте дату виконання цієї вправи та сховайте написане на рік. Тоді обов'язково поверніться до списку і Ви побачите, як Ваші мрії починають реалізовуватися. Виконуйте це завдання щорічно – перед Днем народження чи Новим роком.

Процес соціально-психологічного відновлення особистості можна розділити на такі етапи: **1) підготовчий, 2) базисний та 3) завершальний (підтримувальний)**. На кожному етапі доцільно використовувати певні реабілітаційні технології, що складаються з відповідних технік.

1) Метою підготовчого етапу є якомога більш повне і зацікавлене залучення людини, що потребує реабілітації, у спільну роботу, пробудження і посилення її мотивації.

Технології, які доцільно використовувати на підготовчому етапі реабілітації, такі:

- технологія подолання недостатньої мотивації щодо власного життя;
- технологія пошуку ефективних мотиваторів;
- технологія активізації сліпих зон уваги.

Розгляньмо кожну технологію окремо, зосереджуючись на психологічних техніках, які забезпечують її ефективність.

Щоб спрацювала **технологія подолання недостатньої мотивації**, з якої починається тривала робота на першому етапі відновлення, доцільно використовувати такі реабілітаційні техніки:

техніку активізації бажання самозмін, що передбачає спогади постраждалого про той період життя, який був позитивним, вдалим, коли хотілося і вдавалося чогось учитися, змінюватися, розвиватися;

техніку активізації позитивних спогадів, що базується на діалозі про яскраві і щасливі моменти життя, значущі стосунки, улюблену працю, перемоги на конкурсах і спортивних змаганнях тощо;

техніку стимуляції позитивним прикладом, що пропонує реальне і віртуальне знайомства з колишніми постраждалими, які успішно подолали наслідки травматизації і знайшли себе у волонтерській активності, бізнесових стартапах, сімейних, професійних, дружніх стосунках

Щоб спрацювала **технологія пошуку нових мотиваторів**, слід використовувати такі реабілітаційні техніки:

техніку мрій і фантазій про бажане майбутнє, що передбачає діалог, який краще розпочинати з дитячих, юнацьких мрій і поступово переходити до мрій про майбутнє;

техніку створення кіносценарію, казки, розповіді, коли складається історія про життя потерпілого через 5-10 років;

техніку подолання перешкод, що базується на заохоченні ретроспективного погляду на попередні складні ситуації і способи, які допомогли вистояти, перемогти;

техніку активізації підтримки оточення, коли, крім залучення сім'ї і друзів, також практикується заохочення людини до участі в тематичних групах, які створюються в соціальних мережах, до обговорення з однодумцями спільних проблем.

Щоб реалізувати **технологію активізації сліпих зон уваги**, доцільно використовувати такі реабілітаційні техніки:

техніку опису власного дня, що передбачає діалог про спосіб організації часу життя, про типовий день сьогодні і до травмування, завдяки чому стимулюється усвідомлення змін у звичках, уподобаннях тощо;

техніку створення шаржу, карикатури на себе, що допомагає усвідомити своє ставлення до власного зовнішнього вигляду, змін у ставленні до оточення після травми;

техніку розвитку рефлексивності, що дає змогу тренувати бачення самого себе очима матері, батька, дружини чи чоловіка, друга.

2) Метою базисного етапу реабілітації є активізація здатності людини самостійно скеровувати, змінювати власне життя в бажаному напрямі, брати на себе відповідальність за власне життєтворення.

Технології, які доцільно використовувати на базисному етапі реабілітації, такі:

- технологія проектування майбутнього за допомогою життєвих виборів;
- технологія апробацій проектів майбутнього за допомогою життєвих завдань;
- технологія реалізації завдань за допомогою оптимізації практикування.

Щоб забезпечити результативність **технології проектування майбутнього за допомогою життєвих виборів**, слід застосовувати такі реабілітаційні техніки:

техніку пробудження інтересу до нового, основою якої є тренування гнучкості, стимулювання вміння переводити увагу, змінювати звичну діяльність, спосіб спілкування, форму проведення вільного часу;

техніку відтермінування задовольень, коли людина відмовляється пасивно йти за власними потягами, а вчиться орієнтуватися на значущі цінності, порівнювати альтернативи, моделювати можливі наслідки;

техніку зміни фокусу автобіографування, що пропонує створення історії про власне життя спочатку з акцентом на ролі автора у всьому, що відбувається, а потім – на ролі друзів і ворогів, однодумців та опонентів.

Технологія апробацій проектів майбутнього за допомогою життєвих завдань найбільш ефективна в разі використання таких реабілітаційних технік, як-от:

техніку реалістичного оцінювання власних обмежень, що передбачає врахування наявного ресурсу, ймовірних перешкод на шляху вирішення завдань, індивідуально-психологічних, вікових, фінансових та інших особливостей власного статусу;

техніку звільнення майбутнього від тягара травматичних переживань, що базується на наданні людині допомоги в усвідомленні власної ролі в редагуванні свого життєпису;

техніку зміни адресатів, що ставить за мету заохочення людини до створення кількох версій власного майбутнього, які б вона могла адресувати товаришу, подрузі, матері, випадковому попутнику.

Щоб спрацьовувала **технологія реалізації завдань за допомогою оптимізації практикування**, доцільно використовувати такі реабілітаційні техніки:

техніку подолання калейдоскопічності спогадів, в основі якої лежить допомога у вибудовуванні цілісної життєвої історії, дотриманні не лише хронологічної, а й смислової послідовності подій;

техніку зміни акцентів у пережитому, що передбачає стимулювання травмованої людини до переосмислення другорядних аспектів власної історії, розуміння ролі випадкових учасників;

техніку спільного бачення ситуації, відповідно до якої відбувається поєднання досвіду учасників групи, розподілення відповідальності, вироблення більш адекватних способів поведінки.

3) Метою завершального (підтримувального) етапу реабілітації є відновлення психологічного здоров'я особистості, її здатності до особистісного зростання.

Технології, які доцільно використовувати на завершальному етапі реабілітації, такі:

- технологія інтеграції травматичного досвіду;
- технологія вироблення ставлення до травми як до ресурсу;
- технологія покращення середовища життєдіяльності.

Щоб спрацьовувала **технологія інтеграції травматичного досвіду**, доцільно використовувати такі реабілітаційні техніки:

техніку відновлення цілісності власного життя, що передбачає переосмислення пережитої травми в причинно-наслідкових зв'язках з власним минулим і майбутнім;

техніку об'єднання життєвих подій у гармонійну композицію, суть якої полягає в порівнянні версій Я-чуттєвого і Я-рефлексивного, зниженні інтенсивності негативних переживань, новому погляді на власні можливості, якості, вміння;

техніку розвитку толерантності до оточення, що полегшує прийняття інших людей з їхніми несхожими позиціями, вироблення більш гнучкого ставлення до різних, інколи протилежних поглядів на те, що відбулося.

Щоб спрацьовувала **технологія вироблення нового ставлення до травми як до ресурсу**, доцільно використовувати такі реабілітаційні техніки:

техніку психоедукації, що передбачає своєчасне інформування постраждалого про цілком реальну можливість і високу ймовірність посттравматичного зростання;

техніку підвищення оптимістичності, що дає змогу зосередити увагу на позитиві, на приємних несподіванках, щоденних бажаних змінах;

техніку перетворення руйнівної енергії стресу на відновлювальну, що базується на діалозі про те, що зовсім не обов'язково ставати жертвою випробувань, що енергію стресу можна ефективно використовувати.

Щоб спрацьовувала **технологія покращення середовища життєдіяльності**, доцільно використовувати такі реабілітаційні техніки:

техніку сприяння поглибленій взаємодії людини з природою, що передбачає організацію систематичних відвідувань постраждалими лісу, саду, парку, догляд за рослинами, участь у групових та індивідуальних сесіях на свіжому повітрі;

техніку включення фізичної активності у повсякденне життя, що робить наголос на щоденній фізкультурі, дихальних і релаксаційних вправах, прогулянках, відвідуванні спортзалу чи басейну.

Форми колективної комунікації, в яких практично використовуються зазначені технології і техніки: індивідуальна і групова робота, стратегічні сесії, тематичні майстер-класи тощо. [79]

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф / С. І. Табачников, Є. Г. Гриневич, В. В. Домбровська, М. В. Маркова, А. В. Шубін, О. М. Лещенко, І. М. Башинська. *Архів психіатрії*. 2002. № 1. С. 5–8.
2. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія: навч. посібник. Полтава : А С М І, 2010. 240 с.
3. Бокатов В. Заметки после лекции Дитти Марчер (Дания), Киев, 1.04.2014. URL: <http://bodynamic-2.by/zametki-posle-lekcii-ditti-marcher-daniya-kiiev-1042014>
4. Бондаренко Н. Б. Супровід групи самодопомоги осіб, які мають проблеми психічного здоров'я. *Наукові записки НаУКМА*. Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота. 2015. Т. 175. С. 58-60. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NaUKMApp_2015_175_12
5. Брей Р. Как жить в согласии с собой и миром? Москва, 1992.
6. Бріер Д., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.
7. Вайтхед М. Консультирование человека в состоянии горя: модель помощи. *Психология зрелости и старения*. 2002. № 1.
8. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію / пер. з англ. Я. Кремінської. Львів : Свічадо, 2014. 420 с.
9. Волкан В., Зинтл Э. Жизнь после утраты. Психология горевания. Москва : Когито-Центр, 2014.
10. Всемирная организация здравоохранения (2014). Первая психологическая помощь: руководство для работников на местах. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/45/9789244548202_rus.pdf
11. 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.
12. Гридковець Л. М., Вашека Т. В. Психологічне консультування. Посібник. Київ : Літера, 2015. 207 с.
13. Гридковець Л. М. Долаймо труднощі з дитиною: Казкотерапія дитячих проблем. Львів : Скриня, 2015. 64 с.
14. Гридковець Л. М. Світ життєвих криз людини як дитини своєї сім'ї, свого роду та народу: монографія. Львів : Скриня, 2016. 512 с.
15. Гриневич Є. Г. Комплексна соціально-психологічна та психотерапевтична допомога постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій, техногенних аварій та катастроф (загальні принципи, структура, мета й задачі, методичні підходи та заходи). *Новини української психіатрії*. Київ–Харків, 2007. URL: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper237.htm>
16. 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. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського Католицького Університету, 2016. 96 с.
17. Дашкина М. Е. Основы групповой работы с детьми, переживающими утрату близких: на основе опыта Великобритании. *Практична психологія та соціальна робота: науково-практичний та освітньо-методичний журнал*. 2003. № 10. С. 40-42.
18. Дитяча та юнацька психотерапія. Теорія і практика в сучасних наукових дослідженнях / За заг. ред. Г. Католик. Колективна монографія. Львів : Астролябія, 2012. 312 с.

19. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації. Київ; Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014.
20. Демкин А., Дорофеев И. Концепция первой психологической помощи при профессиональном дистрессе сотрудников правоохранительных органов. URL: www.town812.ru/psychologicheskaya-pomosh.shtml
21. Довідник учителя початкової школи: допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту / Н. В. Пророк, О. В. Бурлака та ін.; за ред. Н. В. Пророк. Слов'янськ : ПП «Канцлер», 2016. 108 с.
22. EMDR. Подолання наслідків психотравми. Практичний посібник / за ред. Арне Гофмана. Львів : ТзОВ Видавництво «Свічадо», 2017. 259 с.
23. Єремівська Л. М. Види ігор з дітьми на заняттях пісочної терапії. URL: static.klasnaocinka.com.ua/uploads/editor/3736/327828/...41/.../piskoterapiya.docx
24. Жорняк Е. С., Савельева Н. Е. Нарративная психотерапия. *Журнал практической психологии и психоанализа*. №4. 2005.
25. Журавльова Н. Ю. Особливості психологічної допомоги сім'ям демобілізованих військовослужбовців // Актуальні проблеми психології. Т. 3. Консультативна психологія і психотерапія. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України* / за ред. С. Д. Максименка. Київ : Логос, 2015. С. 76-84.
26. Заверико Н. В. Групи взаємодопомоги в системі соціально-педагогічної роботи з населенням. *Вісник Запорізького національного університету: збірник наукових праць. Педагогічні науки*. Запоріжжя : Запорізький нац. ун-т., 2011. С. 25-129.
27. Зимівець Н. В. Використання методу «рівний-рівному» при організації просвітницької роботи у виховних колоніях для неповнолітніх // Активні методи просвітницької діяльності у профілактиці ВІЛ/СНІДу та ризикованої поведінки: посіб. для спец. приймальників-розподільників, притулків для неповнолітніх та виховних колоній / за заг. ред. Р. Х. Вайноли, Т. Л. Лях; авт.-упор. Безпалько О. В. та ін. Київ : ТОВ «ДКБ «РОТЕКС», 2007. С. 54-59.
28. Зинкевич-Евстегнеева Т. Д., Грабенко Т. М. Чудеса на песке. Практикум по песочной терапии. Санкт-Петербург : Речь, 2010. 340 с.
29. Интервью Стефана Поджерса о его поливагальной теории. URL: <https://vlada-nat.livejournal.com/132305.html>
30. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие. Санкт-Петербург : Речь, 2012. 448 с.
31. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Е. Купер; под ред. Дж. Е. Купера. Киев. : Сфера, 2000. 464 с.
32. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ : Унів. вид-во Пульсари, 2017. 216 с.
33. Керншток-Редль, Гельга. Цілющі історії для дітей: заспокоїливі, утішливі і підбадьорливі. Творимо самі / пер. з нім. О. Винярьська. Львів : Свічадо, 2012. 160 с.
34. Киселева М. В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. Санкт-Петербург : Речь, 2006. 160 с.

35. Климишин О. І. Духовна терапія адиктивних осіб. Християнсько-орієнтований підхід. Навчально-методичний посібник. Івано-Франківськ : Гостинець, 2012. 121 с.
36. Комісія УГКЦ у справах душепастирства охорони здоров'я. Перша психологічна допомога. Львів: Друкарські куншти, 2015. 184 с. URL: <http://patriotdefence.org>
37. Комплексная реабилитация лиц, переживших пытки - содержательное руководство. Организация «Свобода от пыток», 2011.
38. Кондратенко Л. О. Влияние травматического стресса на учебные способности ребенка. *Technologies of Shaping and Enhancing Health of Human and Society : monograph*. Opole : The Academy of Management and Administration in Opole, 2016. Рр. 31-36.
39. Кондратенко Л. О. Психологічні особливості сприйняття своєї ситуації дітьми-переселенцями із зони АТО та Криму. *Науковий вісник Чернівецького університету: збірник наукових праць*. Випуск 743: Педагогіка та психологія. Чернівці : Чернівецький національний університет, 2015. С. 115-118.
40. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#n8>
41. Крахмалев А. В, Кучер А. А. Боевая психическая травма: причины, проявления, первая помощь. URL: <http://kiev-security.org.ua/box/13/79.shtml>
42. Крок за кроком: тренінговий модуль з підготовки волонтерів в установах виконання покарань. URL: <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2011/module.pdf>
43. Крукович Е. И., Ромек В. Г. Кризисное вмешательство: учеб.-метод. пособие. Минск : ЕГУ, 2003. 92 с.
44. Кюблер-Росс Элизабет. О смерти и умирании. Москва : София, 2001. URL: http://www.e-reading.club/bookreader.php/94233/Kyubler-Ross__O_smerti_i_umiranii.html
45. Линдемманн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты / под ред. В. К. Виллюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. Москва : МГУ, 1984. С. 212-220.
46. Линский И. В., Кузьминов В. Н., Позднякова Н. В., Онищук С. В., Шестопалова Л. Ф., Гриневич Е. Г. Расстройства адаптации среди гражданского населения, пережившего боевые действия, спустя месяц после их прекращения. *Український вісник психоневрології*. Том 22, випуск 3 (80), 2014. С. 512.
47. Лэнгле А. Травма и смысл. Против утраты человеческого достоинства. С собой и без себя // Практика экзистенциально-аналитической психотерапии : Сборник статей. Москва : Генезис, 2009. С. 163-187.
48. МКБ 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра. URL: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4257>
49. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. Москва : Изд-во Эксмо, 2005. 960 с.
50. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Москва, 2010. 529 с.
51. Меновщиков В. Ю. Работа с кризисными и проблемными ситуациями. Москва : Смысл, 2005.
52. Меняйло В. Ю. Психологическое консультирование. Работа с кризисными и проблемными ситуациями. Москва : Смысл, 2002.
53. Міжвідомчий постійний комітет (МПК). (2007). Психічне здоров'я та соціально-психологічна підтримка в надзвичайних ситуаціях. Женева : МПК.
54. Моховиков А. Н., Дыхне Е. А. Кризисы и травмы. Методические материалы к учебному курсу «Теория и практика гештальт-терапии». Москва, 2011.

55. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / пер. з англ. Діана Бусько; наук. ред. Катерина Явна. (Серія «Сам собі психотерапевт»). Львів : Видавництво Українського католицького університету, 2014. 120 с.
56. Надання медико-соціальних послуг дітям та молоді на основі дружнього підходу : Методичні рекомендації / О. А. Голоцван, С. І. Осташко, О. М. Мешкова та ін. Київ : Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), 2008. 179 с.
57. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. / за заг.ред.Н.Пророк. Київ, 2018. 208 с.
58. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник / за ред. Л. Царенко. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
59. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. / за заг.ред. Л.Гридкевець. Київ, 2018. 236 с.
60. Пантраці А. Допоможи мені сказати прощай: Взаємодопомога в жалобі за померлим та при інших втратах / пер. Наталії Чернявської; за ред. Романа Скакуна. Львів : Видавництво Українського католицького університету, 2015. 144 с.
61. Панок В.Г., Рудь Г.В. Психологія життєвого шляху особистості : моногр. Київ: Ніка-Центр, 2006. 280 с. С.62-65.
62. Первая психологическая помощь: руководство для работников на местах. Всемирная Организация Здравоохранения, 2014. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/45/9789244548202_rus.pdf
63. Перша психологічна допомога. Керівництво щодо роботи. Львів : Видавництво «Друкарські куншти». 2015.
64. Попович Л. Жестокое обращение и пытки, последствие и помощь. Москва, 2010. 88 с.
65. Пророк Н. В., Кондратенко Л. О. Психологічні особливості роботи вчителя початкової школи з дітьми, постраждалими внаслідок бойових дій // Досвід України та країн Європейського Союзу у вирішенні актуальних проблем психології в сучасних соціально-політичних умовах: збірник наукових статей / за ред. С. Д. Максименка та ін. Київ-Люблін : Ін-т. психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, Інститут Наук про Родину і Працю Соціально Католицького Університету Любліна Яна Павла II, 2016. С. 105-110.
66. Просвещение по методу «равный-равному» и ВИЧ/СПИД. Концепции, применение и проблемы. ЮНЭЙДС, Женева. 2006. 207 с.
67. Психологічна допомога вимушеним переселенцям: Методичні рекомендації. Національний університет цивільного захисту України. Харків, 2014. 26 с. URL: rda.hm.ua/files/4136_9730.doc
68. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : ТОВ Видавництво «Логос». 207 с.
69. Психологія поведінки на війні: практичний poradник. Навчальний посібник / за заг. ред. В. І. Осьодла. Київ : НУОУ, 2014. 125 с.
70. Решетников М. М. и др. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия. *Психологический журнал*. Москва, 1989. Т. 10. № 4. URL: <http://www.aquarun.ru/psih/extrem/extrem7.html>
71. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. Москва : Прогресс-Уни- верс, 1994.

72. 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
73. Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Санкт-Петербург : Речь, 2004.
74. Сельє Ханс. Стрес без дистресу. Недільні нотатки. URL: www.notabe.net/hans-selje-stres-bez-dystresu-zavershennya.html
75. Сильверман Ф. Р. Группы взаимной помощи // Энциклопедия социальной работы в 3-х тт. Москва : Центр общечеловеческих ценностей, 1996. Т. 1. С. 158-179.
76. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків. Львів : Видавництво Українського Католицького Університету, 2014. 112 с.
77. Сиротич Н. Диво твоїми руками. Посібник для вихователів та катехитів. Львів : Свічадо, 2009. 64 с.
78. Сиротич Н. Підготовка майбутніх вихователів до формування творчих умінь у старших дошкільників засобами театральнo-мовленнєвої діяльності : автореферат на здобуття кандидата психологічних наук зі спеціальності 13.00.08. Одеса, 2017. 348 с.
79. 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. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с. С.35-46.
80. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. Москва : Когито-центр, 2005.
81. Старшенбаум Г. В. Формы и методы кризисной психотерапии. Метод. рек. Москва, 1987. URL: www.medpsy.ru/library/library164.pdf
82. Сыропятов О. Г. Медико-психологическое сопровождение специальных операций. Издательство Litres, 2013. 270 с.
83. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. Москва : Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.
84. Тичковський Є. Психотравма в дітей та підлітків (причини та наслідки). URL: <http://1.psiholog.com.ua/node/1054>
85. Тренінг післятравматичного росту «Серце воїна». URL: <https://www.facebook.com/events/1676486462621257>
86. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. Available at: http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_121_PTSD/2016_121_YKPMPTSD.doc (accessed: 01.03.2016)
87. Фабер А., Мазліш Е. Як слухати, щоб діти з нами говорили. Як говорити, щоб діти нас слухали. Львів : Свічадо, 2010. 300 с.
88. Чекстєре О. Ю. Психологічні особливості ПТСР в дітей, постраждалих внаслідок збройного конфлікту на Сході України. *Психолог*, 2016. № 7-8 (583-584). С. 55-61.
89. Щербак К. П. Боевой стресс и его психологические последствия. URL: www.scienceforum.ru/2013/300/6667
90. Ягупов В. Військова психологія: підручник. Київ : ТанDEM, 2004. 656 с.

91. Bowlby, John. Processes of mourning. *The International Journal of Psycho-Analysis*; London. Vol. 42, (Jan 1, 1961). Pp.317-334.
92. Eisenberger, N., Jarcho, J., Lieberman, M., & Naliboff, B. (2006). An experimental study of shared sensitivity to physical pain and social rejection. *Pain*, 126, 132-138.
93. Gendlin, E. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
94. Horowitz, M. J. (1986). Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital and community psychiatry*, 37(3), 241-249.
95. Kalff D. *Sandplay*. Boston: Sigo Press, 1980.
96. Munn-Giddings C. *Mutuality and Movement: An Exploration of the Relationship of Self Help : Mutual Aid to Social Policy* : PhD thesis. Loughborough : Loughborough University, 2003. 158 p.
97. Pynoos Robert S. & Nader Kathi (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of Traumatic Stress*, volume 1, pages 445–473.
98. Rubin, S., & Schechter, N. (1997). Exploring the social construction of bereavement : Perceptions of adjustment and recovery in bereaved men. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 279–289.
99. Sullivan, K. (2015). An Application of Family Stress Theory to Clinical Work with Military Families and Other Vulnerable Populations. *Clinical Social Work Journal*, 43(1), 89-97.
100. Stroebe, M., Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description, *Death Studies*, 23:3, 197-224. URL: <https://doi.org/10.1080/074811899201046>

Видання підготовлено до друку та віддруковано
редакційно-видавничим відділом КНЗ «ЧОПООП ЧОР»
Зам. № 1620 Тираж 100 пр.
18003, Черкаси, вул. Бидгощська, 38/1