

МІНІСТЕРСТВО КУЛЬТУРИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ КУЛЬТУРИ

ФАКУЛЬТЕТ КУЛЬТУРОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ, ПЕДАГОГІКИ ТА ФІЛОЛОГІЇ

**ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ТА КРИЗОВЕ
КОНСУЛЬТУВАННЯ: КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ**

Галузь знань	- С - соціальні науки, журналістика, інформація та міжнародні відносини
Спеціальність	- С4 - психологія
Освітньо-професійна програма	- психологія, кризова психологія
Рівень вищої освіти	- перший (бакалаврський), другий (магістерський)

Харків, 2026

УДК 159.98(042.4)

П27

Друкується за рішенням науково-методичної ради ХДАК
(протокол № 13 від 30.03.2026 р.)

Рецензенти:

Большакова А.М., професор, доктор психологічних наук, професор кафедри психології, педагогіки та філології Харківської державної академії культури.

Кучеренко НС., доцент, кандидат психологічних наук, завідувач кафедри практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій ННІ «Українська інженерно-педагогічна академія» Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.

Укладач:

Приходько Д.П., кандидат психологічних наук, доцент, завідувач кафедри психології, педагогіки та філології ХДАК, доцент

Перша психологічна допомога та кризове П27 консультування : конспект лекцій для підготовки першого (бакалавр.) та другого (магістер.) рівнів вищої освіти, зі спеціальності С4 «Психологія», ОПП «Психологія», «Кризова психологія» / М-во культури України, Харків. держ. акад. культури, Ф-т культурології та соціальних комунікацій, Каф. психології, педагогіки та філології ; [уклад. Д. П. Приходько]. Харків: ХДАК, 2026. 240 с.

«Перша психологічна допомога та кризове консультування: конспект лекцій» призначений для підготовки бакалаврів та магістрів зі спеціальності «С4 Психологія», для яких він забезпечує професійно значущі дисципліни. Конспект лекцій має забезпечити засвоєння необхідного обсягу психологічних знань у системі вищої професійної освіти з дисциплін: «Перша психологічна допомога в кризових ситуаціях в соціокультурній сфері», «Практикум з кризового консультування в соціокультурній сфері».

Мета курсу - засвоєння системи психологічних знань, теоретичних засад, методології, технологій та сучасної проблематики першої психологічної допомоги та кризового консультування, щодо якісної підготовки фахівця-психолога до майбутньої професійної діяльності.

УДК 159.98(042.4)

© ХДАК , 2026 рік
© Приходько Д.П., 2026 рік

ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ТА КРИЗОВЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ: КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

ЗМІСТ

Тема 1. Теоретичні засади надання першої психологічної допомоги в стресових ситуаціях.....	4
Тема 2. Протоколи надання першої психологічної допомоги.....	31
Тема 3. Особливості надання першої психологічної допомоги особам, які пережили стресову подію.....	44
Тема 4. Поняття кризи та кризової ситуації.....	69
Тема 5. Нормативна криза, вік як причина життєвої кризи та можливості їх опанування.....	84
Тема 6. Поняття психологічного та кризового консультування. Особистість консультанта.....	100
Тема 7. Процес та методи кризового психологічного консультування.....	130
Тема 8. Консультування клієнтів із втратою та горем.....	148
Тема 9. Психологічне консультування клієнтів із психотравмою, посттравматичним стресовим розладом.....	171
Тема 10. Особливості психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам та дітям з тимчасово переселених родин.....	187
Тема 11. Особливості психологічного консультування клієнтів із психосоматичними розладами, депресією, суїцидними намірами.....	201
Тема 12. Особливості психологічного консультування клієнтів при розлученні, з важкохворою людиною, при насиллі в сім'ї та людей похилого віку.....	218

Тема 1. Теоретичні засади надання першої психологічної допомоги в стресових ситуаціях.

1. *Поняття про стрес. Ознаки гострого стресу.*
2. *Структура надання першої психологічної допомоги.*
3. *Принципи та етичні правила надання першої психологічної допомоги.*
4. *Особливості надання першої психологічної допомоги.*

1. Поняття про стрес. Ознаки гострого стресу.

Стрес – це особлива форма емоційного переживання, що виникає в екстремальній життєвій ситуації (погрози, небезпеки, образи та ін.) і вимагає від людини мобілізації нервово-психологічних сил. Він призводить до змін у протіканні психічних процесів, появі емоційних розладів, трансформації мотиваційної структури діяльності, розладів рухової й мовленнєвої поведінки, що в цілому впливає на якість діяльності людини.

Розрізняють два види стресу: *гострий* (або еустрес) та *хронічний*, який називають дистресом.

Еустрес – стан, внаслідок якого підвищується функціональний резерв організму, відбувається його адаптація до стресового фактору. Цей вид стресу включає в себе всі реакції організму, які забезпечують термінову адаптацію людини до нових умов. Він дає можливість уникнути неприємної ситуації, подолати або пристосуватися до неї. Таким чином, еустрес – це своєрідний механізм, який забезпечує виживання людини. Однак такий стан може бути небезпечним, якщо затягнеться на тривалий період.

Дистрес – стан, при якому людина не в змозі повністю адаптуватися до стресових ситуацій та спричинених ними наслідків і проявляє дезадаптивну поведінку.

Термін «стрес» був уведений канадським ученим-фізіологом Г. Сельє в 1936 році. Він виявив «синдром відповіді на подразнення як таке», і описав його у вигляді тріади: а) збільшення і підвищення активності коркового слою надниркових залоз; б) зменшення і зниження активності тимусу і лімфатичних залоз; в) точкові крововиливи у слизовій оболонці шлунка і кишечника. Г. Сельє зіставив ці реакції з симптомами, характерними для будь-якого захворювання, і об'єднав їх у єдину систему на основі спільного механізму управління цими реакціями і спільного процесу розвитку.

Г. Сельє визначив стрес як сукупність стереотипних, філогенетично запрограмованих неспецифічних реакцій організму, які первинно підготовлюють організм до фізичної активності, реакція протидії (боротьба або втеча). Він пропонував розрізняти «поверхову» та «глибинну» адаптаційну енергію. Поверхова енергія більш доступна і поповнюється за рахунок глибинної. Глибинна енергія мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Г. Сельє вважав, що її виснаження необоротно призводить до старіння чи загибелі.

Виокремлено *три стадії розвитку стресу*:

1. *Стадія тривоги.* Відбувається мобілізація адаптаційних можливостей організму та підвищення його опірності до конкретного стресового впливу.

2. *Стадія стабілізації.* Характеризується збалансованою витратою адаптаційних резервів. Усі фізіологічні та психічні параметри, зсув яких відбувся на першій стадії, закріплюються на новому рівні. Цей рівень стає індивідуальною нормою існування організму в умовах підвищених вимог до його адаптаційних систем.

3. *Стадія виснаження.* Виникає неузгодження стресових вимог середовища та відповідей організму на ці вимоги. Але, на відміну від першої стадії, де таке неузгодження призводить до розкриття резервів організму, тут спостерігається зрив адаптаційних можливостей.

В залежності від складності біологічної системи та рівня її еволюційного розвитку *розрізняють наступні форми стресу:*

- *біологічний* – форма стресу, характерна для багатьох безхребетних тварин за умов впливу фізичних та хімічних факторів;

- *фізіологічний* – форма стресу, яка проявляється в порушенні фізіологічних процесів;

- *емоційний (психологічний)* – форма стресу, при якій на перший план по значимості чи помітності для дослідника виступають психологічні стресреакції.

Розгляд різних форм стресу є правомірним, але стрес є загальною неспецифічною відповіддю організму, тобто ці форми скоріш за все є рівнями стресового реагування.

Окремо також говорять про *інформаційний* та *професійний* стреси.

Розвиток стресу опосередковується переживанням загрози, тобто усвідомленням відомостей, символів, які передують майбутньому зіткненню людини з небезпечною для неї ситуацією. Загроза розглядається і як стан очікування суб'єктом шкідливого, небажаного впливу зовнішніх умов і стимулів. Їх властивості оцінюються, виходячи з характеристик інтенсивності впливу, ступеня невизначеності значимості стимулу та часу впливу, а також наявних ресурсів індивіда щодо подолання такого впливу.

Процеси оцінки загрози, пов'язані з аналізом значення ситуації та відношенням до неї, здійснюються на основі перетворення поточної та минулої інформації про особливості несприятливої події, прогнозування характеру її розвитку та проявів.

Розрізняють *три види стресових оцінок:*

1) *травмуюча втрата* (реальна чи очікувана) чогось, що має велике особистісне значення (смерть знайомого, втрата здоров'я тощо);

2) *загроза впливу*, яка вимагає від людини здібностей (здатностей, дій, ресурсів), які більші, ніж він має на цей час;

3) *складне завдання*, проблема, відповідальна та потенційно ризикована ситуація.

Крім того, можна виокремити ситуації тривалого позбавлення чогось (депривація), на що людина розраховує, вважає, що це їй належно.

Оцінку події (ситуації) як стресової, визначають *три основних фактори*:

1) *емоції*, які асоціюються з цією подією, як первинний попереджувальний сигнал, регулятор поведінки, збуджуючий фактор;

2) *невизначеність події* з точки зору можливості настання чи моменту початку, сили впливу, обсягу необхідних знань, вмінь і навичок для її попередження чи ліквідації наслідків, ступеня складності з позицій когнітивних здібностей людини та досвіду суб'єкта;

3) *значимість події* для конкретної людини, оцінка ступеню важливості для досягнення необхідного результату діяльності, шкідливості чи небезпечності наслідків цієї події та ін.

Р. Тугушев та Е. Гарбер пропонують розглядати субсиндроми або структурні блоки стресу наступним чином.

- *Емоційно-поведінковий блок.*

Зміни у поведінці людини у стресі є специфічним та більш інтегральним показником особливості відповіді на вплив, ніж зсуви окремих фізіологічних показників.

Розрізняють дві форми емоційно-поведінкового реагування при стресі:

1) активне, яке характеризується посиленням емоційної та поведінкової активності (агресія або втеча);

2) пасивне, при якому відбувається пригнічення активності при короточасних, але достатньо інтенсивних екстремальних впливах.

Активне реагування спрямовано на усунення екстремального фактору та попередження розвитку стресогенної ситуації. Активне реагування може бути як адекватним, так і неадекватним ситуації. За умови надмірної, нерациональної активізації, поведінка може супроводжуватись помилковими діями на основі неправильної оцінки поточної ситуації, ілюзорними уявленнями суб'єкта про безпеку, неправильним прогнозом розвитку подій, зниженням контролю власних дій. Для прикладу тут слід назвати стан паніки.

Пасивне реагування спрямовується на перечікування впливу стресора. В свою чергу, пасивне реагування також може мати різну міру адекватності ситуації. Розрізняють первинне та вторинне пасивне реагування. Первинне виникає з самого початку екстремального впливу, який переживається як суб'єктивно неможливий, непереборний, незрозумілий. Вторинне пасивне реагування змінює наявну стресогенну активізацію поведінки. Це відбувається внаслідок надмірної тривалості стресора чи його багатократному повторенні, тобто спостерігається у всіх людей, і тих хто намагався подолати стресор, і тих хто його перечікував.

Зовнішнім чинником, який визначає активність адаптивної поведінки, є *екстремальність стресора, яка залежить від*:

1) суб'єктивної оцінки безпеки стресора для цілісності суб'єкта;

2) ступеня суб'єктивної значимості стресора;

3) ступеня неочікуваності стресора;

4) близькості дії стресора до меж суб'єктивної шкали «приємно – неприємно»;

5) тривалості дії стресора при збереженні його суб'єктивної значимості.

Таким чином, прояв тієї чи іншої форми адаптивної активності визначається, на думку Л. Китаєва-Смика, сукупним поєднанням індивідуальної схильності суб'єкта до активного чи пасивного реагування та екстремальним стресором, який реалізує цю схильність.

- *Вегетативний блок.*

Всі психічні явища базуються на фізіологічних механізмах, які умовно називаються вегетативні. Управління вегетативними реакціями здійснює психіка (її несвідома частина), їх взаємодія покликана забезпечити оптимальний режим активності людини.

Крім того, вегетатика виконує захисні функції. Так, у стані стресу, очікування небезпеки, тобто превентивно, вегетативні функції можуть різко посилюватись, ставати помітними як самому суб'єкту, так і оточуючим (наприклад, почервоніння шкіри, тремор кінцівок). На відміну від захисної поведінки, яка свідомо контролюється і спрямовується на усунення небезпечного фактору, вегетативний захист не піддається вольовому контролю, він проявляється різними патернами реакцій, такими як ексреторно-евакуаторні (блювання, пітливість, слиновиділення тощо), серцево-судинні, регенеративні тощо.

У перших своїх працях з теорії стресу Г. Сельє в основному зосереджувався на фізіологічних (вегетативних) механізмах його розвитку. Він підкреслював, що стрес викликає не тільки функціональні зміни внутрішніх органів, які є оборотними, але і структурні (морфологічні, незворотні, тобто захворювання). Цьому є немало доказів, коли внаслідок важкого стресу (психотравми) у людини виникають патології.

У стресовому стані в організмі відбуваються гормональні зрушення, зокрема, збільшується вироблення гормону кортизолу, який збільшує енергетичний тонус (за рахунок розщеплення білків), підтримує артеріальний тиск, але знижує імунітет. Цим пояснюється слабка опірність організму до інфекційних хвороб після перенесеного стресу.

- *Когнітивний блок.*

Стрес супроводжується низкою змін когнітивних процесів. Відносно мислення, спостерігаються наступні варіанти змін:

1) активізація мислення суб'єкта з адекватним відображенням дійсності у свідомості (активізація дискурсивно-логічного мислення та виникнення інсайтних форм мислення, тобто мисленні «озаріння»);

2) гіперактивізація мислення (поява нав'язливих думок та образів, безплідні фантазування та гіперзбудливість, боязкість, страхи, тривога);

3) «втеча» від вирішення стресогенних проблем (розв'язання дотичних, «замісних» проблем, які не мають відношення до цієї ситуації або зменшення активності мислення, наприклад, «втеча в сон»).

- *Соціально-психологічний блок.*

У стані стресу змінюється відношення до навколишнього світу, в тому числі до людей, що проявляється у міжособистісній взаємодії. Характер і

динаміка змін спілкування при стресі обумовлюються специфікою стресогенної ситуації, індивідуально-психологічними і особистісними особливостями взаємодіючих людей, а також соціокультурними, національними, етнічними, релігійними нормами, прийнятими у суспільстві тощо. Разом з тим виявлені загальні закономірності динаміки спілкування при тривалому стресі, зокрема, пов'язані з розвитком міжособистісних відносин.

Першою стадією є так зване «орієнтувальне завмирання», коли людина у стресовій ситуації завмирає, приглядається до оточуючих, щоб оцінити перспективу своїх подальших контактів з ними. На цій стадії спостерігається зниження активності і широти спілкування.

Друга стадія характеризується збільшенням інтенсивності спілкування, навіть у тих, кому не властиві активні форми спілкування поза стресогенними умовами. Метою інтенсифікації спілкування є встановлення індивідуального рольового статусу.

Третя стадія може бути пов'язана з необхідною або вимушеною допомогою партнеру, при цьому виникає, як правило, більш тісне спілкування. Вимушена допомога активізує адаптаційні резерви як у того, хто допомагає, так і у того, кому допомагають, внаслідок переживання власної цінності обома з них.

Четверта стадія пов'язана зі стабілізацією рольового статусу, яка може відбутись на тлі різнопланових емоцій, позитивних чи негативних.

П'ята стадія розвитку спілкування при стресі може супроводжуватись як збільшенням, так і зменшенням його активності. У першому випадку в різних умовах можуть переважати компоненти спілкування, які або консолідують групу (прийняття на себе ролі лідера, його підтримка, прийняття відповідальності, товариськість), або дезорганізують її (конфронтація з лідером, відчуження від інтересів групи, ухилення від відповідальності). У другому випадку, при зменшенні активності спілкування, можливі «втеча» від спілкування внаслідок зниження мотивації та здатності до нього, неприязнь до партнера, виникнення агресії або аутоагресії, зниження власної значимості на тлі занурення в себе.

Найбільш важкі психологічні наслідки викликають *масові нещастя*.

Т. Молес запропонована таку їх класифікацію:

А. Природні, до яких віднесені:

1. Кліматичні (урагани, смерчі, повені).
2. Сейсмічні (землетрус, виверження вулканів, цунамі).

В. Викликані людиною, серед яких:

1. Нещасні випадки: на транспорті (дорожній, залізничний, водний, авіа); у промисловості - вибухи (газ, хімічні, на шахтах, військових складах); пожежі (опіки, удушення димом); біологічні (вірусної, бактеріологічні, токсемії); хімічні (токсичні гази, рідини, тверді речовини); ядерні (радіація, радіаційне забруднення).

2. Навмисні: тероризм, бунти, заколоти, соціальні хвилювання, війни. Показником екстремальності якого-небудь фактору можуть бути неприємні,

хворобливі відчуття (психологічного й фізіологічного характеру), різні розлади міжособистісного характеру, зниження рівня працездатності.

На думку Д. Уінгайта й Д. Броделя, подія є стресогенною тоді, коли порушується рівновага між індивідом і середовищем, що призводить до мобілізації внутрішніх резервів, пошуку й постановці нових цілей, трансформації системи екзистенційних цінностей і виробленню нових.

Гостра реакція на стрес виникає протягом місяця з моменту травми й триває від двох днів до чотирьох тижнів. *Посттравматичний стресовий розлад* звичайно розвивається через якийсь час після травми - не менш одного місяця після травми, і триває більше чотирьох тижнів. Крапкою відліку є сама подія, що травмує, або такі обставини.

Вивчення наслідків впливу екстремальної ситуації на психічний стан жертв різноманітних за походженням травматичних подій було розпочато ще у другій половині XIX століття. У перших роботах з цієї проблеми в основному описувалися найбільш ранні наслідки гострої психічної травми.

Вперше стресовий розлад був описаний у солдат, учасників воєнних дій, під час Громадянської війни в Америці. Синдром був названий «солдатським серцем», тому, що виявлявся у вигляді характерних розладів серцевої діяльності.

У 1888 р. німецький невролог Г. Оппенгейм вперше використав термін «травматичний невроз» і привернув увагу вчених до емоційного аспекту психічної травми, але автор при цьому думав, що травматичний невроз розвивається внаслідок «механічного ушкодження нервових зв'язків».

Вже в 1889 р. П. Дженет припустив, що сильні емоційні реакції порушують інтеграцію травматичної події в систему пам'яті індивіда. На його думку, результатом відділення від сфери свідомості спогадів про травматичні події є те, що вони відкладаються у вигляді реакцій тривоги, паніки і візуальних образів (нічні кошмари та flashback). Вчений також спостерігав, що жертви травматичних подій уникають нагадувань про пережите, тому, що відчувають значні труднощі в контролі над сферою емоцій. Нездатні залишити подію в минулому, вони як би «прив'язані» до неї, повертаються знову і знову, тим самим поглиблюючи свої страждання.

Одне з перших системних досліджень жертв травматичних подій було розпочато Е. Стерлінгом (1909) при вивченні постраждалих від землетрусу в Мессіні й аварії на гірському руднику. Вчений прийшов до висновку, що головними моментами в розвитку психічних розладів є переляк і емоційний шок, які знижують резистентність нервової системи і стають провідними чинниками в розвитку неврозу. Автором були показані загальні закономірності розвитку психічних розладів у жертв різноманітних за походженням катастроф.

Т. Сімпсон (1929) обстежила 30 дорослих і 20 дітей через декілька днів після землетрусу в Криму й описала у постраждалих фізіологічні й патологічні реакції. У протіканні фізіологічних реакцій були виділені три фази. Перша фаза характеризувалася фізичними відчуттями, пов'язаними з катастрофою,

наприклад, з відчуттям хиткості ґрунту: у фазі свідомої переробки сенсорних подразнень одні особи діяли активно і цілеспрямовано, інші – були пасивними, субступорозними; у третій фазі відбувалася «рухова розрядка», яка супроводжувалася вазовегетативними розладами. Фізіологічні реакції проходили без невротичних наслідків. До патологічних реакцій були віднесені випадки із затяжними невротичними і депресивними порушеннями. Вперше було відзначено, що у дітей реакції протікали в стертій формі.

Під час Першої світової війни починається вивчення воєнних психогеній. У той час зустрічалися випадки масових самогубств через страх йти в бій. На думку А. Гревера, найсильніший вплив на військових має артилерійський вогонь (1915). Т. Селемон ввів у науку поняття «артилерійський шок». У військових відзначалися пригнічений настрій, дратівливість, розлади сну й апетиту. При сполученні психотравми і каліцтва у хворих була виражена настирливість, іпохондричність, некритичність до своєї поведінки.

Дослідження учасників двох світових війн дозволило вченим запропонувати низку термінів для позначення негативного впливу бойової обстановки на учасників воєнних дій: «кулеметний сон» (Є. Краснушкін; 1949), «невроз переляку» (А. Гревер; 1914), «невроз туги» (С. Суханов; 1915), «воєнний невроз» (Б. Осипов; 1934), «хронічний воєнний невроз» (А. Кардинер; 1941), «воєнна втома» (В. Гіляровський; 1946), «бойове виснаження» (О. Лурія; 1946). Загальними елементами в описі у різних дослідників були: розлади сну, нічні кошмари, депресія, гіпертрофовані емоційні реакції, підвищений рівень збуджуваності. Було показано, що війна не дає нових, невідомих мирному часу видів психічних розладів, її впливи лише до деякої міри видозмінюють патопластику відомих психічних розладів.

Значний внесок у вивчення патогенетичних механізмів травматичного неврозу внесли роботи З. Фрейда (1939). Вчений розглядав воєнний невроз як наслідок «его-конфлікту». Автор виявив існування двох форм реакцій - негативної і позитивної. Перша полягає у витискуванні травми через відмову прийняти її, тоді як друга - реалізація у формі спогадів і переживань. З. Фрейд пропонував відстрочені психічні явища у ветеранів називати «воєнним неврозом». Завдяки роботам З. Фрейда в 20-30 рр. травматичний невроз стали розуміти як наслідок нестерпних переживань.

Особливе місце в описі феноменології посттравматичних розладів займають роботи Е. Крепеліна. Вчений визначав психоневроз у солдат як «...стан протесту проти повернення на фронт...». Автором було відзначено, що у таких хворих настрій залишається пригніченим, пацієнти можуть бути плаксивими або похмурими, дратівливими, при цьому вони докладно розповідають про свої нещастя і страждання. Звернено увагу на симптоми «істеричного реагування», наявність «рентних установок». Е. Крепелін уперше показав, що в деяких випадках після психічної травми розлади можуть залишатися постійними і навіть посилюватися.

А. Кардинер звернув увагу на те, що в осіб, які страждають «травматичним неврозом», розвивається постійна пильність і надчутливість до загроз зовнішнього світу, у міжособистісному спілкуванні з'являються дратівливість, схильність до вибухових агресивних реакцій. Автор підкреслював, що «ядром неврозу є психоневроз. Це виникає на полі бою і зберігається під час внутрішнього процесу організації досвіду, кожний проміжний засіб пристосування залишається і зберігається в хронічній формі».

Дослідження А. Кардинером ветеранів Першої світової війни (1922-1928 рр.) дозволили також виявити типові «відставлені» реакції на травматичну подію війни: «фіксація» на травмі, кошмари, зниження загального рівня психічної діяльності, дратівливість, схильність до емоційних «вибухів». Вчений вважав, що «травматичний невроз завжди є присутнім і не змінюється».

А. Кардинер запропонував поняття про «центральный фізіоневроз», який, на думку автора, служить причиною розладів низки особистісних функцій, що забезпечують зменшення адаптації до навколишнього світу. Таким чином, травматичний невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Вперше дано комплексний опис його симптоматики: збуджуваність і дратівливість; невтримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах події, що травмувала; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій.

Дослідження А. Кардинера і Л. Ліндемана показали, що відповідь на травму є двоїстою: гіпермнезії, гіперактивність у відповідь на стимули і травматичні переживання співіснують із психічним онімінням, униканням, амнезією.

Досвід Другої світової війни показав, що психічна напруга, викликана страхом і тривогою, є досить великою. Під час війни у Великобританії проводилися дослідження цивільного населення міст, що піддавалися інтенсивним бомбардуванням. Було відзначено, що почуття пригніченості й страху, кардіоваскулярні симптоми після повітряного нальоту зменшувалися, змінюючись ейфоричним збудженням. Після важких нальотів були більш виражені апатія і байдужність. Ця байдужність призводила до того, що ці люди часто не зверталися своєчасно за медичною допомогою.

На думку В. Воловича, у формуванні психогеній військового часу в населення, крім безпосередніх переживань, пов'язаних із загрозою життя, істотну роль відіграють такі чинники як інформаційна непевність, загроза існуванню близьких людей, ламання основних життєвих стереотипів, стомлення й інше. Несподіванкою для дослідників стала відсутність очікуваних «масових» неврозів серед мирного населення. Є. Краснушкіним це пояснювалося «своєрідною імунізацією» стосовно психогенних чинників.

За даними В. Менингер, у лікувальні установи армії США під час Другої світової війни (з 1 січня 1942 р. по 30 червня 1945 р.) надійшло близько 1 млн. осіб з нервово-психічними захворюваннями, у тому числі 64% із психоневрозами й 7% із психозами. Відповідно до даних С. Бейкер, майже

половина військовослужбовців, демобілізованих за станом здоров'я з армії США під час Другої світової війни, страждала нервово-психічними захворюваннями, у тому числі 70% психоневрозами.

За даними Фіглі, протягом першого року Другої світової війни кількість втрат за психіатричними показниками зросла в три рази в порівнянні з попередньою війною, при тім, що при відборі непридатними до військової служби було визнано в 3-4 рази більше солдатів, ніж у Першу світову.

Т. Мокор наводить дані про те, що 99% льотчиків ВВС США відзначали в себе під час бойових вильотів прояву страху у вигляді різних фізіологічних реакцій: серцебиття, прискороного пульсу, м'язової ригідності, холодного поту, гурчання в животі, частих позивів до сечовипускання, тремтіння, болю в області кишківника, мимовільного сечовипускання й дефекації.

Р. Гринкер та Дж. Шпигель були узагальнені фізичні симптоми гострого посттравматического стану в солдатів: порушення ходи, зміни з боку згиначів у позі, гіперкінези, тремор у спокої, маскоподібне обличчя, нетримання сили, мутизм, сильний рефлекс здригання, порушення функції ЖКТ. В основі відстрочених психічних реакцій на бойові дії вчені бачили як фізіологічні, так і психологічні причини. На думку авторів, солдат під час війни випробовує фізіологічний, емоційний і соціальний стрес.

Вивчення наслідків війни в Кореї показало, що втрати боєздатності через психологічні причини, особливо через понад сильну стресову реакцію, можуть досягати чверті загальних втрат в армії. Під час вторгнення в Ліван ізраїльської армії кількість втрат від психічних захворювань в 1,5 рази перевершило кількість убитих. З. Соломоном було показано, що стресам у бойовій обстановці більш чутливі солдати старші 25 років, з більше низьким утворенням і військовим званням, менш підготовлені до бойових дій.

У сучасному розумінні, гострий стресовий розлад є короткочасним, як і гострий стрес, але є реакцією на набагато більш травматичний випадок і спричинить значно більш проблемні та сильні симптоми у відповідь на травму.

Критерії діагностики гострого стресового розладу. Щоб відповідати критеріям та діагностувати цей стан, людина повинна відповідати таким вимогам:

- зазнала серйозної травми, сексуального порушення або загрози, або фактичного настання смерті в одній або декількох з наступних ситуацій (за винятком впливу через різні форми засобів масової інформації);

- переживає подію безпосередньо;

- подія трапилася з членом сім'ї або близьким другом (у разі смерті або загрози смерті вона повинна мати випадковий або насильницький характер);

- наявність крайньої або повторної дії жахливих деталей події.

1. Проявляється щонайменше дев'ять або більше з наступних симптомів з будь-якої з п'яти представлених категорій, і вони повинні починатися після того, як переживають розглянутий травматичний інцидент або погіршуються:

- нав'язливі симптоми;

- нав'язливі, повторювані та мимовільні спогади про травму, які викликають постійний дистрес;
- повторювані та тривожні мрії або про саму травму, або з тематикою, пов'язаною з пережитим травматичним інцидентом;
- дисоціативні симптоми (наприклад, наявність спалахів), які викликають у людини відчуття або поведінку так, ніби вони переживають травму, що сталася;
- наявність сильного або повторного психічного або фізичного розладу у відповідь на нагадування про будь-який аспект пережитої травми.

Негативні симптоми настрою:

- повторна нездатність відчувати позитивний настрій чи позитивні емоції (такі як задоволення чи радість);
- дисоціативні симптоми;
- переживає змінене відчуття реальності (наприклад, їх оточення чи власне тіло не здається справжнім, відчуття запаморочення, змінене сприйняття часу тощо);
- неможливість згадати певні деталі травматичного інциденту, але не через травму голови або зловживання речовинами, що впливають на пам'ять.

Симптоми уникнення:

- послідовно докладаються зусилля, щоб уникнути будь-яких спогадів, думок чи емоцій, пов'язаних із пережитою травмою;
- послідовно докладаються зусилля, щоб уникнути будь-яких нагадувань про травму чи пов'язані деталі (будь-то певні місця, предмети, люди, розмови чи об'єкти).

Симптоми збудження:

- утруднення сну, засинання або відчуття неспокою при спробі сну;
- агресія, дратівливість і гнівні спалахи;
- проблеми з концентрацією та зосередженням уваги;
- гіпервігуальність;
- надмірно інтенсивна реакція на стрімкість у реакції на подразники.

2. Травма та супутні симптоми повинні погіршувати здатність індивіда функціонувати на робочому місці, в особистих стосунках та інших аспектах їх повсякденного життя, і повинні спричиняти їм значні проблеми.

3. Симптоми повинні бути присутніми від 3 днів до одного місяця після того, як трапився травматичний інцидент.

4. Супутні симптоми не можуть бути пов'язані або викликані зловживанням наркотиками, ліками чи іншими значущими станами здоров'я. Їх також не можна краще класифікувати за іншим діагнозом психічного здоров'я.

Деякі люди з гострим стресовим розладом можуть також отримувати діагнози інших станів психічного здоров'я, таких як депресія або тривожність, які можуть мати подібні, але менш виснажливі симптоми. Сюди можна віднести почуття безвиході, низький настрій, проблеми зі сном, проблеми концентрації, постійне занепокоєння, втому, втрату інтересу до щоденних

занять, плач або паніку, зміни апетиту або, можливо, навіть думки про самогубство або самопошкодження.

Особливої уваги в екстремальних ситуаціях потребують діти. Зазвичай вони долають стрес краще, коли поруч є стабільні, спокійні дорослі. У залежності від віку діти можуть по-різному поводити себе.

У дитини від 0 до 2 років може посилюватися плаксивість, бажання бути у фізичному контакті з дорослими (бути «на ручках»), дратівливість, пасивність (поводиться тихо, знижене відчуття зв'язку з дорослими), підвищена емоційність.

Дитина від 2 до 6 років може відчувати страх бути розлученою з батьками/опікунами, її непокоїть почуття безпорадності та безсилля, стає замкнутою або заперечує ситуацію. Може повернутися до більш ранньої поведінки, такої як смоктання пальця, нічне нетримання сечі (вважається стресовою реакцією тільки для тих дітей, які вже навчилися контролювати сечовий міхур) або страху темряви. Інколи знову і знову відтворює частини неприємного досвіду в своїх іграх.

Дитина від 6 до 10 років може мати фантазії, в яких виступає рятувальником, хоче часто говорити про подію, шукати шляхи відновлення почуття контролю. Вона може повернутися до такої поведінки, як смоктання пальця, страху темряви чи відмовлятися говорити чи спілкуватися з іншими (навіть з найближчими). Бувають непередбачувані зміни настрою. У дітей цього віку можуть спостерігатися порушення сну (труднощі із засипанням, страх спати на самоті або часті кошмари). Діти цього віку також можуть скаржитися на головні болі та болі в животі без очевидної причини, а деякі діти можуть проявити надзвичайно необачну або агресивну поведінку.

Підлітки можуть реагувати так само як дорослі – відчують роздратування, відкидають правила чи поведуться агресивно. Вони можуть стати більш імпульсивними чи використовувати ризикові моделі поведінки, такі як вживання алкоголю або психоактивних речовин, самопошкодження, зміни харчової поведінки (наприклад, вживати занадто багато чи занадто мало їжі), відчувати страх.

2. Структура надання першої психологічної допомоги.

У найбільш узагальненому вигляді перша (екстрена) психологічна допомога на першому рівні має передбачати виконання таких дій:

1) максимально можливо для умов, що склалися, забезпечити постраждалого, за потреби надати необхідну першу медичну допомогу. Крім того, необхідно зробити припущення щодо стимулу, який безпосередньо спровокував реакцію та спробувати прибрати його із поля зору (слуху, тощо) постраждалого (так би мовити, забезпечити об'єктивно та суб'єктивно);

2) оцінити психічний стан постраждалого, визначити його найбільш суттєві ознаки, тип (агресивна поведінка, паніка, рухове та нервово збудження, істерика, ступор, жах, апатія, плач, гостра реакція горя, галюцинаційні переживання) та реалізувати дії, що припиняють розгортання цього стану;

3) задовольнити першочергові фізіологічні потреби (дати попити, зігріти, накормити, дати можливість поспати тощо) та потребу в інформації, що пов'язана із забезпеченням особистої безпеки, почуттям впевненості;

4) емоційно, соціально підтримати, вислухати (не перебивати, не квапити, демонструвати зацікавленість), за можливості покликати близького товариша. При цьому не потрібно заставляти говорити про ситуацію, що відбулася, якщо постраждалий не хоче цього, тобто не можна влаштовувати «доморобний сеанс психотерапії», не можна давати оцінок тому, що людина зробила чи не зробила чи її емоціям; не можна позбавляти її віри у власні сили та здатність самій подбати про себе;

5) передати контроль над собою самому постраждалому; розширити його поля свідомості, яке під дією стресорів звужується до сприйняття психотравмуючих об'єктів (важливо опертися на ту здатність до довільних дій, яка залишилась у постраждалого, щоб відновити у нього контроль над собою). Якщо стан постраждалого дозволяє, то ви не даєте йому воду, їжу, а керуєте ним – «Вставай, тобі потрібно піти попити, поїсти, вмитися» чи «Піднімайся, підемо чистити зброю» і так далі. Для розширення поля свідомості просіть роздивитися навколо і надати оцінку навколишнім об'єктам, виключаючи ті об'єкти, які викликали стресову реакцію: «Що ти бачиш праворуч (зліва, в бліндажі), як ти вважаєш...? »). Виконуючи ці дії, намагайтесь називати постраждалого на ім'я, так як це допомагає налагодити контакт з його свідомістю;

6) зберегти гідність постраждалого (не припустимим є поширення у військовій частині особливостей поведінки постраждалого у «хвилину слабкості»). Виниклі в частині у постраждалого через поширення такої інформації відчуття сорому, провини можуть запустити механізм розвитку посттравматичних стресових реакцій. Крім того, така інформація негативно позначається на згуртованості колективу (військовослужбовця починають вважати «слабкою ланкою», не довіряють йому своє життя, прагнуть уникати співпраці з ним тощо);

7) організувати подальшу допомогу: по-перше, співслужбовець має доповісти безпосередньому командирі про негативний стан постраждалого. По-друге, за умов близькості знаходження психолога частини, пункту психологічної допомоги, мобільного пункту психологічної допомоги забезпечити надходження від них кваліфікованої допомоги до постраждалого. Якщо у шаговій досяжності немає фахівця-психолога і після наданої першої (екстреної) допомоги стан постраждалого значно не покращився, за розпорядженням командира потрібно супроводити постраждалого до найближчого пункту психологічної допомоги чи медичної частини.

Не починайте діяти одразу. Визначте, яка допомога (крім психологічної) потрібна, хто найбільше потребує допомоги. Дізнайтеся імена людей, які потребують допомоги. Представтеся, хто ви і які функції виконуєте («Я – соціальний працівник», «Я – волонтер», «Я – лікар», «Я допомагаю постраждалим»).

Людині може надати надію вже ваша присутність. Скажіть, чим ви можете допомогти, поясніть, що допомога скоро прибуде, що ви про це подбали. Важливо відновити процес життєдіяльності людини: попросіть подихати в певному ритмі (наприклад: «Вдихніть, трохи затримайте дихання, видихніть». «Дихайте! – Вдих ... видих ... вдих ... видих». «Дихайте разом зі мною»).

Встановіть контакт очима, словами (наприклад: «Ви мене чуєте?»), заспокойте простими словами (наприклад: «Я разом з Вами», «Спробуємо разом», «Тут вже спокійно»).

Важливо відновити орієнтацію в поточній дійсності. Запитайте про те, що людина чує, бачить, де знаходиться. Якщо людина не зовсім орієнтується, поінформуйте (коротко, точно) про місце, час, ситуацію (наприклад, «Тут багато народу – це площа. Був вибух. Ви злякалися» – ваша мова проста, однозначна, спокійна).

Потім відновіть ланцюжок пам'яті: запитайте, що пам'ятає до, що – після події: «Як все почалося? Що Ви робили?». Обережно встановіть тілесний контакт з потерпілим: візьміть за руку або поплескайте по плечу.

Торкатися до голови або іншим частинам тіла не рекомендується. Займіть положення на тому ж рівні, що й потерпілий.

Не повертайтеся до потерпілого спиною. Дитину можна трохи обійняти.

Ніколи не звинувачуйте людей. Уникайте будь-яких слів, які можуть викликати почуття провини.

Не давайте хибних надій і неправдивих обіцянок.

Розкажіть, які заходи потрібно вжити людині для отримання допомоги в її випадку.

Дайте людині повірити в її власну компетентність. Дайте їй доручення, з яким вона впорається (наприклад, одягнути куртку, скласти речі в сумку).

Використовуйте це, щоб вона переконалася у власних здібностях, щоб у неї виникло почуття самоконтролю: «Вам вже доводилося долати труднощі, правда? Ось і зараз подолаєте»

Дайте людині виговоритися. Слухайте її активно, будьте уважні до її почуттів і думок. Переказуйте позитивне.

Скажіть людині, що ви залишитеся з нею. У разі необхідності її покинути, знайдіть того, хто може опікуватися нею і проінструктуйте щодо подальших дій.

Залучайте інших людей до надання допомоги. Інструктуйте їх і давайте їм прості доручення.

Намагайтеся захистити людину від зайвої уваги і розпитувань. Можна відгородити від цікавих, наприклад, давши їм доручення: «Пройдіть, будь ласка, і подивіться, чи немає тих, кому потрібна допомога, підтримка. Допоможіть їм».

У кризовій ситуації людина завжди знаходиться в стані психічного збудження. Це нормально. Поведінка такої людини не повинна вас лякати,

дратувати або дивувати. Її стан, вчинки, емоції – це нормальна реакція на ненормальні обставини.

Не надавайте психологічну допомогу, якщо ви до цього не готові, не хочете (неприємно або інші причини).

Знайдіть того, хто може це зробити. Дотримуйтеся принципу «Не нашкодь»! Обмежтеся лише співчуттям і якнайшвидше зверніться по допомогу до фахівця (психотерапевта, психіатра, психолога).

Розуміючи ППД як сукупність заходів загальнолюдської підтримки та практичної психологічної допомоги людям, які зазнали впливу надсильних стресорів, фахівці розглядають її як здійснення гуманних, підтримуючих заходів реагування на страждання особи, яка може потребувати підтримки.

Перша психологічна допомога:

➤ ППД має певну структуру (складається із взаємопов'язаних елементів), реалізується послідовно;

➤ потреба у ППД залежить від глибини впливу події на індивідуума;

➤ у більшості ППД надається при тяжкому впливові психотравмуючої події на особу (оцінка поведінки постраждалого є вирішальною для винесення рішення про її надання);

➤ не передбачає детальне обговорення подій, які викликали стан дистресу;

➤ не кожна людина, яка пережила кризову подію, потребує ППД або прагне її отримати;

➤ передбачає певні аспекти (формування відчуття безпеки, надання доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки; зміцнення віри в можливість допомогти собі та оточуючим) та інше.

Існують багато протоколів проведення першої психологічної допомоги, серед яких виокремлюються : модель індивідуального кризисного втручання Дж. С. Еверлі, протоколи Н. Агазаде, В. Рафаель, О. Гершанова, І. Пінчук, протокол ЯАЛОМ та інші. Одні фахівці виокремлюють чотири або п'ять етапів в надання ППД, інші надають покрокові інструкції, зазначаючи десять або дванадцять протокольних елементів.

Аналізуючи зазначені протоколи, ми бачимо, що є певні спільні характеристики у складових та послідовності проведення первинної психологічної допомоги. До них віднесено такі основні дії фахівців:

➤ контакт та залучення;

➤ безпека та комфорт, стабілізація стану;

➤ збирання інформації;

➤ практична допомога;

➤ зв'язок із соціальною підтримкою;

➤ надання інформації щодо стратегій подолання гострого стресу;

➤ взаємодія із суміжними службами та перенаправлення.

3. Принципи та етичні правила надання першої психологічної допомоги.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ перша психологічна допомога ґрунтується на таких *етичних принципах*:

1) *захист безпеки, гідності й прав людини*: уникати дій, які можуть поставити людей під загрозу подальших травмуючих впливів; захищати дорослих та дітей, яким надається допомога, від фізичної і психічної травми; поводитися із людьми з повагою і відповідно до культурних і соціальних норм; вчиняти щодо людини лише ті дії, на які вона дає свою згоду (це стосується можливості говорити з нею, торкатися її, ухвалювати важливі для неї рішення тощо); впевнитися у тому, що допомога надається справедливо, без дискримінації; допомагати людям відстоювати свої права й отримувати належну допомогу; діяти в кращих інтересах кожного потерпілого, якому надається допомога;

2) *відповідність дій психологів культурі й традиціям потерпілих*: утримання від способів контактування, не прийнятних в культурі потерпілих (наприклад, доторкання, прямого погляду у вічі тощо);

3) *інформованість помічників щодо інших заходів з реагування на надзвичайну ситуацію*: слідувати вказівкам відповідних органів, що керують заходами з ліквідації кризової ситуації; бути в курсі того, які заходи реагування приймають і які є ресурси для надання допомоги; не перешкоджати проведенню пошуково-рятувальних операцій і роботі медиків; чітко уявляти свої функції та їх межі;

4) *піклування про власну безпеку*: усвідомлювати, що пережите в кризовій ситуації під час надання допомоги може негативно вплинути або сам помічник та його сім'я може опинитися серед потерпілих; турбуватися про власне здоров'я та благополуччя; звертати увагу на власний стан і бути впевненим у своїй фізичній та емоційній здатності допомогти іншим; берегти себе, щоби краще піклуватися про інших; цікавитися самопочуттям інших членів команди.

О. Тімченко та автори наголошують, що при наданні психологічної допомоги (так званої «кризової інтервенції») психолог повинен керуватися наступними *етичними принципами*:

1. *Емпатичний контакт*. Із встановлення емпатичного контакту починається кризове втручання.

2. *Невідкладність*. Кризове втручання характеризується невідкладністю, граничною терміновістю.

3. *Високий рівень активності психолога*. Психолог повинен проявляти максимальну активність у встановленні контакту з людиною, що переживає кризу, і в зборі інформації, щоб якомога швидше оцінити ситуацію й намітити план дій.

4. *Обмеження цілей*. Найближча мета кризової інтервенції – запобігання катастрофічним наслідкам. Основна мета – навчити користуватися адаптивними способами подолання кризи й відновлення психічної рівноваги.

5. *Підтримка*. При роботі з подолання кризи психолог у першу чергу забезпечує клієнтові підтримку.

6. *Сфокусованість на основній проблемі*. Кризове втручання повинне бути досить структурованим, щоб допомогти зосередитися на основній проблемі, що призвела до кризи.

7. *Повага*. Людина, що переживає кризу, сприймається психологом як знаюча, цілком компетентна, незалежна, яка прагне набути впевненості в собі, здатна зробити самостійний вибір.

С. Хобфоллом та його колегами було запропоновано наступні принципи втручання при наданні психосоціальної підтримки в умовах надзвичайних ситуацій: сприяння відчуттю безпеки; сприяння заспокоєнню; сприяння відчуттю спроможності себе та громади; сприяння об'єднаності; сприяння надії.

ППД має чотири оперативні принципи – *підготуватися, спостерігати, слухати і з'єднувати*.

1. *Підготовка*: дізнайтеся, що сталося, яка допомога і підтримка є на місці. У кризових ситуаціях часто виникає хаос і необхідно терміново діяти. Однак перед тим, як потрапити на місце, де відбулася кризова подія, намагайтеся отримати відповіді на такі запитання: Що сталося? Коли і де це сталося? Яка ймовірна кількість потерпілих і хто вони? Де і як люди можуть отримати таку допомогу? Хто ще надає допомогу? Чи минула кризова подія або вона ще продовжується? Які існують небезпеки: терористи, міни, зруйнована інфраструктура? Чи є зони, яких слід уникати з міркувань безпеки або куди вам заборонено доступ?

2. *Спостерігати*: перевірити умови безпеки, тобто чи є важкоушкоджені, які потребують екстреної медичної допомоги? Чи є люди, які потребують порятунку, наприклад, люди під завалами та інше? Перевірити, чи є навколо люди у стані важкого дистресу: люди, які виглядають надзвичайно пригніченими або знервованими, які не здатні переміщуватися, не реагують на інших або знаходяться у шоці?

Чого не слід робити (під час спостереження за людьми після надзвичайної ситуації): не очікуйте, що всі будуть травмовані; не патологізуйте; не роздавайте ярликів: «симптом», «діагноз», «розлад».

Як правило, особливої уваги потребують:

- діти та підлітки, зокрема розлучені з батьками або опікунами - вони потребують захисту від насилля та експлуатації, їм також потрібна допомога в задоволенні основних життєвих потреб;

- люди з розладами здоров'я або з обмеженими фізичними та психічними можливостями можуть мати потребу в допомозі, щоб дістатися безпечного місця, захисті від насилля, у медичній допомозі та інших послугах; до цієї групи входять літні люди, люди з важкими розумовими розладами, порушеннями зору та слуху;

- люди, яким у кризовій ситуації може загрозувати дискримінація та насилля, наприклад, жінки або представники певних етнічних груп можуть потребувати особливого захисту для отримання допомоги.

3. *Слухати* – на практиці означає:

- звертайтеся до людей з повагою і відповідно до їхньої культури;
- представтеся: назвіть своє ім'я та організацію; - спитайте чим їм допомогти;

- створіть елементарну комфортну обстановку: запропонуйте води;
- з'ясуйте, у чому вони мають потребу і що їх бентежить, завжди питаєте, що потрібно і які в них проблеми;

- вислухайте їх і намагайтеся заспокоїти: будьте поруч; не примушуйте людей розповідати про те, що сталося; уважно вислухайте, якщо людина забажає поговорити про те, що сталося; якщо людина зазнала сильного стресу, намагайтеся її заспокоїти і переконайтеся, що вона не знаходитиметься на самоті;

- допоможіть людям заспокоїтися. Ваш тон повинен бути спокійним і м'яким. Якщо це не суперечить культурі, підтримуйте зоровий контакт з людиною під час розмови. Скажіть, що ви тут для того, аби допомогти. Якщо людина вже знаходиться поза небезпекою, нагадайте їй про це.

Надання першої психологічної допомоги має узгоджуватись із базовими етичними нормами, принципами та правилами загальнолюдської взаємодії й ґрунтуватись на безумовному додержанні пріоритету інтересів людини за принципом «не нашкодь».

Основні етичні правила надання ППД містяться у наступних положеннях:

– бути гарантом високоморальної взаємодії, відповідальним за компетентні та якісні дії, за пріоритетність цілей надання першої психологічної допомоги незалежно від поведінки чи реакцій людини;

– всіляко запобігати і не допускати антигуманних наслідків у своїй діяльності;

– додержуватись конфіденційності, використовувати інформацію особистого характеру, яку повідомляє людина, лише в її інтересах (виняток становлять випадки, коли виявлені симптоми є небезпечними для самої людини або інших, і доцільно поінформувати тих, хто може надати кваліфіковану допомогу);

– у спілкуванні виявляти готовність надати допомогу, демонструвати уважне, шанобливе ставлення, не оцінювати дії людини, проявляти щирість, чесність, витримку та повагу;

– психологічна підтримка має бути теплою, доброзичливою, цілющою, прагнути мінімізувати пов'язані з травмою переживання людини, ставити тільки необхідні запитання і намагатися отримати лише важливу інформацію, без примусу говорити чи тиску;

– враховувати і з розумінням ставитись до специфіки прояву мультикультурного розмаїття (етнічної й культурної ідентичності, традицій

або релігійних канонів), вікових, гендерних, соціальних та інших особливостей людини;

- бути поруч із людиною, але дотримуватися необхідної дистанції з урахуванням її віку, статі та культури;

- з повагою ставитись до права людини самостійно приймати рішення;

- чітко дати зрозуміти людині, що, навіть якщо вона відмовляється від допомоги зараз, вона може звернутися за нею згодом.

Категорично заборонено:

- нав'язувати свою допомогу, вести себе настирливо, перебільшувати свої знання або навички;

- примушувати людину розповідати про те, що з нею сталося;

- використовувати довірливе ставлення і залежність людини, свій статус та надану інформацію у власних корисливих інтересах або з метою одержання неправомірної вигоди для себе чи інших осіб;

- використовувати свої знання і становище з метою приниження людської гідності, пригнічування особистості або маніпулювання нею;

- проявляти будь-яку з форм дискримінації за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, інвалідності, етнічного та соціального походження, громадянства, сімейного та майнового стану, місця проживання, мовою або іншими ознаками;

- давати марні обіцянки або такі, які не в змозі виконати, повідомляти недостовірну інформацію або переказувати інформацію, почуту від інших;

- давати оцінку вчинкам й переживанням людини, критикувати її особисті якості, емоції чи поведінку, говорити про те, що людина має, на вашу думку, відчувати або як вона повинна була діяти.

4. Особливості надання першої психологічної допомоги.

За визначенням ВООЗ, *перша психологічна допомога (ППД) – це сукупність заходів психологічної підтримки та практичної допомоги людям, які страждають або відчують потребу в чомусь, які зазнали впливу надсильних стресорів. Її надання не передбачає значної професійної підготовки – достатньо знань, отриманих в рамках загальноосвітнього психологічного інформування і природної здатності проявляти співчуття, людяність. Важливою характеристикою першої психологічної допомоги є її простота.*

ППД призначена для людей, які знаходяться у стані стресу в результаті щойно пережитої або поточної важкої кризової події. Таку допомогу надають як дорослим, так і дітям. Однак не слід нав'язувати ППД тим, хто її не хоче, але треба бути поруч з тими, хто, можливо, захоче отримати підтримку.

Негайної допомоги потребують люди:

- з важкими (із загрозою для життя) фізичними травмами;

- у психічному стані, який не дає їм можливості самостійно піклуватися про себе та своїх дітей;

- які можуть завдати шкоди собі або іншим людям.

ППД є одним із низки заходів у відповідь на надзвичайні події. Коли постраждалих сотні й тисячі, застосовують різні заходи реагування: пошуково-рятувальні операції, надання екстреної медичної допомоги, забезпечення притулку, роздача харчів, заходи щодо розшуку членів сімей і захисту дітей.

Часто співробітникам гуманітарних організацій і волонтерам нелегко дізнатися яка допомога надається і де саме. Це стосується і випадків масових лих і подій в місцях, де відсутня інфраструктура медико-санітарних та інших служб. Необхідно дізнатися, які послуги і допомога надаються постраждалим, повідомити про це людям, яким допомагають, і порадити їм куди звертатися.

Надаючи допомогу в кризовій ситуації, бажано:

- слідувати вказівкам відповідних органів, керуватися відомими заходами з ліквідації кризової ситуації;
- знати які відбуваються заходи реагування і які є ресурси для надання допомоги нужденним;
- не заважати проведенню пошуково-рятувальних операцій і роботі медичного персоналу;
- чітко уявляти власні функції та їх межі.

Щоб надавати ППД не обов'язково мати кваліфікацію психолога або фахівця із соціальних питань. Однак, при наданні допомоги людям в кризових ситуаціях, рекомендується працювати через відповідні компетентні організації або громадські групи. Діючи самостійно, можна піддати себе ризику, дії можуть негативно вплинути на координацію заходів, а переміщені особи можуть не отримати належної допомоги.

За «Керівництвом МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації», ППД відноситься до системи інтервенцій та документально затверджена ООН як базова модель надання психосоціальної підтримки у кризових умовах.

Піраміда психосоціальних інтервенцій - це система заходів, спрямованих на психосоціальну допомогу та підтримку дорослих і дітей, які зазнали впливу надзвичайних ситуацій відповідно до характеру спричинених стресовими/травматичними подіями психологічних реакцій людей та характеру їхніх потреб у допомозі.

Піраміда психосоціальних інтервенцій складається з чотирьох рівнів:

На першому рівні надається допомога та підтримка, що відповідає базовим потребам - у їжі, житлі, матеріальній допомозі, медичному обслуговуванні - та потребі в безпеці. На цьому рівні працюють спеціальні соціальні та гуманітарні організації і служби, які відповідальні саме за надання базової допомоги.

Другий рівень піраміди інтервенцій становлять заходи, спрямовані на підтримку та відновлення контактів і зв'язків між людьми, зокрема між дітьми та дорослими, через які людина (дитина) відчуває власну приналежність до групи, громади, культури, і, отже, користується ресурсом підтримуючих стосунків з людьми, що допомагає їй пережити важкий період життя.

Третій рівень піраміди інтервенцій містить заходи з неспеціалізованої, але сфокусованої підтримки, яку надають у разі, коли підтримки попередніх рівнів недостатньо для подолання наслідків впливу стресових подій та відновлення психологічного благополуччя. Таку допомогу та підтримку можуть реалізовувати спеціалісти та волонтери, навчені для надання конкретних інтервенцій. Сюди входить базова емоційна та практична підтримка, зокрема – ППД.

Четвертий рівень піраміди інтервенцій становлять спеціалізовані (зокрема клінічні) послуги, які надають ті спеціалісти чи установи, що мають вузький медичний або психотерапевтичний профіль та мають право і необхідну фахову компетенцію для надання спеціалізованої допомоги. Такої допомоги потребують в умовах надзвичайної ситуації люди з високим рівнем дистресу або в стані психічного розладу, через що вони можуть завдати шкоду собі або іншим, або стають неспроможними самостійно піклуватися про себе або своїх дітей.

Завдання ППД:

- надавати практичну допомогу особам, які пережили кризову подію;
- допомагати у задоволенні базових (фізичних) потреб потерпілих;
- сприяти убезпеченню осіб, які можуть стати жертвами насильства чи дискримінації; захистити людей від подальшої шкоди;
- заспокоїти, сприяти стабілізації емоційного стану людей у стресі; вислухати, але не примушувати їх говорити;
- підтримати і за можливості посилити у потерпілих почуття власної спроможності допомогти собі й іншим;
- зорієнтуватися у потребах і проблемах уцілілих, надати потрібну інформацію про можливість задоволення їхніх потреб або сприяти отриманню такої інформації із надійного джерела;
- зв'язати уцілілих з мережами соціальної підтримки, родичами, друзями, сусідами, а також ознайомити з ресурсами громадської підтримки.

ППД відрізняється від фахової психологічної допомоги:

- це не та допомога, яку можуть надавати лише спеціалісти (фахові психологи);
- це не професійна психологічна консультація;
- це не «психологічний дебрифінг», тобто ППД не є обов'язковим детальним обговоренням подій, що викликали дистрес;
- це не пропозиція постраждалому проаналізувати, що з ним сталося, та встановити точну послідовність і суть подій.

Отримання ППД важливо для довгострокового відновлення людини: формування відчуття безпеки, зв'язку з іншими людьми, спокою та надії; надання доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки; зміцнення віри людей у можливість допомогти собі та іншим, допомога їм у поверненні почуття контролю над власними діями (і через це – контролю над ситуацією). Вказані моменти є ключовими захисними факторами, що посилюють резилієнс людей, які переживають кризові події. «Резилієнс», за визначенням

ВООЗ, - це здатність відносно добре справлятися з важкими ситуаціями, особистий ресурсний потенціал людини, який може проявлятися також на рівні сім'ї, групи, громади.

Таблиця 1

Розлади психічних процесів та ознаки, за якими визначають необхідність надання ППД (О. Колесніченко, Я. Мацегора, І. Приходько)

<i>Порушення психічних процесів</i>	<i>Ознаки</i>
Розлади когнітивної функції	Нездатність зосередити увагу на важливих об'єктах, розсіяність, нездатність відвести увагу від стресора; порушення короткочасної пам'яті; нездатність до аналізу, синтезу, узагальнення, переносу відомого способу дій на нові обставини, порушення сприйняття дійсності, здатності приймати рішення.
Розлади емоційного реагування	Невідповідність за силою і адекватністю реагування на емоційні стимули (надмірна сила реагування, відсутність емоційного відгуку, емоційна лабільність/ригідність). Коливання настрою, роздратованість, «вибухове» реагування на зауваження, дріб'язкові причіпки до всього. Пригніченість, відсутність інтересу до світу. Специфічні вегетативні реакції: прискорення/уповільнення пульсу, дихання, поверхневе часте дихання, затримання дихання, тремор, тик, надмірний/слабкий м'язовий тонус, зміна кольору шкіряних покривів (значні почервоніння, збліднення), значне розширення/звуження зіниць. Нездатність до вольового зусилля. Відчужений/«божевільний» погляд.
Дезорганізація	Неможливість виконувати складні координовані рухи через розлади дрібної моторики та великої амплітуди крупної моторики. Збільшення кількості помилкових дій. Нездатність сприймати дії оточуючих і координувати з ними свої дії. Ускладнене розуміння складних команд (планів дій), неможливість виконувати команди. Неможливість самовмотивуватися. Відчуття розбитості, слабкості/ млявості/безладної активності.
Втрата здатності контролювати свою поведінку	Нездатність самостійно ставити та досягати навіть прості цілі. Значне уповільнення до повної відсутності дій чи, навпаки, велика кількість непогоджених, нескоординованих рухів. Нездатність до зв'язаного мовлення, відсутність мови. Занадто швидка/сповільнена мова. Словесні тиради, словесна агресивність. Нездатність виконувати власні команди.

Розлади адаптації до оточуючого світу	Нездатність виділяти суттєві стимули оточуючого середовища, нездатність будувати адекватне, довільне реагування на стимули середовища. Неадекватне сприйняття себе, своїх можливостей по відношенню до навколишніх умов.
Деморалізація	Зниження моральних критеріїв оцінки власної поведінки та вчинків. Розв'язність, вульгарність, цинізм, грубість, хамство. Нехтування будь-якими нормами етики та субординації, нормами гігієни. Неконтрольоване вживання алкоголю, наркотичних речовин.

Для ППД характерні:

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

Під час надання ППД необхідно:

- знайти для розмови тихе місце, де ніщо не відволікатиме;
- поважати конфіденційність і не розголошувати повідомлені особисті відомості;
- бути поруч із людиною, але дотримуватися необхідної дистанції з урахуванням її віку, статі та культури (якщо потрібно обняти, то обов'язково спитати дозволу);
- показувати зацікавленість, наприклад, киваючи головою чи вимовляючи короткі підтверджувальні репліки;
- бути терплячим і спокійним;
- надавати фактичну інформацію, чесно говорити про свої знання: «Я не знаю, але спробую для вас дізнатися»;
- надавати інформацію зрозумілою мовою, простими словами; висловлювати співпереживання людям, які говорять вам про свої почуття;
- надати людині можливість помовчати.

Спілкування з людьми під час надання ППД повинно відповідати певним вимогам:

1. Можливо, люди захочуть розповісти вам, що з ними трапилося. Вислухати чийсь розповідь – це вже велика підтримка. Однак важливо *не*

примушувати людей розповідати про пережите. Деякі люди не хочуть говорити про те, що трапилося.

2. Пам'ятати і розуміти, що в цьому періоді людина дуже навіювана і кожне наше слово може викликати реакцію, як миттєву, так і відтерміновану.

3. Використовуємо принцип «Приєднання і ведення»: якщо постраждалий сидить, то особа, що надає допомогу, теж сидить, якщо людина, що переживає травматичну подію, знаходиться в русі – активна психомоторна реакція, то фахівець, приєднуючись, також знаходиться в русі, поступово сповільнюючи темп.

4. Фахівець повертає постраждалого в «тут і зараз».

5. Фрази-інтервенції, що вимовляються фахівцем, повинні бути чіткими, короткими, впевненими і нести посил: «Я з Вами, Ви не один...Я можу Вам допомогти».

6. Обов'язково представитися: «Я.. ім'я ... фахівець з надання допомоги в кризових ситуаціях ... Волонтер організації ... Я знаю як надавати допомогу в подібних ситуаціях».

7. Сфокусувати постраждалого насамперед на фізичних відчуттях. Наприклад: взяти його за руку і попросити потиснути вашу руку. Тим самим фахівець сприяє поверненню контролю постраждалому і активізує здатність до відчуття свого тіла.

8. Для встановлення ефективнішого контакту, використовуйте техніку «Трьох Так»: Задайте послідовно три простих питання, що відносяться до фактів, на які постраждалий з великою часткою ймовірності дасть чітку відповідь.

9. За можливості зверніться із запитанням, що передбачає вибір, або проханням, яке постраждалий у змозі виконати. Наприклад: налити в склянку води для себе, вибрати що він хоче пити – чай або каву, розповісти куди він піде, як тільки відчує себе краще.

10. Уникайте конфронтації, підтримуйте будь-які позитивні зміни в поведінці постраждалого, заохочуючи словами і жестами.

11. Будьте поруч з людьми, але дотримуйтеся необхідної дистанції з урахуванням віку, статі, культури.

12. Покажіть своїм виглядом, що уважно слухаєте того, хто говорить, наприклад, киваючи головою або промовляючи короткі підтверджуючі репліки

13. Будьте терплячим і спокійним.

14. Надавайте фактичну інформацію, якщо вона у вас є. Чесно кажіть, що знаєте, а чого не знаєте: «Я не знаю, але намагатимусь для вас дізнатися»

15. Надавайте інформацію простими словами.

16. Пам'ятайте, що з постраждалими людьми необхідно спілкуватися, як із нормальними людьми, а не як із неповносправними чи пацієнтами. Необхідно підтримувати в них впевненість у тому, що їхній стан нормалізується.

17. Наприкінці зосередьтеся на досвіді людини в подоланні стресових ситуацій. Зверніться до її досвіду – як у минулому вона долала стреси, що саме допомагало їй впоратися.

18. Забезпечте постраждалого інформацією про можливі стани після травматичної події, місця і телефони фахівців, до яких він може звернутися в разі потреби.

Допомога людям із хронічними захворюваннями чи інвалідністю:

- допоможіть дістатися безпечного місця;
- допоможіть задовольнити базові потреби (наприклад: можливість поїсти, попити, отримати чисту воду, доглядати за собою, побудувати тимчасове житло із матеріалів, що надаються гуманітарними організаціями);
- розпитайте людину про її захворювання, чи приймає вона постійно якісь ліки. Спробуйте допомогти їй дістати ці ліки або отримати доступ до закладів охорони здоров'я, якщо вони є;
- залишайтеся поруч з людиною, а якщо вам треба піти, переконайтеся, що поруч є хтось, хто їй допоможе. Подумайте про можливість направити цю людину до організації з питань захисту або іншої служби підтримки, яка зможе надавати їй необхідну допомогу довгостроково. Проінформуйте їх, як вони можуть отримати доступ до наявних послуг.

При наданні ППД заборонено:

- змушувати людину розповідати про те, що з нею відбулося;
- перебивати і квапити співрозмовника (наприклад, дивитися на годинник, говорити занадто швидко);
- торкатися до людини, якщо немає впевненості про те, чи прийнято це в її культурному середовищі;
- давати оцінки тому, що людина зробила або не зробила, або її емоціям;
- вигадувати того, чого не знаєте;
- використовувати занадто спеціальні терміни;
- давати помилкові обіцянки;
- переказувати співрозмовнику почуте від інших;
- розповідати про свої власні труднощі;
- думати і діяти так, немов зобов'язані вирішити за іншого всі його проблеми;
- позбавляти людину віри у власні сили і здатність самій подбати про себе;
- описувати людей, використовуючи негативні епітети.

Найпростіші прийоми ППД.

Нормалізації дихання. Зверніть увагу на глибоке дихання, на відчуття потоків повітря у ніздрях. (Можна виконувати вправи для нормалізації дихання разом із людиною, якій надаєте допомогу.)

Використовувати воду. Дайте постраждалому питної води (бажано не газованої і не кип'яченої). Запропонуйте випити склянку води маленькими ковтками (40 ковтків), при цьому слід подумки рахувати (після кожного

ковтка). Кожного разу, ковтнувши воду, потерпілий має робити короткий вдих і довгий видих. Скажіть, що потрібно зосередитися на відчуттях.

Запропонуйте потерпілому занурити у воду долоні. Якщо дозволяють умови – нехай умиється, помие руки й ноги. Якщо ж такої можливості немає, можна змочити холодною водою хустинку, потримати її в руках, витерти чоло, обличчя.

Чай. Якщо є трав'яний чай, тобто те, що дає легкий заспокійливий ефект, то це можна застосовувати у разі надмірного збудження чи навпаки – завмирання.

ПІД полягає у тому, щоб виявити людей, які потребують допомоги, зорієнтуватися в тому, які в них потреби, і допомогти задовольнити їх з дотриманням безпеки, захисту прав і гідності людей та етичних норм.

Допомогти людям емоційно опанувати проблеми:

- Допоможіть людям проаналізувати їхні нагальні потреби, самим визначити першочергові з них та задовольнити їх (наприклад, запропонуйте людині подумати, що їй потрібно просто зараз, а що можна відкласти на потім). Можливість вирішити хоча б частину питань дає людині почуття контролю над ситуацією і зміцнює її спроможність справитися з нею.

- Допоможіть людям згадати, хто їм слугує опорою в житті, наприклад, друзів або родичів, які здатні допомогти їм у складній ситуації.

- Дайте людям практичні поради із задоволення їхніх нагальних потреб (наприклад, поясніть, як зареєструватися, щоб отримати продовольчу або матеріальну допомогу).

- Попросіть людину згадати, як вона справлялася з важкими ситуаціями у минулому і запевніть її, що вона зможе впоратися і з цією ситуацією.

- Спитайте, що допомагає людині почуватися впевненіше і порадьте їй застосовувати позитивні стратегії опанування (копінгу) та уникати негативних.

Допомогти зорієнтуватися. У кризовому стані людина дезорієнтована, їй необхідно допомогти зорієнтуватися, повернутися в реальність, у стан «тут і тепер». Для цього потрібно:

- 1) дати чітку інформацію про ситуацію, місце і час;
- 2) чітко відповідати на всі запитання;
- 3) уважно, не перебиваючи, вислухати.

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

– *Місце.* Нагадайте людині, де вона знаходиться.

– *Дата.* Нагадайте, яка зараз дата (день, час).

– *Безпека.* Скажіть, що зараз безпечно.

– *Відмінності.* Зверніть увагу, як те, що відбувається зараз, відрізняється від травмивної події.

– *Доречна дія* в конкретній ситуації. Якщо людині важко зорієнтуватися, можна запропонувати їй щось зробити. Приклад. Повернувшись із зони воєнного конфлікту, військовослужбовець серед ночі з криком зіскакує з

ліжка. Сусід може сказати йому таке: «Зараз ми на полігоні (місце). Зараз ніч (час). Можна спокійно відпочивати (безпека). Обстрілу не буде, це не фронт (відмінності). Лягай, спи» (доречна дія).

Сприятли 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 поглажування 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 відчувати, як ноги доторкаються до підлоги, тіло – до стільця. Скажіть: «Відчуйте тиск від того, що ваше тіло доторкається до стільця».

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

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

Речі, що допомагають «заземленню», стабілізації стану:

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

Шматочки льоду. Дайте потерпілому шматочок льоду, попросіть його відчувати холод у долонях.

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

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

Домашні тварини – найкращі психотерапевти. Якщо зазначені вище заходи не спрацьовують, то часто вдаються до лікування за допомогою собак – каністерапії. Інші домашні тварини (коти, коні) також можуть ефективно стабілізувати психофізичний стан тоді, коли інші прийоми не допомагають.

Закінчення надання ППД: те, коли і як припиняють надання допомоги, залежить від умов кризи, ролі психолога, потреб потерпілих та потреб і стану самого психолога. Психологу необхідно:

- тверезо оцінити потреби;
- пояснити, чому ви йдете, і, за можливості, познайомити людей з кимсь, хто може допомогти;
- якщо ви їх перенаправляли до певних служб, переконайтеся, що у них є відповідні контакти, і вони знають, чого чекати;
- незалежно від попереднього досвіду спілкування, ввічливо попрощайтеся, побажайте удачі.

Тема 2. Протоколи надання першої психологічної допомоги.

1. *Модель індивідуального кризисного втручання (Дж. С. Еверлі).*
2. *Протокол надання першої психологічної допомоги (Н. Агазаде).*
3. *Протокол надання першої психологічної допомоги (Б. Рафаель).*
4. *Протокол надання ППД в гострих стресових ситуаціях (О. Гершанов).*
5. *Перша психологічна допомога. Покрокове керівництво для членів загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста України.*
6. *Протокол надання першої психологічної допомоги (І. Пінчук).*
7. *Перша ментальна допомога в стресовій ситуації (М. Фархі).*
8. *Структура першої психологічної допомоги військовослужбовцю при негативних психічних реакціях та станах (О. Колесніченко, Я. Мацегора, І. Приходько).*
9. *Протокол ЯАЛОМ. Перша психологічна допомога на полі бою.*

1. Модель індивідуального кризисного втручання (Дж. С. Еверлі).

Дж. С. Еверлі (George S. Everly, Jr.) та Дж. М. Летінг (Jeffrey M. Lating) розробили модель надання першої психологічної допомоги – «**RAPID PFA**».

Оснoву цієї моделі складають п'ять аспектів, призначених для пом'якшення гострого стресу та оцінювання необхідності подальшої психологічної допомоги:

- 1) співналаштування та активне слухання (Rapport and Reflective listening);
- 2) оцінювання потреб (Assessment of needs);
- 3) пріоритизація (Prioritization);
- 4) інтервенція (Intervention);
- 5) диспозиція (Disposition).

Р – встановлення стосунків, налаштування та рефлексивне слухання. Немає однакових людей та однакових ситуацій, тому не варто бути самовпевненим та упередженим. У багатьох випадках люди самі скажуть про те, чого потребують, можуть підказати, як краще допомогти. Потрібні неупередженість, співчуття та присутність.

А – швидке оцінювання потреб: здатність швидко, майже одразу, визначити, хто страждає на гострий стрес, а хто – ні. Це не формальна діагностика, а розпізнавання тих, хто потребує допомоги, а хто перебуває в більш стабільному стані.

Р – пріоритизація: визначення найнагальніших завдань.

I – втручання: що можна зробити зараз, щоб стабілізувати стан людини, пом'якшити гостре страждання. Що я можу зробити, щоб допомогти? Потрібно мати конкретні стратегії втручання. Що ми можемо сказати та зробити, щоб відкрити дорогу до зцілення?

D – диспозиція. Налагодивши стосунки та взаємозв'язок, щоб прояснити нагальні потреби, ми дослухаємось до людей, оцінюємо необхідність втручання, надаючи пріоритет тим, хто потребує невідкладної допомоги.

Стабілізувавши постраждалого, ми й надалі спостерігаємо, як поводить ся людина, чи здатна вона повернутися до звичного рівня функціонування, чи, може, ще чогось потребує.

На думку розробників, ППД не має бути одноразовим втручанням, допомога постраждалим передбачає тривале спостереження, догляд та залучення інших форм психосоціальної підтримки.

2. Протокол надання першої психологічної допомоги (Н. Агазаде).

Регіональний радник з профілактики та усунення стресу у Тихоокеанському та Азіатському регіоні при департаменті з питань безпеки ООН Назим Агазаде вказує, що перша психологічна допомога зазвичай має складатися з таких етапів:

- спостереження за ситуацією з її наступною оцінкою та обстеженням постраждалого;
- забезпечення доступу до постраждалого і налагодження довірчого контакту;
- забезпечення постраждалому безпеки і захист від будь-якої шкоди, включно аутоагресії;
- при необхідності – пошук можливостей надання невідкладної медичної допомоги;
- задоволення основних потреб;
- стабілізація емоційного стану постраждалих і зменшення дії зовнішніх стимулів;
- інформаційний обмін;
- надання допомоги у вирішенні практичних питань;
- налагодження зв'язків зі службами соціальної підтримки;
- проведення базового тренінгу копінг-стратегій;
- безперервний зв'язок зі службами підтримки і перенаправлення;
- збереження гідності постраждалого в умовах кризи.

3. Протокол надання першої психологічної допомоги (Б. Рафаель).

Беверлі Рафаель (Beverley Raphael) – австралійська психіатрка, одна з провідних дослідниць у галузі кризової та травматичної психології. Саме Беверлі Рафаель розробила та систематизувала протокол надання першої психологічної допомоги (ППД, англ. Psychological First Aid, PFA), який сьогодні широко застосовується у світі – зокрема, під час надзвичайних ситуацій, катастроф і воєнних подій.

Беверлі Рафаель вказує, що перша психологічна допомога повинна включати чотири складові, підкреслюючи послідовність її проведення, науковець зазначає, що перші заходи повинні бути спрямованими на задоволення базових потреб людини. Наступні кроки містять різні рівні підтримки та перенаправлення в залежності від потреб.

Протокол ППД має містити такі заходи як:

- звернення до базових потреб (фізичний захист, досягнення почуття безпеки, задоволення фізіологічних потреб);
- звернення до психологічних потреб (втішання, емоційна підтримка, надання поведінкової підтримки, забезпечення емоційного вентильовання, поширення конструктивної поведінки);
- забезпечення соціальної підтримки (возз'єднання постраждалих з родинами, використання екстрених соціальних та суспільних підтримуючих зв'язків);
- сприяння продовженню надання допомоги (проведення сортування і перенаправлення осіб, які гостро потребують кваліфікованої допомоги, використання для підтримки постраждалих вже створених та ефективно існуючих соціальних мереж).

4. Протокол надання першої психологічної допомоги в гострих стресових ситуаціях (О. Гершанов).

Міжнародний експерт по травмі, психотерапевт когнітивно-поведінкової терапії Олександр Гершанов розглядаючи особливості надання кризової підтримки, пропонує таку послідовність дій при надання першої психологічної допомоги:

1. Заспокоїтися самому. Працювати тільки в достатньо стабільному емоційному стані.
2. Вкрай важливо не говорити про емоції.
3. Не говорити такі фрази: «Заспокойтеся», «Все буде добре», «Все пройде», «Життя налагодиться» тощо. Такого роду слова замість надії

нададуть людині, якій ви допомагаєте, відчуття самотності. Вона вам не повірить і відчує, що ви її не розумієте, навіть якщо на словах погодиться з вами.

4. Сповільнити темп, щоб уповільнити реакції людини, якій надаємо допомогу. Говорити в більш повільному темпі, ніж зазвичай (набагато повільніше). Для людини, якій ми надаємо допомогу, зовнішній світ зруйнований, немає нічого стабільного. Необхідно бути реальними і дати відчуття опори, впевненості та стабільності.

5. Говорити чіткими короткими фразами. Можна підвищити голос. Почати можна з фрази «Подивися на мене. Ти бачиш мене?». Людина досліджує ефект тонального зору. Потрібно розширити цю тональність.

6. Встановити контакт і дати перше відчуття того, що є ще щось, крім пережитого жаху. Спочатку варто представитись. Не говорити, що ви є психологом. Психолог, психіатр, психотерапевт – ці слова краще не озвучувати: людина може почати додатково хвилюватися, що з нею щось не так.

7. Запитайте ім'я людини: «Як вас звати?».

8. Далі запитайте «Куди Ви йшли?», «Що Ви робили?», «Що збиралися робити, коли ... (завила сирена, почалися обстріли – назвіть ситуацію, про яку раніше вам розповідала людина)?». Гострий стрес може розірвати неперервність життя. Ці запитання з'єднують ситуації в одну цілість, повертають відчуття неперервності життя.

9. Повторюйте за людиною відповідь чітко і ясно. Додайте, якщо знаєте ситуацію, без емоцій та подробиць. Ми озвучуємо порядок до того, як відбулася ситуація, потім саму ситуацію і те, що відбулося після.

10. Потрібно включити мислення, повернути відчуття контролю та особистої значущості. Цей етап потребує вашої творчості. Можна, наприклад, попросити порахувати людей, міряти комусь тиск (якщо є можливість), подивитися номери будинків довкола. Приклад формулювання «Допоможіть, мені дуже потрібно дізнатися, які номери найближчих будинків – того і того, у мене поганий зір».

11. Нормалізація. Говоримо про реакції, які відчуває людина: «Перекажіть те, що Ви бачите та відчуваєте, наприклад: сльози, розгубленість, тривога, спустошення, сповільнення реакцій, агресія тощо» та пояснюємо, що це нормальні реакції на ненормальну ситуацію.

12. Шукаємо ресурси. Завершуємо розмову з людиною на пошуках власних внутрішніх ресурсів сили. Важливо, щоб людина згадала свої приклади, варіанти справлятися зі стресовою ситуацією. Будь-які можливості давати собі раду: комп'ютерні ігри, прогулянка з собакою, пробіжка, їжа – всі

варіанти, крім алкоголю та наркотиків, можливі. Не наше завдання зараз оцінювати способи справлятися зі стресом. Найкращий спосіб пережити шоківі стресові ситуації – це відновлення контролю (за допомогою дій) і зв'язків з іншими людьми.

13. Ситуація, коли людина в ступорі. Якщо людина застигла та не реагує, застосуйте голос (скажіть що-небудь впевнено та голосно), візуальні подразники (помахайте рукою перед очима). Можна спробувати дати в руки щось контрастне (якщо поряд є швидка допомога, можна у них взяти лід і дати в руки). Не потрібно бити по щоках.

5. Перша психологічна допомога. Покрокове керівництво для членів загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста України.

У кризовій ситуації умови можуть швидко змінюватися. Ситуація на місці події часто відрізняється від попередньо отриманої інформації. Таким чином, перш ніж пропонувати допомогу, важливо витратити деякий час – хоча б декілька хвилин – на те, щоб оцінити ситуацію.

1) Перевірте умови безпеки.

Якщо ви опинилися в кризовій ситуації раптово і не мали часу на підготовку, можна просто озирнутися навколо. Ці кілька хвилин дозволять вам зберегти спокій, не наражати себе на небезпеку та думати, перш ніж діяти. Якщо ви не впевнені, що перебувати в осередку кризи безпечно, залишайтеся за його межами та намагайтеся подбати про надання допомоги тим, хто її потребує.

2) Перевірте, чи є люди, які потребують екстреної медичної допомоги або особливої турботи та захисту.

Намагайтеся подбати про надання допомоги тим людям, які потребують особливої допомоги (діти, люди похилого віку, люди з інвалідністю тощо), або направте їх до пунктів надання допомоги.

3) Перевірте, чи є люди в стані стресу.

Проаналізуйте, чи є на місці люди, які переживають гострі реакції на стрес – агресивні, виглядають пригніченими, не в змозі пересуватися або знаходяться в шоці – кому необхідна ППД та як їм допомогти. Такої допомоги можуть потребувати не лише постраждалі, але й супроводжуючі особи, які фізично (можливо, на перший погляд) не постраждали, а також свідки пригоди, наприклад, випадкові перехожі. Не залишайте людей із важкими стресовими реакціями наодинці, надайте ППД, будьте поруч доти, доки їхній стан не покращиться, або доки ви не зможете заручитися допомогою фахівців.

4) Встановіть контакт.

Назвіться – скажіть хто ви та які функції виконуєте. Скажіть, що ви тут, щоб допомогти, або що допомога скоро прибуде, що ви про це подбали.

5) Переконайтеся, що людина відчуває себе в безпеці.

Бесіду краще провести в безпечному місці, ізольованому.

6) Поінформуйте про конфіденційність.

7) Запитайте чим допомогти.

Хоча деякі потреби можуть бути очевидними, наприклад, в одязі, проте завжди запитуйте в постраждалих, що їм потрібно та які у них проблеми.

8) Запитайте людину, чи хоче вона поговорити про те, що їй довелося пережити, про її побоювання та почуття.

Уважно вислухайте її, намагайтеся заспокоїти, сказавши, що її реакції нормальні, та переконайтеся, що вона не буде знаходитись на самоті. Якщо вона не хоче говорити, просто залишайтеся поруч.

9) Запитайте, чи є хтось, хто може подбати про неї, або хтось, із ким можна поговорити вдома.

Загальні рекомендації при наданні першої психологічної допомоги:

1. Залишайтеся поруч.

Людина в кризовій ситуації тимчасово втрачає почуття безпеки та довіри. Раптово світ стає небезпечним, повним хаосу та взагалі місцем, де небезпечно перебувати. Волонтери та працівники ТЧХУ можуть допомогти відновити почуття впевненості та безпеки, залишаючись поруч, і не боятися тривожності постраждалих або вкрай емоційних реакцій.

2. Активне слухання.

Важливо уважно слухати постраждалих для того, щоб допомогти їм пережити важкий час. Обговорювання своєї історії часто допомагає людям зрозуміти та, врешті-решт, прийняти подію. На місці події може бути мало часу, але все ж важливо вислухати людину та залишитися поруч доти, доки, наприклад, постраждалим не займуться фахівці, як то медичні працівники.

3. Поважайте почуття іншого.

Поставтеся без упередження до того, що вам говорять, і прийміть інтерпретацію подій постраждалою людиною – визнайте та поважайте її почуття. Не намагайтеся виправити фактичну інформацію або сприйняття послідовності подій. Будьте готовими до лютих спалахів емоцій; постраждалий може навіть кричати або відмовлятися від допомоги. Важливо бачити не тільки безпосередню зовнішню поведінку, а й підтримувати контакт із постраждалим, якщо йому треба поговорити про те, що трапилося. На місці події це може означати, наприклад, що ви будете триматися трохи осторонь, але будете стежити за появою ознак того, що людині потрібна допомога.

4. Проявіть турботу та надайте практичну допомогу.

Якщо хтось перебуває в кризовій ситуації, дуже корисною є практична допомога: зв'язатися з кимсь, хто може побути з постраждалим; домовитися, щоб дітей забрали з дитячого садка або школи; відвезти людину додому або до пункту надання екстреної допомоги. Така практична допомога є засобом вираження турботи та співчуття. Виконуйте бажання постраждалого, але не беріть на себе більше відповідальності за ситуацію, ніж це здається доречним.

Перша допомога в разі дихальних розладів:

1. Ізолюйте постраждалого, попросіть оточуючих відступити назад.
2. Необхідно заспокоїти постраждалого, тому що хвилювання може ускладнити проблему дихання:

- говоріть спокійно, не кричіть;
- встановіть фізичний контакт – візьміть його за руку, покладіть свою руку йому на плече або спину, тобто дайте йому можливість відчувати, що ви поруч, або покладіть руку постраждалого собі на зап'ястя, щоб він відчув ваш спокійний пульс. Це буде для нього сигналом «Я зараз поруч, ти не один».

Перша допомога в разі гіпервентиляції:

1. Якщо дихання постраждалого прискорене та є ознаки й симптоми травми, то необхідно терміново викликати «швидку допомогу», але якщо ви впевнені, що прискорене дихання викликано емоційним станом людини, наприклад, страхом, то необхідно надати першу психологічну допомогу.

2. Попросіть постраждалого розслабитися та дихати повільніше, ніж дихаєте ви самі.

3. Для подолання гіпервентиляції часто досить лише заспокоїти людину.

Перша допомога в разі стенокардії або інфаркту:

1. Постарайтеся заспокоїти та підбадьорити постраждалого. Це допоможе йому подолати відчуття неспокою та полегшить біль.

2. Аналогічна перша допомога в разі інсульту – інсульт може викликати в постраждалого занепокоєння та страх, спробуйте заспокоїти та підбадьорити постраждалого.

6. Протокол надання першої психологічної допомоги (І. Пінчук).

Ірина Пінчук – докторка медичних наук, професорка, психіатрка, директорка Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. Ірина Пінчук є однією з ключових авторок і адаптаторок протоколу надання першої психологічної допомоги (ППД) в Україні.

Під її керівництвом і за участю фахівців МОЗ, ВООЗ та українських психологічних служб було адаптовано міжнародну модель ППД (В. Raphael,

WHO) до українських реалій – з урахуванням воєнних дій, внутрішнього переміщення населення та посттравматичного стресу.

На основі аналізу досвіду роботи з постраждалими цивільним населенням внаслідок війни в Україні, директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України І. Пінчук запропонувала такі алгоритми надання першої психологічної допомоги особам, які переживають стрес:

- ненав'язливе надання практичної допомоги та підтримки;
- оцінку потреб і проблем;
- надання допомоги в задоволенні насущних потреб (наприклад, таких як їжа, вода, інформація);
- вміння вислуховувати людей, але не примушуючи їх говорити;
- вміння втішити і допомогти людині заспокоїтися;
- надання допомоги в отриманні інформації, встановленні зв'язку з відповідними службами та структурами соціальної підтримки;
- захист від подальшої шкоди.

І. Пінчук вказує, що при освоєнні алгоритму надання першої психологічної допомоги важливо розуміти, чим вона не є. Це не та допомога, яку можуть надавати лише фахівці, це не професійна консультація. Перша психологічна допомога не передбачає детальне обговорення подій, які викликали стан дистресу, це не прохання до потерпілого проаналізувати, що з ним відбулося, і встановити точну хронологію і суть подій.

Першу психологічну допомогу можна надавати у будь-якому достатньо безпечному місці або в місцях надання допомоги постраждалими, зокрема у медичних закладах, притулках, таборах переселенців, школах, пунктах розподілу продуктів харчування або інших видів допомоги. В ідеалі необхідно намагатися надавати першу психологічну допомогу там, де за необхідності можна поговорити з людиною без перешкод з боку оточуючих. Існують етичні правила надання першої психологічної допомоги, які мають на увазі захист безпеки, гідності та прав людини.

Для надання першої психологічної допомоги необхідно: бути чесним і гідним довіри, поважати право людей самим приймати рішення, усвідомити і відкинути власні упередження та забобони, чітко дати людям зрозуміти, що навіть якщо вони відмовляться від допомоги зараз, то можуть звернутися за нею в майбутньому, дотримуватися конфіденційності й не допускати необґрунтованого поширення отриманих від людини анкетних даних, вести себе з урахуванням особливостей культури, віку і статі постраждалих.

7. Перша ментальна допомога в стресовій ситуації «РІЗУ» (М. Фархі).

Моше Фархі (Dr. Moshe Farhi) – ізраїльський психолог, експерт із кризової інтервенції та розробник програми «РІЗУ» (англ. RISU – Resilience in Stressful Situations Unit), яка використовується для підготовки фахівців до надання психологічної допомоги в екстремальних умовах - під час катастроф, воєн, терактів, евакуацій тощо. Працює в Тель-Авівському університеті (Tel Aviv University), у Центрі екстреної підготовки *EMERGEX International*.

Модель «РІЗУ» розроблену Моше Фархі реалізують Міністерство охорони здоров'я та сили безпеки (поліція, пожежники, швидка допомога та ін.):

Р – *разом*, обов'язково бути поряд. Під час травмуючої ситуації людина відчуває себе самотньою і безпомічною. Важливо повернути її до відчуття того, що «ми разом, ти не один».

І – *ініціатива*, підтримка ефективних дій. Наш перший порив – заспокоювати людину, яка страждає від тривоги. Цього не варто робити.

Замість цього слід спонукати до активних самостійних дій, щоб відновити в людини відчуття контролю.

З – *запитання*, які спонукають до роздумів. Канал спілкування з постраждалими від тривоги в час інциденту повинен бути ментальним, раціональним, ні в якому разі емоційним. Потрібні запитання, які вимагають активувати думки, а не емоції. Не варто говорити «Це нормально – бути наляканим, схвильованим». Варто говорити «Порахуй і скажи, скільки людей/машин/стілців зараз навколо тебе?» або «Де знаходиться найближче до тебе захищений простір?».

У – *усвідомлення ситуації*. Дуже важливо розповісти людині, яка постраждала, що було до ситуації і що було після пережитої ситуації. Важливо підкреслити: ця ситуація вже завершилася.

Найважливіше у поясненні – це дозволити людині розповідати історію знову і знову, від самого початку, до того, як усе почалося, коли все ще було добре, і до кінця – після того, як усе закінчилося і він повернувся додому. Йому буде складно говорити про початок і кінець події. Він повторюватиме знову і знову травмуючий трагічний момент і не зможе згадати події до і після. Ваша робота – допомогти йому. Задайте йому усвідомлені питання, щоб створити послідовну розповідь. Не ставте запитань про те, як він почувається! Просто про те, що і як це сталося. У хронологічному порядку.

Окремо слід оговорити протоколи ППД при травмах, у кризових ситуаціях в умовах війни.

8. Структура першої психологічної допомоги військовослужбовцю при негативних психічних реакціях та станах (О. Колесніченко, Я. Мацегора, І. Приходько).

Вітчизняними науковцями Національної академії Національної гвардії України (м. Харків) був запропонований системний підхід щодо надання першої психологічної допомоги з урахуванням особливостей службово-бойової діяльності. Зазначений підхід концентрує увагу на наданні ППД:

- безпосередньо на місці події (одразу при виникненні негативної симптоматики);
- у розташуванні підрозділу (протягом доби при збереженні негативної симптоматики);
- у місці тимчасової (постійної) дислокації у пункті (мобільному) психологічної допомоги (2-3 дні при збереженні негативної симптоматики).

Безпосередньо на місці події (одразу при виникненні негативної симптоматики):

- 1) убезпечити об'єктивно та суб'єктивно;
- 2) оцінити психічний стан постраждалого, реалізувати дії, що припиняють його розгортання;
- 3) задовольнити першочергові фізіологічні потреби (дати попити, зігріти, накормити, дати можливість поспати тощо) та потребу в інформації, пов'язаної із забезпеченням безпеки;
- 4) емоційно, соціально підтримати (вислухати, за можливості покликати близького товариша);
- 5) передати контроль над собою самому постраждалому;
- 6) допомогти мобілізуватися, актуалізувати знання з психологічної самопомоги;
- 7) зберегти гідність постраждалого;
- 8) організувати подальшу допомогу (доповісти безпосередньому командирі про негативний психічний стан постраждалого; повідомити психолога; супроводити постраждалого до найближчого пункту психологічної допомоги чи медичної частини).

У розташуванні підрозділу (протягом доби при збереженні негативної симптоматики):

- 1) оцінити стан постраждалого (реакцію на надану на першому рівні допомоги);
- 2) рішення про зміни обсягу службового навантаження, забезпечення особистої безпеки постраждалого; можливе переміщення військовослужбовця (екстремальні умови – у місце постійної (тимчасової) дислокації в/ч);

3) організувати надання кваліфікованої психологічної (психіатричної) допомоги.

У місці тимчасової (постійної) дислокації у пункті (мобільному) психологічної допомоги (2-3 дні при збереженні негативної симптоматики):

1) психологічне консультування постраждалого з приводу наслідків переживання негативних психічних реакцій та станів, профілактика можливості їх повторного переживання, подальший моніторинг станів;

2) кваліфікована психологічна допомога при збереженні негативної симптоматики; визначення необхідності спрямування до закладів охорони здоров'я (в тому числі і заклади медико-психологічної реабілітації);

3) висновки і рекомендації командирів щодо можливого обсягу службового навантаження військовослужбовця, який пережив негативні психічні стани;

4) заповнення психологічної документації (картки психологічного супроводу);

5) узагальнення досвіду надання першої психологічної допомоги; аналіз недоліків професійної психологічної підготовки військовослужбовців до дій в екстремальних умовах;

6) навчити військовослужбовців і командирів розпізнавати негативні психічні реакції та стани, надавати першу психологічну допомогу.

Виділяють три основні наслідки надання першої психологічної допомоги:

1) повне відновлення, коли постраждалий здатен повністю відновити незалежне функціонування;

2) часткове відновлення, коли постраждалий повертає собі контроль над власною поведінкою, проте продовжує існувати з психологічними та поведінковими наслідками травми. Такі постраждалі для повного відновлення потребують в подальшому (можливе деяке відстрочування у часі) кваліфікованої допомоги (консультацій психолога, психіатра, невропатолога чи інших фахівців);

3) недостатнє (чи повністю відсутнє) відновлення, коли постраждалий нездатний контролювати свій стан та поведінку і потребує негайного направлення у заклади охорони здоров'я (шпиталь, спеціалізована клініка).

9. Протокол ЯАЛОМ. Перша психологічна допомога на полі бою.

Результатом узагальнення ознак бойового стресу та стресових факторів бою стало розроблення ізраїльськими вченими спеціального протоколу надання ППД. Зазначений протокол активно використовується в армії Ізраїлю для припинення виникнення симптомів бойового стресу у військових

безпосередньо в умовах воєнних дій і повернення у стрій бійців, які зазнали відповідного стресового впливу.

Стресові фактори бою:

- надзвичайні фізичні зусилля;
- погодні умови;
- очікування та невідомість;
- надмірний шум;
- сцени, складні для сприймання;
- загроза смерті;
- несподівані події.

Ознаки бойового стресу:

- відстороненість, відчуження;
- тремтіння, відлюдність;
- розгубленість та емоційне перевантаження;
- безпорадність.

Все це призводить до порушення дієспроможності.

1. Встановіть контакт (зоровий, слуховий, реагуючий).

«Поглянь на мене! Ти мене бачиш? Ти мене чуєш? Мене звати Як звати тебе? Я потисну тобі руку – потисни мені її у відповідь! Ти в порядку?».

Цей етап важливий для зв'язку з реальністю.

2. Підкресліть прихильність.

«Я буду з тобою, ти не один. Ти молодець. Ти справляєшся».

Цей етап важливий для зменшення відчуття самотності та спроможності.

3. Запитайте про факти.

Короткі, засновані на фактах запитання: «Яке сьогодні число? Де ти стояв? Хто був тут із тобою? Хто твій командир? Куди ти йшла? Звідки? Що сталося?».

На цьому етапі ми допомагаємо активувати раціональність і знижуємо емоційний шквал.

4. Підтвердьте хронологію (відбулося, відбувається, відбудеться).

Чітко повторюйте, що відбулося, що відбувається і що потрібно зробити. Чітко і лише про дії.

«Ім'я... Ми були в будинку і в нас влучила ракета, вони все ще стріляють, ми повинні відповідати.

Ім'я...Ти йшла додому одна. Йшла до магазину по хліб. Поряд влучила ракета, обстріл продовжується, ми повинні подбати про безпеку».

Мета цього етапу – відновити життєву неперервність, зменшити плутанину подій.

5. Дайте завдання, впливове керівництво до негайних дій.

«Вставай. Ходімо. Візьми дитину за руку. Принеси собі води. Сховайся (лягай) тут. Візьми з собою зброю, сховайся біля вікна та стріляй у відповідь».

Не просіть. Не виконуйте замість потерпілого.

Завдання цього етапу – повернути людині контроль над собою і ситуацією, відновити самоефективність.

Мова: під час інтервенції повинна бути наполеглива та чітка, але ні в якому разі не різка та агресивна. Уникайте емоційної та заспокійливої мови.

Тема 3. Особливості надання першої психологічної допомоги особам, які пережили стресову подію

1. Надання ППД особам з агресивною поведінкою.
2. Надання ППД особам з ознаками ступору.
3. Надання ППД особам з ознаками апатії.
4. Надання ППД особам із ознаками рухового збудження, дезорієнтації.
5. Надання ППД особам з ознаками страху.
6. Надання ППД особам з ознаками паніки.
7. Надання ППД особам з ознаками нервового тремтіння.
8. Надання ППД особам з ознаками галюцинацій та марення.
9. Надання ППД особам з ознаками плачу.
10. Надання ППД особам з ознаками істерики.
11. Надання ППД особам з ознаками горя.
12. Надання ППД особі зі спробою вчинити суїцид.
13. Техніки та вправи для емоційної регуляції та саморегуляції станів.

1. Надання ППД особам з агресивною поведінкою

Агресія (від лат. *aggressio* – напад) – це фізична або словесна поведінка людини, спрямована на пошкодження або зруйнування.

Що робити?

- Максимально обмежте кількість оточуючих.
- Дайте потерпілому можливість «випустити пару» (виговоритися, розбити непотрібний предмет).
- Доручіть йому роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням.
- Демонструйте доброзичливість. Навіть якщо ви не згодні з потерпілим, не звинувачуйте його самого, а висловлюйтеся з приводу його дій. Інакше агресивна поведінка буде спрямована на вас.
- Якщо не надати допомогу розлюченій людині, це призведе до небезпечних наслідків: через зниження контролю за своїми діями, людина здійснюватиме необдумані вчинки, може завдати каліцтва собі та іншим.

Таблиця 1

Агресивна поведінка	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Роздратування, невдоволення, гнів, які особа не здатна стримувати.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії потрібно виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Агресія, не прив'язана до конкретного предмету, можебути перенесена на будь-кого чи будь-що, привід неважливий. Завдавання оточуючим ударів руками, ногами, використання будь-яких предметів для підвищення «руйнівної сили», неконтрольоване прагнення знищити вщент, нездатність зупинитися.	Спробуйте перервати агресію будь-якою нейтральною пропозицією активної дії.

Словесні образи, прискіпливість, лайка, пошук приводу, щоб виплеснути лють.	Використайте вправу «Захоплення»: просуньте свої руки під пахви потерпілого, пригорніть його до себе й злегка потягніть на себе (пояснійте потерпілому, що ви робити, щоб ваші дії не сприйняли, як напад і привід до бійки).
М'язове напруження: пружинна хода, можливо незначний тремор рук, ніг від напруження, різкі рухи (нездатність робити плавні рухи), напружені м'язи обличчя. Мова різка, містить багато емоційних компонентів.	Демонструйте доброзичливість, не сперечайтесь, не звинувачуйте, навіть якщо ви не згодні з потерпілим – не давайте йому приводу для розгортання суперечки.
Підвищення кров'яного тиску: спочатку обличчя може почервоніти, а із загостренням стану – збліднути; набухання вен та артерій на шиї та руках.	Допоможіть постраждалому усвідомити свої почуття і тим самим оволодіти ними і собою. Зверніть його увагу на те, що він відчуває: «Ви злитесь, хочете розтрощити все вщент. Давай разом подумаємо, як нам виходити з цієї ситуації...». Коли напад люті взято під контроль, але зберігається збудження, то доцільно використати засоби релаксації, заспокійливе дихання (глибокий вдих у живіт і повільний видих), вправи на розтягування м'язів, які знімають напруження та відпочинок, якщо бурхлива реакція призвела до нервового виснаження. За можливості спілкуватися з батьками, якщо це дитина.
	Другий рівень
	Визначити небезпечність дій постраждалого для оточуючих і його самого. За потреби прийняти рішення щодо здійснення заходів ізоляції чи постійного нагляду аби не стався суїцид.
	Третій рівень
	Навчання засобам контролю гніву. Навчання релаксаційним вправам та заспокійливому диханню як способам зниження напруження, збудження. Під час тривалого збереження підвищеного м'язового тону, збудження, які заважають засинанню – рекомендації із покращення засинання.

2. Надання ППД особам з ознаками ступору

Ступор – стан нечутливості, отупіння, нерухоності в людини, який виникає при психічних захворюваннях, отруєннях, травматичних ушкодженнях мозку та інше.

Як виглядає? Людина занурена у себе, слабо реагує або не реагує на зовнішні подразники. Вона може «застрягати» у дивних позах та зберігати їх тривалий час.

Що робити?

- Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого і керуйте його диханням.

- Людина, перебуваючи в ступорі, може чути і бачити. Тому необхідно будь-якими засобами досягти реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння, наприклад, говорити йому на вухо тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (можна негативні).

- Постійно розмовляйте з людиною. Наполягайте на тому, щоб вона виконувала прості дії (стискала вашу долоню, кивала, згинала руки, відповідала на прості питання).

- Легкий масаж плечей, потилиці, стискання рук потерпілого.

Таблиця 2

Ступор	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Повне нервово виснаження, відсутність сил для контакту з навколишнім світом, байдужість. Різка зниження або повна відсутність довільних рухів та мови.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Відсутність реакції на зовнішні (шум, світло, дотик) подразники (очі не фокусуються на об'єктах, немає реакції повороту голови на звуки, немає зміни міміки та емоційного відгуку на будь-які за змістом повідомлення).	Допоможіть постраждалому отримати доступ до власних внутрішніх ресурсів сили, підвищити тонус: помасажуйте потерпілому точки на чолі над очима, рівно посередині між лінією росту волосся і бровами, чітко над зіницями.
«Заціпеніння» у певній позі, стан повної нерухомості.	Намагайтесь будь-яким способом домогтись реакції від потерпілого. Людина в ступорі може чути і бачити, тому чітко, тихо, повільно говоріть їй те, що може викликати в неї сильні емоції (навіть якщо ці емоції негативні).
	Другий рівень
	Оцінити здатність постраждалого турбуватися про себе. Прийняти рішення щодо потреби у закріпленні особи, яка буде наглядати за ним. Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів щодо потреби ізоляції чи постійного нагляду психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	Консультація з метою визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для реагування на стресову

	<p>ситуацію ступором (особливості структури ціннісно-мотиваційної сфери, які знижують здатність перерозподіляти психічну енергію, залучати психологічні ресурси із зовні).</p> <p>Консультація щодо здатності використовувати додаткові психологічні ресурси в екстремальних умовах (самотивація, самонавіювання, приєднання мети діяльності, яка здійснюється, до більш важливої цілі (надання додаткового сенсу), масаж біологічно активних точок, покращення фізичної форми (фізичної витривалості за допомогою кардіовправ та вправ на координацію) – можливі внутрішні ресурси. Порадити батькам/близьким щодо покращення стосунків (уважного ставлення) в родині – (зовнішній ресурс). Навчання вправам, що суб’єктивно знижують гостроту переживання небезпеки, наприклад, «Безпечне місце».</p> <p>Консультація з метою визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для реагування на стресову ситуацію ступором (особливості структури ціннісно-мотиваційної сфери, які знижують здатність перерозподіляти психічну енергію, залучати психологічні ресурси із зовні тощо).</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3 Надання ППД особам з ознаками апатії

Апатія (байдужість) – хворобливий стан, байдуже ставленням до навколишнього, зникнення зовнішніх проявів емоційних реакцій.

Як виглядає? Людина занурена у себе, слабо реагує або не реагує на зовнішні подразники.

Що робити?

- Постійно тримати в полі зору, щоб він не заподіяв собі шкоди.
- Намагатись привернути увагу і змусити взаємодіяти з вами.
- Ставити прості питання: «Як тебе звати?», «Хочеш їсти?».
- Відвести від місця події, допомогти зручно влаштуватися.
- Утримувати фізичний контакт.
- Якщо немає можливості відпочити (подія на вулиці, в громадському транспорті), то більше розмовляйте з потерпілим, залучайте його до будь-якої спільної діяльності.

Таблиця 3

Апатія	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень

<p>Байдуже ставлення до оточення. Рухи мляві, загальмовані. Мова уповільнена із паузами.</p>	<p>Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації. Проведіть потерпілого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися (за можливістю знявши взуття). Дайте потерпілому поспати або просто полежати. Напоїть постраждалого солодким чаєм, дайте шоколад (енергетичні батончики тощо), іншу їжу, яка дозволяє відновити сили.</p>
	<p>Другий рівень</p>
	<p>Оцінити здатність постраждалого турбуватися про себе. Прийняти рішення щодо потреби у закріпленні особи, яка буде наглядати за постраждалим. За потреби прийняти рішення про додаткове харчове забезпечення, що містить глюкозу. Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.</p>
	<p>Третій рівень</p>
	<p>Консультація з метою визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для подібного реагування на стресову ситуацію (особливості структури ціннісної, мотиваційної сфери, які не дозволяють перерозподіляти психічну енергію, залучати психологічні ресурси із зовні тощо). За потреби направити на позачерговий огляд лікаря-психіатра. Консультація щодо здатності використовувати додаткові психологічні ресурси в екстремальних умовах (самотивація, самонавіювання), приєднання мети діяльності, що здійснюється, до більш важливої цілі (надання додаткового сенсу), масаж біологічно активних точок, покращення фізичної форми (фізичної витривалості за допомогою фізичних вправ та вправ на координацію) – можливі внутрішні ресурси; порада щодо покращення стосунків в родині(уважного ставлення) – можливі зовнішні ресурси.</p>

	Навчання заходам тайм-менеджменту – здатності правильно планувати час, організовувати свою діяльність як профілактика фізичного і нервового виснаження.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4 Надання ППД особам з ознаками рухового збудження, дезорієнтації

Як виглядає? Людина знаходиться у стані крайнього збудження, постійно рухається, може поводитись агресивно.

Що робити?

- Ізолюйте потерпілого від оточення.
- Говоріть спокійним голосом про почуття, які він переживає («Тобі хочеться, щоб це припинилося? Ти хочеш втекти, сховатися від того, що відбувається?»)
- Не сперечайтесь з потерпілим, не ставте запитань, у розмові уникайте фраз з часткою «не» («Не біжи», «Не вимахуй руками», «Не кричи»).
- Пам'ятайте, що потерпілий може завдати шкоди собі та іншим.
- Рухове збудження зазвичай триває недовго і може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивною поведінкою.

Таблиця 4

Рухове збудження, дезорієнтація	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Втрата орієнтації в навколишньому світі (нерозуміння, що відбувається, де свої, а де вороги, де небезпека, а де порятунк).	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати із урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Відсутність реагування на соціальне оточення (не реагує на зауваження, прохання, вмовляння, накази).	Дати можливість «випустити пару» (наприклад, поколотити «грушу», пробігти певну дистанцію в максимальному ритмі).
Різкі, безцільні, безглузді рухи.	Прибрати зайвих «глядачів», оточуючих людей, які своїми діями можуть спровокувати перехід рухового збудження в агресивну поведінку чи у подальшому актуалізувати у постраждалого почуття сорому (і стати підґрунтям для розвитку посттравматичних стресових реакцій). Не сперечатися, не ставити запитань, не надавати команд, які починаються з «не», наприклад: «Не біжи», «Не розмахуй руками», «Не кричи», оскільки це ще більше дезорганізує постраждалого: свідомість спочатку сприймає назву дії, а потім її заперечення, вказівку на потребу утриматися від неї (це гальмівна функція волі), а при руховому збудженні воля не виконує гальмівної функції, тому команди з

	«не» лише погіршують стан постраждалого.
Ненормальна голосова та мовна активність (голос високий, говорить швидко, безглуздо).	Допомогти постраждалому усвідомити свої почуття і тим самим оволодіти ними і через них собою. Вкажіть йому на те, що він відчуває, спокійним голосом: «Ти відчуваєш потребу щось робити, щоб все це закінчилося/Ти хочеш сховатися від того, що відбувається ...». Помасажуйте постраждалому «позитивні» точки для покращення психічного стану. Після відновлення здатності орієнтуватися в ситуації за збереження високої фізичної активності запропонувати постраждалому роботу з фізичним навантаженням. Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів щодо потреби в ізоляції чи постійного нагляду, психологічної або медичної допомоги.
	Другий рівень
	Оцінити здатність постраждалого орієнтуватися в ситуації, контролювати свою поведінку. Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	Консультація з метою визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для реагування на стресову ситуацію руховим збудженням (особливості структури мотиваційно-вольової сфери, які стали підґрунтям втрати доцільності поведінки). За потреби направити на огляд лікаряпсихіатра. Консультація щодо формування потрібних вольових якостей, здатності до саморегуляції. Навчання вправам, що суб'єктивно знижують гостроту переживання небезпеки, наприклад, «Безпечне місце».

5. Надання ППД особам з ознаками страху

Страх – емоційний стан, що обумовлений загрозою реального або передбачуваного лиха.

Що робити?

- Покладіть руку потерпілого собі на зап'ястя для відчуття вашого спокійного пульсу, що є сигналом: «Я зараз поруч, ти не один!». Також можна постійно підтримувати фізичний контакт із людиною.
- Підтримка зорового контакту.
- Пояснення потерпілому чіткого плану дій: «Ми будемо робити наступне», «Ми знаємо, що робити, не хвилюйтесь».
- Дихайте глибоко і рівно, спонукайте потерпілого дихати в одному з вами ритмі.
- Якщо потерпілий говорить, слухайте його, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття.
- Легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

Таблиця 5.

Страх	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Захоплення уваги об'єктом, що викликає страх, нездатність самостійно «відволіктися» від нього («не бачить» інших стимулів, стає «неуважним»), робить помилки, діє не зовсім адекватно до ситуації).	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації. Зробіть припущення щодо стимулів (об'єктів), які найбільш пов'язані з виникненням реакції страху. Спробуйте прибрати їх з поля уваги (з поля зору, слуху тощо).
Сильне серцебиття, збліднення, поверхневе дихання. Сильне напруження м'язів (особливо тих, що відповідають за згинання рук), яке заважає робити координовані, плавні рухи (рухи «ривками») Знижений контроль власної поведінки. Можливе намагання втекти з місця небезпеки.	Допоможіть постраждалому оволодіти собою: покладіть його руку собі на руку (ви маєте бути спокійним), щоб він відчував ваше спокійне дихання. Спонукайте його дихати з вами в одному ритмі. Керуйте процесом: «Вдих... видих... вдих... видих». Дихайте глибоко і рівно. Можете використати дихальну вправу для заспокоєння (вдихайте глибоко в живіт і повільно видихайте). Дайте попити холодної води (нехай п'є дрібними ковтками) чи дайте посмоктати м'ятну цукерку (сам процес ковтання, смоктання заспокоює, відволікає увагу від зовнішніх об'єктів). Якщо постраждалий говорить, то слухайте його, проявляйте зацікавленість, співчуття, розуміння, терплячість. Відволікайте його від ситуації, яка викликає реакцію страху, задавайте питання чи просіть зробити щось, що приверне його увагу (перелічити речі в приміщенні, пограти в ігри на телефоні тощо).

	Розімніть найбільш напружені м'язи плечей, передпліччя, шиї, потилиці (обов'язково запитавши дозволу). Запропонуйте вправу «Безпечне місце». Спробуйте мобілізувати власні ресурси постраждалого для подолання страху, актуалізуючи важливі для нього мотиви.
	Другий рівень
	Оцінити здатність постраждалого адекватно оцінювати ситуацію, контролювати свою поведінку. Навчити вправам, що суб'єктивно знижують гостроту переживання небезпеки, наприклад, «Безпечне місце». Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	Консультація з метою визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для реагування на стресову ситуацію страхом (особливості емоційновольової сфери). Консультація щодо формування здатності до саморегуляції психічних станів, посилення смислової регуляції діяльності. Навчання вправам, що суб'єктивно знижують гостроту переживання небезпеки, наприклад, «Безпечне місце». Порекомендувати заняття спортом чи фізичними вправами.

6. Надання ППД особам з ознаками паніки

Паніка – несвідомий, нестримний страх, викликаний дійсною чи уявною небезпекою, що охоплює людину чи багатьох людей; неконтрольоване прагнення уникнути небезпечної ситуації.

Що робити?

- зрозумійте причини тривоги, паніки й агорафобії;
- визначте ситуації, яких ви уникаєте чи боїтеся;
- оцініть природу конкретних симптомів, їх частоту і важкість, а також обставини, за яких виникає паніка;
- з'ясуйте чи є у людини супутні фактори (депресія, інші тривожні стани, вживання психоактивних речовин тощо).

Таблиця 6.

Паніка	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Переживання інтенсивної тривоги, що не прив'язана до певного об'єкту.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні

<p>Сильне серцебиття, яке виникло неочікувано. Біль у грудях (ніби болить серце).</p>	<p>дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації. Зупиніть постраждалого, якщо він намагається втікати, посадіть його, забезпечте доступ кисню (розстібніть гудзики на комірці, розступіться), дайте попити.</p>
<p>Відчуття задухи, комок в горлі. Головокружіння. Тремор. Озноб чи навпаки відчуття приливу крові. Відчуття нереальності того, що відбувається.</p>	<p>Допоможіть постраждалому пережити цю тяжку реакцію. Надаючи допомогу під час панічної атаки, потрібно пояснити постраждалому, що від панічних атак не помирають (це не серцевий напад), вона сама минеться через кілька хвилин, треба зачекати та намагатися заспокоїтися. Говоріть спокійним голосом, використовуйте навіювання: «Все добре», «Все під контролем».</p>
<p>Втрата відчуття власної особистості (хто я?). Можливо нудота, неприємні відчуття з боку шлунку. Виражений страх смерті, страх втратити самоконтроль чи збожеволіти. Прагнення втекти з цього місця.</p>	<p>Допомагаючи постраждалому, проявляйте повагу до нього, співчуття, адже панічна атака – це фізіологічний стан, який не пов'язаний із сміливістю чи боязкістю, хоча і виникає на фоні сильних емоційних переживань. Допоможіть постраждалому взяти під контроль його дихання. Керуйте: «Вдих...видих». Можна дати постраждалому паперовий пакет для того, щоб дихаючи в нього, він візуально міг контролювати процес дихання – бачив за рухами пакету, як швидко і неспокійно він дихає. Допоможіть постраждалому переключити свою увагу з тілесних відчуттів на сприйняття навколишнього світу – запропонуйте йому описати те, що він бачить навколо. Створіть умови, за яких постраждалий зможе розслабитися, використайте релаксаційні техніки, вправи на розтягування усіх груп м'язів (арка, дуга Лоуена – прогинання спини назад), дайте відпочити. Панічні атаки можуть повторюватися протягом місяця. За можливістю потрібно відстежувати, які саме переживання, ситуації їх запускають.</p>
	<p>Другий рівень</p>
	<p>Оцінити здатність постраждалого контролювати свою поведінку за наявних умов. Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів</p>

	постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	Враховуючи стан постраждалого, допомогти освоїти психологічні засоби саморегуляції психічного стану: засоби оволодіння диханням, релаксації та підібрати найефективніші для нього. Якщо вдасться визначити, які саме переживання запускають панічну атаку – допомогти виробити адекватне ставлення до ситуацій, які провокують ці переживання, наприклад, навчити вправам, що суб'єктивно знижують гостроту переживання небезпеки («Безпечне місце»). Якщо інформація про пережиті постраждалим панічні атаки поширилась, допомогти впоратися з переживанням сорому, провини тощо.

7. Надання ППД особам з ознаками нервового тремтіння

Після екстремальної ситуації часто з'являється неконтрольоване нервове тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Так організм «скидає напругу». Якщо цю реакцію зупинити, то напруга залишиться у тілі та викличе м'язові болі, а надалі може спричинити розвиток серйозних захворювань: гіпертонію, виразку тощо.

Таблиця 7.

Нервове тремтіння	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Сильне тремтіння, яке виникає раптово після якогось інциденту. Постраждалий самотужки (за власною волею, бажанням) не може припинити цю реакцію. Сильне тремтіння всього тіла або окремих частин (не може втримати в руках дрібні предмети, запалити сірник).	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації. Нервове тремтіння – це стан, допомога під час якого полягає не у перериванні, а у прискоренні процесу. Потрібно посилити тремтіння. Для цього постраждалого беруть за плечі й сильно, різко трусять протягом 10-15 секунд. Протягом процедури чи перед нею потрібно пояснити постраждалому свої наміри та дії, щоб він не сприйняв їх як напад.
Реакція триває довго (декілька годин), потім настає втома, виснаження.	Після завершення реакції потрібно постраждалому дати відпочити, вкласти його спати. Якщо є м'язові болі, то промасажувати м'язи. Оскільки ця реакція є наслідком нереалізованої енергії, яку організм мобілізував для дії в екстремальній

	ситуації, і полегшення настане тільки тоді, коли цю енергію вдасться скинути, то недопустимим є вчиняти дій, які загальмовують процес скидання цієї енергії, призупиняють тремтіння (укривати, обіймати, заспокоювати, просити, щоб він взяв себе в руки). Такі дії викличуть м'язові болі, підвищення тиску тощо.
	Другий рівень
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	Якщо для постраждалого є певні проблеми з підвищеним тонусом м'язів, підвищеним збудженням – підвищений тонус, складності із засинанням, роздратованість – допомогти освоїти релаксаційні техніки, вправи на розтягування м'язів (щоб позбавитися м'язового болю), вправи, які покращують засинання. Поясніть потребу для нього у фізичному відреагуванні стресових подій (використання фізичних вправ).

8. Надання ППД особам з ознаками галюцинацій та марення

Травмівна ситуація може призвести до сильного нервового напруження, порушити рівновагу організму, негативно вплинути на здоров'я – не лише на фізичне, але й на психічне. Це може спровокувати чи загострити вже наявні психічні захворювання.

Маячня – сукупність різноманітних уявлень, ідей, суджень та умовиводів, що не відповідають дійсності, у помилковості яких потерпілого неможливо переконати. Інколи маячня супроводжується страхом, тривогою, відчуттям небезпеки.

Галюцинації – мимовільне сприйняття (зорове, слухове, смакове, дотичне, нюхове) неіснуючих об'єктів, які особистість вважає реальними. Галюцинації спостерігаються не лише у разі психічних захворювань, а й при отруєннях, психічних травмах, сильних душевних потрясіннях, тривалих очікуваннях тощо.

Не потрібно: переконувати потерпілого в хибності уявлень. У такій ситуації це зробити неможливо.

Таблиця 8.

Галюцинаторні переживання та марення	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень

<p>Втрата адекватності оцінки зовнішньої обстановки і здатності орієнтуватися в ній, адекватно реагувати на ситуацію.</p> <p>Потерпілий переживає відчуття присутності уявних об'єктів, яких немає в реальності.</p> <p>Робить хибні висновки, в помилковості яких його не можна переконати.</p>	<p>Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації. Ізолювати постраждалого. Не залишати його самого, слідкувати, щоб він не нашкодив собі та оточуючим.</p> <p>Проявіть терпіння і турботу. Галюцинації можуть бути ознакою загострення під дією стресу прихованого психічного захворювання, інтоксикації – не обов'язково алкогольної чи наркотичної, травмувань головного мозку тощо.</p> <p>Говоріть із постраждалим спокійним голосом, погоджуйтесь з ним, не намагайтесь його переконати (це неможливо).</p> <p>Викликати медичного працівника.</p>
	Другий рівень
	<p>Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.</p>
	Третій рівень
	<p>Обов'язково порадити батькам/близьким особам звернутися до лікаря-психіатра. Враховуючи призначене медичне лікування і рекомендації лікаря, за потреби надати допомогу у відновленні самооцінки постраждалого.</p> <p>Якщо є потреба, то допомогти пережити почуття сорому, провини тощо, щоб вони не обтяжували протікання основного захворювання. Якщо проблема була пов'язана з вживанням алкоголю, провести заходи з профілактики адиктивної поведінки.</p>

9. Надання ППД особам з ознаками плачу

Що робити?

- Не залишайте потерпілого наодинці.
- Встановіть фізичний контакт з потерпілим (візьміть за руку, покладіть руку йому на плече або спину, погладьте по голові), дайте відчути, що ви поруч.
- Застосовуйте прийоми «активного слухання»: періодично вимовляйте «ага», «так», кивайте головою, підтверджуйте, що слухаєте і співчуваєте; повторюйте за потерпілим уривки фраз, в яких він висловлює свої почуття.
- Не намагайтесь заспокоїти потерпілого. Дайте йому можливість виплакаться і виговоритися, «виплеснути» із себе горе, страх, образ.
- Не ставте запитань, не давайте порад. Ваше завдання – вислухати.

- Запропонуйте людині води.

Таблиця 9.

Плач	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Людина плаче або готова розридатися. Тремтять губи. Пригніченість. Немає порушень адаптації та поведінки як при істерії.	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації. Не залишайте постраждалого наодинці. Установіть з ним фізичний контакт (покладіть руку на плече або спину, погладьте). Дайте йому відчуття, що ви поруч. Сльози є реакцією, що пов'язана з фізіологічними процесами: виділення заспокійливої речовини в організмі, тому не потрібно переривати плач, м'яко розмовляйте з постраждалим, погладжуйте його – робіть усе, щоб підтримувати рівний помірний рівень плачу, щоб постраждалий міг виплакати та виговоритися, «виплеснути ззовні» своє горе, образи, страх, але щоб ця реакція не перейшла в істерію. Не потрібно ставити запитань, давати порад – не робіть дій, які можуть підсилити чи припинити реакцію помірного плачу. Просто вислухайте і емоційно підтримайте.
	Другий рівень
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.
	Третій рівень
	За потреби проконсультуйте постраждалого з приводу освоєння заходів саморегуляції психічних станів. Якщо є потреба, проконсультуйте з приводу відновлення позитивної самооцінки, переживання сорому чи провини, щоб їх переживання не стало сприятливим підґрунтям для розвитку ПТСР.

10. Надання ППД особам з ознаками істерики

Істерика – демонстративна поведінка, що виражає активний протест, власні страждання та неможливість адекватної реакції.

Як виглядає? Потерпілий кричить, робить слабоконтрольовані рухи, може впасти на землю або спричинити собі шкоди, розбити голову або долоні.

Що робити?

- Видаліть глядачів, створіть спокійну обстановку. Залишіться з людиною наодинці, якщо це не небезпечно для вас.
- Несподівано зробіть дещо, що може сильно здивувати (плеснути в обличчя водою, з гуркотом впустити предмет, різко крикнути).
- Говоріть з людиною короткими фразами, впевненим тоном («Випий води», «Вмивайся»).
- Після істерики настає знесилення. Вкладіть людину (за можливості) у ліжку. До прибуття фахівця спостерігайте за її станом. Не потурайте бажанням людини.
- При загрозі здоров'ю потерпілого можлива фіксація голови та самого потерпілого заради його безпеки.
- Не кидайтеся обіймати людину. Візьміть її за руку або покладіть свою руку їй на плече. Якщо побачите, що це людині неприємно, уникайте тілесного контакту.
- Не розпитуйте людину про подробиці того, що сталося. Ні в якому разі не звинувачуйте її в тому, що сталося.
- Дайте людині зрозуміти, що він може розраховувати на вашу підтримку.
- Якщо людина починає розповідати про те, що сталося, спонукайте говорити не про конкретні деталі, а про емоції, пов'язані з подією. Домагайтеся, щоб вона говорила: «Це не моя провина, винен насильник»; «Було зроблено усе можливе в таких обставинах».
- Спробуйте дізнатись про наявність тілесних ушкоджень, при можливості, надайте першу медичну допомогу.

Таблиця 10.

Істерика	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
Свідомість (адекватність сприйняття дійсності) зберігається, хоча увага постраждалого прикута до його потреб, відчуттів, переживань, до власного «Я».	Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації.
Надмірна рухливість, безліч рухів, театральні пози. Мова емоційно насичена, швидка, в змісті мови часто звучить тема власних потреб, їх фрустрації, несправедливості світу: «Я хотів ...», «Мені потрібно...», «Всім байдуже до мене...», «Чому це зі мною сталося...»	Допоможіть постраждалому оволодіти собою: приборіть сторонніх, створіть спокійну обстановку. Залишайтеся з постраждалим наодинці (якщо це безпечно для вас). Зненацька зробіть якусь дію, яка здивує постраждалого (переключить його увагу зі своїх переживань на зовнішній світ). Говоріть з постраждалим короткими фразами, впевненим тоном, змусьте його почати самостійнодіяти: «Випий води», «Вмийся». Не потурайте бажанням потерпілого, будьте з ним строгим та стриманим (без надмірної суворості та зневаги).

	Оцініть вірогідність вчинення постраждалим демонстративного суїциду (наприклад, наявність фраз на кшталт: «Коли я помру, ви усі пошкодуєте», «Я не хочу більше так жити...»), демонстрація імітації різання вен, прагнення демонстративно усамітнитися, демонстрація наявності пігулок тощо).
Можливе ридання, схлипування.	Після істеричного припадку настає виснаження. Укладіть потерпілого спати. Намагайтесь не залишати його наодинці.
	Другий рівень
	Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги (є можливість вчинення демонстративного суїциду). При неможливості швидко організувати консультацію психолога і наявності ознак суїцидальної поведінки, провести профілактичну бесіду для зниження суїцидального ризику.
	Третій рівень
	Консультація з приводу визначення психологічних особливостей, які стали підґрунтям для реагування на стресову ситуацію істерикою (егоїстична спрямованість, акцентуації характеру, недостатньо сформована смислова сфера регуляції). За потреби порадити звернутися до лікаря-психіатра. Оцініть вірогідність вчинення постраждалим демонстративного суїциду, за потреби проведіть профілактичну роботу. Консультація з приводу зниження егоїстичної мотивації, формування смислових рівнів саморегуляції та вольових рис. Моніторинг стану щодо можливості набуття у подальшому ознак ПТСР.

11. Надання ППД особі з ознаками горя (гострої реакції на загибель близької людини, психогенний шок)

Горе – це глибоке почуття суму і болю, спричинене важливою втратою, змінами, кризою чи невдачею як реальними, так і абстрактними.

Втрата – означає розрив зв'язку, якій ви сформувавши з важливою для вас людиною, місцем, річчю або ідеєю (включаючи вірування).

Скорбота – це процес визнання втрати, переживання горя і прийняття рішення зробити втрату частиною свого життя.

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

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

- емоційний комплекс – печаль, гнів, тривога, безпорадність, безнадійність, байдужість, жаль, провина, тривога, агонія, сором, депресія;

- когнітивний комплекс – нав'язливі думки, забудькуватість, труднощі з концентрацією, зневіра, відчуття присутності померлого, складнощі з прийняттям рішень;

- поведінковий комплекс – порушення сну; безглузда, нерациональна поведінка; уникнення місць, пов'язаних із померлим; гіперактивність в роботі або іншій діяльності як спосіб приглушення болю; відхід від соціальних контактів; втрата інтересів; надмірна залежність від когось; алкоголізація як спроба встановлення комфорту; відмова насолоджуватись чимось веселим, приємним;

- можливі комплекси фізичних відчуттів: плач, тремтіння, відчуття непритомності; проблеми з травленням; постійна сонливість, безсоння або нічні кошмари; зміна у вазі (зниження або набирання ваги); ослаблена імунна система.

Реакція горя.

1 фаза: Гостре горе (шок), від кількох годин до 5-7 днів (іноді до 2 тижнів).

- шок і заціпеніння (від декількох секунд до декількох тижнів);
- відчуття нереальності;
- оніміння і нечутливість;
- малорухомість або метушлива активність;
- переривчасте дихання (сповільнене або навпаки швидке);
- втрата апетиту;
- безсоння.

Це абсолютно нормальні реакції на подію. Не треба їх лякатися і намагатися «лікувати». Багато хто не може витримати «істерику» матері або друга загиблого і відразу біжать за заспокійливим.

Основне завдання цієї першої фази: визнати, зрозуміти реальність смерті (ще не вийде прийняти).

Картина гострого горя схожа у різних людей. При нормальному перебігу горювання характерні періодичні напади фізичного страждання, спазми в горлі, напади задухи з прискореним диханням, постійна потреба зітхнути, відчуття порожнечі в животі, втрата м'язової сили та інтенсивне суб'єктивне

страждання, що описується як напруга або душевний біль, поглинання образом померлого.

Прояви першої фази реакції втрати:

- «Я не можу повірити ...»/заперечення реальності;
- відчуття дереалізації/деперсоналізації (це не по-справжньому, не зі мною);
- вихор почуттів: паніка, біль, відчай, туга, злість;
- або ж відсутність почуттів – заціпеність, відчуженість, що грає функцію психологічного буфера;
- соматичні відчуття: стиснуло в горлі, неможливість вдихнути, запаморочення;
- дезорганізація поведінки: порушення, крик, плач або заціпеніння, відстороненість;
- стан ошелешеності з деяким звуженням сфери свідомості та уваги, неможливістю повністю усвідомити подразники і дезорієнтацією;
- ухиляння з навколишньої ситуації (до стану дисоціативного ступору F44.2) або ажитацією і надактивністю;
- окремі риси панічного розладу (тахікардія, надмірне потовиділення, почервоніння);
- виняткова увага на образі померлої людини, взаємодія з оточенням «на автопілоті». Саме на першій фазі переживання горя надають першу психологічну допомогу.

2 фаза - Страждання (6-7 тижнів)

Емоційна сфера: відчуття присутності померлого, ідеалізація померлого, почуття провини стосовно померлого, дратівливість, гнів, тривога, бажання усамітнитись.

Порушення пам'яті та уваги: ослаблення уваги, неможливість на чомусь сконцентруватися, порушення пам'яті на поточні події

Тілесні відчуття: порушення сну, порушення в сексуальній сфері, млявість, дискомфортні фізичні відчуття, загострення хронічних захворювань

Під час другої фази відбувається: усвідомлення втрати, оплакування втрати, дезорганізація і туга за померлою людиною. Це фаза сильних почуттів, оскільки усвідомлення реальності втрати і життєвої порожнечі відбувається через переживання відчаю, білю, люті. Швидка зміна почуттів: гнів, вина, біль, туга, страх. Заціпеніння, яке відіграло роль «емоційного буфера» минуло і прийшла емоційна дезорганізація. У деяких можемо спостерігати відмову перегорнути сторінку книги життя. Сильне почуття туги (до відчаю) за померлим: всі думки про нього, рідні живуть спогадами, переглядають фотографії, подумки спілкуються з ним, багато часу можуть проводити на кладовищі. Людину нічого не цікавить, ніщо не приносить радості. Відчуття фізичної слабкості, виснаження від почуттів, нездатність щось робити.

Часті соматичні скарги: болі в грудях, задишка, слабкість, відсутність апетиту, безсоння. «Важко думати», порушення уваги і пам'яті.

3 фаза: Прийняття (6 місяців - 1 рік)

- відновлюється сон і апетит;
- втрата перестає бути головною подією в житті;
- хоч інколи ще можуть бути «гострі приступи горя», проте вже з'являється здатність планувати життя з урахуванням втрати.

4 фаза: Відновлення

Горе замінюється сумом, втрата сприймається як щось неминуче.

У релігійних людей можемо спостерігати позитивні або негативні духовні наслідки горювання. Негативні: злість на релігійні установи або духовенство, втрату віри, почуття зради, сумніви у тому, у що вірив, відмова від життя або майбутнього щастя. Позитивні: ближчий зв'язок з Богом, рішення допомагати іншим, вдячність за людське життя.

Таблиця 11.

Горе (гостра реакція на загибель близької людини, психогенний шок)	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки	Перший рівень
<p>Заціпеніння, мала рухливість, яка може змінюватися хвилинами метушливої активності (імпульсивні, некеровані дії з прагненням помститися, покарати). Переривчасте дихання, особливо на вдиху. Відчуття нереальності того, що сталося (неприйняття реальності, заперечення реальності). Сердечне оніміння, нечутливість, «застигла» міміка. Сердечне оніміння, нечутливість, «застигла» міміка. Можливі звинувачення себе, самобичування.</p>	<p>Оцінити небезпечність ситуації для себе і постраждалого. Убезпечитись. Усі наступні дії виконувати з урахуванням фактору небезпечності ситуації. Не залишайте постраждалого наодинці. Надавайте йому соціальну і емоційну підтримку: торкайтесь до постраждалого, покладіть свою руку йому на плече, обійміть його (за згоди постраждалого). Поговоріть з постражданим, дайте йому можливість поговорити про те, яким був загиблий. Говоріть про померлого у минулому часі. Виказуйте співчуття. Дайте йому можливість відпочити. Стежте за тим, щоб він харчувався. Допомагайте потерпілому приймати необхідні рішення та утримуйте від імпульсивних дій.</p>
	Другий рівень
	<p>Оцініть здатність стримувати свої імпульсивні дії (помститись, все кинути і піти тощо), турбуватися про себе (не забувати їсти, пити). Порадити батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної або медичної допомоги.</p>
	Третій рівень
	<p>Надання допомоги постражданим в переживанні наступних фаз горя, робота зі стражданням, напругою, відчаєм, демобілізацією тощо (наприклад,</p>

	<p>використання вправ «Зміна пір року», «Лист прощання» тощо).</p> <p>Надання консультацій з приводу супутніх проблем: відчуття провини, складностей зосереджувати увагу на поставленому завданні, апатія (складності самомотивування), складностей засинання тощо.</p> <p>Моніторинг стану щодо можливості набуття у подальшому ознак ПТСР.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

12. Надання ППД особі зі спробою вчинити суїцид

Ситуація суїциду – фіксація людини на думці про певну, важливу для себе проблему, шляхів вирішення якої вона не бачить окрім скоєння суїциду.

Основні рекомендації:

- Ваше завдання: зняти загрозу суїциду та передати потерпілого спеціалістам.
- Реальний суїцид рідко буває демонстративним. Поки людина розмовляє з поліцейським, вона залишається живою.
- Намагайтесь підтримувати діалог. Розмовляйте на будь-яку тему, яку людина згодна обговорювати.
- Намагайтесь оминати сильних емоцій та переживань («На слабо, ти ж мужик»).
- Обережно шукайте ціннісні для людини теми.
- Вкажіть їй про неможливість скоєння суїциду, можливість залишитись інвалідом (60% тих, хто стрибає з цього поверху, виживають та залишаються інвалідами на все життя).

Таблиця 12.

Незакінчений суїцид	Психологічні та організаційні заходи
Ознаки:	Перший рівень
<p>Особа вчинила спробу самогубства. Може бути збудженим, тремтіти, плакати/може бути апатичним, байдужим/може бути спокійним зосередженим (якщо прийняв рішення довести спробу до кінця). Може просити бути з ним, підтримати його чи навпаки, намагатися схватися від оточуючих.</p>	<p>Оцінити небезпечність ситуації для себе. Прибрати загрозу життю особи, що чинить спробу самогубства, за потреби надати необхідну медичну допомогу.</p> <p>Не залишати наодинці (навіть якщо він виглядає спокійним), говорити з постраждалим (не бійтесь запитувати про суїцид, про те, чому він так вчинив, нехай виговориться, виплесне накопичені образи, горе тощо).</p> <p>Емоційно підтримати, не засуджувати.</p> <p>Обов'язково поради́ти батькам/близьким звернутися до лікаря-психіатра.</p>
	Другий рівень
	<p>Обов'язково поради́ти батькам/близьким наглядати за потерпілим. Прийняти рішення щодо здійснення заходів постійного нагляду та психологічної чи медичної допомоги.</p>

	Встановити свідків події, наближених (ті, що мають дружні, родинні зв'язки) осіб для подальшої профілактичної роботи з ними. За можливості організувати проведення дебрифінгу в перші три дні, залучивши психологів мобільного пункту психологічної підтримки.
	Третій рівень
	Обов'язково врахувати висновки лікаряпсихіатра і його рекомендації під час проведення подальшої реадаптації і корекції особи, яка вчинила спробу суїциду.

13. Техніки та вправи для емоційної регуляції та саморегуляції станів

Дихання животом. Вдихаємо повітря через ніс, пропускаємо його під діафрагмою в живіт, затримуємо повітря, видихаємо через 2-3 секунди, і плавне, повільне дихання через рот в міру випорожнення легень.

Заземлення. Знайти хвилину і подивитися довкола, щоб залишитися в безпосередній реальності та відчути землю під ногами (можна також напружити ступні, щоб відчути себе «ніби ми вросли» в землю).

Сканування тіла та сенсомоторне маркування. Усвідомити свої тілеснівідчуття і назвати їх (наприклад: напружений, зажатий, розслаблений тощо).

М'язова релаксація. Інколи тіло в стресовому стані завмирає, потрібно напружувати, а потім розслабляти м'язи. Напруження м'язів після розслаблення буде зменшуватися в порівнянні з тим, з якого починали.

Заземлення під час стресу «5-4-3-2-1»:

за допомогою органів чуття ми можемо впоратися з тривогою, відчути себе «тут і зараз», зосередившись на своєму тілі, спочатку робимо від 10 до 20 якомога глибших вдихів, затримуємо повітря на кілька секунд, далі повільно видихаємо;

за допомогою зору знаходимо 5 речей, які можемо побачити навколо нас речі – квіти, сонечко, рідні, чашка, книжка тощо – роздивляючись які, отримуємо задоволення. Беремо по черзі 4 речі, відчуваємо їх у руках та проговорюємо вголос те, що відчуваємо (наприклад: чашка – тепла, прозора, кругла, гладенька), також можуть бути домашні улюбленці;

намагаємося почути 3 звуки, на які ми раніше не звертали увагу (власне дихання, муркотіння котика, розмови дітей в іншій кімнаті тощо);

за допомогою нюху намагаємося відчути приємний 2 запахи: кави, ароматного чаю, повітря тощо;

відчути себе «тут і зараз» допоможе також проговорювання вголос відчуттів 1 смаку (кислий, соковите, свіжа), інколи спробуємо просто воду, продукт (лимон, яблуко, хліб...).

«Розчісуємо нерви»

«Розчісуємо нерви» (накладання мислеформи на об'єкт). Ви лежите в ліжку, розчешіть себе.

Уявіть, що на якійсь відстані від вас ви бачите себе, свою фігурку, тільки маленьку. Уявляєте, що ця фігурка вкрита волоссям, як волосяна людина. І кожне волосся – не просто волосся, а ваша нервова клітина. Уявіть, що всі ваші нервові закінчення по всьому вашому тілу є волосся. Волосся – це нерви (візуалізувати можна і з розплющеними очима).

Ідея в тому, що в якому стані на момент представлення знаходиться ваша нервова система, в такому стані знаходиться і ваше волосся (наприклад, ви уявляєте себе «волохастиком», і це волосся сплутане, сухе, брудне – це означає, що ваша нервова система відчуває певні проблеми. Або це волосся може бути жирним, сальним, сплутаним, а може бути звичайним і навіть сіктися на кінцях).

Ви уявляєте та утримуєте цей образ на якійсь відстані від вас. Беремо свою провідну руку і уявляємо, що у нас в руці дуже м'яка, ніжна щітка для волосся. Намалюйте її такою, якою захоче ваша уява.

І тепер починаємо цю фігурку розчісувати. Дуже важливо робити саме фізичні рухи рукою (уявним гребінцем розчісуємо уявне волосся, але реальними рухами).

Коли ви рухатимете цим гребінцем за уявним образом, ви відчуєте, що не просто ворухите рукою, а вона ніби продирається крізь щось. І ви будете це відчувати у своєму фізичному тілі (можливо це будуть мурашки). Тобто ви впливаєте на вашу нервову систему. Ви можете подумки крутити фігурку та розчісувати з різних боків (і на якомусь етапі ці відчуття підуть по спині, потім по передній частині тіла, по руках, по ногах... у районі мозку може відчуватись особливе зусилля, щоб продерти це все).

Далі уявляємо, що над нашою фігуркою відкривається душ, теплий та приємний. Тепер замість гребінця в руках шампунь (найкращий для цього цієї фігурки). І ми починаємо мити її – волосся стає пухнастим, воно в піні....

Відчуйте, що відбувається з вами. Увесь бруд змивається. Погляньте, що теперу вашому тілі?

Прибираємо візуалізацію душу і знову прочісуємо. Зверніть увагу, як змінилися відчуття? Насамперед відчуття від того, як ви проводите гребінцем по цьому «волохастикі». Зазвичай гребінець іде легше. Спостерігайте, як виходять стреси.

Техніка « Дихальні практики для зняття стресу та панічних атак»

Сісти зручно біля стіни, витягнути спину. Скласти руки на «сонячному сплетінні» та опустити до них голову.

Дихати подихом квадрата:

- вдих на 4 сек.;
- затримка дихання на вдиху на 4 сек.;
- видих на 4 сек.;
- затримка дихання на видиху на 4 сек.

Вправа «Вдих – видих»

Сядьте зручно. Максимально розслабтесь.

Зробіть глибокий вдих і короткий видих. Повторіть декілька разів.

Прислухайтесь до своїх відчуттів.

Зробіть короткий вдих і глибокий видих. Повторіть декілька разів.

Прислухайтесь до своїх відчуттів.

Порівняйте свої відчуття після першого і другого типів дихання.

Як ви себе відчуваєте після виконання вправи? Чи відчули ви відмінність між різними типами дихання?

Вправа «Повне дихання»

Для виконання повного дихання потрібно сісти, випрямити спину, розслабитися. Видихніть, вдихніть і починайте розслабляти м'язи живота. Це призводить до наповнення легенів повітрям. Але на цьому вдих не закінчується. Продовжуйте активно вдихати повітря, поки не наповните грудну клітину (ви відчуєте, як вона збільшується в розмірах). На мить затримайте дихальний цикл, а потім починайте повільно випускати повітря. У міру вивітрювання повітря розслабляйте грудну клітину, втягуйте в себе живіт, буквально видавлюючи залишки повітря. Видих можна супроводжувати звуком «хм-м-м».

Вправа з китайської гімнастики

Зробіть три короткі носові вдихи без видихів. На перший вдих витягніть руки перед собою на рівні плечей. На другий вдих розведіть руки в сторони теж на рівні плечей. На третій вдих підніміть руки вгору над головою. Зробіть довгий видих через рот, при цьому руки тримаєте за головою, пальці стиснуті в замок, лікті розслаблені. Вправу слід повторити п'ять-шість разів.

Рухлива вправа для зняття напруги «Все навпаки»

Виконувати рухи услід за тим, хто проводить вправу, при цьому не повторювати їх, а робити все навпаки. Якщо психолог підніме руку - потерпілий повинен опустити її; якщо розводить долоні - їх потрібно скласти; швидко махне рукою праворуч – повільно відведе руку ліворуч.

Глибоке та повільне дихання

Вдихаємо носом, видихаємо ротом. Робимо коротку паузу між вдихом та видихом. Видих має бути довшим, аніж вдих. Уявляємо, що надуваємо

повітряну кульку і видихаємо довго та повільно ротом. Одного вдиху та видиху недостатньо (мінімум 3 хвилини).

Пити воду маленькими ковтками, аби активувати рефлекс ковтання. Це дуже важливий рефлекс, пов'язаний з нормалізацією роботи блукаючого нерву. Між ковтками робимо глибокий вдих та видих (мінімум 25 ковтків води). Намагаємось затримувати воду в роті.

Вправа «Африканські танці»

Встаємо, згадуємо картинки з документальних фільмів про африканські племена, які танцюють навколо вогнища, та по чергово вдавлюємо ноги в землю, згинаючи в коліні. Це не має бути красиво. Можна навіть не підіймати стопи, а просто переносити вагу тіла з однієї ноги на іншу (мінімум 1 хвилину).

Вправа «Запах квітів»

Запропонуйте дитині уявити, як вона відчуває запах квітки, глибоко вдихаючи через ніс і видихаючи через рот. Можна подумки уявити собі квітку.

Вправа «Маленький зайчик»

Мов зайчик, який стрибає у саду, та нюхає все довкола, запропонуйте дитині зробити три швидкі вдихи через ніс і один довгий видих через рот.

Вправа «М'яч для зниження стресу»

Створіть свій умовний м'яч для зниження стресу. Наприклад, наповніть мішечок, тканину, пластиковий пакет або повітряну кулю сухим просом або рисом. Якщо помітили, що дитина відчуває стрес, попросіть її стиснути утворений «м'яч», щоб зняти м'язову напругу.

Вправа «Солдат та ганчіркова лялька»

Найпростіший і найнадійніший спосіб навчити дітей розслаблятися – це навчити їх чергування сильної напруги м'язів та наступного за ним розслаблення. Тому ця і наступна гра допоможуть вам це зробити в ігровій формі.

Запропонуйте дитині уявити, що вона солдат. Згадайте разом з дитиною, як потрібно стояти на плацу, витягнувшись у струнку та завмерши. Нехай гравець зобразить такого військового, як тільки ви скажете слово «солдат». Після того, як дитина постоїть у такій напруженій позі, скажіть іншу команду: «ганчір'яна лялька». Виконуючи її, хлопчик чи дівчинка мають максимально розслабитися, злегка нахилитися вперед так, щоб їх руки бовталися, ніби вони виготовлені з тканини та вати. Допоможіть їм уявити, що все їхнє тіло м'яке, податливе. Потім гравець знову має стати солдатом.

Вправа «Насос та м'яч»

Якщо ваша дитина хоч раз бачила, як м'яч, що здувся, накачують насосом, то йому легко буде увійти в образ та зобразити зміни, що відбуваються в цей момент із м'ячем.

Станьте навпроти один одного. Гравець, що зображає м'яч, має стояти з опущеною головою, мляво висячими руками, зігнутими в колінах ногами (тобто виглядати як не надута оболонка м'яча). Дорослий тим часом збирається виправити це становище і починає робити такі рухи, ніби він тримає насос. Збільшуючи інтенсивність рухів насоса, «м'яч» стає все більш накаченим. Коли у дитини вже будуть надуті щоки, а руки з напругою витягнуті в сторони, вдайте, що ви критично оцінюєте свою роботу. Поторкайте його м'язів і нарікайте на те, що ви перестаралися і тепер доведеться здувати м'яч. Після цього зобразіть висмикування шланга насоса. Коли ви це зробите, «м'яч» здується настільки, що навіть впаде на підлогу.

Примітка. Щоб показати дитині приклад, як грати надувного м'яча, краще спочатку запропонувати йому побути в ролі того, хто працює насосом. Тренер напружуватиметься і розслаблятиметься, що допоможе і йому відпочити, а разом і зрозуміти, як діє цей метод.

Вправа «Сніговик»

Батько і дитина перетворюються на сніговиків: встають, розводять руки в сторони, надувають щоки і протягом 10 секунд утримують задану позу.

Дорослий каже: «А тепер визирнуло сонечко, його жаркі промені торкнулися сніговика і він почав танути». Гравці поступово розслабляються, присідають навпочіпки і лягають на підлогу.

Пальчикова гімнастика

Запропонуйте дитині за допомогою пальчиків показати, як руки «стрибають», «радіють», «штовхаються», «кусаються», «тремтять», «бояться», «перемагають».

Вправа «Струшуємо зайве»

Ви розповідаєте дитині, що однією з найскладніших перешкод у досягненні успіху є згадки про минулі невдачі, але за допомогою гри можна «скинути» невдачі.

Спочатку «обтрушуємо» долоні, лікті, плечі, потім ноги, від пальців до стегон. Трясемо головою. Потім «струшуємо» усе зайве з обличчя.

Вправа «Подорож на хмарі»

Сядь зручніше і заплющ очі. Глибоко вдихни і видихни. Я хочу тебе запросити у подорож на хмарі. Стрибни на білу пухнасту хмару, схожу на гору м'яких подушок. Відчуй, як твоя спина і ноги зручно вместилися на цій великій хмарній подушці. Тепер починається подорож. Твоя хмара вільно здіймається у синє небо. У небі високо і спокійно. Нехай хмара перенесе тебе в місце, де ти почувашся щасливим. Спробуй побачити це місце якомога

детальніше. Настав час повертатися. Злізь зі своєї хмари і подякуй їй за таку чудову подорож.

А зараз спробуй намалювати місце яке ти побачив, де ти відчуваєшся спокійно і щасливо.

Тема 4. Поняття кризи та кризової ситуації.

1. Поняття про кризу й критичну ситуацію.
2. Кризова подія.
3. Психічна травма.
4. Поняття про кризовий стан.
- 5 Психологічний зміст переживання.
6. Вражаючі фактори в кризовій ситуації, їх види.

ВСТУП.

На сучасному етапі розвитку цивілізації людина досягла значних успіхів у різних сферах життєдіяльності. Але із найдавніших часів і до наших днів вона не перестає відчувати кризові стани, які можуть негативно позначатися на її можливостях, погіршувати працездатність та слугувати причиною виникнення психосоматичних розладів і порушень. Проте при правильному оцінюванні своїх переживань і знаходженні вивіреного рішення, людина здатна перенестися на інший ступінь свого розвитку, сприяючи своєму вдосконаленню. Саме для цього необхідно мати певну психологічну грамотність щодо розуміння кризових ситуацій, їх різновидів і причин їх виникнення.

1. Поняття про кризу й критичну ситуацію

У енциклопедичному словнику поняття «Криза» (від греч. «krisis» – рішення, поворотний пункт, результат) трактується як переломний момент, важкий перехідний стан, загострення, небезпечний нестійкий стан.

Криза – це ситуація емоційного й розумового стресу, що вимагає значної зміни уявлень про світ і про себе за короткий проміжок часу.

Якими б життєвими подіями не викликався криза (втрата близької, ситуація насильства, природні катастрофи тощо.), Вона зачіпає найбільш фундаментальні, життєво значущі потреби і цінності людини, стає домінантою його внутрішнього життя і супроводжується сильними емоційними переживаннями.

Найчастіше подібний перегляд уявлень спричиняє зміни в структурі особистості. Ці зміни можуть носити як позитивний, так і негативний характер. Згідно з даним визначенням, особистість, яка перебуває в кризі, не може залишатися колишньою; іншими словами, їй не вдається осмислити свій актуальний психотравмуючий досвід, оперуючи знайомими, шаблонними категоріями або використовувати прості звичні моделі пристосування (Гордон В. Олпорт).

У китайській мові поняття «криза» визначається як «повний небезпеки шанс», як можливість росту людської особистості, яку індивід знаходить, проходячи через стан психічної кризи й випробовуючи різні перешкоди. Тому успішне подолання кризи може сприяти особистісному зростанню людини і більшої зрілості його особистості.

У сучасній психологічній науці не існує поки загальноприйнятої теорії і типології криз. У той же час є різні типології, серед яких ряд авторів, у тому числі В. Г. Ромек, В. А. Конторович, І. М. Пономарьова, Ф. Рупперт та інші виділяють нормативні і ненормативні кризи (рис. 1).



Рис. 1. Типи криз

До **нормативних криз** автори відносять такі, які супроводжують людину на всьому протязі життя. Це кризи розвитку або вікові кризи.

Вікова криза - це перехідний період між віковими етапами, який неминуче переживається людиною при русі від одного вікового етапу до іншого по завершенні певних стадій розвитку. У сучасних вітчизняних і зарубіжних дослідженнях з проблем вікових криз особлива увага приділяється раніше маловивченим періодів середньої і пізньої зрілості.

Ненормативні кризи:

- екстремальні (природні стихії, техногенні катастрофи, різні види насилля тощо);
- втрата близького (розлучення матері та дитини, смерть близької людини, розлучення тощо).

Ненормативні кризи ще називають **травматичними**, так як вони супроводжуються нанесенням людині психічної травми. До класичних видів психічної травми відносять *екстремальні травми, пов'язані із загрозою життю, здоров'ю та добробуту, і травми втрати*.

У зв'язку з цим ненормативні або травматичні кризи поділяють на два типи: екстремальні кризи та кризи втрати близького. Ці кризи виникають під впливом кризової ситуації.

Отже, життєвий шлях особистості пов'язаний із проходженням різних **критичних ситуацій**, які, на думку Е. Юманс, можна позначити як етапи руйнування, коли відбувається ламання, відмирання або позитивна

дезінтеграція деяких наших природних способів бачення світу, пізнання себе й ставлення до навколишнього.

Критична ситуація - це така ситуація, у якій суб'єкт не може реалізувати основні потреби свого життя і яка ставить його перед необхідністю зміни способу буття.

Криза – це реакція особистості на критичну ситуацію, що виражається в нездатності особистості розв'язати цю ситуацію в короткий час і звичний спосіб.

Найсильнішими критичними ситуаціями особистості є такі, що пов'язані з усвідомленням власної смертності (невиліковна хвороба, участь у бойових діях тощо) або зіткнення зі смертю іншого (переживання втрати близької людини).

Критична ситуація переживається особистістю по-різному. З одного боку, вона може справити руйнівну дію, підвищуючи тривогу й депресію, почуття безпорадності й безнадійності, що може призвести до життєвої кризи. А з іншого, – додати життю значення, зробити його більш повним і змістовним. У кожному разі зіткнення із критичною ситуацією болісно переживається особистістю й змінює її відношення до життя, смерті, себе й цінностей, що формує різні життєві стратегії, які допомагають людині вийти із критичної ситуації.

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

Будь-яка криза містить як позитивний, так і негативний компонент. Негативна складова полягає в тому, що для особистості, яка перебуває в критичній ситуації, характерна завантаженість нерозв'язними проблемами, наявне почуття безнадійності, безпорадності, переживання життя як «безвихідність».

Суб'єктивно криза переживається як «безвихідність». Будь-яка критична ситуація потенційно може стати для особистості кризовою (тобто такою, що веде до кризи), - це буде у повній мірі залежати від адаптивних можливостей особистості.

У вітчизняній психології сама наявність критичних ситуацій у житті людини розуміється як передумова особистісних змін – змінюється соціальна ситуація розвитку особистості, відбувається зміна ролей, змінюється коло осіб, включених у взаємодію з нею, спектр розв'язуваних проблем і спосіб життя.

Будь-яка кризова ситуація містить небезпеку. Отже, її необхідно уникати, усувати, запобігати, а до того ж і приховувати. Безумовно, що психічні кризи можуть нести в собі загрозу. Багато реакцій, що спостерігаються у зв'язку із кризами, – прагнення до самоізоляції або бурхливої діяльності, – являє собою спробу перебороти ситуацію. Такі типи реакції можуть бути адаптивними. Причому бажання ізолювати себе не слід

змішувати, наприклад, з депресією, як і прагнення бродити без утоми в кризовій ситуації не можна приймати за контрольований маніакальний стан.

Слово «криза» підкреслює момент порушення рівноваги, появи нових потреб і перебудови мотиваційної сфери особистості.

Саме критична ситуація ставить перед особистістю дилему: поразка, психологічна капітуляція або перемога.

Екстремальна ситуація руйнує і цю ілюзію, тому після неї у людей, як правило, виникають почуття безпорадності, незахищеності, сорому, провини і страху.

При переживанні травматичного кризи у людини виникають стану різної тяжкості - *кризові стани*.

Кризовий стан - це стан, який виник в результаті потрясіння, переживання особливого роду під впливом кризової ситуації.

Існує чотири ключових поняття, якими в сучасній психології описуються критичні стани (ситуації): *стрес, фрустрація, конфлікт, депривація й криза* (Ф.Є. Василюк).

Розглянемо коротко їхню сутність.

Стрес (англ. stress – напруга) можна визначити як неспецифічну реакцію організму на ситуацію, яка вимагає більшої або меншої функціональної перебудови організму, відповідної адаптації до даної ситуації. Важливо мати на увазі, що будь-яка нова життєва ситуація викликає стрес, але далеко не кожна із них буває критичною. Критичні ситуації викликає дистрес, який переживається як горе, нещастя, виснаження сил і супроводжується порушенням адаптації, контролю, перешкоджає самоактуалізації особистості.

У найбільш загальному значенні термін **«стрес»** (від англ. Stress - напруга) використовується для позначення станів людини, які характеризуються сильним напруженням і які виникають у відповідь на різноманітні екстремальні впливи (стресори).

Фізіолог Г. Сел'є, який увів даний термін у науковий обіг, виходив із гомеостатичної моделі функціонування організму і розглядав стресори як стимули, що мобілізують його ресурси, викликаючи реакцію загального адаптаційного синдрому.

Першою стадією даного синдрому є *реакція тривоги*, тобто індивід входить у стан тривоги (фаза шоку), і, разом з тим, мобілізуються його захисні сили (фаза протишоку). Якщо стрес продовжується, організм переходить у стадію опору (резистентності), під час якої стійкість до різних впливів є підвищеною. Ця стадія або призводить до стабілізації стану і зцілення, або змінюється *стадією виснаження*, яка супроводжується порушенням соматичних процесів, занепадом сил і може закінчитися загибеллю організму.

Отже, переживання стресу, може мати як позитивне, мобілізуюче значення для організму людини, так і негативні, патологічні наслідки. Психічні прояви загального адаптаційного синдрому, тобто різні афективні переживання, які завжди супроводжують стрес і призводять до небажаних порушень в організмі людини, отримали назву «емоційний стрес». Це поняття

часто вживають на рівні із поняттям «психологічний стрес», хоча у походженні останнього значнішу роль відіграє фактор соціальності.

Фрустрація (лат. – frustratio – обман, марне очікування, розлад) визначається як стан, викликаний двома моментами: наявністю сильної мотивованості досягти мети (задовольнити потребу) і перепони, яка перешкоджає цьому досягненню.

Перешкодами на шляху до досягнення мети можуть виявитися зовнішні та внутрішні чинники різного характеру: фізичні (позбавлення волі), біологічні (хвороба, старіння), психологічні (страх, інтелектуальна недостатність), соціокультурні (норми, правила, заборони), матеріальні (гроші). В тому випадку, якщо людина втратила орієнтацію на початкову, фрустровану мету при зіткненні з певною перешкодою ми можемо говорити про появу кризової фрустраційної поведінки. Аналогом, семантично близьким до цього поняття, є *кризовий стан* – тимчасова ситуаційна або внутрішньо обумовлена дезінтеграція особистості.

Конфлікт, як критична психологічна ситуація, припускає наявність у людини досить складного внутрішнього світу й актуалізацію цієї складності відповідно до вимог життя, тобто «витягання» цієї складності з метою подальшого використання. Однак, з критичною ситуацією ми маємо справу тоді, коли суб'єктивно неможливо ні вийти з даної конфліктної ситуації, ні знайти прийнятної рішення, внаслідок чого свідомість капітулює перед нерозв'язним завданням.

Депривація (лат. Privare - відокремлювати) - позбавлення або обмеження можливостей задоволення життєво важливих потреб. Сам термін «депривація» увійшов в психологію завдяки автору теорії прихильності, англійського психолога Д. Боулбі (1969), а потім був опрацьований і змістовно наповнений в роботах його колеги М. Ейнсуорт (1991). Слід зазначити, що термін «депривація» багатьма авторами використовується двояко: для позначення реального обмеження умов життя і функціонування і психічного стану, що виникає в результаті подібних обмежень. Залежно від того, чого саме позбавлений людина, виділяють різні види депривації - сенсорну, соціальну, материнську, і інші.

2. Кризова подія

Поняття «подія» у тлумачному словнику В. Даля визначається в такий спосіб: «Подія, собитність кого з ким, чого із чим, перебування разом і в один час; собитійність подій, сумісність за часом». У термінах «подія» і «криза» є наступні істотні ознаки: небезпечний перехідний стан (термін «криза») і ситуаційні події, сумісність за часом (термін «подія»).

Отже, *стан спільної за часом небезпеки* – сутність змісту поняття «кризова подія».

У визначеному нами понятті «кризова подія» системоутворюючим є елемент «небажане явище». Дана характеристика ставить кризове явище в залежність від особистісної оцінки й особистісного сприйняття. Небажаність

кризової події визначається тим, що вона є небезпечною («спільна небезпека» - другий системоутворюючий елемент даного поняття) для життєдіяльності людини. Це може бути загроза її здоров'ю, матеріальному благополуччю, соціальному статусу, внутрішньоособистісній рівновазі.

Дві характеристики поняття «кризова подія» - «спільна небезпека» і «небажаність» - розкривають систему ознак, що входять до змісту даного поняття (рис.2).

При аналізі й визначенні сутності кризової події можна виділити п'ять підходів, послідовно п'ять різних варіантів розгляду даної категорії:

- життєвий, на рівні здорового глузду;
- психологічний;
- соціологічний;
- філософський;
- технічний.



Рис. 2. Основні ознаки поняття «Кризова подія»

У зв'язку з тим, що для нас першорядне значення мають перші два підходи, розглянемо їх більш докладніше.

На життєвому рівні кризову подію характеризують у наступних термінах здорового глузду: подією кризового характеру для «наївної» людини, людини з вулиці, буде всяке ускладнення обставин її життєдіяльності; це ускладнення носить надзвичайний характер, воно є несподіваним, а тому стихійним і непередбачуваним. Дана подія несе загрозу, небезпеку для фізичного й психічного здоров'я особистості.

Таким чином, здоровий глузд виділяє параметри надзвичайності, стихійності, небезпеки, що й використовується для характеристики кризової події.

Психологічний аналіз звертає увагу на наступні параметри кризової події:

- 1) несприятливі умови для життєдіяльності;
- 2) подія має загрозливий характер;
- 3) різке зростання внутрішньоособистісної напруженості;
- 4) виснаження адаптаційних ресурсів і «прорив» адаптаційного бар'єра;
- 5) зміна динамічних стереотипів поведінки;
- 6) кризовий стан особистості.

3. Психічна травма

На жаль, поняття «психічна травма» не має чіткого визначення у вітчизняній літературі. Своє найбільше поширення дане поняття одержало в межах теорії посттравматичного стресового розладу.

Поняття *«психотравма»* (Н. В. Тарабріна), згідно сучасних уявлень про стрес, останній стає психотравмою, коли наслідком дії стресора стає порушення у психічній сфері людини аналогічно до порушень у соматичних процесах. У якості стресора у таких випадках виступає травматична стресова подія, яка характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю.

Психічна травма - переживання, потрясіння. Головним змістом психічної травми є втрата особистістю віри в те, що життя організоване відповідно до порядку й піддається контролю.

У даному підході активно розглядається вплив психічної травми на сприйняття часу, тобто як міняється бачення минулого, сьогодення й майбутнього (динамічний аспект у дослідженні життєвого шляху) під впливом травми. У якийсь момент життя людина переживає психічну травму, що викликає найсильніші почуття.

Травматичний стрес за інтенсивністю пережитих почуттів пропорційний з усім попереднім життям. Через це травматичний досвід здається найбільш істотною подією життя, ніби «вододілом», що ділить все життя на події, що відбулися до й після події, яка травмує. Отримана травма міняє бачення не тільки сьогодення, минулого, але й майбутнього. Людина, яка одержала психічну травму, відчуває себе не такою, якою вона була колись, а значно дорослішою, досвідченішою, ніж її однолітки.

Людина, яка пережила подію, що травмує, але відреагувала на неї, ніби залишається в минулому. Подія, що травмує, притягає до себе людину й не відпускає її. З цієї причини досить велика ймовірність для таких людей повторення травматичної ситуації в майбутньому. Вони прагнуть пережити подію, що травмує, знову, щоб відреагувати на неї (наприклад, значний відсоток ветеранів війни в Афганістані, АТО прагнуть будь-якими шляхами знову потрапити в «гарячі точки»).

З людьми, які пережили психічну травму, частіше відбуваються нещасні випадки, вони частіше, ніж інші роблять самогубства, захоплюються алкоголем і наркотиками.

Найближчі наслідки травматичних подій проявляються у вигляді *психічних станів* (страх, жах, безпорадність й ін.), які відбивають об'єктивний зміст подій і відповідають характеру даної людини. Такі стани впливають на взаємодію людини з новими обставинами, визначаючи, чи займе вона активну позицію й буде боротися з ними або ж, навпаки, розгубиться, не знайде виходу з важкої ситуації. Тривалість станів коливається від декількох хвилин до декількох років, і це залежить від сили зовнішнього впливу й характеру людини.

Існує тісний зв'язок між характером і станами. У цьому – віддалений ефект події. Віддалені психічні наслідки можуть виникати й без чітко виражених психічних станів. Певні біографічні факти не викликають найближчого психологічного ефекту, але мають віддалені наслідки. Психологічна роль такої події полягає в тому, що вона визначає багато наступних подій, кладе початок новому способу життя.

4. Поняття про кризовий стан

Враховуючи вище означене, І. Албегова вважає за можливе всі критичні ситуації розрізнати на два типи: *серйозне потрясіння та власне криза*.

При цьому *кризою першого типу* дослідниця називає ситуації, що зберігають певний шанс виходу на колишній рівень життя (наприклад, людина, котра залишилася через певні причини без роботи, має шанс її знайти знову).

Криза другого типу перекреслює усі життєві замисли людини і стимулює значні зміни у її житті: особистісні, ціннісні, смислові тощо. У результаті перебування людини у кризовій ситуації у неї може розвинути кризовий стан.

Кризовий стан – психічний (психологічний) стан людини, що раптово зіткнулася з суб'єктивно значущою травмою (внаслідок непередбачуваної зміни життєвого устрою, внутрішньоособистої картини світу) або яка знаходиться під загрозою виникнення психотравмуючої ситуації – стан дезорганізації особистості, який може бути зумовлений як внутрішніми чинниками, так і певною ситуацією.

Кризовий стан – перехідний етап розвитку особистості, коли протиріччя мають уже глобальний характер і стосуються основ життя людини.

Як можна розпізнати кризовий стан? Як правило він супроводжується наступними *переживаннями*: розпач, страх, тривога, гнів, образа, розчарування тощо; *ідеями*: звуження свідомості, пошук винних, втеча від реальності. Людина у кризовому стані відчуває значну напругу, може втратити сенс життя і перебувати у пригніченому настрої.

Деякі люди відносно швидко долають ситуацію кризи і зазвичай це відбувається завдяки ефективним механізмам психіки, які спрацьовують у момент загострення несприятливих обставин. Спостереження за клієнтами, які отримували психологічну допомогу у стані стресу чи кризовому стані,

дозволило виділити певний алгоритм розгортання ефективних механізмів психіки у кризових обставинах.

Тривалість кризових станів варіює від трьох-чотирьох тижнів до двохтрьох місяців, після чого їх прояви редукуються, і встановлюється новий рівень соціально-психологічної адаптації, хоча часто і більш низький, аніж передуючий кризі.

Алгоритм розгортання ефективних механізмів психіки у кризових обставинах:

I. ФАЗА ЗІТКНЕННЯ З КРИЗОВОЮ СИТУАЦІЄЮ

1. Людина стикається з кризовою для неї ситуацією;
2. Людина тимчасово дезорієнтована, втрачає свою цілісність, розгублена, у неї розвивається кризовий стан.

II. ФАЗА АКТУАЛІЗАЦІЇ ПЕРЕЖИВАНЬ

3. Активуються переживання, що супроводжують кризовий стан - агресія, тривога, страх, образа, розпач тощо;
4. Людина активно проживає актуалізовані переживання, не вдаючись до їх перебільшення, пригнічення чи витіснення зі свідомості.

III. ФАЗА ОПАНУВАННЯ КРИЗОВОЮ ОБСТАВИНОЮ

5. Символізація переживання - вербальна чи образна;
6. Людина опановує кризову ситуацію - усвідомлює її цілісно, розуміє свою роль у її розвитку та роль інших; вона нікого не звинувачує, а свідомість працює у бік розширення горизонтів бачення, способів адаптації до ситуації та пошуку перспектив розвитку.

IV. ФАЗА ІНТЕГРУВАННЯ ДОСВІДУ

7. Людина усвідомлює кризову ситуацію як таку, що сприяє її розвитку; вона збагачує уявлення про себе, про інших та про оточуючий світ; власний досвід інтегрується і людина рухається далі.

Такий алгоритм подолання кризових обставин є рідкістю. Як правило, він вибудовується разом з психотерапевтом чи психологом.

По-іншому протікають процеси у тих клієнтів, які не можуть подолати кризові обставини і, в результаті, перебувають у стані хронічної кризи. Найбільш типовим для клієнтів є застрягання на першій чи другій фазі переживання кризової ситуації. Коли відбувається застрягання на першій фазі, людина відчуває себе безпорадною достатньо довго, що, врешті решт, може спричинити розвиток депресії або ж викликати психосоматичні захворювання.

Якщо застрягання має місце на другій фазі, то тут реакція людини може бути різною. Вона або занадто занурюється у свої переживання, вважає їх природними, не хоче їх відпускати, або ж вдається до зворотної реакції - заперечує свої переживання і тим самим не дає їм виходу або ж зовсім не усвідомлює їх. І перша, і друга реакції є руйнівними і призводять до деструктивної життєвої організації людини. Тобто, її життя набуває відтінків руйнації - формуються образ жертви, ображеного на життя чи експансивного агресора, людини, яка комусь щось доводить тощо; виникають

психосоматичні захворювання; постійно активується травмуюча ситуація, що накладає відбиток на всі події життя людини, на усі стосунки, які у неї є.

Дорослі, які пережили стрес або кризову ситуацію активно транслиують власним дітям. Дорослий, який має супроводжувати дитину у стресовій чи кризовій ситуації, бути надійним, константним об'єктом, сам дуже швидко втрачає свою цілісність і сприяє формуванню несприятливих форм реагування на несприятливі обставини.

Одночасно дитина, яка у момент переживання стресу втрачає відчуття внутрішньої константності, надійності та безпечності, не тільки не отримує підкріплення образу ззовні, а ще й додатково руйнує його вже через реакції близького оточення. Як результат - у свідомості закладаються деструктивні форми реакцій на стрес чи кризову ситуацію, а образ константності, надійності та безпечності руйнується і відновлюється лише частково або не відновлюється зовсім. Наведемо приклади деструктивних форм супроводу дорослими стресових ситуацій дітей, що призвели до формування у них невротичних симптомів.

Приклад. Випадок П.

Мама п'ятирічної П. звернулася по допомогу до психотерапевта. Основна скарга мами стосувалася нервового тикучого обличчя у дівчинки, що проявлявся у частому кліпанні очима. Діагностика емоційної сфери дитини виявила, що дівчинка знаходиться у ситуації хронічного стресу.

Більш детальний збір анамнезу показав, що мама дівчинки достатньо тривожно ставиться до ситуацій фрустрації, які є природними для розвитку дитини, і займає позицію гіперпротекції стосовно неї. З'ясувалося, що мама важко витримує стани смутку у дівчинки та всіляко намагається попередити можливість плачу у останньої.

Так, вона з великим ентузіазмом пригадувала декілька випадків, коли їй вдалося «успішно» виправити кризові ситуації, в які потрапляла дівчинка, - в трьохрічному віці П. розбила свою улюблену чашку і, щоб дівчинка не засмучувалась, мама швидко збрала черепки та сказала, що поки вона спатиме, фея полагодить чашку (під час сну була куплена нова чашка); у чотирьохрічному віці П. ніяк не вдавалося намалювати будиночок, щоб заспокоїти дитину, мама намалювала будиночок, вклавши руку дитини у свою і похвалила її за зображене; у п'ятирічному віці дівчинку не захотіли приймати у гру на майданчику її друзі, мама відвела П. на інший майданчик і вкрай негативно оцінила вчинок дітей. Після цього випадку у дівчинки почався тик.

Як видно з цього випадку, ті природні стресові ситуації, в які потрапляла дівчинка, мали несприятливий супровід. Так, на фазі виникнення ситуації мама дівчинки або ж заперечувала її факт, або знецінювала, або ж відволікала чи попереджувала виникнення; на фазі актуалізації переживань до дитини ставились жалісливо, намагались поспішно заспокоїти, мама через надмірну тривогу втрачала свою цілісність; на фазі опанування стресовою ситуацією мама дівчинки діяла з позиції гіперпротекції і вирішувала замість неї ті

завдання, які виникали через кризу; на фазі інтегрування досвіду закріплювалось почуття безпорадності дівчинки у кризових обставинах та фантазії про ворожість світу.

Разом з тим реальність була іншою - дівчинка стикалась з природними для себе дитячими стресовими обставинами, і у неї виникали відповідні процеси: розгубленість, смуток, плач тощо, які супроводжувались дорослими деструктивним чином. Як наслідок, у дівчинки сформувалось симптоматичне відреагування стресу - нервовий тик обличчя, що достатньо красномовно символізував усю палітру переживань дівчинки

Деструктивні форми реагування дорослих на кризові обставини дітей можуть спричиняти у останніх розвиток ПТСР через пригнічування природних переживань.

5. Психологічний зміст переживання

Основною одиницею внутрішнього життя особистості є переживання.

Переживання у формі психічних станів, у яких злиті емоційні, вольові й інтелектуальні компоненти, відображають події й обставини життя в їхньому відношенні до самого суб'єкта.

Пережите зберігається в пам'яті особистості й служить матеріалом для осмислення в процесі вироблення життєвих планів і цілей, життєвої філософії, що визначає поведінку людини.

Переживання розглядається Ф.Є. Василюком не як відблиск у свідомості суб'єкта тих або інших його станів, не як особлива форма споглядання, а як особлива форма діяльності, спрямована на відновлення душевної рівноваги, втраченої свідомості існування.

Процес переживання стану втрати, смерті близької людини отримав назву «скорбота» та описується у сучасній психологічній літературі як феномен, що складається із трьох стадій:

- перша стадія містить у собі шок і відмову вірити в те, що кохана людина вмерла, супроводжується плачем і найсильнішим дистресом;
- друга стадія характеризується хворобливою тугою за померлим і думками про нього;
- третя стадія характеризується зменшенням суму й поверненням до нормальної діяльності

Таблиця.1

Основні стадії скорботи Часові етапи	Прояви
Стадія 1 Починається відразу після смерті близької людини та зазвичай триває від одного до трьох днів.	– шок; – невір'я, – заперечення; – заціпеніння; – ридання; – сум'яття.
Стадія 2	– хвороблива туга; – заглибленість у переживання; – спогади;

Піки спостерігаються між другим і четвертим тижнями після смерті; зазвичай триває протягом року.	– яскравий образ померлого в душі; – відчуття, що померлий живий; – сум, слізливість, безсоння; – анорексія; – втрата інтересу до життя; – дратівливість і занепокоєння.
Стадія 3 Зазвичай настає протягом року після смерті близької людини.	– зменшення кількості епізодів суму; – здатність згадувати про минуле із задоволенням; – поновлення повсякденної активності.

6. Вражаючі фактори в кризовій ситуації, їх види

Детермінантою будь-якої кризи виступає подія, яка набула для особистості кризовий характер. Не всяке життєве утруднення здатне привести до кризи, для цього в подію повинен бути присутнім «приголомшливий основи існування людиною виклик його уявленням про себе і своє місце в світі» (Перрі, 1995).

В якості основних «криза-факторів» (емпіричних подій), здатних привести до кризи, виділяють:

1) *смерть родичів, близьких і друзів.* Ця подія може викликати травматичний криза, якщо смерть несподівана. Однак, оскільки кожна людина неминуче стикається з згасанням і смертю близьких людей, ми можемо говорити і про життєвий кризі, як, наприклад, в разі смерті близького дуже старої людини. І навіть якщо ця подія природно і закономірно, воно змушує страждати і сумувати про померлого, по іншому подивитися на своє власне життя і змінити систему цінностей;

2) *важке захворювання, в результаті якого людина стає частково або повністю непрацездатним,* гостро відчуває безпорадність і залежність від значущих інших. З началом захворювання для деяких людей закінчується життя, до котрою вони звикли. Хворому необхідно змиритися з інвалідизацією, а його близьким з необхідністю пристосувати своє життя до змін, що відбулися і піклуватися про нього;

3) *відокремлення дітей від батьків, родини, друзів.* При догляді вже дорослих дітей з рідної домівки батьки можуть переживати стрес, відчувати себе непотрібними, що може призвести до кризи. Криза стає ще серйозніше, якщо діти не хочуть підтримувати тісний контакт з батьками. Тоді ізоляція, якій так боялися батьки, стає реальністю. З іншого боку, при різкому відділенні від батьків (наприклад, при вступі до навчального закладу, що знаходиться в іншому городі, призову до Збройних Сил тощо) людина змушена адаптуватися до незнайомої і спочатку чужої йому соціальному середовищі. При цьому ймовірні кризові переживання, пов'язані з усвідомленням того незаперечного факту, що над тобою вже немає батьківського «парасольки», здатного захистити від негараздів такого непростого навколишнього світу;

4) *статеве дозрівання*. Період фізіологічного та психологічного дорослішання може бути кризовим періодом, оскільки підліткам важко контролювати свої емоції і сексуальний потяг. Властиве віком прагнення емансипуються батьків породжує безліч конфліктів. З цим періодом часто пов'язана перша любов, яка також може привести до кризи, особливо якщо почуття без взаємності. Хоча перша закоханість далеко не завжди надовго зберігає свою інтенсивність, багато її «жертви» знають, що відчуття втрати при розриві може бути таким же сильним і залишати не менш болісний слід, як і при розставанні з близькою людиною, з яким проведена велика частина життя.

В цей складний період у людини може проявитися нездатність ідентифікувати себе зі своїм тілом. Причиною є при цьому «Не нові фізіологічні функції як такі, а нездатність вписати дії, необхідні для задоволення нових потреб, в вироблену людиною систему цінностей»;

5) *фізичні вади і подальша зміна зовнішності*. Зовнішній вигляд людини і особливо його обличчя - це одна з підстав для самооцінки і самоідентифікації. Люди з явними фізкабінет-ними вадами нерідко вважають себе вродками, вони постійно очікують негативних реакцій - подиву, жалю, сміху, відкидання і т. П. Бажаючи змінити ставлення до себе оточуючих вони вдаються до послуг пластичної хірургії. Перше, що після пластичної операції відзначають пацієнти, - це зміна реакції оточуючих, які більше не зупиняються від переляку, вони перестають боятися зустрічних. Вони дізнаються нові радості, починають вбиратися і іноді стають зовсім іншими людьми.

Але бувають і інші випадки, коли людина після зміни зовнішності відчуває гіркоту втрати частки «Я», втрати світу важких, але звичних реалій. Адаптація деяких з таких пацієнтів пов'язана з кризовими переживаннями. Ймовірно, успішна пластична операція не веде до зміни шаблонів поведінки до тих пір, поки не настане відповідна зміна в Я-концепції (Т. Шибутані);

б) *низка предсімейних і сімейних подій* (одруження і начало подружнього життя, батьківство та материнство, самопроізвольне або штучне переривання вагітності, менопауза, зрада коханого (коханої), вимушена розлука з коханим (коханою), розлучення та ін.). Процес адаптації партнерів до потреб і потреб один одного супроводжується напругою, яке може привести до кризи відносин. Часто криза на початку спільного життя означає не втрату взаємних почуттів, а не необхідність навчитися жити разом.

Вагітність, народження дитини вимагає усвідомлення різниці між станами «тільки ми вдвох» і «ми - родина, нас уже троє», відповідальності і турботи про дитину. Цей період також пов'язаний з сильною напругою, яке може привести до серйозної кризи в обох з подружжя, кризи сім'ї.

Викидень, який зазвичай відбувається протягом перших трьох місяців вагітності, може бути серйозним ударом. Проблема ускладнюється, якщо у жінки і раніше були викидні або труднощі, пов'язані з вагітністю.

Штучне переривання вагітності на ранніх стадіях також може привести до кризи, так як жінка може відчувати сильне почуття вини, навіть якщо вона

вирішила або добровільно погодилася зробити аборт. Рішення зробити аборт вже саме по собі може бути причиною численних серйозних проблем в залежності від того, чи було це рішення прийнято самою жінкою, або під тиском чоловіка (інших людей).

Менопауза може привести до багатостороннього кризи у жінки, її чоловіка, їх відносин. Багато жінок сприймають втрату здатності до дітородіння як однозначна ознака того, що певна фаза життя закінчується. Вони можуть переживати депресивні стани;

7) *різкі зміни соціального статусу* (вимушена зміна місця проживання, початок трудової діяльності, підвищення і пониження по службі, втрата роботи, вихід на пенсію, старіння тощо.);

8) *травматичні події* (згвалтування, дорожня катастрофа, втрата власності, великих сум грошей в результаті стихійного лиха або пограбування, публічне приниження, участь в бойових діях тощо.)

Таким чином, до основних причин, що викликають виникнення кризи можна віднести наступні:

1) виникають досить значні (найчастіше, травматичні) порушення звичного ходу подій (катастрофи, лиха тощо);

2) значимий «інший» поводить не так, як ми очікуємо;

3) наше тіло відправляє нас в стан хвороби або травми (Г. Перрі).

Процес переживання кризи посилюється дією ряду факторів, до яких можна віднести наступні:

1. *Когнітивна ригідність*, тобто небажання людини змінити власні уявлення. Кожен повинен певним образом реагувати на можливі зміни в навколишньому світі, вміти пристосуватися до цих змін, шукати альтернативні варіанти дій.

2. *Категоричність в сприйнятті альтернатив*. Чим їх менше, тим менше простору для маневру. Людина обмежена рамками наявних підходів і не може вирватися на простір творчої ініціативи.

3. *Наявність хибних уявлень і установок* («відносно нешкідливі в звичайних обставинах, вони можуть відчувати проблеми на тлі сильного стресу»). Що зазвичай розуміється під такими поглядами й установками? По-перше, уявлення про те, страждання є запорука чесноти. По-друге, невірне уявлення про те, що страх можна подолати, хаті-гаю контакту з його джерелом. Нарешті, по-третє, установка, де було написано, що соромно бути щасливим, коли навколо так багато нещастя. Особливо це характерно для східнослов'янської ментальності. У людей може виникати почуття психологічного дискомфорту через те, що багато людей страждають і нещасні, в той час як тобі добре, і ти відчуваєш себе щасливим.

4. *Інерція мислення*. Після кризового події розум продовжує використовувати старі схеми, колишні уявлення і намагається змусити реальність відповідати їм. Це неминуче, такі особливості людського сприйняття. У цих умовах створити нову картину світу непросто по ряду причин. По-перше, наявність якої-небудь картини, плану завжди краще, ніж їх

відсутність. Будь-яка картина, план надають сенс навколишніх подій. Безглуздість же переноситься людиною важко. По-друге, ми не можемо миттєво повірити в щось нове. Потрібне не малозначне коригування картини світу або способу «я», а корінне переосмислення всього існуючого. Це не досягається відразу і безболісно.

5. Прагнення уникнути хворобливих емоційних переживань. Радикальної невідповідності між внутрішньою картиною світу і сигналами, які надходять ззовні викликають емоції. Емоції - це сигнали про необхідність приділити чогось більше уваги, поки воно не переросло у велику проблему.

Коли криза вражає нас, то, спочатку проявився як побоювання, досада, печаль, переростає в паніку, люті і відчай, тобто переживання, в значно меншій мірі піддається управлінню.

Висновки.

Отже, розуміння поняття «криза», її класифікацій, критичних ситуацій та станів є важливими знаннями у професійній діяльності психолога, без знання яких неможливо кваліфіковано надавати психологічну допомогу, зокрема і консультувати клієнтів у кризових станах і критичних ситуаціях життя.

Тема 5. Нормативна криза, вік як причина життєвої кризи та можливості їх опанування.

1. *Поняття життєвої кризи та її види.*
2. *Типи відношення до кризи.*
3. *Техніки життєдіяльності у складних життєвих ситуаціях*
4. *Теорії нормативних криз.*
5. *Поняття про вікові кризи та періодизацію вікового розвитку.*
6. *Вікові кризи дитинства.*
7. *Вікові кризи дорослішання та дорослості.*

1. Поняття життєвої кризи та її види

Життєва криза є складним феноменом індивідуального життя людини. У кризовій психології існує декілька визначень поняття «життєва криза».

Життєва криза – феномен внутрішнього світу людини, який виявляється в різних формах переживання непродуктивності свого життєвого шляху та є його поворотним пунктом, який виникає в ситуації неможливості реалізації життєвого задуму. Життєва криза – це перехідний період життя, для якого характерним є ламання й активна зміна життєвих ролей особистості, межа між старим і новим досвідом, якісний перехід з одного стану в інший.

Життєва криза – це зміна напрямку, рішення, вибір. Серед перекладів слова «криза» зустрічається і «суд». Семантично близьким до нього є критика.

Кризую можна назвати такий віраж на життєвому шляху людини, коли під загрозою опиняється життєвий задум, проект майбутньої світобудови. Також, кризу можна визначити як тривалий внутрішній конфлікт із приводу життя в цілому, його сенсу, головних цілей та шляхів їх досягнення.

Кризи, що їх переживає кожна особистість, бувають *нормальними* (нормативними, прогресивними) та *анормальними* (ненормативними, регресивними).

Нормальна криза – це існування людини у межах норми, закономірні перехідні етапи в її становленні та розвитку (вікові кризи, нормативні сімейні кризи та ін.). Вікові розлади, що супроводжують вікові кризи, мають не досить тривалий, найчастіше непатологічний характер. Для оточуючих, та навіть для самої людини, ці розлади можуть бути майже непомітними. Прикладами нормальних криз можуть бути закономірні етапи розвитку сім'ї (одруження, народження дитини, вступ дітей до школи та ін.). Негативні емоційні кореляти кризового стану: напруженість, тривога, депресивні симптоми.

Анормальна криза – загострення суперечностей психіки людини, спричинене складними, несприятливими життєвими обставинами. Ненормативні кризи мають незапланований і автономний характер. Вони виникають у складних життєвих умовах, коли людина переживає події, що раптово змінюють її долю. Такі події можуть відбуватися у родинному, професійному, особистому житті (зрада, розлучення, раптова втрата роботи, катастрофа, смерть близької людини тощо). Особливо болісно переживаються

життєві колізії після серії випадкових невдач, під час зростання загального незадоволення собою, власною долею, своєю діяльністю, супутником життя та ін.

За змістом та характером психологічної проблеми, що спричинила життєву кризу, а також з позиції особистісних ролей (рольова теорія), виділяють наступні види життєвих криз:

1. Кризи становлення особистості (вікові кризи).
2. Кризи здоров'я (втрата здоров'я).
3. Термінальні (невідворотні) кризи (невиліковна хвороба, смертельний вирок суду та ін.).
4. Кризи значущих стосунків (смерть близької людини, вимушена розлука, розлучення, кризи кохання та ін.).
5. Кризи особистої автономії (позбавлення волі, фатальна залежність від інших людей та ін.).
6. Кризи самореалізації (втрата роботи, вихід на пенсію, банкрутство, втрата соціального статусу та ін.).
7. Кризи життєвих помилок (переживання внаслідок зради або злочину, втрата коштовної речі, кризи гріха та ін.).

За критерієм тривалості виділяють:

- мікрокризи, що тривають протягом кількох хвилин (шок);
- короточасні кризи, що тривають близько 4-6-ти тижнів;
- довготривалі кризи (до 1-го року).

За критерієм результативності виділяють кризи:

- конструктивні, що призводять до позитивної соціальної адаптації;
- деструктивні, наслідком яких є асоціальні або антисоціальні поведінкові реакції.

За критерієм детермінованості є:

- кризи, обумовлені інтрапсихічними чинниками;
- кризи, породжені ситуаційними чинниками.

За критерієм складності виділяють:

- прості кризи (спричинені однією подією);
- складні, багатовимірні кризи (охоплюють майже всі аспекти індивідуального життя людини).

За діяльнісним критерієм є:

- криза операційного аспекту життєдіяльності («не знаю, як жити далі»);
- криза мотиваційно-цільового аспекту («не знаю, для чого жити»);
- криза смислового аспекту («не знаю, навіщо взагалі жити»).

Досить відомою є класифікація життєвих криз, або так званих бібліографічних криз, яку розробив Р.А. Ахмеров:

1. Криза нереалізованості (виникає на підставі переживань особистості з приводу нереалізованості життєвих досягнень).
2. Криза спустошеності (зумовлена переживаннями людини щодо невизначеності свого майбутнього, своєї життєвої перспективи).

3. Криза безперспективності (спричинена відсутністю у свідомості людини чіткого уявлення про майбутнє, знеціненням життєвих планів, проєктів, мрій).

2. Типи відношення до кризи

У кризовій психології виділяють наступні *типи ставлення людини до кризи*.

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

Обирається так звана «страусяча» політика: людина не має внутрішніх ресурсів, енергії, сил для того, щоб подивитися «правді у вічі». Можливо, ігноруюче ставлення є віддаленим результатом дитячої психічної травми, коли людина дійсно не мала ніякої змоги протидіяти обставинам, і найкраще, що вона могла зробити, – це проігнорувати ситуацію.

2. *Перебільшуюче ставлення*. У людини виникає паніка, що наростає, як гірська лавина (йдеться про протилежне першому ставлення до кризової ситуації). Людина фіксує кожну, навіть зовсім випадкову зміну обставин як знак, що віщує про поглиблення страждань, зростання неприємностей. До зовнішніх обставин, свого здоров'я, психічного стану вона ставиться, як справжній іпохондрик, перебільшуючи, утрируючи кожну дрібничку, створюючи собі небажані настанови, провокуючи ускладнення ситуації, зменшуючи власну можливість адекватного реагування на нові несприятливі обставини. Долати перебільшуючи ставлення до складних життєвих ситуацій можна наступним чином: попрацювати над самооцінкою, знайти давні причини добре компенсованої, прихованої невпевненості у собі; знайти ті сфери у житті, де проявляються самостійність, автономність, творчі здібності; рухатися у бік звільнення від залежностей.

3. *Демонстративне ставлення*. Людина постійно підкреслює, що її ситуація – найгірша, що доля до неї несправедлива і життєвих випробувань у її житті надто багато: якщо хвороба, то така складна і небезпечна, якої досі не існувало; якщо сімейний конфлікт, то про його жахливі подробиці будуть знати всі знайомі, сусіди, співробітники, рідні та друзі. Причинами демонстративного ставлення можуть бути бажання отримати співчуття, постійно відчувати до себе інтерес, бути у ролі страждальця, жертви, яка непомітно експлуатує оточуючих, формує у них емоційну залежність від себе, маніпулюючи відвертим бажанням допомогти, підтримати.

Людина з демонстративним ставленням до кризи нерідко використовує власне тіло як засіб привертання до себе уваги.

Несприятливі життєві обставини трактуються з утилітарного боку і життєва позиція стає рентовою. Ефективним кроком у подоланні такого

ставлення є робота з маніпуляціями, аналіз своїх власних маніпулятивних впливів.

4. Волонтаристське ставлення. Людина з волонтаристським ставленням до власного життя починає з подвоєною енергією заперечувати дійсність: не приймає реальності, не хоче рахуватися з погіршенням працездатності, загостренням хронічних захворювань, необхідністю зупинитися у своєму рухові вперед і, можливо, трохи змінити напрямок або подбати про надійне оточення. У такої людини завжди є чіткий план дій, мета, від якої не можна відступати. Рухаючись під дією власної волі, вона не приймає своїх слабих, не дозволяє собі відпочити, розслабитися, бути безпосередньою, щирою, втомленою. Від оточуючих вона чекає схожої поведінки і тому нерідко потерпає від самотності. Дана позиція загрожує власному здоров'ю, штучно затягуючи та поглиблюючи кризу.

Шляхами долання такого ставлення є: вчитися жити сьогоденням, сприймати реальність такою, якою вона є, а не такою, якою повинна бути, виходячи з життєвих планів людини.

5. Продуктивне ставлення. Людина з продуктивним ставленням тверезо, терпляче сприймає себе завжди – і в часи везіння, успіху, натхнення, і в періоди загибелі надій, краху найзаповітніших мрій та бажань. Пам'ятаючи про складні періоди свого життя, вона не втрачає надії поступово впоратися з ними. Інколи треба відволіктися, розслабитися, зняти напруження, щоб побачити, що робити далі. Опанування стає можливим і у формі прояву емоцій, гіркого плачу, вибуху гніву. Дехто звертається по допомогу до свого оточення або до спеціаліста.

Продуктивне ставлення до кризи передбачає володіння людиною цілою гамою стратегій самоопанування. Залежно від конкретної ситуації, використання цих стратегій може бути досить гнучким, різнобічним, тоді як чотири попередні типи ставлень до кризи передбачали оволодіння переважно однією стратегією, далеко не завжди адекватною ані стану людини, ані характеру ситуації. Людина з продуктивним ставленням до кризи розуміє, що криза – це не лише страждання, а й великі можливості та несподівані перспективи власного життя.

3. Техніки життєдіяльності у складних життєвих ситуаціях

Суспільство, буття, що будує особистість, впливає на вибір певної техніки життєдіяльності у кризовій ситуації. Ще К. Левін обґрунтовував *принцип психологічної єдності особистості та світу, що її оточує*. Особистість і подія, взаємно заломлюючись, у залежності від психологічної переробки різних обставин життя викликають різні переживання та реакції, структурують дійсність у відповідності з глибиною страждань. Не можна відкидати й індивідуальної історії, яка активно впливає на вибір певної стратегії опанування кризи.

Відомо, що попередні невдачі, стан горя, депресії детермінують відповіді особистості на складну життєву ситуацію. Складні життєві обставини, що не

мають глибинного підґрунтя у вигляді хронічного стресового стану, як вважають дослідники цієї проблеми, трапляються досить рідко (1-9% випадків), тобто зовнішні неприємності, якими б складними та несподіваними вони не були, завжди знаходять підготовлений ґрунт.

У складних життєвих умовах можна виділити конструктивні, неконструктивні та самовражаючі стратегії їх подолання.

Серед популярних стратегій перетворення критичних ситуацій можна назвати *порівняння, що йде донизу*. Деякі люди намагаються порівнювати свій складний стан з тими, хто перебуває у ще гірших умовах, з тими, кому набагато важче. Таке порівняння, що найчастіше виникає стихійно, без усвідомлюваних зусиль, допомагає первинній, поверховій адаптації до нових умов життя завдяки тому, що людина відшукує у собі приховані резерви оптимізму.

Наступна техніка життя у складних умовах – *порівняння, що йде вгору*. Людина порівнює своє сьогодні з учорашнім днем і бачить, що стало трохи краще. Вона відчуває, що може передбачити наступний крок у розвитку ситуації і підготуватись до нього. Потроху відбувається опанування, і рух у позитивний бік стає безумовним.

Техніка так званого *антиципуючого опанування* дає змогу підготуватись до важких випробувань і заздалегідь визначити шляхи запобігання ускладнень. Так, для зменшення тривоги, що її відчуває кожна людина перед операцією, така стратегія є досить вдалою.

Типовий прийом самодопомоги – *передбачений сум*. Він полегшує самоналаштування на можливі випробування і дає змогу завчасно відвернути нещасливий поворот подій. Для деяких типів особистості («білий клоун» – П'єро) ця стратегія виявляється досить природною і конструктивною, тоді як інші типи вважають її самовражаючою.

Відомий прийом зміни ставлення до ситуації – *позитивне тлумачення неприємних, морально тяжких переживань*. Особистість може знайти у ситуації нетривіальний смисл, побачити її у несподіваному ракурсі. Так, Т. де Прес, який вивчав в'язнів нацистських концтаборів, виявив, що ті з них, хто бачив смисл у визначенні можливостей виживання в нелюдських умовах, легше переносили страждання.

Ф. Зимбардо є автором *прийому прийняття ролі*, коли людина навчається тимчасово виконувати не свою роль, а роль «щасливчика» – людини сильної, впевненої, успішної. Але слід зазначити, що тривале виконання ролі, яка не є характерною для людини, вносить небезпечні зміни в особистісні цінності та установки. Серед неконструктивних стратегій, які все ж полегшують внутрішній стан людини, сприяють її адаптації до складних умов, можна назвати *стратегію втечі*. Людина відмовляється від ніби звабних пропозицій, службових підвищень, відчуваючи, що за все це вона надто дорого розплачуватиметься.

У сфері здоров'я існують стратегії, які фокусуються на *емоціях*. Це психологічна боротьба з негативними емоційними станами і болісними

відчуттями, коли людина не хоче помічати симптомів хвороби, намагається оцінювати свій стан з гумором, сподівається на допомогу надприродних сил.

Розповсюджений прийом самозбереження – **техніка заперечення**, тобто відмова визнати, що жахлива подія вже трапилася. Так, людина знає про смерть своєї дитини, але продовжує планувати її майбутнє життя. Р. Ліфтон, який вивчав мешканців міста Хіросіма, які пережили трагедію атомного бомбардування, констатував у більшості з них так зване **«психологічне відключення»**. Заперечення є психологічним бар'єром на шляху руйнівного проникнення трагедії у внутрішній світ людини.

Кризова ситуація переробляється невеликими дозами таким чином, щоб у людини вистачило сил на неї відреагувати.

Серед **самовражаючих стратегій** слід назвати такі руйнівні форми самопомоги, як **уживання алкоголю**, який у певних дозах дійсно ніби полегшує сприйняття ситуації, надає сміливості та оптимізму. Але ефект дуже нестійкий, і подальша регуляція емоційних станів потребує, як відомо, постійного збільшення доз. Ще небезпечнішою є **наркотизація**, яка теж сприяє зняттю напруги, тимчасовому відволіканню від страждань, але її руйнівну післядію важко переоцінити.

Найменш ефективними стратегіями подолання є **уникання та самозвинувачення** в будь-яких варіантах. Людина заплющує очі на те, що відбувається, починає себе картати за те, що сталося і не чекати на краще. Зниження самооцінки, зневіра у себе реально виснажує, забирає таку необхідну енергію. До речі, тривалі самозвинувачення можуть стати причиною психосоматичних розладів та захворювань.

У кризовій психології існує таке поняття, як **біографічний стрес**, яке позначає сумарний ефект усіх стрес-факторів, що впливають на людину протягом певного періоду життя, наприклад, року. Післядія стресогенних факторів накопичується, і врешті-решт зовсім незначна подія може стати останньою краплею перед зривом, виникненням захворювання або кризовим станом. Досліджуючи це явище, Т. Холмс сконструював діагностичну шкалу «Анкета життєвих цінностей», припустивши і довівши залежність між загальною кількістю стресів, що їх людина переживає за рік, та ймовірністю тяжкого захворювання.

Кризу підсилюють і несприятливі життєві обставини: минуле у неблагополучній родині, тяжке дитинство, насильство у родині, незадовільні взаємини з близькими, втрата близьких людей, втрата роботи, суспільне відкидання, важке захворювання, руйнування життєвих планів, ідеалів тощо.

4. Теорії нормативних криз

На своєму життєвому шляху, від народження і до смерті, людина долає вікові нормативні кризи, руйнуючи щось старе і віджилає і відкриваючи для себе нові, раніше недоступні можливості особистісного становлення.

На сьогодні існує багато психологічних теорій (Л. І. Божович, Л. С. Виготський, З. Фрейд, Е. Еріксон та ін.), автори яких стверджують, що

під час свого розвитку людина проходить кілька стадій. При переході від однієї вікової сходинки до іншої виникає так звана вікова криза, або криза розвитку, що пов'язано з системними перетвореннями в сфері соціальних взаємовідносин, діяльності та свідомості.

Слово «криза» підкреслює момент порушення рівноваги, появи нових потреб і перебудови мотиваційної сфери особистості. Але так як в цій фазі розвитку подібний стан статистично нормально, то і ці вікові кризи називаються «нормативними».

Криза – час швидких якісних змін, це критичний момент в житті людини, що знаходиться в ситуації, коли реалізація життєвого задуму неможлива або ускладнена. Л. С. Виготський пише про те, що розвиток – це внутрішньо детермінований процес, який протікає стрибкоподібно: через виникнення і вирішення внутрішніх конфліктів, криз. З його точки зору, криза є періодом якісних змін в людині, це рух вперед, результатом чого є перехід особистості на нову, більш високу ступінь розвитку. Разом з тим криза одночасно містить і негативний компонент – розпад сформованої соціальної ситуації, руйнування певної структури розвитку, виникнення нової. Як вважає Л. С. Виготський, в кризові періоди «на перший план висувуються процеси відмирання і згортання, розпаду і розкладання того, що утворювалося на попередній стадії».

На думку Еріксона, людина протягом життя переживає **вісім психосоціальних криз**, специфічних для кожного віку, сприятливий або несприятливий результат яких визначає можливість подальшого розквіту особистості.

Деякі психологи (С. Л. Рубінштейн, А. В. Запорожець) бачать у кризах негативне, девіантний прояв, вони вважають, що нормальний розвиток людини цілком можливий без проходження криз.

Отже, **криза – це «вузловий період»**. Вона не має часових меж. *Умовно – це коли людина збирає речі у вузлик і зберігає їх, готуючись до смерті. Вона існує як би в двох світах. Деякі більше собі дозволяють, прагнуть отримати те, чого у них не було. Звідси пізня любов, творчість, велика свобода. Криза по визначенню означає «розвилку на дорозі» або поворотну точку. Це мається на увазі напружений, тривожний стан, який не може переноситися нормально. Криза обмежена в часі: щось повинно змінитися, не можна залишатися в кризі постійно.*

Криза в житті – це завжди неприємно, людина вибивається зі звичного ритму. Криза – це не безвихідь, а деякі протиріччя, які накопичуються у людини. Всі життєві кризи подібні матрешці. Важко, коли людина не виходить з чергової кризи, а накопичує їх. Множинні кризи, на жаль, досить звичайні і з високою ймовірністю викликають дуже серйозні проблеми. *Перш ніж завершиться пристосування до першого стресору, подальший розвиток кризи вимагає витрачання ресурсів, які і без того вже досить виснажені. Численні трагічні події не обов'язково ведуть до психологічних порушень, але підвищують їх ймовірність більше, ніж одиночна криза.*

Кожна криза характеризується індивідуальним і, властивими тільки їй ознаками, відповідно, використовуються різні види допомоги та вибираються різні профілактичні заходи. Інтервенція, чи втручання під час кризи, здійснюється за певними принципами, виходячи з особливостей даної кризи. На відміну від травматичних криз, коли серйозна психологічна травма пов'язана з травматичною ситуацією, кризи розвитку і життєві кризи розгортаються протягом певного періоду.

У типових випадках тривалість психологічної кризи обмежується терміном від одного до шести тижнів. *Успішний результат психологічної кризи сприяє підвищенню адаптаційного рівня індивіда, включаючи його здатність протистояти кризам в майбутньому. Негативний результат кризового стану веде до суїцидальної поведінки або до патологічної дезадаптації індивіда, що виражається у виникненні окреслених психопатологічних станів і розладів.*

Можна умовно виділити наступні стадії таких криз:

- 1) розвиток кризової проблематики;
- 2) пік проблеми;
- 3) криза.

Травматичні ситуації можуть бути *нетривалими, але дуже інтенсивними по впливу (автомобільна аварія, звалтування і т. п.), або тривалими або регулярно повторюваними (бойові дії, що повторюється фізичне насильство тощо).*

1. Розвиток кризової проблематики можна описати двома варіантами:

а) накопичення невирішених, другорядних проблем в кінці кінців досягають кризової точки. Незначна остання проблема зазвичай є тією краплею, яка переповнює чашу терпіння;

б) людина очікує важливого, центральної події, якої неможливо уникнути реально або за її уявленнями.

У процесі наближення цієї події розвивається криза. *Як приклад можна привести наближення важливого іспиту, який необхідно здати, щоб продовжити навчання; тяжку хворобу з передбачуваними смертельними наслідками; настання менопаузи; період, коли діти покидають рідну домівку; Вихід на пенсію.*

На стадії розвитку кризи людина постійно думає про те, що проблема ускладнюється, вона згадує про неї часто і мимоволі; як наслідок, можуть виникати тривожні симптоми: відчуття, що «серце пішло в п'яти», Сильне серцебиття, розлади сну. Наближення події приймає неясний обрис у вигляді непереборного бар'єру або неминучої загрози.

2. Пік проблеми. Страх перед тяжкістю проблеми може бути настільки сильним, що, коли людина досягає свого піку, то у неї не залишається психологічних ресурсів (вирішальна ситуація – іспит, смерть, розлучення, втечу з будинку, втрата роботи тощо). Це все робить величезний тиск на людину, яка вже вичерпала більшу частину психологічних сил.

3. Криза (після події). Оскільки для кризи характерно відчуття нестерпності того, що відбувається, людина напружує всі свої сили, щоб якимось чином змінити ситуацію, вирішити проблему всіма відомими способами. Якщо ж кризова ситуація набула травмуючого характеру, то наступна криза схожа на травматичну.

Криза може викликати **негативні наслідки**, які стосуються стану самої особистості і роблять її вразливою в житті:

- припинення розвитку особистості, початок деградації;
- психічна і фізіологічна дезорганізація особистості;
- зниження активності і ефективності діяльності;
- стан сумніву, психічної пригніченості, тривожності і залежності людини від інших людей і обставин, загальна депресія;
- поява агресії або, навпаки, покірності в поведінці людини в якості захисних реакцій на внутрішньо особистісний конфлікт;
- поява невпевненості в своїх силах, почуття неповноцінності і нікчемності;
- руйнування змістовних життєвих цінностей і втрата самого сенсу життя.

Негативними наслідками кризи, що стосуються внутрішньої структури особистості та її взаємодії з іншими людьми, можуть бути:

- деструкція існуючих міжособистісних відносин;
- несподіване відокремлення особистості в сім'ї, мовчання, відсутність захопленості, взагалі все те, що в психології отримало назву «відступу»;
- підвищена чутливість до критики;
- лякає інформація - критиканство, лайки, демонстрація своєї переваги;
- «ненормальне» поведінку і неадекватна реакція на поведінку інших;
- несподівані, нелогічні питання, а також відповіді невпопад, що призводять співрозмовника в замішання;
- жорсткий формалізм - буквоїдство, формальна ввічливість, стеження за іншими;
- пошук винних – звинувачення інших у всіх гріхах або, навпаки, самобичування.

Криза призводить до природного в цій ситуації егоцентризму, очікуванню виняткової уваги до себе, нечуйності до близьких. Все це ще більше ускладнює коло проблем особистості. В такому випадку дезорієнтація, пов'язана з необхідністю змінити уявлення про самого себе, зорієнтуватися в нових очікуваннях, вимогах, призводить до труднощів в сприйнятті навколишнього оточення. Реальність втрачає звичну ясну картину, стає рухомий, нечіткої, розпливчастою.

Серед позитивних наслідків криз можна виділити наступні:

- 1) мобілізація ресурсів особистості для подолання існуючих перешкод її розвитку;
- 2) активізація самопізнання та вироблення адекватної самооцінки;
- 3) загартовування волі і зміцнення психіки;
- 4) продукування саморозвитку і самоактуалізації особистості;

5) набуття відчуття повноти життя, її внутрішнього багатства.

В цьому плані подолання криз дозволяє насолодитися перемогою над самим собою, коли людина реально «Я» хоча б на трохи наближає до свого ідеального «Я».

У природі кожної людини виявляється здатність протистояти тиску недосконалих, дисгармонійних норм, стереотипів, шаблонів. Дослідження здатності людей піднятися над життєвими умовами дозволяють затвердити положення про те, що людині еволюційно притаманні конструктивні сили. Ці сили спонукають його енергійно протидіяти несприятливим соціальним впливам, прагнути створити нові суспільні відносини. Люди завжди вільні зробити вибір - чи створювати себе як активного діяча або пристосуватися до становища раба і заплатити за це регресією своїх моральних та інтелектуальних сил.

5. Поняття про вікові кризи та періодизацію вікового розвитку

Життя кожної людини складається з певних періодів, етапів, стадій. Стан, що виникає з моменту завершення певного вікового етапу і триває до утворення іншого, переживається як важкий, хворобливий, кризовий. Такі кризи в психології мають назву вікових.

Вікова криза – нормативний, нестабільний процес, який виникає під час переходу людини від одного вікового періоду до іншого і пов'язаний з якісними перетвореннями у соціальних відносинах, діяльності, свідомості та виявляється в цілісних психічних і особистісних змінах. У процесі онтогенезу людина долає ряд вікових періодів, під час яких змінюються її фізіологічні, морфологічні, біохімічні, соціально-психологічні особливості.

Ці періоди є певними епохами, циклами, ступенями розвитку. Загальні закони розвитку в кожному віці мають специфічні особливості. Визначити межі вікових періодів досить складно, оскільки існують різні погляди щодо критеріїв виокремлення вікового періоду (інтенсивність росту, ступінь розвитку нервової системи тощо). Крім того, за основу вікової періодизації не може бути взятий один критерій. Кожен вік характеризується певним рівнем досягнень у психічному розвитку, а також конкретною соціальнопсихологічною ситуацією, в якій відбувається розвиток особистості. Динаміка розвитку виявляється як у стабільних, так і в перехідних періодах. Переломи, різкі перебудови, повороти у становленні особистості є необхідним результатом діалектичності розвитку. Однією з характеристик вікового періоду є наявність кризи.

Традиційно психологія описувала **кризи** як різко негативні процеси відмирання і згортання, розпаду і розкладу сформованого на минулому ступені, зниження темпу розвитку, підвищення вразливості, внутрішньої нестійкості; як найнебезпечніші та складні періоди, що потребують особливої уваги. Однак, за словами Л. Виготського, негативний характер розвитку у ці періоди є тільки зворотною або тіньовою стороною позитивних

змін особистості, що складають основний зміст критичного віку, адже старе руйнується лише настільки, наскільки це необхідно для розвитку нового.

Отже, у переламні вікові періоди основне значення мають глобальні позитивні перебудови у системі самої особистості. Кожен віковий період завершується кризою, а вихід з неї – виникненням новоутворень, переходом до наступної стадії розвитку.

У сучасній психології використовують наступну *періодизацію вікового розвитку* (Виготського-Ельконіна), що побудована на основі критерію провідної діяльності:

1. Пренатальний період – від зачаття до пологів.
2. Натальний період – пологи.
3. Період новонародженості – від народження до 2-х місяців.
4. Вік немовляти – від 2-х місяців до 1-го року.
5. Ранній дитячий вік – від 1-го до 3-х років.
6. Дошкільний вік – від 3-х до 6/7-ми років. Його поділяють на:
 - молодший дошкільний вік – 4-й рік;
 - середній дошкільний вік – 5-й рік;
 - старший дошкільний вік – 6/7-й рік.
7. Молодший шкільний вік (зріле дитинство) – 1–4 класи (від 6/7-ми до 10/11-ти років).
8. Дорослішання:
 - підлітковий (середній шкільний) вік – 4–8 класи (від 11-ти до 14-ти років) у дівчаток, 5–9 класи (від 12-ти до 15-ти років) у хлопчиків;
 - рання юність (старший шкільний вік) – 10-11 класи (від 15/16-ти до 17/18-ти років);
 - зріла юність – від 18-ти до 20-ти років.
9. Дорослість:
 - рання дорослість – від 20-ти до 40-ка років;
 - зріла дорослість – від 40-ка до 60-ти років.
10. Старість – після 60-ти років.

У межах кожного вікового періоду спостерігаються великі індивідуальні відмінності, які є результатом впливу умов життя, характеру активності, виховання, природних та індивідуальних відмінностей. Хронологічні межі вікових періодів відносні, потребують уточнення, що зумовлене психічними, особистісними, статевими, соціально-економічними та історичними чинниками.

6. Вікові кризи дитинства

Виділяють наступні вікові кризи дитинства.

Криза новонародженості – проміжний період між внутрішньоутробним та позаутробним способом життя. Відбувається перехід до нового типу функціонування, який забезпечується тільки дорослими, оскільки на момент народження у дитини немає ні єдиного сформованого поведінкового акту. Перша соціальна потреба дитини виявляється у «комплексі поживлення»,

який є основним новоутворенням критичного періоду і виникає з позитивної реакції дитини на обличчя матері. Це і перший поведінковий акт, і акт виділення дорослого, і перший акт спілкування. Комплекс пожвавлення знаменує собою завершення періоду новонародженості та початок періоду немовляти. Л. Виготський виділяє два суттєві моменти, що характеризують своєрідність психічного життя новонародженого: переважання недиференційованих переживань і недиференціація соціальних та фізичних об'єктів.

Криза першого року життя пов'язана, по-перше, зі становленням ходи, по-друге, з мовленням (латентний період становлення мовлення), потретьє, з особливостями прояву афектів і волі (перші акти протесту, опозиції, протиставляння себе іншим). Ця криза обумовлена руйнуванням необхідності емоційної взаємодії дитини з дорослим і проявляється в плаксивості, похмурості, інколи в порушенні сну, втраті апетиту тощо.

Головною ознакою кризи першого року є різке зростання незалежності дитини від дорослих, загострюються переживання та чутливість до різноманітних впливів. Важливим є встановлення соціальних зв'язків дитини з усіма членами сім'ї. Усе це зумовлює появу почуття довіри немовляти до об'єктів навколишнього світу.

Подолання кризи першого року життя зумовлює подальший розвиток дитини. На цьому етапі відбуваються перехід від біологічного до соціального типу розвитку, оволодіння «діалогом» із дорослим, значні зрушення у пізнавальному розвитку (розпізнавання інформації на основі оперативних одиниць сприймання і сенсорних еталонів, розвиток упізнавання та оперативної пам'яті), формування мовлення, структур взаємодії з предметами та оточуючими людьми, розширення соціальної ситуації розвитку завдяки оволодінню ходом, прояв перших афективних реакцій. Усвідомлюючи значущість кризового періоду в житті дитини, дорослі повинні вчасно перебудувати стосунки з нею, надати їй більше свободи і самостійності.

Криза трьох років – криза соціальних відносин, яка зумовлена встановленням самосвідомості дитини.

Найважливішими ознаками цієї кризи є:

- негативізм як негативна реакція дитини, відмова підкорятися вимогам;
- упертість як реакція дитини на власне рішення, що виявляється у наполяганнях на своїх вимогах, рішеннях;
- непокірність є близькою до негативізму та впертості, однак має більш генералізований та безособовий характер. Найчастіше вона постає як протест проти порядків, заборон, звичаїв, що панують удома;
- свавілля як прагнення звільнитися від опіки дорослого, намагання діяти самостійно. Частково воно нагадує кризу першого року, але тоді немовля прагнуло фізичної самостійності. Тепер його метою є досягнення самостійності у здійсненні намірів та задумів;
- знецінення дорослих (дитина починає сприймати їхні слова та вчинки крізь призму своїх інтересів);

- протест як бунт проти батьків, налаштованість на суперечку з ними;
- деспотизм (дитина різноманітними способами та засобами демонструє деспотичну владу щодо всього оточуючого. Найчастіше це відбувається у сім'ях з єдиною дитиною).

Кризі трьох років властиве руйнування попередніх стосунків дитини з дорослими, яких вона починає сприймати як носіїв зразків дій і стосунків у навколишньому світі. Дитинство зі світу, обмеженого предметами, у цей період перетворюється на світ людей. У дитини з'являється прагнення до самостійної діяльності, самостійного задоволення своїх потреб («Я сам»).

У результаті подолання кризи трьох років виникають такі важливі психічні новоутворення, як порівняння себе з іншими людьми; прагнення до самостійної діяльності, подібної на діяльність дорослих; тенденція жити спільним життям із дорослими.

Прагнення бути як дорослий може знайти найповніше втілення тільки у формі гри. Тому криза трьох років розв'язується завдяки переходу дитини до ігрової діяльності. Ця криза є короткочасною, але пов'язані з нею новоутворення (прагнення самостійності, відокремлення себе від дорослих, бажання наслідувати їхні дії) є важливим кроком у психічному розвитку дитини.

Криза семи років. Діти 6–7-річного віку у зв'язку із загальним (психічним та особистісним) розвитком виявляють виразне прагнення посісти нове, більш значуще становище у житті, виконувати нову, важливу не лише для них діяльність. Реалізуючи це прагнення, вони вступають у суперечність зі стилем свого життя, їх перестає тішити гра.

Дошкільний період закінчується кризою семи років. Вона проявляється у втраті дитячої безпосередності, замкнутості, дещо штучній поведінці, клоунаді, кривлянні й маніженні. Дитина починає диференціювати внутрішню і зовнішню сторони своєї особистості, усвідомлювати зміст своїх переживань, узагальнювати їх. Ще однією ознакою кризи семи років є симптом «гіркої цукерки»: дитині погано, але вона цього не показує. Дорослі опиняються перед новими труднощами у вихованні, бо дитина стає важкокерованою, а часом і взагалі некерованою.

Основою цих проявів є узагальнення переживань. Це означає, що у дитини сформувалося нове внутрішнє життя – життя переживань, яке прямо і безпосередньо не накладається на її зовнішнє життя, але впливає на нього. Надалі спрямування поведінки здійснюватиметься саме у внутрішньому плані.

Майже всі діти 6-7-річного віку готові до навчання і хочуть іти до школи, у багатьох, однак переважає зовнішня мотивація. Саме в цьому прагненні закорінені можливості подолання кризи семи років, адже вступ до школи засвідчує перехід до нової, суспільно значущої та суспільно оцінюваної діяльності – навчання. Важливо, щоб ці зміни у житті дитини узгоджувалися з її внутрішніми потребами.

7. Вікові кризи дорослішання та дорослості

Виділяють наступні кризи дорослішання та дорослого періоду життя.

Криза підліткового віку. Підлітковий вік є першим перехідним періодом від дитинства до дорослості. Якісні зміни, що відбуваються в інтелектуальній та емоційній сферах особистості (інтенсивний, нерівномірний розвиток і ріст організму, особистісні новоутворення та ін.), породжують новий рівень її самосвідомості, потреби у самоствердженні, рівноправному і довірливому спілкуванні з ровесниками та дорослими. Інтенсивний статевий розвиток зумовлює виникнення статевого потягу і пов'язані з ним переживання та інтереси.

Усе це є підставою для виділення кризи підліткового віку.

Підліткова криза проходить три фази:

- негативну (передкритичну) – фаза ламання старих поглядів,
- стереотипів, структур;
- апогей кризи (як правило – це тринадцять років);
- посткритична фаза – період формування нових стереотипів і побудови нових структур.

Виділяють два прояви підліткової кризи:

– криза незалежності. Симптоми: норовистість, упертість, негативізм, примхливість, знецінювання дорослих, заперечення їхніх вимог, протест-бунт, ревності тощо;

– криза залежності. Симптоми: надмірна слухняність, регрес до старих інтересів, смаків та форм поведінки.

До окремих проявів підліткової кризи слід віднести: негативізм як негативна установка до всього оточуючого (суб'єктивні переживання: пригнічений стан, туга та ін.); інтелектуалізація як спосіб психологічного захисту, що виявляється у поглибленні у філософські питання (суб'єктивні переживання: почуття занепокоєння, тривога та ін.); здатність до аналізу оточуючих та самого себе у поєднанні з егоцентричністю (суб'єктивні переживання: незадоволеність собою та іншими); депресія як результат дорослішання (дитинство скінчилося, а дорослим ще не став) або як наслідок життєвих невдач (нерозуміння дорослими, обмеження потенційних можливостей тощо); суб'єктивні переживання: спустошеність, байдужість, суїцид.

За несприятливих соціально-психологічних умов виникають труднощі у розвитку особистості, зокрема формування акцентуації характеру. Знання дорослими особливостей цього вікового періоду дає їм змогу ефективно керувати психічним та особистісним розвитком підлітків, попереджувати і долати труднощі та проблеми віку.

Криза юнацького віку. Юність є початком дорослого життя. Це період завершення фізичного дозрівання організму і завершальний етап початкової соціалізації особистості. Закінчуючи школу, старшокласник повинен бути соціально і психологічно готовим до вступу в доросле життя. Ця готовність полягає в наявності здібностей, знань, умінь і навичок, які дали б змогу реалізуватися йому в суспільстві як неповторній особистості.

Несформованість цієї готовності призводить до виникнення кризи юнацького віку. На думку К. Юнга, кризовим моментом цього періоду є зіткнення молоді людини з вимогами реального життя, яке не завжди збігається з власними уявленнями про нього.

Криза юнацького віку протікає не менш гостро, ніж підліткова. Симптомами даної кризи є: різного роду страхи (страх перед новим життям, можливістю зробити неправильний вибір, страх відповідальності за зроблений вибір та ін.), висока тривожність, невротичні реакції, хронічні захворювання та ін.

Виділяють наступні кризи юнацького віку:

- криза нестійкої ідентичності як втрата орієнтирів у самому собі;
- криза інтимності, що супроводжується стереотипними міжособистісними стосунками та відчуттям самотності і непотрібності.

Криза юнацького віку зазнає значного впливу підліткової кризи. Юнацьку кризу переживають ті молоді люди, які у підлітковому віці не досягли ідентичності і знаходяться у статусі табу, мараторію, тобто у пошуку себе. Тому психологічної підтримки потребують, як правило, останні, оскільки виникає необхідність вирішувати проблеми двох криз одночасно.

Криза 30-ти років (криза середини життя). Криза 30-ти років – умовна назва. Цей стан може наступити і раніше, і пізніше. Перед людиною постає завдання – знайти себе у нових життєвих обставинах, вимірюючи масштаб своєї особистості з новими перспективами. Переживаючи кризу 30-ти років, людина шукає можливості укріпити своє місце у дорослому житті, підтвердити свій статус дорослого. На цьому періоді життя людина впевнена, що можливим є повна реалізація усіх її цілей і бажань. Для даної кризи характерним є: поглиблений самоаналіз, зміна уявлення про своє життя, руйнування попереднього способу життя, переоцінка цінностей та ін. Кризу 30-ти років нерідко називають кризою сутності життя. Ці пошуки, як і вся криза в цілому, знаменують перехід від молодості до зрілості. Спостерігаються гендерні відмінності у переживанні кризи 30-ти років. Для чоловіків характерним є професійні та особистісні зміни, але пріоритети сконцентровані на кар'єрі. У жінок пріоритети змінюються на протилежні: ті, хто будував кар'єру, замислюються про родину та дітей; тих, хто був орієнтований на сім'ю, починають приваблювати професійні цілі.

Криза 40-ка років. Вона є повторенням кризи 30-ти років, якщо остання не призвела до належного рішення проблем. Цей період є критичною оцінкою та переоцінкою того, що було досягнуто до цього часу. На жаль, ця переоцінка призводить до розуміння того, що життя пройшло безрезультатно і часу для змін вже немає. Для даної кризи характерним є: депресія, тривожність, невротичні розлади. Криза 40-ка років нерідко викликається і загостренням сімейних відносин (діти, як правило, підрастають і починають жити своїм життям, помирають деякі близькі родичі і родичі старшого покоління, втрата безпосередньої участі в житті дітей сприяє остаточному усвідомленню характеру подружніх відносин та ін.). Проблемами кризи також є убування

фізичних сил та зменшення сексуальної привабливості. У разі виникнення кризи 40-ка років, людині знов доводиться перебудувати свій життєвий задум, виробляти нову «Я-концепцію». Ця криза може серйозно змінити життя людини аж до зміни професії і створення нової сім'ї.

За К. Юнгом, *криза 40–45-ти років* – це зустріч людини зі своїм підсвідомим. Цю кризу називають ще періодом розходження шляхів: один шлях - поступова психічна інволюція (разом із фізичною), інший – психічна еволюція. Який шлях обере людина, залежить від її духовного розвитку. Успішне подолання кризи призводить до формування у людини генеративності (продуктивності) як прагнення подальшого розвитку.

Криза похилого віку. Останній період життя людини називається старістю, який супроводжується певними віковими проблемами. Дослідники вважають, що досягаючи в зрілості свого розквіту і піку професійної продуктивності, людина припиняє свій розвиток, зупиняється в підвищенні своєї професійної майстерності, творчого потенціалу тощо. Потім настає спад, поступове зниження професійної продуктивності: все краще, що людина могла зробити в своєму житті, залишається позаду, на вже пройденому відрізку шляху.

У процесі старіння виділяють три стадії: «*відхід від справ*» (65-70 років), *старість* (70 років та більше), *дряхлість*. Криза похилого віку характеризується наступним: вихід на пенсію, почуття власної непотрібності, погіршення матеріального становища, усамітнений спосіб життя, втрата друзів та близьких тощо. Доведено, що переважна більшість випадків передчасного старіння і смерті є наслідком неправильного способу життя (шкідливі звички, незбалансоване харчування, алкоголізм, куріння тощо).

Загальновідомо, що одні люди зберігають до глибокої старості фізичну активність, бадьорість, зовнішню привабливість, веселий настрій та оптимізм. Інші ж – похмурі, бездіяльні, невдоволені собою та оточуючими. Психічне вмирання прискорює фізіологічне, тому люди, яким вдалося надовго зберегти психічну активність, продовжують свої зрілі роки і роки ранньої старості. Кожна людина сама обирає та виробляє свій власний спосіб старіння.

Висновки.

1. Отже, впродовж життя людина долає велику кількість вікових нормативних криз. Це стає переломним моментом у житті, руйнується щось старе і віджиле і з'являються нові, раніше недоступні можливості особистості. Тому необхідно знати і розуміти природу життєвих криз, їх причини виникнення, способи реагування та подолання психікою.

2. На своєму життєвому шляху, від народження і до смерті, людина долає вікові нормативні кризи, руйнуючи щось старе і віджиле і відкриваючи для себе нові, раніше недоступні можливості особистісного становлення. Де криза – час швидких якісних змін, це критичний момент в житті людини, що знаходиться в ситуації, коли реалізація життєвого задуму неможлива або утруднена.

Тема 6. Поняття психологічного та кризового консультування. Особистість консультанта.

1. *Поняття психологічного консультування.*
2. *Сфери застосування психологічного консультування.*
3. *Принципи та умови психологічного консультування.*
4. *Види психологічного консультування. Кризове консультування, його принципи.*
5. *Види та форми кризового та екстреного втручання.*
6. *Особистість консультанта та вплив на неї професійної діяльності.*
7. *Модель ефективного консультанта.*
8. *Помилки психолога в процесі консультативної взаємодії.*
9. *Професійний етикет консультанта.*

Вступ.

Широке впровадження психології у практику закономірно сприяє розвитку тих її галузей, що традиційно визначаються як методи психологічного впливу. Серед них одне з найважливіших місць, безумовно, посідає психологічне консультування. Конкретно й чітко визначити цей вид діяльності або однозначно вказати сфери його застосування важко, оскільки слово «консультування» вже давно стало родовим поняттям для різних видів консультативної практики. Так, фактично в будь-якій сфері, де не можна обійтися без психологічних знань, тією чи іншою мірою застосовується консультування як одна з найбільш ефективних форм роботи.

1. Поняття психологічного консультування

На сьогодні поняття «консультування» не має єдиного визначення.

Поперше, це пов'язано з широким використанням термінів «консультація» і «консультування» у різних галузях і сферах людської діяльності. Консультація (від лат. *consultatio* – порада) може означати і вид навчального заняття – додаткова допомога викладача учням у засвоєнні предмету; і нарада фахівців з будь-якого питання; і назви установ, що надають допомогу населенню порадами фахівців (юридична консультація, дитяча (лікувальна) консультація, профконсультація); і, нарешті, консультація – порада, що надається фахівцем.

По-друге, консультуванням як наданням поради чи допомоги може займатися практично кожна досвідчена людина (батьки, подружжя, колеги по роботі, вчителі, сусіди, друзі та ін.).

Термін «консультування» у практиці надання психологічної допомоги застосовується у таких аспектах:

– як особливий вид допомоги, як деякий репертуар можливих дій і як психологічний процес;

– як особливий вид допомоги.

Прихильники теорії і практики особистісно-центрованого консультування вважають, що надання допомоги психологом не тільки

необхідна, а й достатня умова того, щоб із клієнтом відбулися конструктивні зміни. Надати допомогу можна шляхом емпатійного розуміння, уважного ставлення до потенційної можливості клієнта самому будувати своє життя, конгруентності або дійсності (щирості), а також «активного слухання» чи «слухання в поєднанні з винагородою», як деякий репертуар можливих дій. Психологи-консультанти у своїй професійній діяльності використовують визначений репертуар специфічних впливів, що відображають їхню теоретичну орієнтацію (наприклад: психоаналітичні впливи, раціонально-емотивні поведінкові впливи, гештальт-впливи).

Основна мета *психологічного консультування* – це надання психологічної допомоги, тобто розмова із психологом повинна допомогти людині у вирішенні її проблем і налагодженні міжособистісних стосунків з оточуючими. Але відповісти однозначно на питання, у чому саме і як ця психологічна допомога повинна надаватися, не так просто. Власне кажучи, людині, що побувала на прийомі у фахівця, повинно стати краще, ніж було «до того», і якщо вона дійсно почуватиме себе краще, – то це може бути критерієм того, що допомогу було надано.

Але насправді все зовсім не так просто. Трапляється, що після консультації клієнтові здається, що його не зрозуміли й не оцінили, але проходить час, і та ж сама людина починає усвідомлювати, що багато чого з того, що обговорювалося з консультантом, було сприйнято останнім абсолютно вірно й у результаті клієнт уже спроможний переоцінити щось у самому собі. Якщо зустрічі з клієнтом продовжуються, то й консультант може раптом зауважити: те, що в його інтерпретації пацієнт спочатку не почув і не сприйняв, пізніше він все одно взяв на озброєння, вибудовуючи стосунки з оточуючими людьми в різних життєвих ситуаціях.

З викладеного вище випливає, що, незважаючи на те, що задоволення запитів клієнта і вважається найважливішим показником ефективності психологічного консультування, особливості роботи психолога значною мірою залежать від характеру проблем клієнта. Так, людина, яка переживає втрату або горе, може й повинна розраховувати на те, що завдяки консультації її самопочуття поліпшиться. В іншій же ситуації полегшення емоційного стану може не бути безпосередньою метою консультанта: адже часом, навіть відчуваючи, що бесіда із психологом була, безсумнівно, корисною, клієнт може почати переживати свої проблеми набагато болючіше й гостріше, оскільки відчуття власної провини й відповідальності, що прийшло разом з розумінням того, що відбувається, аж ніяк не є легким або приємним.

Завдання консультанта – визначити, які впливи варто застосовувати у кожному конкретному випадку і яка ймовірність їх успіху – як психологічного процесу. На це вказує фундаментальний зв'язок консультування з психологією.

По-перше, цілі консультування пов'язані з *дієвим позитивним впливом на свідомість людини*: різною мірою всі консультаційні підходи фокусуються на конструктивній зміні почуттів, думок та поведінці людини.

По-друге, *процес консультування є психологічним*, оскільки має активний характер, передбачає обмін думками між консультантами і клієнтами та розвиток їх розумових процесів. Крім того, значна частина інформації, отриманої при консультуванні, залишається у свідомості клієнтів в інтервалах між заняттями, а також у періоди, коли клієнти намагаються допомогти собі самі після закінчення консультування.

По-третє, *основні теорії, з яких «вирастають» цілі консультування і впливи, що використовуються в ньому, є психологічними*.

По-четверте, значний внесок у створення теорій консультування зробили фахівці, що проводять психологічні дослідження; крім того, *результати психологічних досліджень* використовуються при оцінці процесів консультування та його результатів.

Традиційно **психологічне консультування** розглядається як процес, спрямований на допомогу людині у вирішенні (або у пошуку шляхів вирішення) проблем і труднощів психологічного характеру.

Існують три основні напрямки психологічного консультування:

- *проблемно-орієнтоване консультування*, яке фокусується на аналізі сутності внутрішніх і зовнішніх причин проблеми, пошуку шляхів її вирішення;

- *особистісно-орієнтоване консультування*, спрямоване на аналіз індивідуальних, особистісних причин виникнення проблемних і конфліктних ситуацій, шляхів запобігання їх у майбутньому, а також сприяє особистісному зростанню клієнта;

- *консультування, орієнтоване на рішення, спрямоване на виявлення ресурсів для розв'язання психологічної проблеми* (короткострокова позитивна терапія, нейролінгвістичне програмування, психотерапія нового рішення тощо).

2. Сфери застосування психологічного консультування.

Сферами застосування психологічного консультування є:

1. *Психічний та духовний розвиток дитини.* Спеціальними проблемами тут є, зокрема, психологічна допомога дитині в подоланні комплексу Едіпа, задоволення емоційних запитів у набутті особистісної ідентичності в процесах культурного, етнічного та етичного самовизначення; психологічна допомога в уникненні емоційних травм при усвідомленні невідворотності смерті або у випадку втрати батьків та близьких родичів, сприяння у виробленні стійких ціннісних та моральних норм, особливо в критичний період розвитку тощо.

2. *Екзистенційні та особистісні проблеми підлітка.* Головний напрямок роботи в цій галузі – допомога в подоланні кризи психологічного відокремлення від батьків та ідентифікація підлітка з іншими значущими для нього особами. Насправді психолог-консультант стикається тут з усім можливим спектром проблем підліткового віку – почуттям неповноцінності, усвідомленням обмежених можливостей батьків, сексуальними проблемами,

боротьбою за особистісний та соціальний статус, процесами трансформації інфантильної, релігійної свідомості та ін.

3. *Шлюб та сім'я*. Інститут подружнього життя залишається однією з найнасиченіших сфер діяльності психологів-консультантів та сімейних психологів. Подружні та батьківські конфлікти, сімейні кризи, стосунки в родині – звичні проблеми в цій сфері. Традиційні вже 50 % розлучень у перших шлюбах на додачу до звичних проблем дошлюбного консультування, звичайної сімейної та подружньої психотерапії за останні десятиліття висувають на одне з найважливіших місць також проблематику психологічної допомоги розлученим, незаміжнім та неодруженим, так само як і консультування та психологічну підтримку під час укладання нових шлюбів. Причому в США та деяких інших країнах, наприклад, до цього додаються психологічні проблеми під час укладання шлюбів між особами різних конфесій.

4. *Проблематика психічного та особистісного здоров'я*. Традиційна превентивна та поточна допомога у випадках психічних та соматичних захворювань, душевних та духовних страждань, пов'язаних з розладами настрою, алкоголізмом, наркоманією, життєвими стресами, конфліктами, граничними станами тощо.

5. Окремою глибоко розробленою галуззю психологічного консультування є така важлива й майже повністю відсутня у нас сфера діяльності, як *психологічна допомога помираючому та психотерапія неоправданого лиха*. В американській психотерапії тільки за останні кілька років з'явилося більш як 700 праць, що висвітлюють цю одну з найскладніших проблем психологічного консультування.

6. *Проблеми похилого віку*. Вироблення адекватного віку світосприйняття, задоволення емоційних запитів літніх людей, відгук на актуальні релігійні проблеми, регулярний патронаж та консультування в організації відповідного стилю й способу життя – усе це звичайний перелік турбот психологічної опіки на Заході. Будемо сподіватися, що колись так буде й у нас.

7. *Місця ув'язнення, лікарні, казарми, студентські містечка* – давно вже освоєні галузі психоконсультативної роботи, де проблеми особистості, спілкування, психічного стану, а також духовності є настільки ж звичними, наскільки й такими, що вимагають постійних зусиль у цій галузі.

8. *Психологічна допомога та підтримка в кризових ситуаціях* – це консультування рідних та близьких у випадках несподіваної смерті, спроби суїциду, згвалтування, зради, втрати коханої людини, роботи тощо.

9. *Шкільне консультування*, що охоплює проблеми стосунків учителя та учня, учнів між собою, питання стосунків з батьками, шкільної успішності, розвиток здібностей, відхилення в поведінці та ін.

10. *Професійне консультування* передбачає як звичайне орієнтування при виборі тієї чи іншої професії, так і приватні питання: як скласти «резюме», як і де отримати іншу професію, де знайти роботу відповідно до своїх можливостей та ін.

11. *Психологічна допомога, що стосується крос-культурної проблематики:* бар'єри в адаптації, подолання етнічних забобонів та стереотипів в емігрантів, нарешті, самостійна проблема підготовки консультантів для роботи з етнічними меншинами, що виключає небезпеку ставлення професіонала до клієнта не як до особи, а як до представника етносу або раси.

12. *Управлінське консультування (консультування в організаціях)* започатковано в 70-ті роки. І понині цей вид суспільно-психологічної допомоги має широкий спектр можливостей, що передбачають допомогу в прийнятті управлінських рішень, тренінг комунікативних умінь, відстежування та розв'язання конфліктів, робота з персоналом та ін.

3. Принципи та умови психологічного консультування

У багатьох професіях існують свої принципи й вимоги, реалізація яких є обов'язковою для фахівців. Так, у ряді країн світу існують етичні кодекси психолога, що визначають діяльність професіонала. Для тих же, хто безпосередньо працює з людьми у сфері психологічного впливу, ці норми ще жорсткіші й суворіші; вони накладають на психолога практика ще більше вимог та обмежень.

Недотримання професійних принципів і вимог у деяких країнах може призвести до того, що психолога позбавляють диплома, права на практику, ліцензії тощо. У нашій країні, зрозуміло, очікувати, що за недотримання професійних принципів і вимог консультанта буде покарано, поки що не доводиться: для цього немає необхідних умов – йдеться, зокрема, про організоване професійне співтовариство, юридично узаконені ліцензії й дозволи на практику, уніфіковану систему підготовки тощо. Але варто пам'ятати, що існують певні принципи поведінки психолога-консультанта і що дотримання їх не лише забезпечує етичність професійної діяльності, а і є запорукою успішності психологічного впливу.

Для забезпечення *результативності та ефективності психологічного консультування* необхідно дотримуватися таких його **принципів**:

– *принцип доброзичливого й безоцінного ставлення до клієнта*, що передбачає вияв емоційної теплоти й поваги, вміння прийняти клієнта таким, яким він є, не оцінюючи й не засуджуючи його норми і цінності, стиль життя і поведінку;

– *принцип забезпечення конфіденційності зустрічі*, що означає зберігання психологом у таємниці всієї інформації, що стосується клієнта, його особистих проблем і життєвих обставин (крім випадків, передбачених законом, про що клієнт попереджається психологом заздалегідь);

– *принцип добровільності*, що означає добровільне звернення клієнта до психолога, оскільки суб'єктивно відчуває труднощі у своєму житті та мотивований до сприйняття психологічної допомоги;

– *принцип професійної мотивованості консультанта* означає, що він захищає інтереси клієнта, а не інших осіб чи організацій, не стає на захист жодного з учасників конфлікту, уникає упередженого ставлення;

– *принцип відмови психолога від порад чи рецептів*, що полягає у посиленні відповідальності клієнта за те, що з ним відбувається, спонукання його до активності в аналізі проблем та пошуку виходу з кризи;

– *принцип розмежування особистих і професійних відносин* означає, що психолог не може вступати з клієнтом у будь-які особисті стосунки, а також надавати допомогу друзям чи родичам.

Реалізація принципів психологічного консультування можлива за таких умов (за Р. С. Немовим):

1. Клієнт, який звертається до психолога, повинен мати реальну проблему психологічного характеру та усвідомлюване бажання якнайшвидше її вирішити.

2. Консультант-психолог, до якого звернулися за допомогою, повинен мати досвід психологічного консультування і відповідну професійну психологічну підготовку.

3. Витрати часу на консультування повинні бути достатніми для розуміння і пошуку оптимального розв'язання проблеми, яка хвилює клієнта, а також успішного її подолання спільно з клієнтом.

4. Клієнт повинен точно дотримуватися наданих психологом консультантом рекомендацій.

5. Створення сприятливого і відповідного психологічному консультуванню клімату.

У процесі консультування психолог використовує арсенал психологічних впливів:

1. *Емпатія* – глибоке почуття (глибше ніж співпереживання), що передає духовне єднання особистостей, коли одна людина розчиняється в іншій, ототожнюючи себе з нею, переймаючись її переживаннями. Емпатія є ключовим процесом психологічного консультування, у ході якого досягається повне порозуміння. Успіх психолога залежить від його здатності слідувати за рухами душі клієнта. А. Адлер вважав емпатію однією із творчих функцій: не можна зрозуміти співрозмовника без ототожнення себе з ним. Руслом, яким рухається емпатія, є мова. Клієнт «заряджається» від психолога підтримкою, хоча це не означає збігу досвіду. Власний досвід може допомогти зрозуміти клієнта, але має опосередковане значення. Мета консультанта – зрозуміти клієнта відповідно до його індивідуальної моделі формування.

2. *Передача думок*. Внутрішній стан людини проявляється ззовні, на обличчі. Спілкування інколи відбувається за рахунок дрібних рухів, експресивних змін. 3. Фрейд вважав, що імпульсивне бажання говорити правду значно сильніше. Наше ЕГО важко переживає статус залежності.

3. *Щирість* – це здатність постати перед співбесідником таким, яким ти є. Професія психолога вимагає здатності до самозречення, тимчасової відмови від власної особистості з метою дієвої допомоги клієнту.

4. *Таємниця впливів.* Вплив – це, перш за все, дія на підсвідомість (синоніми – ефузія, індукція, еманация). Виділяють тимчасовий вплив особистості, вплив ідей, фактор істини, соціальну мужність, силу переконань. Найбільш типові випадки звертання до психологічної консультації: – переживання особистих життєвих невдач.

Особисті невдачі є однією з актуальних проблем, які «вибивають із колії», знижують працездатність, сприяють невротизації. Одна з причин гострого вболівання за особисті негаразди – оцінка життєвих подій як невдач. Консультанту варто обговорити ситуацію, показати її відносність, мінливість, налаштувати на знаходження різноманітних варіантів виходу з кризи, підвести до більш оптимістичного сприймання реальності.

Робота психолога передбачає необхідність *індивідуального підходу до кожного такого випадку*, розрізнення типових і рідкісних життєвих невдач, зважаючи власну активність і позицію клієнта; – недостатнє задоволення значущих потреб і інтересів.

Перші практичні кроки в консультуванні з цієї проблеми мають стосуватися *виявлення фактів*, які б сприяли визначенню значущості нових для клієнта потреб; визначення взаємозв'язку старих і відносно нових інтересів.

Наступний крок – *включення клієнта в нові для нього види діяльності*, що сприяють розвиткові інтересів і потреб; пошук і практичне використання додаткових стимулів, що прискорюють їх формування; – недостатній розвиток емоційної сфери особистості. Дефіцит емоційної експресії і недостатня емоційна лабільність людини є досить актуальною і досить типовою скаргою клієнтів. Проблеми емоційного характеру стосуються відсутності інтересу до оточення, професії, а інколи і до самого себе. У житті часто доводиться спостерігати приклади неадекватних емоційних реакцій та імпульсивної поведінки людини, при яких емоції переважають над розумом.

Рекомендації психолога консультанта в різних випадках емоційних порушень мають бути особливо виваженими, оскільки емоційна лабільність чи застрягання можуть бути наслідками суттєвого невротичного розладу, яке вимагає спеціального лікування; – недоліки в розвитку індивідуальних властивостей людини. Такі недоліки часто є причиною конфліктних міжособистісних стосунків. Особливості консультування з цієї проблеми полягають у наданні можливості зрозуміти помилковість оцінки клієнтом своєї проблеми, необхідності її уточнення і проведення в зв'язку з цим психодіагностики.

У процесі спілкування необхідно виділити як *сильні сторони свого характеру, так і так звані «слабкі місця», недоліки і переваги сформованих в процесі життєдіяльності рис*. Існують різні способи переконання клієнта в тому, що в його характері можливі позитивні зміни, які здебільшого залежать від самої особистості. Інколи головне зусилля психолога спрямовується на зниження переживань з приводу фізичних недоліків клієнта.

Особливе місце займає *робота з психологічними захистами* (заперечення проблеми, проєкція тощо). – невдачі у встановленні міжособистісних стосунків. У ході консультування важливо виділити основні причини невдач у встановленні клієнтом особистих взаємин із оточуючими. Питання, за допомогою яких психолог-консультант може з'ясувати ці причини, можуть стосуватися характеристики значущих (референтних) груп, виділення причин неузгодженості у прийнятті рішень, рівня адаптованості, тривожності.

У ході зустрічей можна обговорити рекомендації щодо встановлення контактів із людьми.

4. Види психологічного консультування. Кризове консультування

Психологічне консультування можна поділити на види залежно від індивідуальних особливостей клієнтів і тих проблем, із приводу яких вони звертаються за психологічною допомогою.

Виділяють такі види психологічного консультування:

- інтимно-особистісне консультування;
- сімейне консультування;
- психолого-педагогічне,
- психолого-управлінське консультування;
- ділове консультування.

Інтимно-особистісне консультування здійснюється з проблем психологічних або поведінкових недоліків, яких хотів би позбутися клієнт: особистісні взаємин із значущими людьми; різноманітні страхи, невдачі; глибоке невдоволення клієнта самим собою; інтимні взаємини.

Сімейне консультування має на меті попередження і розв'язання конфліктів у внутрішньосімейних відносинах та у відносинах членів сім'ї з родичами, розв'язання поточних внутрішньосімейних проблем (розподіл сімейних обов'язків, економічні питання сім'ї, розлучення тощо).

Психолого-педагогічне консультування передбачає обговорення консультантом і клієнтом питань навчання і виховання дітей, підвищення педагогічної кваліфікації дорослих, удосконалення педагогічного керівництва, управління дитячими та дорослими групами. Цей вид консультування слід відрізнити від рекомендацій, які надаються вчителям, учням, батькам, адміністрації тощо, сутність яких зводиться до того, що психолог радить удаватися до конкретних дій, змін поведінки, стосунків із метою впливу на інших учасників навчально-виховного процесу.

Діловим називається консультування, яке пов'язане з подоланням людьми ділових проблем: вибір професії, вдосконалення і розвиток здібностей, організація праці, підвищення працездатності, проведення ділових переговорів та зустрічей, діловий імідж тощо.

За тривалістю співпраці психолога і клієнта розрізняють:

– *разове консультування* – це консультація тривалістю 45-60 хв. Вона проводиться у таких випадках: коли клієнт звернувся до психолога з приводу проблеми, з якої йому, насамперед, потрібна допомога інших спеціалістів;

коли психолог інформує клієнта з питань, які належать до його компетентності; коли клієнт звертається до психолога за підтримкою рішення, яке він збирається прийняти відносно певної життєвої ситуації; коли клієнт вдруге прийти не може;

– *короткотермінове консультування* триває впродовж 3-4 зустрічей і найчастіше проводиться у випадках, коли клієнт потребує консультації просвітницько-рекомендаційного або діагностичного характеру;

– *середньотермінове консультування* триває упродовж 10-15 зустрічей, у процесі яких здійснюється значна психокорекційна робота;

– *тривале консультування*: психолог працює з клієнтом упродовж року.

Специфічним видом психологічного консультування є *кризове консультування*, яке полягає у забезпеченні психологічної підтримки і допомоги здоровій, але емоційно виснаженій людині у складних, проблемних, критичних ситуаціях.

Кризове консультування – консультування, спрямоване на полегшення вираження афекту (сильної негативної емоції), налагодження спілкування, досягнення розуміння клієнтом його проблем і відчуттів, демонстрацію турботи й емпатії, підвищення самооцінки, підтримку поведінки, зорієнтованої на подолання його проблем.

Кризове консультування – консультування, що застосовується у разі необхідності надання отримувачам соціальної послуги, які перебувають у стані кризи, термінової допомоги, спрямованої на емоційну підтримку й увагу до їхніх переживань, усвідомлення впливу кризової ситуації, розширення свідомості та підвищення психологічної компетентності, зміну ставлення до проблеми (від «глухого кута» до «вибору рішення»), підвищення стресової та кризової толерантності, відповідальності отримувача, засвоєння нових моделей поведінки.

На законодавчому рівні в Україні кризове консультування закріплене Наказом (Міністерство соціальної політики України, Наказ "Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги консультування" від 02.07.2015 N 678).

Специфікою кризового консультування є те, що потреба у ньому виникає унаслідок виникнення у людини стрімких, надзвичайно важких, глибоких та неочікуваних проблем. Тому і допомога, що надається, має бути швидкою, розрахованою на стрімкі дії, використання термінових, але надійних засобів, залучення усіх можливих ресурсів.

Кризове консультування – це найчастіше індивідуальне та особистісне консультування, оскільки йдеться про гострі, несподівані колізії в житті клієнта.

Наприклад, усвідомлення факту зараження ВІЛ-інфекцією породжує різноманітні індивідуально-психологічні і соціально-психологічні проблеми, депресивні реакції і дезадаптивні форми поведінки, радикально змінює спосіб життя людини. Тому консультування після отримання результатів тестування, які підтверджують захворювання, є фактично кризовим консультуванням, під

час якого необхідно дати клієнтові час для адаптації після отримання результату тестування, пояснити його значення (відмінність між ВІЛ-інфекцією і СНІДом) і ймовірний процес розвитку хвороби; довести до відома клієнта, що він є джерелом ВІЛ-інфекції протягом життя, а тому повинен подбати, щоб не заразити інших людей; обговорити коло осіб, яких слід інформувати про ВІЛ-інфекцію, можливу їх реакцію на це; повідомити, які служби можуть надати йому психоемоційну підтримку і допомогу в критичних ситуаціях; налаштувати на регулярні медичні обстеження; підтримувати позитивні тенденції його мислення.

Кризовий психолог працюватиме за такими напрямками:

1. Надання екстреної професійної допомоги при різноманітних психологічних станах:

- Застосування методів кризової психології (психологічний дебрифінг, аутодебрифінг, групи підтримки, програми подолання психотравм);
- Перша психологічна допомога у кризовому стані;
- Кризова інтервенція.

2. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій:

- Консультування людей з посттравматичними стресовими розладами (ПТСР) та гострими стресовими розладами (ГСР);
- Надання особливих дій під час психічної травми при кризових ситуаціях (переживання гострого горя);
- Психологічне консультування клієнтів у кризових станах (кризові ситуації соціально-політичного та воєнного характеру);
- Надання екстреної психологічної допомоги при істериці тощо.

Методи надання психологічної допомоги.

По чиннику часу, що пройшов з моменту трагічної події *методи*, використовувані для надання психологічної допомоги особам, що пережили психотравмуючі події, умовно можна розділити на групи:

- 1) під час події і найближчим часом після неї (робота з первинними дезадаптивними реакціями на подію);
- 2) на віддалених етапах (робота з травмою).

Методи психологічної допомоги особам, що пережили психотравмуючі події (по чиннику часу, що пройшов з моменту трагічної події)

<i>Під час події і найближчим часом після неї</i>	<i>На віддалених етапах (робота з травмою)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Екстрена «допсихологічна» допомога; • Психологічний супровід; емоційна підтримка; • Напрямок (ведення), управління; • Інформування; • Психологічне втручання (інтервенція); 	<ul style="list-style-type: none"> • Когнітивно-біхевіоральна терапія; • Психодинамічна терапія; • Ігрова психотерапія; • Арттерапія; • Використання метафор, історій, казок; • Тілесно-орієнтована терапія; • Гештальттерапія;

<ul style="list-style-type: none"> • Виявлення негативних соціальнопсихологічних механізмів (психічне зараження, паніка, чутки) і управління ними (нейтралізація); • Психологічний дебрифінг; • Психічна регуляція і саморегуляція (ПСР) - може використовуватися також до і після діяльності в екстремальних умовах. 	<ul style="list-style-type: none"> • Психодрама; • Кататимно-імажинативний підхід (кататимне переживання образів), символдрама; • Терапія навіюванням (гіпноз і його варіанти, - використовується лікарями); • Гуманістично-екзистенціальна психотерапія; • Нейро-лінгвістичний підхід.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Обсяг консультаційних послуг кризового консультанта:

- Психологічна діагностика;
- Зняття психологічної напруги;
- Психологічний супровід з метою збереження психічного здоров'я, визначення резервних можливостей особистості, на які можна спиратися в ході корекційно-розвивальної або консультативної роботи;
- Участь психолога у семінарах, тренінгах;
- Проведення занять, розвивальних ігор з метою допомоги внутрішньо-переселеним особам (ВПО) адаптуватися до нового міста проживання, навчання, праці;
- Індивідуальна та групова робота;
- Вивчення стану соціальної адаптації.

Проведення психологічного консультування висуває ряд вимог до психолога-консультанта.

Людина, яка займається психологічним консультуванням, повинна мати вищу психологічну освіту, достатній практичний досвід роботи в ролі психолога-консультанта, підтверджений відповідними сертифікатами. Крім знань та вмінь, психолог-консультант повинен бути наділений рядом спеціальних особистісних якостей: любити людей, бути проникливим, добрим, терплячим, відповідальним і комунікабельним. Р. Мей зазначав, що головне у психолога-консультанта – це доброзичливість і прагнення зрозуміти клієнта, допомогти йому побачити себе з кращого боку і усвідомити свою цінність як особистості. Підтверджений досвід індивідуального консультування, проведення групових заходів не менш двох (2) років; підтверджений досвід роботи (надання соціальних послуг, консультування, тренінгова робота і т.п.) з внутрішньо-переміщеними особами, комбатантами і членами їх сімей – не менше одного (1) року; досвід проведення психодіагностичної роботи; володіння методами психологічного консультування; наявність додаткових навчальних сертифікатів з арт-терапії, кризового консультування і т.п. буде перевагою; впевнений користувач ПК; вільне володіння українською та російською мовами тощо.

Особливі рекомендації для консультантів, які працюють з кризовими клієнтами:

– не дозволяти клієнтам маніпулювати своїми переживаннями, досвідом (у близькому оточенні консультанта можуть траплятися люди з травматичним минулим);

– демонструючи емпатію та підтримку, не порушувати необхідну дистанцію;

– дотримуватись контрактних домовленостей та позиції «Дорослого»;

– усвідомлювати межі можливого впливу та власної відповідальності;

– документувати свої дії, приймати профілактичні міри;

– використовувати техніки релаксації для попередження емоційного вигорання;

– періодично проходити професійні супервізії.

Кожна зустріч з кризовим клієнтом вимагає особливої гнучкості консультанта у виборі технік, його готовності до прояву захисних реакцій, гострих випадів, проєкцій, що налаштовує на тривалу корекційну роботу, індивідуальний підхід до клієнта, його історії.

5. Види та форми кризового та екстреного втручання

Кризова інтервенція, або кризове втручання – це соціальна і психологічна екстрена допомога, яка надається потерпілому. Провідними методами кризової інтервенції є кризове консультування і кризова психотерапія.

Залежно від особливостей кризової ситуації *виділяють такі види кризового та екстреного втручання:*

- телефонне консультування («гаряча лінія» – за наявності);

- екстрена допомога;

- короткочасна кризова допомога;

- кризове консультування.

Природно, що будь-яка загрозна або ранила ситуація викликає зміни в почуттях, поведінці і думках людини. Якщо стан потерпілого поступово відновлюється, і він в силах самотійно впоратися з виниклими змінами, то втручання психолога і психотерапевта не потрібно.

Якщо ж негативні зміни набувають тривалий характер і виявляються поза зоною самотійного контролю, то виникає необхідність у професійній психологічній та психотерапевтичній допомозі.

Основні завдання – попередити розвиток кризової ситуації, залагодити її, запобігти підвищенню ризику, надати конкретні інструкції отримувачу соціальної послуги щодо зменшення ризику, вирішення проблем, які спровокували кризову ситуацію.

Екстрена допомога надається в разі загрози життю та здоров'ю отримувача соціальної послуги негайно, але не пізніше ніж протягом 24 годин після отримання повідомлення про кризову ситуацію.

Завдання екстреної допомоги – усунути загрозу, небезпеку для здоров'я та життя отримувача соціальної послуги, надати безпечне місце, психологічну підтримку, знизити рівень напруження та стресу, забезпечити базові потреби отримувача соціальної послуги.

В процесі надання екстреної допомоги відповідальність за прийняття рішень щодо ситуації покладається на надавачів соціальної послуги.

Короткочасна допомога надається протягом 48 годин після отримання повідомлення про кризову ситуацію.

Завдання короткочасної кризової допомоги – не допустити збільшення кризової ситуації, за потреби направити отримувача соціальної послуги до безпечного місця перебування для формування у нього ефективних стратегій адаптації до стресу, подолання наслідків стресу, спричиненого кризовою ситуацією, забезпечення психологічної підтримки, зниження рівня напруження та стресу, забезпечення базових потреб отримувача соціальної послуги.

Кризове консультування надається протягом 24 годин після настання кризи.

Завдання кризового консультування – обговорити та узгодити з отримувачем і спрямувати на формування навичок подолання стресу, визначення психологічних механізмів подолання наслідків кризової ситуації тощо.

Основні заходи, що становлять зміст послуги:

- проведення оцінки кризової ситуації;
 - детальний аналіз та обговорення кризової ситуації, зокрема, що виникла внаслідок вчинення насильства в сім'ї;
 - інформування про кризову ситуацію, її наслідки, права людини в кризовій ситуації, способи та процедури отримання допомоги;
 - забезпечення термінових базових потреб (у безпеці, харчуванні, медичній допомозі, одязі тощо);
 - організація та надання психологічної підтримки в кризовій ситуації і допомога у подоланні її наслідків, у тому числі, що виникла внаслідок вчинення насильства в сім'ї (психодіагностика, психологічне консультування, психологічна підтримка);
 - сприяння у забезпеченні безпечним місцем перебування (тимчасовим притулком);
 - забезпечення взаємодії з іншими фахівцями та службами для усунення ознак кризової ситуації (виклик бригади швидкої допомоги, правоохоронних органів, представників державних соціальних служб, комунальних і транспортних служб тощо);
 - допомога в оформленні документів.
- Залежно від особливостей кризової ситуації послуга може надаватись:*
- за місцем проживання отримувача;
 - за місцем перебування отримувача соціальної послуги (заклад охорони здоров'я, заклад освіти, тимчасовий притулок, тимчасові мобільні пункти допомоги, місця перебування родичів та близьких постраждалих, тимчасове безпечне місце тощо);
 - в організації, яка здійснює кризове втручання.

Послуга надається негайно з моменту отримання інформації про кризову ситуацію до моменту усунення ризику, спричиненого кризовою ситуацією, або подолання обставин, які її спричинили. Строк надання не більше 72 годин з початку надання соціальної послуги, після чого для подолання складних життєвих обставин особа чи сім'я отримує інші необхідні соціальні послуги. Застосовують індивідуальний підхід (з урахуванням фізичного і психологічного стану отримувачів соціальної послуги) та з повагою ставляться до раси, національності, культури, віросповідання, статі, віку, фізичних або розумових обмежень, інших індивідуальних особливостей отримувачів соціальної послуги.

Отримувачі послуги повинні бути поінформовані про свої права, обов'язки, а також про державні та громадські організації, які здійснюють кризове та екстрене втручання, умови надання послуги і процедури її отримання шляхом розміщення матеріалів в місцевих засобах масової інформації, на інформаційних стендах, сайтах, вручення, розповсюдження інформаційних листівок, буклетів тощо.

Забезпечення автономії та незалежності отримувача послуги в процесі кризового та екстреного втручання включає:

- доступ до інформації учасників кризового та екстреного втручання (отримувача та надавачів соціальної послуги, відповідальних за кризове та екстрене втручання);

- доступ до професійних записів, які стосуються його справи (випадку);

- гарантування безпеки і конфіденційності в процесі надання послуги;

- врахування інтересів та побажань отримувача соціальної послуги в процесі надання послуги;

- можливість отримувача соціальної послуги самостійно приймати рішення щодо вирішення кризової та екстреної ситуації;

- спільне планування (у разі можливості) в процесі надання соціальної послуги;

- обізнаність отримувача соціальної послуги про можливість отримати альтернативні соціальні послуги в громаді.

При наданні психологічної допомоги (так званої «кризової інтервенції») психолог повинен керуватися наступними **принципами**:

1. Емпатичний контакт. Це найважливіша умова кризової допомоги. Співпереживання й розуміння психологічного стану іншої людини – це найпростіше й саме складне. Із встановлення емпатичного контакту починається кризове втручання.

2. Невідкладність. Кризове втручання характеризується невідкладністю, граничною терміновістю.

3. Високий рівень активності психолога. Психолог повинен проявляти максимальну активність у встановленні контакту з людиною, що переживає кризу, і в зборі інформації, щоб якомога швидше оцінити ситуацію й намітити план дій.

4. *Обмеження цілей.* Найближча мета кризової інтервенції – запобігання катастрофічним наслідкам. Основна мета – навчити користуватися адаптивними способами подолання кризи й відновлення психічної рівноваги.

5. *Підтримка.* При роботі з подолання кризи психолог у першу чергу забезпечує клієнтові підтримку.

6. *Сфокусованість на основній проблемі.* Кризове втручання повинне бути досить структурованим, щоб допомогти зосередитися на основній проблемі, що призвела до кризи.

7. *Повага.* Людина, що переживає кризу, сприймається психологом як знаюча, цілком компетентна, незалежна, прагнуча набути впевненості в собі, здатна зробити самостійний вибір.

Кризова допомога повинна бути реалістичною й цілеспрямованою, тому її загальна стратегія може бути побудована за типом навчання стратегії розв'язання проблем.

Принципи надання екстреної психологічної допомоги людині, що переживає стан травматичного стресу.

1. *Емпатичний контакт.* Контакт – це такий рівень безпеки, прийняття і довіри у взаємодії клієнта і консультанта, який дозволяє клієнту висловити те, що його турбує. Встановлення контакту в процесі консультування є найважливішою умовою його ефективності. К. Роджерс ввів в психологічний ужиток поняття емпатії та емпатичних контакту. Емпатія (англ. Empathy - вчувствование, проникнення), з точки зору К. Роджерса, є складним способом буття, що вимагає від людини сили і одночасно ніжності та чутливості. Вона передбачає співпереживання консультанта тим почуттям, які відчуває зараз клієнт. Емпатичний контакт, на думку багатьох фахівців в області кризової терапії, являє собою найважливіша умова кризової допомоги. Співпереживання і розуміння психологічного стану іншої людини (без «злиття» з цим станом і зі збереженням контролю над тим, що відбувається з боку консультанта) - це найпростіше і найскладніше. З встановлення емпатичних контакту починається кризове втручання.

2. *Невідкладність.* Кризовий втручання характеризується невідкладністю, граничної терміновістю. Якщо при звичайних ситуаціях психологічна допомога може бути надана через кілька годин і навіть днів після запиту на психологічну консультацію, то при кризовій ситуації психологічна допомога надається негайно. Наприклад, при аварії або іншої техногенної катастрофи допомогу медиків і психологів може бути надана прямо на місці події.

3. *Високий рівень активності консультанта.* При звичайній ситуації консультанту важливо надати можливість достатньо проявити активність клієнту, наприклад, рекомендується таке процентне розподіл активності клієнта і консультанта, як 70% на 30%, в крайньому випадку, 50 на 50 %. Це стимулює інтерес клієнта до процесу психологічного консультування, його самостійність і відповідальність за досягнутий в процесі роботи результат. Але при кризовій ситуації, коли клієнт знаходиться в стані шоку, потрясіння, консультант перший час (протягом однієї - двох зустрічей) може проявляти

більшу активність. Консультанту доцільно проявляти максимальну активність у встановленні контакту з людиною, що переживають кризу, і в зборі інформації, щоб якомога швидше оцінити ситуацію і спільно з клієнтом намітити план дій.

4. *Психологічна підтримка.* При роботі з подолання кризи консультант (доброволець, психолог, психотерапевт) в першу чергу забезпечує клієнту підтримку. Психологічна підтримка є важливим ресурсом для людини, що переживає кризову ситуацію.

5. *Повага клієнта.* Повага є базовою потребою будь-якої людини. Особливо потребує його людина, що переживає кризу, тобто відчуває почуття безпорадності, провини, сорому, душевного болю. Оскільки людина в стані травматичного стресу зазвичай дуже чуйно «зчитує» стан інших людей, консультанту важливо поставитися до клієнта з повагою. Це передбачає ставлення до клієнта як до цілком компетентному, незалежному, дорослій людині, що прагне набути впевненості в собі, здатному якщо не в даний момент, то дуже скоро зробити самостійний вибір. Так як для клієнта консультант зазвичай є досить авторитетною особою, його повагу сприяє відновленню самоповаги і самоконтролю потерпілого.

6. *Обмеження цілей.* Найближча мета кризової інтервенції - запобігання катастрофічних наслідків. Основні цілі – нормалізація емоційного стану, відновлення психологічної рівноваги людини і його навчання користуватися адаптивними способами подолання кризи. Кризовий втручання повинно бути досить структурованим, щоб допомогти клієнту зосередитися на основній, найбільш актуальною в даний час проблемі.

7. *Інтервенція в поверхневі шари свідомості.* Існують різні методи психологічного консультування, в тому числі більш глибокі, які допомагають клієнтові зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки виникнення його проблем. В ситуації кризи консультанту рекомендується зосередити свою увагу на самих простих, на перший погляд, але актуальні завдання, вирішення яких допоможе нормалізувати емоційний стан клієнта, забезпечити його безпеку. Кризова допомога повинна бути реалістичною і цілеспрямованою, тому її загальна стратегія може бути побудована за типом навчання стратегії вирішення проблем.

8. *Формування доступу до ресурсів особистості.* Для людини в кризовому стані характерно так зване «тунельна свідомість», коли вона сфокусована на негативних переживаннях: душевного болю, почуття безпорадності, провини і сорому, що зазвичай виникають в стані травматичного стресу. В такому стані людина, як правило, не помічає тих можливостей, які має. Тому важливим завданням кризового терапевта є формування доступу клієнта до своїх ресурсів. Поняття ресурс (франц. Resource – допоміжний засіб) в застосуванні до людини означає запаси, цінності, можливості, якими володіє особистість. У літературі розглядають різні види ресурсів особистості. Наприклад, розглядають «зовнішні» і «внутрішні» ресурси.

Крім вищезазначених принципів, кризовий психолог, згідно розробленій французьким психологом А. Роше консультативній програмі «Особистість і людські стосунки», має дотримуватися **наступних фундаментальних психологічних положень:**

- розуміюче глибинне слухання клієнта;
- співчуття та не засудження повідомлень клієнта;
- віра в іншу людину (клієнта);
- повага до свободи іншої людини (клієнта);
- спрямованість на тепло і сердечність;
- щирість та невдаваність.

Програма кризової допомоги як моделі рішення проблем:

1. Виявлення проблеми. Завдання кризового консультанта – допомога в проясненні центральної проблеми кризи. Розвиток проблеми передбачає зміни в житті і в здатності людини впоратися з новими обставинами. Тому корисно задавати такі питання: «Що сьогодні змінилося в порівнянні з вчорашнім днем?», Або: «Що нового відбулося в останні дні (тижні)?». Важливо з'ясувати всі обставини кризової проблеми, а також роль значущих людей в її розвитку, оскільки вони можуть допомагати або бути причиною кризи. Якщо криза викликана травматичною подією, вкрай необхідно відновити картину події і допомогти потерпілому пояснити травматичні події.

2. З'ясування дій людини, що переживає кризу. Важливо дізнатися, що вже робилося для вирішення проблеми. Питання «Що вам вдалося зробити для поліпшення ситуації (Свого стану)?» і подібні йому відображають впевненість консультанта в тому, що людина може відновити контроль над подіями і знайти вихід з кризи.

При травматичній кризі на першому етапі допомоги також важливо максимально прояснити ситуацію, однак, «що саме є проблемою», в цьому випадку очевидно. Важливо зрозуміти, що, де, як і в якій послідовності відбувалося, щоб упорядкувати картину травматичної події. Цю вкрай необхідну процедуру - «дебрифінг» - важко висловити одним словом, так як крім розпитування в це поняття входять інформування та емпатичне вислуховування. Метою дебрифінгу є емоційне відреагування і когнітивне структурування, необхідні для відновлення у постраждалих почуття контролю над подіями, що відбуваються. Це допомагає також переосмислити подію. Людина, що переживає кризу, захоплена сильними емоціями, може відчувати страх, відчай, розгубленість. Її здатність ясно мислити блокована. Одна з цілей прояснення подій і дій – зменшення емоційної напруги пацієнта і допомога у відновленні здатності до раціонального мислення.

3. Допомога в пошуку шляхів виходу з кризи. Іноді слід почати з дуже маленької мети, головне, щоб вона була реальною, досяжною. На перших порах дуже важливо просто змінити емоційний стан того, хто переживає кризу, підвищити активність або, навпаки, заспокоїти. Послідовно обговорюються всі можливі варіанти поведінки людини в найближчі дні: «Що ви будете робити через годину, сьогодні ввечері?» і т. п. Дуже корисно скласти

конкретний план дій на період до наступної зустрічі («антикризовий план»), але, якщо цього не вийде, не слід форсувати події, примушуючи людини зробити більше, ніж він може в даний момент.

Будь-які надмірні інтервенції можуть привести до збільшення почуття безпорадності і безвиході. Важливо пам'ятати, що самооцінка людини, що переживає кризу, часто різко знижується. Тому слід подбати про її відновлення, свідомо не пропонуючи будь-які зразки вельми ефективної поведінки в якості прикладу, так як це може посилити тривогу і відчуття слабкості пацієнта. Спільно обговорюються можливі негативні і позитивні наслідки намічених дій, вибираються найбільш практичні варіанти. В результаті кризового втручання людина повинна усвідомити, що вона самостійно вирішує свої проблеми, а не отримує готові «рецепти» поведінки від фахівців; тільки в цьому випадку психотерапевтична допомога не буде обмежена виведенням клієнта з цієї кризи, а посилить адаптаційні можливості особистості, стане підґрунтям профілактик кризових станів в майбутньому.

Таким чином, на етапі кризової інтервенції позиція консультанта повинна бути швидше партнерською, ніж директивною, а методи впливу - непрямими і м'якими. Отже, загальним змістом описаної стратегії дій є допомога:

- 1) у розумінні сенсу того, що сталося, тобто в «побудові» суб'єктивної теорії кризового події;
- 2) у відновленні почуття контролю над своїм життям;
- 3) у відновленні реалістичної самооцінки.

6. Особистість консультанта та вплив на неї професійної діяльності

Основною технікою психологічного консультування є «Я-концепція консультанта як інструмента, тобто основним засобом, що стимулює удосконалення особистості клієнта, є власне особистість консультанта.

Психолог-консультант – це та людина, що досить професійно, відповідально й на високому рівні займається психологічним консультуванням, а для цього необхідні спеціальна вища психологічна освіта та досвід практичної роботи в ролі консультанта. Це необхідно для того, щоб на високому науковому рівні займатися консультуванням та бути спроможним давати відповіді стосовно особливостей психіки сучасного клієнта; розуміти, що відбувається в теперішній момент часу з клієнтом, який звернувся за допомогою; чому цьому клієнту необхідні саме такі рекомендації; який вплив конкретні рекомендації матимуть на клієнта та бути спроможним на науковій основі пояснити клієнту значущість цих рекомендацій. Більше того, при здійсненні своєї професійної діяльності психолог-консультант має бути зрозумілим клієнту та переконливим для професіоналів-психологів.

Окрім знань і вмінь, консультант має володіти рядом спеціальних особистісних якостей. Приміром, він має володіти здатністю любити людей, бути здатним без слів розуміти та співчувати їх переживанням, бути добрим, терплячим, товариським і відповідальним, уміти залучати до себе людей,

почуватися вільно серед різних спільнот та бути здатним до дії, прагнути зрозуміти клієнта, допомогти йому побачити себе із кращого боку та усвідомити свою цінність як особистості.

Також до якостей, які мають бути притаманні справжньому психологу-консультанту, належать: емпатійність, відкритість, здатність до співпереживання, співчуття, доброзичливість, безоцінне ставлення до клієнта, відмова від нав'язування клієнтові своїх рекомендацій, віра в здатність клієнта самостійно впоратися зі своєю проблемою, готовність і прагнення консультанта не стільки позбавити клієнта від власних переживань, скільки спрямувати його переживання в конструктивне русло, вміння тримати оптимальну психологічну дистанцію між собою й клієнтом та вміння вселяти в клієнта впевненість і рішучість у власних силах і можливостях вирішити власні проблеми.

Загалом, система загальних, професійних і морально-етичних вимог, що висуваються до психологічного консультування та до практичної роботи психолога-консультанта, краще усього відображена в кодексі професійної етики практичних психологів.

Багато положень цих кодексів безпосередньо стосуються роботи психолога-консультанта. Дотримання всіх цих правил та етичних норм є обов'язковим у практичній роботі психолога-консультанта.

Окрім того є ряд особливостей, які стосуються професійної підготовки психолога-консультанта. Ці особливості стосуються того, як консультант ставиться до клієнта в різних ситуаціях психологічного консультування та як він виходить зі скрутних ситуацій, які нерідко виникають у процесі його проведення. На думку Р. С. Нємова, консультант як професіонал має пропонувати клієнтові різні способи поведінки та, якщо це необхідно, вказувати конкретні дії, які йому варто виконати; він має бути здатним прийняти й визнати, як правильну, будь-яку точку зору на проблему; розуміти, приймати й працювати з позицій різних теорій; бачити і правильно оцінювати потенційну користь багатьох альтернативних психотерапевтичних підходів; усвідомлювати власну обмеженість, бути згодним працювати під контролем більш досвідченого психолога-консультанта, ділитися своїм досвідом з іншими консультантами й бути готовим скористатися досвідом їх роботи; усвідомлювати, як його власні дії впливають на клієнта, і, як дії клієнта, у свою чергу впливають на нього; поважати людську гідність.

Варто зазначити, що *ніхто не народжується психотерапевтом або психологом-консультантом. Необхідні для цього особистісні якості не є вродженими, вони розвиваються впродовж всього життя, точніше, ефективність діяльності консультанта визначається властивостями його особистості, професійними знаннями та спеціальними навичками.* Кожен з цих факторів забезпечує якісний консультативний контакт, що і є стрижнем психологічного консультування.

Саме від якості консультативного контакту та особистості консультанта залежить остаточний ефект консультування – зміна особистості клієнта в процесі конструктивних впливів консультанта.

Професія психолога-консультанта цікава й дає чимало корисного самому фахівцю. В процесі якої іншої професії, окрім, можливо вчителя чи викладача, можна так глибоко й близько пізнати значну кількість різних людей? Часто така професія викликає почуття задоволення собою, особливо, коли тебе цінують клієнти, коли ти впевнений, що твої впливи мали позитивний результат – ти зміг допомогти.

Однак, незважаючи на надзвичайну важливість та користь професії консультанта, вона несе в собі приховану загрозу саме для тих людей, які займаються нею і, дуже часто ця загроза має значний вплив на особистість психолога. Негативний вплив не завжди помітний з боку, але його справжню ціну відчуває сам консультант.

*Виділяють кілька важливих **негативних аспектів**, які мають місце у професійній діяльності психолога-консультанта:*

- загроза втратити ідентичність і "розчинитися" у клієнтах;
- негативні наслідки взаємодій з невротичними клієнтами можуть позначитися на особистому житті (родина, друзі);
- загроза особистісних деформацій через постійну взаємодію з негативними сторонами життя клієнтів й їх психогенними проявами.

Консультанти досить часто забувають, що їх перевага в пізнанні клієнтів має відносний характер, оскільки вони бачать клієнтів у специфічних умовах і, як правило, нетривалий час. Консультанти не мають можливості спостерігати за діяльністю клієнтів у реальному житті й тільки з їх слів знають про тривоги, страхи, невдачі, і меншою мірою – про досягнення, успіхи та позитивні переживання клієнта.

Однією з найбільш поширених проблем консультативного процесу – є перебільшення особистісних порушень клієнта, і, як наслідок, – орієнтація на тривалу консультативну взаємодію, а не на розуміння й виявлення позитивних аспектів життя клієнта. Орієнтація на таку взаємодію занадто зобов'язує консультанта перед клієнтом, вимагає від нього більших зусиль, ніж потрібно в дійсності, і, нарешті, змушує дивитися на життя через "рожеві окуляри".

Зайве заглиблення у професійну діяльність часто призводить до непорозуміння у родинному житті.

По-перше, вимоги етики не дозволяють консультантові ділитися з родиною своїми враженнями, тому її члени родини лише приблизно уявляють, чим він займається. Це одна із найбільш поширених проблем родин, окремі члени яких, із професійних міркувань, повинні думати, що і як говорити близьким про свою роботу.

По-друге, консультування вимагає значних емоційних витрат, тому іноді це зменшує емоційну віддачу в родині. Коли на роботі весь день доводиться вислуховувати інших людей і заглиблюватися в їх турботи, увечері буває важко перейнятися турботами дружини або чоловіка та дітей.

Психологічне консультування віднесена до професій, що вимагають великих емоційних навантажень, відповідальності й мають досить невизначені критерії успіху. *Представникам цих професій загрожує небезпека так званого "синдрому вигорання".* Щоб уникнути "синдрому вигорання", консультант повинен зрідка, але обов'язково оцінювати своє життя взагалі – чи живе він так, як йому хочеться. Якщо існуюче життя його не задовольняє, варто вирішити, що потрібно зробити для позитивних зрушень. Тільки належним чином піклуючись про якість свого життя, можна залишатися ефективним консультантом.

7. Модель ефективного консультанта.

Досліджень у сфері розвитку якостей особистості консультанта досить багато, однак однозначної, виваженої моделі особистісних та професійних властивостей особистості фахівця зазначеного профілю, яка забезпечувала б ефективність роботи консультанта, на жаль, не існує. Дуже часто, описуючи успішного консультанта як професіонала, клієнти вживають побутові поняття: "відкритий", "теплий", "уважний", "щирий", "гнучкий", "терпимий". Яким же має бути сполучення властивостей особистості, що найбільшою мірою забезпечує успіх процесу консультування?

Питанню створення системного уявлення про особистість психолога-консультанта приділяється значна увага. Проте, як правило, у різних підходах або занадто деталізовано, несистемно описуються професійні вимоги і значущі особистісні якості психолога, або пропонуються моделі з урахуванням особливостей лише одного з існуючих терапевтичних напрямків.

У зарубіжній та вітчизняній психології не існує єдиної системи вимог до особистості консультанта. Різні вчені пропонують свої моделі "ефективного", "кваліфікованого", "компетентного" психолога або психоконсультанта, спираючись, як правило, на наступне уявлення про сутність і генезу проблеми клієнта; умови консультативних стосунків; місце та роль психолога та самого клієнта у консультативному процесі; терапевтичні чинники, за рахунок яких відбувається "зцілення" клієнта тощо.

Так, К. Шнайдер презентував *три важливі постулати кваліфікованого консультанта*: особистісна зрілість, уміння успішно вирішувати власні життєві проблеми, відвертість, терпимість і щирість відносно себе; соціальна зрілість, спроможність надавати допомогу іншим людям, ефективно вирішувати їх проблеми, відвертість, терпимість і щирість у стосунках з клієнтами. Разом з цим, слід розуміти, що особистісна і соціальна зрілість консультанта – це процес, а не стан, оскільки не можна бути зрілим завжди і скрізь.

Р. Кочюнас запропонував власну *модель ефективного консультанта*. Серед факторів, які утворюють цю модель, вчений виділив такі: *автентичність, відкритість власному досвіду, розвиток самопізнання, цінність особистості й ідентичність, толерантність до невизначеності,*

прийняття власної відповідальності, глибина взаєностосунків з іншими людьми, постановка реалістичних цілей.

Автентичність. Це поняття розуміється як здатність особистості консультанта проявляти справжні емоції та переживання. Автентичність певною мірою узагальнює деякі властивості його особистості. Насамперед, це щирість стосовно клієнта. Адже автентична людина жадає бути і є самою собою як у своїх безпосередніх реакціях, так і в цілісній поведінці. Вона дозволяє собі не знати всі відповіді на життєві питання, якщо їх дійсно не знає. Така людина не показує почуття любові, якщо в певний життєвий час відчуває вороже, неприязне ставлення. Проблеми більшості людей у тому й полягають, що вони багато енергії витрачають на програвання ролей, на створення зовнішнього образу, замість того, щоб використовувати її на вирішення реально існуючих проблем. Якщо консультант більшу частину часу буде ховатися за професійною роллю, клієнт теж "сховається" від нього. Якщо консультант виконує роль тільки технічного експерта, відмежовуючись від своїх особистих реакцій, цінностей, почуттів, консультування буде стерильним, а його ефективність – сумнівною.

Відкритість власному досвіду. Відкритість консультанта розуміється не в сенсі відвертості перед іншими людьми, а як щирість у сприйнятті власних почуттів. Соціальний досвід учите нас заперечувати, відкидати свої почуття, особливо негативні. Дитині говорять: "Замовчи, старші діти (або хлопчики) не плачуть!" Дорослим оточуючі говорять майже те ж саме: "Не плач!", або "Не нервуй!". Зовнішній тиск змушує витіснити сум, дратівливість, злість. Ефективний же консультант не повинен уникати почуттів, у тому числі й негативних. Тільки в такому разі можна успішно контролювати свою поведінку, оскільки витіснені почуття стають ірраціональними і є джерелом некерованої поведінки. Коли ж консультант усвідомлює свої емоційні реакції, то здатен самостійно вибирати той чи інший спосіб реагування в ситуації, та не дозволяє неусвідомленим почуттям порушувати регуляцію власної поведінки. До того ж консультант буде здатний сприяти виникненню позитивних змін у клієнта, оскільки сам у змозі проявляти терпимість до всього розмаїття чужих і власних емоційних реакцій.

Розвиток самопізнання. Обмежене самопізнання означає обмеження волі, а глибоке самопізнання збільшує можливість вибору в житті. Чим більше консультант знає про себе, тим краще зрозуміє своїх клієнтів, і навпаки – чим більше консультант пізнає своїх клієнтів, тим глибше розуміє себе. Виходить, невміння консультанта почути те, що відбувається всередині нього самого, збільшує можливість виникнення стресу й обмежує його ефективність, окрім того, зростає ймовірність стати жертвою задоволення своїх неусвідомлених потреб в процесі консультування. Тому дуже важливим фактором становлення успішного консультанта є рефлексивне ставлення до самого себе. Відповідь на питання, як можна допомогти іншій людині, криється в рівні розвитку самооцінки консультанта, в адекватності його ставлення до власних здібностей і взагалі до життя.

Цінність особистості й ідентичність. Успішний консультант має знати, що він являє собою, ким може стати, чого хоче від життя, що для нього важливо, а що – ні. Він звертається до життя із запитаннями, відповідає на запитання, які ставить йому життя, і постійно піддає аналізу власні цінності. Як у професійній роботі, так і в особистому житті консультантові не слід бути простим відбитком надій інших людей, він має діяти, керуючись власною внутрішньою позицією. Це дозволить йому бути сильним у міжособистісних стосунках.

Толерантність до невизначеності. Значна частина людей почуваються незатишно в ситуаціях, в яких бракує чіткості, ясності, визначеності, структури взагалі. Доведено що однією з передумов становлення особистості є відхід людини від звичного, відомого з власного досвіду й вступ на так звану "незнайому територію". Консультантові у такому разі конче необхідні впевненість у собі, у власних силах, толерантність. По суті, саме невизначені ситуації й утворюють "канву" консультативного процесу. Адже консультант ніколи не знає, з яким клієнтом і проблемою буде працювати, які рішення доведеться йому приймати. Тому впевненість у своїй інтуїції й адекватності почуттів, переконаність у правильності прийнятих рішень і здатність ризикувати – все це якості, які допомагають консультантові переносити напругу, що може створюватися невизначеністю при взаємодії його з клієнтами.

Прийняття особистої відповідальності. Оскільки деякі професійні ситуації, що виникають у процесі консультування, є результатом спеціальних, запланованих дій самого консультанта і протікають під його контролем, він має відповідати за свої дії в таких ситуаціях. Розуміння фахівцем своєї відповідальності дозволяє йому вільно й свідомо здійснювати вибір у будь-який момент консультування – погоджуватися з переконаннями клієнта або вступати в продуктивне протистояння. Особиста відповідальність консультанта допомагає йому більш конструктивно сприймати критику. У таких випадках критика не викликає у спеціаліста вияву механізмів психологічного захисту, а слугує корисним зворотним зв'язком, що поліпшує ефективність його професійної діяльності.

Глибина взаємостосунків з іншими людьми. Консультант зобов'язаний оцінювати людей – їх почуття, погляди, своєрідні риси особистості, але робити це без осуду й наклеювання ярликів. Такий характер стосунків із клієнтами надзвичайно важливий у консультативній взаємодії.

Також варто взяти до уваги страхи, які переживають більшість клієнтів, намагаючись зав'язати близькі, теплі взаємостосунки з іншими людьми.

Деяким клієнтам може здаватися, що виявлення позитивних почуттів зобов'язує їх до чогось, обмежує волю та робить уразливими, інших страшить неприйняття партнером позитивних почуттів, відсторонення їх, тому більш безпечним для таких людей є відхід, уникнення глибоких міжособистісних взаємин.

Ефективному ж консультантові такі страхи не притаманні, він здатен вільно виявляти свої почуття перед іншими людьми, у тому числі й перед клієнтами.

Постановка реалістичних цілей. Зазвичай, успіх спонукає людину ставити перед собою високі цілі, а невдача, навпаки – змушує опускати планку домагань якомога нижче. Іноді цей механізм самозахисту порушується і тоді занадто висока мета буде задалегідь приречена на невдачу або прагнення до незначної мети не принесе ніякого задоволення. Звідси, ефективний консультант має рефлексувати обмеженість своїх можливостей. Насамперед, важливо не забувати, що будь-який консультант, незалежно від професійної підготовки, не всемогутній. У дійсності жоден консультант не здатен побудувати ідеальні взаємини з кожним конкретним клієнтом і допомогти всім клієнтам розв'язати їх проблеми.

Ефективний консультант завжди здатен відмовитися від нереального прагнення стати досконалим. У процесі консультування він може виконувати свою роботу "добре", але не ідеально. Консультант, який не в змозі визнати обмеженість своїх можливостей, живе ілюзіями, що здатен повністю пізнати й зрозуміти іншу людину, постійно звинувачує себе за помилки замість того, щоб засвоїти корисні уроки, і, як результат, – його діяльність є неефективною. Якщо ж психолог допускає власну обмеженість, то уникає непотрібної напруги й почуття провини. Тоді стосунки з клієнтами стають більш глибокими й реалістичними. Адекватна оцінка консультантом власних можливостей дозволяє йому ставити перед собою досяжні цілі.

А. Журавель було виділено **особистісні властивості психолога-консультанта, які відповідають вимогам ефективного консультанта, а саме:**

- 1) креативність;
- 2) емпатія;
- 3) здатність до самоконтролю;
- 4) гнучкість поведінки;
- 5) терпимість;
- 6) високий рівень інтелекту;
- 7) високий рівень особистісної відповідальності;
- 8) уміння прогнозувати події, здатність до прогнозування;
- 9) комунікативні здібності (уміння встановлювати контакт, легкість у підтримці розмови);
- 10) прагнення до самопізнання та саморозвитку;
- 11) інтерес і повага до іншої людини;
- 12) стійкість до стресу;
- 13) віра в позитивні зміни, віра в здатність клієнта подолати життєві труднощі;
- 14) уміння слухати;
- 15) інтуїція;
- 16) рефлексія;

- 17) усвідомлення професійного обов'язку;
- 18) цілеспрямованість і наполегливість;
- 19) здатність до самостійного навчання;
- 20) автентичність (здатність виявляти справжні емоції та переживання);
- 21) привабливість / атракція;
- 22) психологічне мислення;
- 23) ораторські здібності;
- 24) почуття гумору;
- 25) сезитивність;
- 26) тактовність;
- 27) відкритість власному досвіду, щирість у сприйнятті власних почуттів;
- 28) вміння викликати довіру;
- 29) впевненість у собі;
- 30) діалогізм;
- 31) ерудованість;
- 32) конгруентність;
- 33) уміння стійко приймати невдачу, відчувати межі своїх обмежень;
- 34) уміння зберігати таємницю;
- 35) доброзичливість;
- 36) досконале знання невербальних засобів спілкування;
- 37) прогресивні уявлення про етичні цінності;
- 38) усвідомлення власних проблемних сфер, потреб, мотивів.

Особистісні властивості кваліфікованого консультанта також стосуються того, як він поводить себе з клієнтом у різноманітних ситуаціях психологічного консультування, як виходить із скрутних ситуацій, що часто виникають у процесі консультативних взаємодій тощо.

Професійна діяльність кваліфікованого консультанта пронизана його особливою відповідальністю перед клієнтом за ті рекомендації, які він пропонує.

Етичні вимоги до особистості консультанта:

1. Практична діяльність консультанта має спиратися на відповідні морально-етичні та юридичні основи.

2. Діяльність психолога спрямована на досягнення винятково гуманних цілей, що припускають зняття яких би то не було обмежень на шляху інтелектуального й персонального (особистісного) розвитку клієнта.

3. Свою роботу консультант будує на основі безумовної поваги гідності й недоторканості особистості клієнта. Він поважає основні людські права, презентовані загальною Декларацією прав людини.

4. У роботі з клієнтами консультант керується принципами чесності й відкритості (щирості). Разом з тим він повинен бути обачним у порадах і рекомендаціях клієнтові.

5. Консультант зобов'язаний доводити до відома колег, членів своїх професійних об'єднань про випадки порушення прав клієнтів, негуманне ставлення до них.

6. Консультант має право надавати лише такі послуги клієнтам, для яких він має необхідну освіту, кваліфікацію, знання й уміння.

7. У своїй роботі консультант може застосовувати тільки апробовані методики та техніки, що відповідають сучасним загальнонауковим стандартам.

8. Обов'язковою складовою частиною діяльності консультанта є постійна підтримка на високому рівні своїх професійних знань і умінь.

9. У випадку вимушеного застосування психологічних методик і рекомендацій, що не пройшли достатньої апробації або не повністю відповідають науковим вимогам, психолог повинен про це попереджати своїх клієнтів і бути досить обережним у своїх висновках.

10. Консультант не має права розголошувати або передавати третім особам відомості про своїх клієнтів або результати консультування.

11. Консультант зобов'язаний перешкоджати використанню методів психологічного консультування й психологічного впливу на людей некомпетентними, професійно не підготовленими особами, а також повідомляти про це тих, хто користується послугами таких "спеціалістів".

12. Психолог-консультант не має права передавати некомпетентним особам методики психологічної роботи з клієнтами.

13. Консультанту слід бути обачним, щоб не викликати необґрунтованих надій і очікувань з боку клієнта, не давати йому обіцянок, порад і рекомендацій, які неможна буде виконати.

14. Консультант несе особисту відповідальність за збереження в таємниці інформації, що стосується клієнтів.

Дотримання всіх зазначених правил та етичних норм є обов'язковою складовою професійної діяльності психолога-консультанта.

8. Помилки психолога в процесі консультативної взаємодії

Одна з перешкод у досягненні мети консультування – це, як не прикро, поступова професійна деформація самого фахівця. Вона виявляється у зникненні "внутрішнього відчуття" іншої людини, яка прийшла на прийом. Замість варіативності, гнучкості осмислення проблемної ситуації, психолог використовує штампи, які, можливо, спрацьовували раніше, але зараз є малоефективними. Зарадити цьому може постійне підвищення кваліфікації, спілкування з супервізором, участь у групових тренінгах задля зняття бар'єру спілкування такого типу.

Розглянемо "шаблони непрофесійності" психолога у консультативній роботі:

– *рольова гра "А в мене це теж було"*, яка розгортається за сюжетом: клієнт після формулювання проблемної ситуації чує відповідь: "А в мене таке також було, я пережив і ви зможете". Наприклад, запит: "У мене проблеми спілкування з чоловіком (дружиною), дітьми, родичами, на роботі з колегами (керівником, підлеглими) тощо"; відповідь: "У вашому віці я сам таке пережив; поки діти не підрости, було складно; з такими працівниками (керівником,

підлеглими) я колись працював, сам ледь витримав і нічого". Для психолога така позиція вигідна через те, що рекомендації з власного життєвого досвіду можна надавати у більшості ситуацій, не змушуючи себе глибоко розбиратися в сутності справи;

– *рольова позиція "Час усе виліковує"*, при цьому матриця взаємодії між психологом і замовником (клієнтом) має границі від формулювання проблеми до останньої "психологічної" рекомендації на всі випадки життя – "Час все виліковує", або варіанти "Не сумуйте, все пройде", "Заспокойтеся, час швидко мине і ви забудете" і таке інше. Непрофесійність цього підходу, по-перше, в тому, що значна більшість людей і так знає, що час все виліковує, однак за якихось причин ці знання їм не допомагають. Отже фахівець тим і відрізняється, що впроваджує інші рекомендації, підбирає слова, відповідні до індивідуальності клієнта, його складної життєвої ситуації. По-друге, психолог працює в межах однієї або кількох методологій в психології, для опанування основ яких необхідно навчання у вищому навчальному закладі за фахом. Отже, лише науково обгрунтовані та апробовані практикою знання та професійно-особистісні якості консультанта мають бути його інструментом, однак ні як не позиція "час все виліковує" на всі випадки життя;

– *рольова формула "Візьміть себе в руки"*, особливо при консультуванні особистостей із залежними формами поведінки, такими як тютюнопаління, ігрова, комп'ютерна залежність. Позиція психолога ґрунтується на його глибоких переконаннях про неосяжні можливості організму, мозку, який "використовується лише на 10%", домінування вольових процесів та їх панівне значення у саморозвитку особистості. Тому, після запиту типу: "Що робити, коли я втратив самоконтроль?", "Як досягти успіху в навчанні, роботі, стосунках?" клієнт може почути: "Маєте взяти себе в руки" або "Будьте лідером; треба лише захотіти і всього можна досягти силою волі", "Відпочинок – це зміна діяльності". Така позиція є непрофесійною, оскільки клієнт сам нічого зробити не може, тому і звертається до фахівця, очікуючи на реальну допомогу. Психолог має усвідомлювати свою роль як спеціаліста у розв'язанні запитів клієнта, наголошуючи у бесіді "я вам допоможу" або "ми разом з вами розв'яжемо проблему".

До найбільш поширених практичних помилок психологів, які здійснюють консультування, доречно віднести такі:

- *Надмірна кількість запитань до клієнта (пацієнта), причому часто абсолютно беззмістовного характеру* – це результат відсутності єдиної оптимальної методології роботи.

Типовою на прийомі є ситуація, коли після кожної фрази, репліки замовника психолог включається питанням: "А чому ви так думаєте (поводитесь, реагуєте тощо)?", або "Що ви при цьому відчули?" Спілкування нагадує перевірку вчителем домашнього завдання учня на уроці, а така рольова ситуація дискомфортна для клієнта і часто для самого психолога.

Відповіді на запитання "А чому...?" повинен зрозуміти сам консультант під час прийому клієнта. Якщо питання цього типу не припиняються, то у

клієнта складається враження типу: психолог що називається "пливе (втопає) у запитаннях" і не розуміє, як вести бесіду, не може нічого конкретного порекомендувати.

Повторимося, що при правильному виборі консультантом конкретної методології такої помилки не існує, оскільки питання ставляться з конкретною метою, наприклад, з'ясувати психологічні травми у дитинстві, які впливають на сьогодення (методологія психоаналізу); поглиблення рефлексії та уявлень про світ (положення про динамічну рівновагу системи "образ світу – образ "Я"; зняття протиріч в узагальненнях (теорія когнітивного дисонансу);

– *Монолог самого психолога, в якому можна "потонути" клієнту* – це відбувається, якщо психолог лідер як особистість, завдяки чому намагається інтелектуально домінувати в знаннях про життя, відносинах з людьми, вирішенні проблем. Консультація типу наставництва з дорослими людьми часто неефективна, оскільки агресивний монолог психолога породжує протидію клієнта – відторгнення інформації. Клієнт вдається до такого психологічного захисту – уважно слухає, мовчки чекає завершення тиради фахівця, прагне скорішого завершення консультації;

– *Проекція консультантом своїх психологічних травм (комплексів) на особистість клієнта* – це частіше відбувається за умов, коли темою запиту стають сімейні конфліктні відносини. Фахівець несвідомо займає позицію своєї статі (чоловіка, дружини), що породжує явище трансферу (З. Фрейд), відповідно порушується принцип "безоцінкового ставлення до клієнта". Для максимального уникнення проекції психолог повинен сам консультуватися у супервізора, брати участь у тренінгах професійного зростання.

9. Професійний етикет консультанта

Крім чисто професійних, технічних аспектів психологічної допомоги, під час налагодження стосунків (і насамперед під час першої зустрічі) виникає безліч, на перший погляд, незначних, озвучених та неозвучених проблем, які тим не менше слід передбачити та врахувати. Ці проблеми в сукупності характеризують професійний етикет поведінки психолога-консультанта й загальну атмосферу ситуації. Розглянемо найпростіші приклади.

Куріння. Інколи клієнти, нервуючи, запитують, чи можна закурити. Заборонити клієнтові курити – нетактовно. Це може бути сприйнято як тиск або небажане обмеження свободи. Заохочувати ж куріння не варто, адже це негігієнічно і шкодить здоров'ю. Один із прийнятних способів поведінки полягає в тому, щоб відокремити процес куріння від консультативної бесіди. Тактовність та доречність мотивувань, партнерський тон спілкування допоможуть зняти напругу, яка спонукає клієнта до куріння.

Ведення записів. Будь-який спосіб фіксування інформації (шляхом магнітофонного запису, нотаток і т. п.) повинен обов'язково обговорюватися з клієнтом і при найменшій незгоді, безумовно, відкидатися. Однак після завершення зустрічі психолог має право зафіксувати у своєму робочому

щоденнику істотні моменти спілкування, поведінки або переживань клієнта, щоб глибше зрозуміти їх і ґрунтовніше підготуватися до наступної зустрічі.

Часті запізнення. Якщо клієнт, найчастіше, звичайно, жінка, регулярно запізнюється до заздалегідь обумовленого часу, слід опрацювати можливі причини запізнень: опір, демонстрація, зниження мотивації тощо. Запізнення психолога на зустріч, якщо це не спричинено фатальним збігом обставин, також вимагає, крім вибачень, окремого самоаналізу.

Питання оплати. У тих випадках, коли психолог консультує на умовах приватної практики, слід спеціально й заздалегідь обумовити вартість послуг та порядок оплати (погодинно, за результатом) на взаємоприйнятних умовах. У зв'язку із специфікою психологічної допомоги стягнення плати за послуги психолога може не залежати від позитивного чи іншого результату дій психолога.

Орієнтування клієнта в часі. Практика засвідчує, що роз'яснення клієнтові часових меж роботи, включаючи загальне орієнтування в можливих термінах консультативної роботи в цілому і тривалість кожної окремої зустрічі – важливий і в процедурному, й у поведінковому відношенні момент. Психолог не повинен відчувати ніяких незручностей, коли йдеться про нагадування клієнтові, що час зустрічі вичерпано. За ставленням клієнта до часу, за його поведінкою можуть приховуватися дуже важливі для психологічного опрацювання факти.

Одяг та імідж консультанта. Одяг, зовнішній вигляд та манери поведінки психолога (чоловіка чи жінки) повинні відповідати загальноприйнятим у суспільстві стандартам. Зайвий макіяж, занадто демонстративний, дорогий або, навпаки, дуже демократизований одяг, підкреслено офіційний або навмисне недбалий стиль поведінки – усе це може сигналізувати про явні чи неявні особисті проблеми самого спеціаліста, підриваючи довіру до нього ще до початку спільної роботи. Вираз обличчя, очей, а також манери, одяг – усе має свідчити про здоровий спосіб життя психолога-консультанта, його врівноваженість і переконувати клієнта, що йому зможуть допомогти.

Психологів підстерігає спокуса *вступити в змову з клієнтами и відкинути таємницю*. У цій огидній угоді нерідко розкривається ілюзія, що існують відповіді на всі життєві проблеми, що можна розкрити значення кожного сну або символу і що ідеальною метою здорового психічного життя є раціональний контроль.

Психологи зобов'язані багато знати, але одночасно вони повинні відчувати благоговіння й покірність перед таємницею. Будьмо відвертими – ми ніколи не володіємо і не здатні досягти повноти знань. Прикидатися, що ми знаємо недоліки клієнта й можемо підказати йому правильний вибір, – означає зрадити клієнта. Основне завдання консультанта полягає в тому, щоб допомогти клієнтові у виявленні своїх внутрішніх резервів, зрозуміти, яким він хоче стати. Клієнтам під час консультування слід щиро оцінити свою

поведінку, стиль життя й вирішити, яким чином і в якому напрямку вони хотіли б змінити його.

Структуруючи психологічний процес, консультант надає клієнтові ініціативу саморозкриття. Іноді ініціативу доводиться обмежувати, якщо консультант почуває, що в даний момент клієнт занадто енергійний. Іншими словами, консультант активує й контролює "потенціал розкриття" клієнтів.

Висновки.

1. Найважливішим методом психологічного впливу є психологічне консультування. Основна мета психологічного консультування – це надання психологічної допомоги, тобто розмова із психологом повинна допомогти людині у вирішенні її проблем і налагодженні міжособистісних стосунків з оточуючими. Серед видів психологічного консультування є кризове консультування, яке допомагає не допустити збільшення кризової ситуації, за потреби направити клієнта до безпечного місця перебування для формування у нього ефективних стратегій адаптації до стресу, подолання наслідків стресу та травмуючи ситуацій, спричиненого кризовою ситуацією, забезпечення психологічної підтримки, зниження рівня напруження та стресу, забезпечення базових потреб.

2. Отже, кризове консультування це різновид психологічного консультування, що є видом психологічної допомоги (так званої «кризової інтервенції») і спрямоване на полегшення прояву афекту, налагодження спілкування, досягнення розуміння клієнтом його проблем і відчуттів, демонстрацію турботи й емпатії, підвищення самооцінки, підтримку поведінки, зорієнтованої на подолання його проблем. Успішність процесу консультування цілком залежить від особистості консультанта, як найважливішого суб'єкта діяльності, що володіє засобами зцілення особистості у консультативному процесі, оскільки саме психологконсультант має справу з найскладнішим об'єктом професійної взаємодії – людською психікою. Головний закон цієї взаємодії: «Не нашкодь!», відповідає етичним нормам професійно-етичних стандартів особистості психолога-консультанта. Важливим для здійснення роботи консультанта є володіння певними особистісними та професійними якостями, такими як: компетентність, відповідальність, конфіденційність тощо.

Тема7. Процес та методи кризового психологічного консультування.

- 1. Перша зустріч з клієнтом.*
- 2. Консультативний контакт.*
- 3. Етапи психологічного консультування та кризового консультування.*
- 4. Специфіка використання психологічних технік в процесі кризового консультування.*
- 5. Види технік психологічної підтримки під час кризового консультування.*

Вступ.

Важливу роль у процесі консультування відіграють стосунки між клієнтом та консультантом, які можуть по-різному ставитися до очікуваного результату й шляхів реалізації завдань. Тому необхідно, поперше, спільними зусиллями правильно з'ясувати суть проблеми; по-друге, клієнт і консультант повинні визначити, чого вони хочуть досягнути, як можна оцінити майбутні результати. Крім того, важливо знати, у яких ролях клієнт і консультант будуть брати участь у вирішенні проблеми. А також дотримуватися принципів та етапів у процесі кризового психологічного консультування.

1. Перша зустріч з клієнтом

Процес психологічного консультування починається із зустрічі, тобто з моменту його появи у кабінеті. Уже на цьому етапі можна дізнатися багато цікавого про людину, тобто до того, як вона почала розповідати про свої проблеми. На думку Р. Мея, кожна деталь в одязі, поведінці, виразі обличчя особи допомагає розкрити її унікальну особистість. Усе має значення: зміна інтонацій голосу, кожен вчинок, те, як людина дивиться на тих, хто її оточує, як тисне руку, заходить до кабінету.

Перше враження про клієнта починає формуватися уже на основі того, як він заходить: чи впевнена хода, як голосно постукав у двері, чи одразу ввійшов, чи знітився біля дверей. Буває, що пацієнт тихенько постукає в двері, ніби вибачаючись, що потурбував, просуне голову в напіввідчинені двері, обережно запитуючи, чи можна ввійти. Це може свідчити про невпевненість, страх, нерішучість або про таємне бажання уникнути зустрічі. Постукати коротко і гучно – так само, як і різко відчинити двері, не чекаючи дозволу, – вказують на впевненість у собі та налаштування на роботу.

Деякі деталі одягу можуть також свідчити про характер клієнта. На думку З. Фройда, будь-яка деталь одягу, не защепнутий гудзик, зміна в одязі – це спосіб повідомити про те, що людина не хоче сказати прямо. Постійна неохайність та недбалість в одязі красномовно свідчать про її характер. Іноді така неохайність може вказувати на неповагу до консультанта. Але якщо на прийом приходить пацієнт, одягнений надто охайно, це може свідчити про педантичність, надмірну увагу до дрібниць. Кричущі деталі зовнішності

(косметика, зелені нігті) говорять про потребу в увазі. У підлітковому віці це може бути або наслідуюванням моди або стереотипом, який узвичаївся у референтній підлітковій групі.

Вирішальними для початкового орієнтування партнерів, уособлення себе в ситуації спілкування, формування власного самовідчуття, що впливає на вибір тієї чи іншої стратегії поведінки із співбесідником, є **перші 4 хвилини контакту**. Саме перші 4 хвилини для партнерів – найважчі. За цей час найчастіше виробляються неусвідомлені, але стратегічно важливі рішення, які стосуються сприйняття партнера, оцінка його особистості та прогнозування можливих стосунків.

Перші хвилини зустрічі надзвичайно важливі як вільний, поза установкою простір для формування першого враження про людину і, у нашому випадку, оцінки особистісного (психологічного) потенціалу клієнта.

Із трьох фаз будь-якого людського спілкування – початку стосунків, їх розвитку, динаміки та припинення – перша фаза, безперечно, є ключовою. Особливо в ситуаціях надання кризової психологічної допомоги.

Під час першої зустрічі з клієнтом немає жодної, буквально жодної деталі, яка б не мала значення для успіху першого контакту: від виразу обличчя, погляду, інтонації та відстані до клієнта (оптимальна - 1,5 м) до введення клієнта в семантику консультативної та психологічної роботи.

Перша зустріч спрямована на налагодження контакту з клієнтом та встановлення довірчих стосунків. Коли клієнт заходить до кабінету, консультант повинен встати і, бажано, зустріти його біля дверей, привітатися та представитись. Далі ситуація залежатиме від характеру клієнта, актуальності та гостроти його проблеми та бажання одразу розпочати розмову. Проте не варто забувати, що на першій зустрічі ви повинні розв'язати низку завдань, а якщо одразу перейдете до вислуховування, можливо, не вистачить часу.

Під час консультування консультант впливає на клієнта. Зазначимо, що важливо активізувати клієнта, його ініціативу, але не маніпулювати ним.

Найчастіше використовуються такі методи дії (впливу):

- демонстрація теоретичних знань і досвіду консультанта;
- прояв професійної чесності в роботі;
- утвердження загального погляду;
- використання заохочення, зняття відчуття напруженості й тривоги.

Під час першої зустрічі необхідно обговорити деякі організаційні моменти:

- право на запис (папір, аудіо, відео). Для цього необхідний дозвіл клієнта; якщо ні – одразу після зустрічі маєте записати всю інформацію;
- інформація стосовно консультанта: освіта, право на консультування, в якому напрямку працюєте; необхідно підкреслити свій досвід;
- розповісти про свою позицію стосовно відповідальності за життя, яка лише на ньому, хоча ми поважаємо клієнта, підтримуємо його рішення;
- складання психотерапевтичного контракту;

– цілі консультування: терапевт обговорює з клієнтом, чого б він хотів досягти в результаті сеансу. Така розмова може попередити неадекватні цілі, нереалістичні сподівання та очікування. У підсумку будується усвідомлена система цілей, завдяки якій учасники консультативного процесу орієнтуються на конкретний та досяжний в найближчому майбутньому результат;

– час консультації (від 45 хв до 1 год 20 хв); тривалість зустрічі необхідно зазначити, інакше клієнт хвилюватиметься: “Ми маємо 50 хвилин і я готовий вас слухати”, “Як би ви хотіли використати сьогодні час? У нас є 50 хвилин”;

– оплата;

– етика і права клієнта;

– чи одержував він раніше психологічну допомогу?

Звичайно, уся наступна психологічна робота не може визначатися першою зустріччю, і прожиття психологічної допомоги проходить кілька етапів, але в консультативній роботі, зокрема, справа може обмежитися єдиною бесідою. Ось чому першій зустрічі надається таке велике значення.

2. Консультативний контакт

Одна з найважливіших умов ефективної роботи психолога – контакт із клієнтом, встановлення консультативного контакту (рапорту). Його гарантія – професійне володіння не лише вербальними технічними засобами, але і такими найважливішими невербальними параметрами, як тон, контакт очей, паузи і т. д.

Консультативний контакт – це унікальний динамічний процес, під час якого одна людина допомагає іншій використовувати свої внутрішні ресурси для розвитку в позитивному напрямку й актуалізувати потенціал осмисленого життя.

Консультативний контакт – це почуття й настанови, які учасники консультування випробовують один відносно іншого, спосіб їхнього вираження.

Із наведених визначень бачимо, що консультативний контакт складає сутність процесу консультування. Особливо визначається щирість, теплота, емпатія, повага, підтримка з боку консультанта і “передавача” настанов клієнтам. Засвоєні під час консультативного контакту навички пацієнт проєктує на інші стосунки.

Практично всі визначення вказують на кілька унікальних рис консультативного контакту:

– емоційність (консультативний контакт швидше емоційний, ніж когнітивний; він має на меті дослідження переживань клієнтів);

– інтенсивність (оскільки контакт представляє ставлення й взаємний обмін переживаннями);

– динамічність (при зміні клієнта змінюється і специфіка контакту);

– конфіденційність (зобов’язання консультанта не поширювати відомості про клієнта сприяє довірливим стосункам);

– надання підтримки консультантом (забезпечує стабільність контакту, що дозволяє клієнтові ризикувати, не боятися поводитися по-новому).

Для встановлення спільної довіри, консультантові особливо необхідні такі якості: щирість, здатність до емпатії, безумовна повага до людей.

Якість консультативного контакту залежить від 2 чинників:

– терапевтичного клімату;

– навичок консультанта у підтримці спілкування.

Терапевтичний клімат включає в себе емоційні та фізичні компоненти.

1. До *емоційно значимих компонентів* відносять створення атмосфери взаємної довіри, відвертість консультанта, його здатність до емпатії та безумовної поваги до клієнта;

2. *Фізичні компоненти* включають обладнання місця консультування, розміщення консультанта і клієнта в просторі, структурування часу виділеного для консультування.

Емоційно значимі компоненти:

1. *Створення атмосфери взаємної довіри* – полягає у відвертому інтересі до людей і бажання допомогти їм. Під час консультування всю увагу необхідно приділяти клієнтові і не займатися сторонніми речами, давати клієнтові максимально виговоритися. Не слід виявляти надмірну цікавість. Необхідно дотримуватися конфіденційності. Допомогати клієнтові почувати себе комфортно під час консультативних зустрічей. До проблеми клієнта потрібно відноситися безоціночно.

2. *Відвертість консультативного контакту* – консультант повинен вміти поводити себе з клієнтом так, щоб він сприйняв входження консультанта в його внутрішній світ як підтримку, а не як загрозу.

3. *Емпатія* – здатність до співчуття, співпереживання. Емпатія передбачає ідентифікацію з іншою особою, при якій стає можливим взаєморозуміння між людьми. Не можливо зрозуміти іншого, якщо не ідентифікувати його з собою. Прояв емпатії передбачає, що консультант чуйно і точно реагує на переживання клієнта як на свої власні. Якщо консультант точно і старанно ідентифікує різноманітні почуття, то клієнт має можливість краще відчувати і зрозуміти себе. Але входячи у світ іншої людини важливо залишатися автономним від клієнта, тому співпереживання консультанта не повинно бути тотальним, а тільки частковим.

4. *Безумовна повага до клієнта* – це безумовне і безоціночне прийняття клієнта як цілісної особистості. К. Роджерс визначав цей компонент як терпимість до всіх аспектів суб'єктивного світу клієнта.

Фізичні компоненти:

1. *Обладнання або організація місця консультування* – окремий кабінет, дизайн, підібрані тони, стіл, стільці, кушетка, спеціальний інтер'єр. Консультування проводиться в одному кабінеті.

2. *Структурування консультативного простору* – зустріч, привітання, запрошення клієнта вибрати місце, розміщення консультанта, визначається певна дистанція, місце розташування.

3. *Структурування часу консультування* – визначається час для першої зустрічі та наступних. Час регламентується в залежності від віку клієнтів. Тривалість бесіди консультанта визначає на початку зустрічі, бо клієнт повинен знати, на який час він розраховує. Консультант визначає також кількість і частоту зустрічей зберігаючи цілісність процесу взаємодії

3. Етапи психологічного консультування та кризового консультування

Незалежно від форми проведення психологічна допомога в усіх своїх різновидах (від консультування до позамедичної психотерапії), якщо не обмежується одноразовою ситуативною консультацією, як правило, проходить кілька стадій (етапів, фаз).

Основна стратегія роботи консультанта – спільно з клієнтом переформулювати актуальну проблему в особистісне завдання, що дозволяє дійсно надати допомогу, а не орієнтувати клієнта в системі оцінок.

Загальна схема діяльності консультанта в процесі консультування у загальному вигляді: виявлення проблеми - діагноз - аналіз фактів - план втручання - втручання у вигляді консультування - оцінка результатів спільної діяльності консультанта і клієнта.

Етапи кризового консультування (загальна схема):

- Перший етап, головне завдання – прийняття клієнта, ***встановлення контакту з клієнтом***, так як на початку бесіди він може бути нерішучим, перебувати у стані розгубленості, пов'язаному з тривогою, гнівом, сумом, сумнівами, почуттям провини, викликаними кризовою ситуацією в його житті, і в цьому випадку консультант повинен надати підтримку клієнту, безоцінно вислухати його.

- Другий етап, завданням якого – ***допомога клієнту у визначенні та проясненні проблеми і конфлікту***, пов'язаних з кризою, і в кінці клієнт повинен позначити свою проблему.

- Третій етап, завдання якого – ***полегшення клієнту дослідження можливих альтернатив, можливих наслідків кризи:***

– Важливо при цьому не давати клієнту порад, як вийти з кризи, а формувати у нього здатність до самостійного пошуку рішень через знаходження і використання власних внутрішніх ресурсів;

– Консультант повинен сформулювати у клієнта ставлення до його кризи не як до кінця всього і втрати сенсу існування, а як до важливого і відповідального періоду в його житті, що сприяє переходу клієнта на більш високий рівень особистісного розвитку, як до події, що сприяє його особистісному зростанню;

– Якщо клієнт вирішує цю проблему, то більш імовірно, що з наступного кризовою ситуацією він впорається сам, а це і є глобальна мета психологічної допомоги;

- Четвертий етап, для якого характерно ***прийняття рішення***, яке приходить, коли клієнт відчуває, що ***криза перетворився на цілком керовану***

проблему. Якщо криза має затяжний характер, то консультант повинен залишити можливість для повторного звернення до кризової ситуації. Клієнт повинен підійти до проблеми зі своїми власними силами і відчутти себе над ситуацією, будучи готовим продовжувати своє власне життя. *Проходження даної стадії – обов'язкова умова ефективності консультативного процесу.*

Загалом, кризове консультування може включати лише три етапи: *кризова підтримка, кризове втручання і підвищення рівня адаптації,* необхідного для вирішення кризової ситуації.

Наприклад: пацієнтам з високим суїцидальним ризиком надається кризова підтримка; по відношенню до пацієнтів, що знаходяться в фазі виходу з гострої кризи, здійснюється кризове втручання; посткризисні пацієнти без суїцидальних тенденцій, що знаходяться в умовах недозволеної високоактуальної ситуації, включаються в заняття по тренінгу навиків адаптації. Гострота суїцидальних переживань, як правило, найбільш виражена під час знаходження пацієнта на лікуванні, надалі актуальність суїцидальних тенденцій знижується. Тому згадані етапи можуть здійснюватися послідовно: кризова підтримка – кризове втручання – підвищення рівня адаптації.

Етапи процесу кризового психологічного консультування:

1. Встановлення контакту;
2. Збір інформації;

Перший принцип кризового консультування: в стані кризи не слід вирішувати давні проблеми, ятрити старі рани, та як в цей момент у клієнта немає сил впоратися з цим.

3. Формулювання проблеми;
4. Дослідження можливостей;

Другий принцип – слід залишатися в межах прояснення поточних подій. Поки людина знаходиться в ситуації гострої кризи, її рішення можуть бути нереалістичними. А найчастіше "тунельне мислення" супроводжує кризовий стан, що не дозволяє бачити вихід із ситуації.

5. Пошук альтернатив;

Третій принцип кризового консультування: консультант не повинен намагатися змінити почуття клієнта. Він може тільки реорганізувати їх у більш конструктивне ціле. Біль, яку відчуває людина в кризі, мотивує його на пошук нових шляхів вирішення, ресурсів, на придбання нових навичок.

6. Контракт;
7. Заключний етап.

1. Встановлення контакту. Знайомство: з перших хвилин консультант прагне встановити психологічний контакт, що передбачає обопільне прийняття, довіру, повагу і симпатію. Психолог повинен представитися звернувся і пояснити, як він пов'язаний зі службою допомоги в кризових ситуаціях, роз'яснити свою роль і завдання, розповісти про ту допомогу, яку він може надати потерпілому. Контакт з консультантом забезпечує безпечну атмосферу, в якій постраждав від травматичного стресу і / або насильства може звернутися до свого хворобливого досвіду без страху бути незрозумілим

або почути осуд на свою адресу. Встановлення контакту відбувається на емоційному рівні і складається, перш за все, з наступних дій фахівця: *ідентифікація почуттів пацієнта; визнання його права відчувати саме так; підтвердження пацієнтові, що його почуття зрозумілі і приймаються.*

Показниками встановлення контакту є фізичне та емоційне розкритість людини, готовність розповідати про себе, ділитися переживаннями. Терпляче і доброзичливе ставлення фахівця, його готовність ставити навідні запитання, уміння зняти скутість і прийняти сильні переживання пацієнта є запорукою ефективною комунікації.

2. Збір інформації. Спонукаєте клієнта говорити з вами про те, що трапилось. Дайте можливість висловитися, не перериваючи, заохочуючи до розповіді: «Про що б Ви хотіли розповісти? З чого б хотіли почати?», «Коли це сталося?». Надсилайте розмова: «Продовжуйте ...», «А що було далі?», «Розкажіть про це ...». Досліджуйте актуальний стан проблеми і пов'язаних з нею почуттів; визначте, яка подія або переживання стало причиною гострої кризи. З'ясуйте, як довго існує проблема, які умови, в яких вона визрівала. Будьте терплячі, дайте час для відповідей на ваші питання. Допоможіть пацієнтові виразити почуття: «Що Ви зараз відчуваєте?». Поясніть, що багато хто відчуває подібні почуття і схильні до подібним реакцій. З'ясуйте уявлення пацієнта про травматичному впливі ситуації. Оцініть ступінь ризику. Дізнайтеся, що пацієнт думає про свої дії під час ситуації.

3. Формулювання проблеми. Дії консультанта на цьому етапі зводяться до наступного: підсумовування отриманої інформації; формулювання проблеми в такому вигляді, з яким би клієнт буде згоден. У деяких випадках – переформулювання проблеми, щоб клієнт міг врахувати більшу кількість її аспектів; якщо проблема занадто велика – розділити її на більш дрібні частини; відокремити від актуальних проблем в минулому. Допоможіть клієнту визначити окремі переживання і встановити пріоритети, тобто відзначити те, що його найбільше турбує і чим потрібно зайнятися у першу чергу.

4. Дослідження можливостей. Спонукаєте клієнта до вербального оформлення планів, висловити можливі варіанти виходу з кризової ситуації. Послідовно обговоріть всі можливі варіанти поведінки людини на найближчі дні: «Що Ви будете робити через годину, сьогодні ввечері?» тощо. Корисно скласти конкретний план дій на період до зустрічі з психологом («антикризовий план»), однак якщо цього не вийде, не слід форсувати події, примушуючи людину зробити більше, ніж вона може в даний момент. З'ясуйте, чи були раніше аналогічні ситуації і що при цьому допомагало. Дізнайтеся, чи траплялося схоже з ким-небудь із знайомих клієнта, і що вони робили в таких обставинах. Спільно з клієнтом обміркуйте шляхи виходу з ситуації, що склалася. Якщо від консультанта вимагають поради або єдиного вірного рішення, передайте відповідальність клієнту. Можна звернутися до нього з питанням, наприклад: «Що б Ви хотіли зробити?» або «Якби Ви могли щось зробити, що б Ви зробили?», «Який у Вас вибір?». На етапі дослідження можливостей уникайте приступати до вирішення проблеми і залишайтеся в

межах роз'яснення поточних подій. Поки людина знаходиться в стані гострої кризи, її рішення можуть бути нереалістичними. А найчастіше виникає «тунельне мислення», що супроводжує кризовий стан, взагалі не дозволяє бачити вихід із ситуації.

5. Пошук альтернатив. Разом складіть план дій по вирішенню найважливіших проблем, викликаних кризою. Для кожної з тем обговорень запропонуйте можливі альтернативні рішення: «Які можливі варіанти / альтернативи?». Спільно обговоріть негативні і позитивні наслідки намічених дій: «Що станеться, якщо ...?», «Що може статися в найгіршому випадку?», «Який з варіантів здається Вам найбільш прийнятним?». Зміцніть з'явилося у людини відчуття, що він контролює ситуацію і своє життя, підкреслюючи, що це він приймає рішення і буде їх реалізовувати, як вважає за потрібне: «Тільки Ви можете вирішувати, як це буде». Якщо клієнт висловлює нереалістичні цілі – стимулюйте по можливості відмовитися від них. Зупиніть прагнення контролювати події, які потерпілий не може контролювати (наприклад, вчинки інших людей, розвиток ситуації, яка залежить не від нього). Оцініть здатність клієнта впоратися з наслідками кризи. Дізнайтеся, чи є близькі або друзі, які можуть надати підтримку.

6. Контракт. Тільки після того як емоційний стан людини поступово стабілізується, можливий перехід від емоційного і хаотичного опису ситуації і таких же хаотичних спроб знайти вихід з глухого кута до раціонального осмислення. Якщо проблема досить складна, то між усіма попередніми етапами і послідовним вирішенням проблеми необхідний «місток».

Консультант повинен ще раз коротко викласти зміст кризової ситуації, чітко відділяючи у викладі факти, почуття, думки клієнта з приводу пережитої ситуації і його фантазії (тобто нічим не підтвержені домисли, здогади, припущення). Така структура сама по собі приносить клієнту полегшення і відчуття деякого порядку в його розваленому світі. Важливо ще раз чітко і коротко сформулювати, що саме турбує клієнта у пережитій ситуації; точно позначити майбутню задачу (наприклад: «Тепер нам належить визначити вихід з ситуації, що склалася, що вам для цього необхідно і яким способом цього досягти»).

7. Заключний. Завдання етапу – підвести до закінчення розмови. Хоч би яка була проблема звернення, занадто довге спілкування не рекомендується, так як втомлюються і пацієнт, і консультант. Діалог перестає носити конструктивний характер: з'являються ознаки «жуйки» – повторення одного і того ж по кілька разів без всякого поступу вперед, тобто відсутня динаміка процесу. Тривалість кризового діалогу не повинна перевищувати півтори години, а краще, якщо він обмежиться однією годиною. Завершувати діалог рекомендується, коли ви відчуєте, що закінчений цілий смисловий блок.

Серед різних напрямків психологічного консультування особливий статус у теперішній час займає його специфічний різновид – кризове консультування. Останнє охоплює ті періоди в житті людини, які пов'язані з критичністю й кризисністю. Саме життєві кризи постають у центрі уваги

кризового консультанта. По суті воно являє собою забезпечення психологічної підтримки й допомоги здоровій, але емоційно виснаженій людині у складних, проблемних, критичних ситуаціях життя за допомогою застосування різноманітних технік та прийомів консультування.

4. Специфіка використання психологічних технік в процесі кризового консультування.

У першу чергу, вибір методу залежить від індивідуальних властивостей клієнта. Так, якщо у клієнта простежуються ненаситна жага уваги до себе, спрямованість бурхливої фантазії на прикрашення своєї особи, театралізованість, позування та високі домагання стосовно своїх успіхів у будь-якій діяльності, що свідчить про невротичний егоцентризм або істеричний тип особистості, то в такому разі найконструктивнішими будуть *техніки сугестії*. У випадку, якщо у клієнта помітні вегетативні порушення, пов'язані з функціональними станами організму (збудливість, зниження працездатності або стресостійкості, нерегульованість поведінки), то допомагатимуть *техніки аутогенного тренування*. У разі, якщо клієнт скаржиться на життєві складнощі, нездатність їх осмислити, ретельно проаналізувати, невміння також обміркувати нові особистісні позиції, то йому можуть допомогти *техніки раціональної терапії*. Тим, у кого виявляється постійна тривога, боязкість, нерішучість, сором'язливість, невпевненість у собі можна пропонувати *техніки поведінкової терапії*. Для клієнтів, які мають досить складні характерологічні якості (дріб'язковість, причепливість, дошкульний педантизм, виражену амбівалентність почуттів, замкнутість, агресивність тощо), найкращими стануть *техніки гештальттерапії та психодрама*.

По-друге, консультант обов'язково, визначаючи завдання взаємодії, осмислює змістовний бік психологічної проблеми клієнта. *Важливо враховувати не лише індивідуально-психологічні властивості клієнта, але й відпрацювати зміст кризи, а саме з якими конкретними переживаннями вона пов'язана – раціонального чи почуттєвого рівня*. Так, якщо у клієнта в процесі переживання кризи виникають гострі обставини в сім'ї (конфліктні взаємини з дружиною, дітьми) та у професійній діяльності (неузгоджені стосунки з колегами, адміністрацією), то це потребує конкретизації змісту реальної проблеми, щоб її якомога швидше розв'язати для клієнта. Консультанту в такому випадку найліпше буде вирішувати кризу клієнта, покладаючись на *техніки когнітивно-біхевіоральної терапії*.

Клієнт, у якого криза пов'язана з сексуальними проблемами, потребує особливої уваги щодо вивчення симптоматики дитячих комплексів, гострих психологічних травм у дитинстві, механізмів психологічного захисту. Консультант при вирішенні такої проблеми має бути зорієнтований на *психоаналітичні техніки*. Якщо ж клієнта емоційно й ціннісно енергетизує життєва проблема повсякчас – вона є для нього актуальною, психотравмуючою, дезадаптивною і він постійно в розмовах з оточуючими

наголошує, виявляючи тривожність, схвильованість, роздратованість та інші негативні форми емоцій, – то консультант має враховувати такі умови і діяти за принципом *"тут і тепер"*, звертаючись до технік гештальт-терапії.

По-третє, важливо, щоб і консультант, працюючи з клієнтом, враховував власні індивідуально-психологічні властивості та можливості, які сприятимуть ефективності їх консультативного діалогу. Існують випадки, коли клієнт зовсім "не вписується" в особистісний простір психолога-консультанта. Останній починає "насилувати" себе, придушуючи негативні морально-етичні почуття, які виникають у нього в процесі консультативної взаємодії. Такий спосіб контакту не прийнятний і не принесе позитивних зрушень ні клієнту, ні консультанту. За таких умов треба зорієнтувати клієнта на роботу з іншим спеціалістом.

Водночас необхідно зважати і на той факт, що психолог-консультант, отримуючи загально-професійну підготовку, є націленим на концепцію та наукові положення певного наукового підходу, який йому найбільше імponує. Найчастіше паралельно консультант отримує допоміжні професійні знання за контекстом інших наукових підходів, закінчивши спеціальні курси чи засвоївши навчальні програми, маючи певні дипломи або сертифікати. Хоча при цьому кожний консультант у процесі практичної діяльності може все ж таки надавати перевагу обраному ним підходу і тим методам, які використовуються ним у межах професійної допомоги клієнтам. Але ніколи професіональний психолог-консультант не має виявляти ригідність відповідно до використання певного методу. *Якщо основний метод не є ефективним при вирішенні кризи клієнта, важливо звернутися до допоміжного арсеналу методів і технік з інших наукових шкіл.*

Універсальними є техніки постановки запитань та паузи мовчання (рис.1, 2).

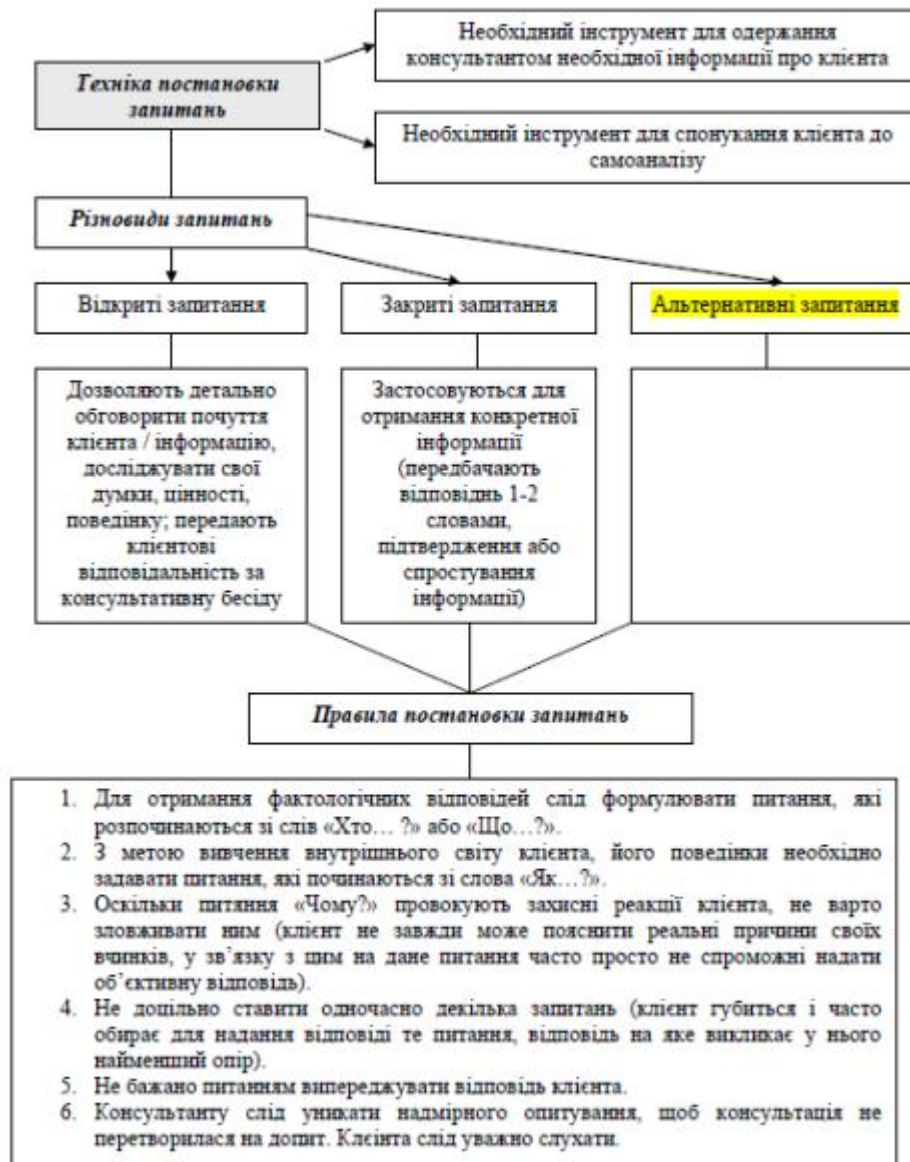


Рис.1 Техніка постановки запитань

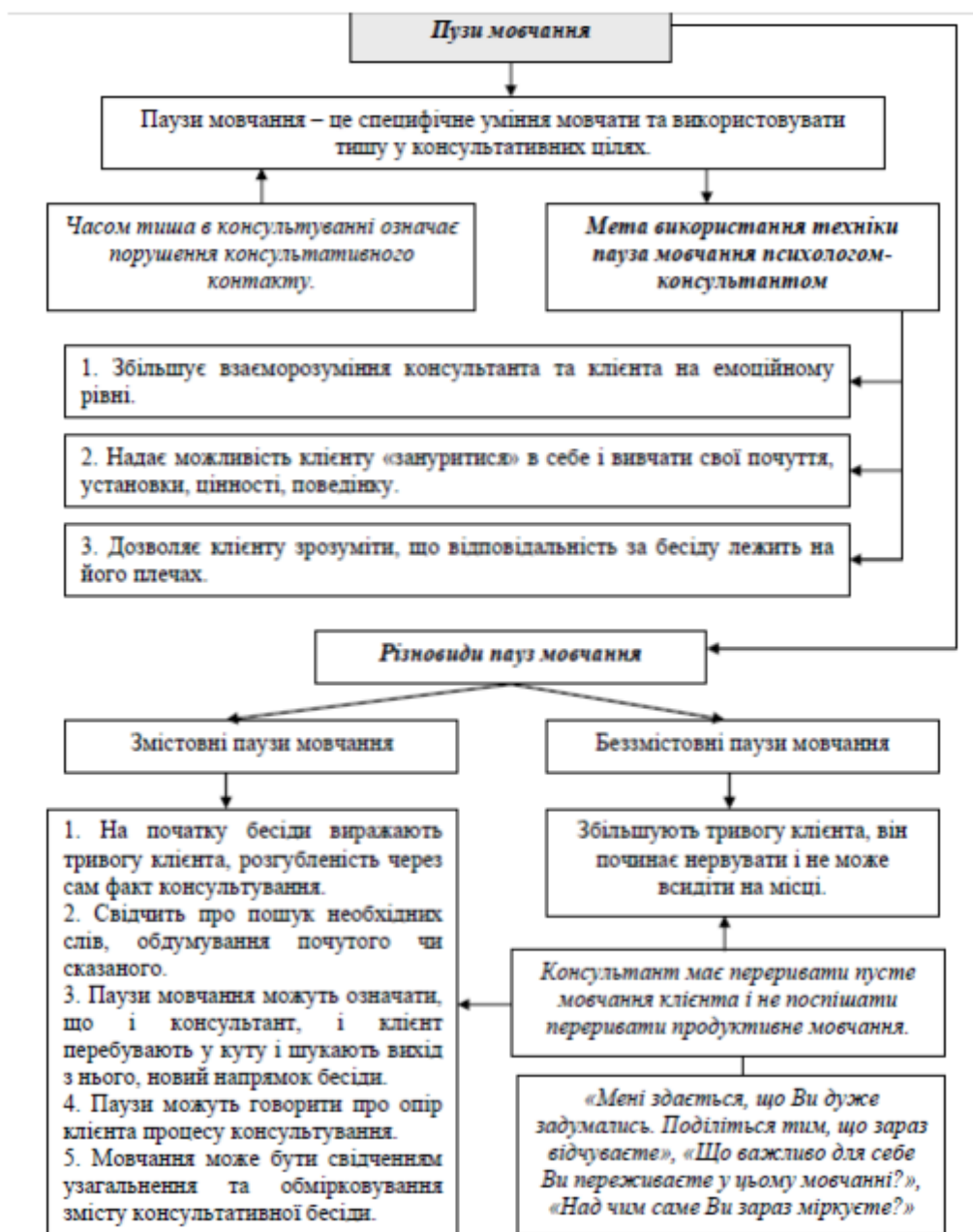


Рис.2 Техніка Паузи мовчання

Досить універсальною є *техніка уваги до клієнта*. В основі цієї техніки завжди знаходяться три аспекти – візуальний, вербальний та тактильний контакти.

Консультант має створити необхідні умови у процесі взаємодії для *візуального контакту з клієнтом*. Останній завжди повинен бачити очі консультанта, щоб упевнитися у прихильності, небайдужості, включеності, щирості, зацікавленості свого співрозмовника. Це основа, на якій виникає довіра того, хто потребує психологічної допомоги. Без довіри ніяких психологічних зрушень не відбуватиметься. Консультант, у свою чергу, також підтримує візуальний контакт, рефлексуючи міміку обличчя, вираз очей, колір шкіри на обличчі, зміну емоційних станів (посміхається, стає сумним,

стривожений, обуреним тощо). Постійний візуальний контакт може бути досить виснажливим, а тому, якщо консультант щось пояснює чи здійснює обговорення певних нюансів проблеми, можна опускати очі, подивитися вбік чи поверх голови. Якщо клієнт повертається до повідомлень про себе, контакт очей відновлюється. При цьому необхідно знати, що такий контакт має бути доброзичливим, невимушеним, безоцінним, зацікавленим і осмисленим.

Вербальний контакт найчастіше пов'язаний не лише зі змістом і логікою вербального повідомлення клієнта, але й із інтонацією голосу. Передбачається, що тон голосу консультанта має нести тепло, душевність, небайдужість, щирість в емоційних проявах. Щоб особистісний простір клієнта "відкрився", і він почав довіряти психологу, важливо звернути увагу на інтонацію голосу, яка має бути рівною, спокійною, привітною без надмірності, нефальшивою і відкритою до іншого.

Важливими умовами входження консультанта в особистісний простір клієнта, а також індикаторами побудови довіри в консультативному діапазоні є *поза та відстань*, на якій знаходяться консультант і клієнт. Дійсно, техніка уваги до клієнта визначається позою консультанта під час взаємодій. Вона може вказувати на задоволення від контакту і визначати байдужість, демонструвати зацікавленість і показувати втому. З одним клієнтом консультант почувається розслаблено, з іншим – стримано, зібрано, штучно.

Необхідно час від часу консультантові порівнювати власні пози у процесі взаємодії з різними клієнтами. Порівняння поз дасть змогу психологу інтроспективно побачити власні можливості невербальних засобів контакту з клієнтом та якості своєї уваги до клієнта. Досить значущим невербальним засобом контакту психолога є відстань між учасниками консультативної взаємодії. Важливо, щоб консультант заздалегідь передбачив те місце в кабінеті, яке буде займати клієнт. Правильним буде, якщо клієнт буде сидіти обличчям до дверей чи до вікна, супроти психолога чи трохи зміщено вліво або вправо. Консультант має уточнити про зручність і комфортність місця та відстані між ними.

Третім аспектом техніки уваги до клієнта можна назвати *тактильний контакт*. Установлення такого контакту залежить від особливостей переживання клієнтом кризової ситуації, від того, на якій стадії та мірі опанування себе у кризових умовах він перебуває, як конкретно реагує (тривожно-сенситивно, роздратовано-гнівно, лабільно, змінюючи без кінця прояви емоцій, похмуро-депресивно тощо). Консультанту обов'язково важливо враховувати той факт, що тактильний контакт може як прискорити "відкриття особистісного простору клієнта", так і загальмувати цей процес, припинити розгортання довірливих стосунків. Найголовніше для консультанта – це невимушено спитати дозволу на певні дотики – можливість покласти свою руку на плече, доторкнутися до руки чи коліна і т. ін. Це занадто сильний психологічний засіб, який необхідно помірковано й обережно використовувати, не зловживаючи ним у процесі консультативних взаємин.

Водночас у діяльності консультанта можуть траплятися критичні ситуації, коли клієнт переживає шок, яскраво виражений стрес або глибоку фрустрацію, і в такому випадку він потребує миттєвої психологічної підтримки. *Техніка уваги до клієнта* передбачає одночасне використання візуального, вербального і тактильного контакту з клієнтом. У такому разі дистанція між психологом і клієнтом може скорочуватися у процесі консультативної бесіди, вони також можуть сидіти поруч або один навпроти одного, можуть триматися за руки, а в досить критичні моменти консультант може щиро обійняти клієнта за плечі. По суті такий рівень взаємодії може спиратися на значний рівень інтуїції консультанта, оскільки таку особистісну властивість кожний психолог-консультант має розвивати в себе в ході професійної діяльності. Загалом, техніка активної уваги до клієнта спрямована як на осмислене сприйняття переживань клієнта, так і на ціннісне прийняття його особистості.

У процесі психологічного консультування висококваліфікований спеціаліст завжди прагне використовувати цілий ряд *мікротехнік та прийомів* з тим, щоб допомогти клієнту зрозуміти власні труднощі, ірраціональні почуття, причини кризової ситуації та самостійно побачити шляхи вирішення життєвих проблем.

Важливою *мікротехнікою є "вміння ставити запитання клієнту"*. Кваліфікований фахівець ніколи не поспішає ставити велику кількість запитань. Він певний час у ході первинної консультації спостерігає за клієнтом, надає можливість висловитися йому, але водночас демонструє уважне слухання, киваючи головою, промовляючи нескладні фрази та слова на зразок: "Так, так", "Угу", "Зрозуміло". Переживання клієнтом кризових ситуацій часто пов'язане з нашаруванням різних психогенних емоцій, повідомлення яких може руйнувати логічність змістової інформації. У такому разі консультантові необхідно поставити запитання-уточнення, які прояснюють кризову ситуацію. До того ж формулювати питання важливо так, щоб клієнт не міг відповісти однозначно "так" або "ні". У процесі первинної консультації, якщо консультант щось хоче зрозуміти про клієнта, треба про це запитати у нього самого. Якщо психолог не зовсім зрозумів якісь факти, про які говорив клієнт, необхідно задати уточнюючі відкриті питання. Однак, якщо клієнт не готовий на них відповісти, можна ці факти прийняти до відома і повернутися до них пізніше.

Правильні стратегічні лінії в ході використання цієї мікротехніки такі:

- а) зосередити клієнта на основних аспектах проблеми, які призвели до критичних переживань;
- б) спрямувати запитаннями-уточненнями клієнта на головне, якщо він непомітно для себе занурюється в несуттєві життєві деталізації;
- в) актуалізувати відкритим запитанням відповідь на те, що клієнт відчуває у теперішній момент;
- г) поставити запитання-прояснення про взаємини клієнта з його близькими (родиною, друзями), якщо він майже нічого про це не говорив.

При цьому важливо пам'ятати, що занадто висока активність консультанта може зашкодити, адже атмосфера довіри та прийняття один одного партнерами консультативної взаємодії тільки розпочинається. Обов'язково треба враховувати також індивідуально-психологічні властивості клієнта: один може без зупинки розповідати безліч життєвих ситуацій, інший відчуває себе дискомфортно при надмірному розпитуванні, ще інший прагне говорити досить лаконічно і нервується, коли ставляться запитання. Отже, при підтримці клієнта у процесі переживання ним певної життєвої кризи необхідно консультанту методично виважено застосовувати техніку постановки запитань клієнту.

Існує ще цілий ряд мікротехнік та прийомів, які можна застосувати, при підтримці, у процесі вирішення клієнтом особистісних проблем чи аспектів життєвої кризи. ***Це техніки відтворення (відображення) власних почуттів, інтерпретації інформації, переказу тексту клієнта, прийом відтворення міміки та інтонації клієнта та ін.***

З метою наближення клієнта до вияву своїх справжніх емоційних реакцій варто консультантові в арсеналі засобів підвищення комунікативного контакту утримувати ***прийом "відтворення почуттів клієнта"***. Це лаконічні фрази-коментарі, що зазвичай наповнюють майже кожен консультативну бесіду. Окремі переживання клієнта можуть тривалий час залишатися для нього замаскованими, і консультантові досить складно буває відтворити ті емоції, які він "бачить" усередині клієнта. Для правильного розуміння переживань клієнта, психолог має орієнтуватися на симптоми певних емоційних станів, які виявляються у людини взагалі та у клієнта зокрема. Показниками негативних емоційних реакцій стають вегетативні, соматичні та психофізичні зміни: дихання, серцебиття, напруження м'язів, колір шкіри обличчя, темп мовлення, міміка на обличчі і т. ін.

Враховуючи все вище зазначене, щоб відтворити почуття клієнта, консультант вдається до фраз приблизно наступного змісту: "Мені здається, Ви відчуваєте тривогу", "Ви посміхаєтесь, однак, мені здається, що Вам сумно", "Зовні, Ви начебто спокійні, але, як мені здається, всередині себе Ви переживаєте безпорадність і гнів".

При вирішенні життєвих проблем клієнта консультант може використовувати ***техніку "інтерпретації"***. Треба додати, що представники одних наукових шкіл зовсім не використовують цієї техніки, тоді як представники інших шкіл вважають її головною у процесі консультування. Інтерпретація того, що відбувається з клієнтом, має відповідати певним вимогам: невимушеності, відсутності стандартизованості, реалістичності, життєздатності, природності, ширості і, особливо, творчості. Творча інтерпретація без використання штампів, універсальних схем, креативна інформація, заряджена особистісною мотивацією клієнта, викликає зацікавленість, мотивує його до несподіваних умовисновків, передбачень, побудови здійснених життєвих перспектив. Щоб інтерпретація виявилася для клієнта ефективною, консультантові необхідно дбати не тільки про її

спонтанність, свіжість, новизну, але й ставити акцент на тому, що подана інформація є його індивідуальною здогадкою, його баченням кризової ситуації і, якщо вона є помилковою, то клієнт сам може спроектувати нове власне "бачення" життєвої проблеми.

Приєм "переказу тексту клієнта". Він діє м'яко, не нав'язливо, без маніпулювання проявами клієнта. Специфіка використання цієї мікротехніки залежить від змістової логіки інформації про себе клієнта, оскільки, в одному випадку, консультант має повторити значний за обсягом фрагмент тексту, а в іншому, – передати одне речення, одну фразу чи зробити певне резюме. Цей прийом допомагає клієнтові посилити сконцентрованість на вирішенні життєвої проблеми, усвідомити власні почуття, перевірити правильність розуміння психологом клієнта, уточнити смислові акценти тих чи інших його слів. У процесі повторення великого сюжету повідомлення клієнта, консультант може дещо скорочувати, узагальнювати, переформулювати фрази в тексті, втім суттєві одиниці тексту він має відтворювати дослівно, перепитуючи при цьому наприкінці: "Я так Вас зрозумів?". Бувають клієнти, які вдаються до використання жаргонів, сленгу, ненормативної лексики, тоді консультант цитує без повторення специфічних слів у повідомленні. У ході консультативної бесіди психологу бажано знайти в повідомленні клієнта тільки одну, але суттєву фразу і намагатися її час від часу повторювати, щоб прискорити процес осмислення ним внутрішнього конфлікту. Наприклад, фраза: "Вона розраховувала на Ваші високі досягнення", пізніше фраза: "Вона очікувала від Вас високих результатів", ще трохи пізніше фраза: "Вона вважала, що Ви і тільки Ви мали добитись високих результатів". Така однозначна варіація фраз у ході бесіди, з одного боку, активізує включеність клієнта, підвищує процес усвідомлення ним суттєвої причини проблеми, а, з іншого, – мінімізує втручання консультанта в осмислення й вирішення клієнтом проблемної життєвої ситуації.

5. Види технік психологічної підтримки під час кризового консультування.

Під час кризового консультування *доцільно використовувати такі техніки психологічної підтримки.*

1. Методика вербалізації емоційних станів. Консультант просить розповісти про особисті, сімейні проблеми, відносини із соціальним оточенням тощо. При цьому він має на меті переконати клієнта в тому, що багато людей, маючи подібні проблеми, змогли їх подолати, змінити своє життя, життя сім'ї. Важливо, щоб в обговоренні проблем брали участь клієнти.

Під час роботи з сім'єю необхідно подбати про те, щоб усі члени сім'ї могли вербалізувати свої внутрішні емоційні стани. Спілкування когось одного з них із консультантом може порушити баланс сил у сім'ї, спричинити хвилювання або побоювання тих, хто обійдений увагою. Колективне обговорення сімейних проблем допомагає глибше зрозуміти їх суть,

особливості їх сприйняття, переживання різними її представниками. Завдяки йому допомагає сім'ї розгорнути власну діагностичну роботу.

2. *Програвання взаємних ролей.* Ця техніка покликана допомогти клієнтові опанувати дії, необхідні для налагодження стосунків. Суть її полягає у спонуканні клієнта програти роль його партнера по взаємодії, обґрунтуванні необхідності цих зусиль. У процесі програвання клієнтами цих ролей консультант коментує їх дії.

Особливо доцільною є ця методика в сімейному консультуванні, коли необхідно підвищити рівень емпатії (співпереживання) одне до одного. Найчастіше рольові ігри застосовують у корекційній роботі з дітьми, адже гра є їх природною стихією.

3. *Інструкція.* Консультант пропонує клієнтові перелік і зміст дій, які необхідно здійснити для досягнення своїх цілей. За певних обставин психолог може запропонувати інший спосіб виконання традиційних для клієнта дій. Інструкції можуть бути прямими і парадоксальними (такими, що мають на меті стимулювання поведінки, протилежної заявленій).

З метою підвищення ефективності таких інструкцій консультант повинен точно формулювати речення, фрази; запрошувати членів сім'ї до взаємоконтролю та взаємонагадувань; встановити систему винагород і заохочень, які б сприяли утриманню від небажаних дій.

4. *Методика опосередкованого спілкування.* Суть її полягає у запровадженні в усталені стосунки клієнта важливих нововведень, які б скоригували ці стосунки у бажаному руслі. Найчастіше цією методикою послуговуються фахівці, які надають кризову допомогу сім'ї. Прийомами опосередкованого спілкування є обмін клієнта записками зі своїми партнерами (серед членів сім'ї), запровадження певних правил поведінки і спілкування за принципом «конструктивної боротьби», коли, наприклад, подружжя намагається проявити агресію один щодо одного. Для оволодіння цією методикою, яка послаблює страх перед конфліктами, позбавляє страхів перед проявами агресії, необхідне спеціальне навчання (цикл занять).

5. *Сімейне обговорення.* Завданням його є обговорення членами сім'ї найгостріших проблем сімейного життя та можливих шляхів їх розв'язання. Воно корисне на початку роботи з сім'єю і може стосуватися способів розв'язання сімейних конфліктів, планування й організації різноманітних аспектів життя сім'ї. Результатом його може стати руйнування певних поглядів членів сім'ї, що змушує їх переглянути свою позицію, скоригувати свої погляди і дії, навчитися неупереджено мислити і реагувати на поведінку своїх родичів.

Парадоксальним психологічним феноменом сімейного обговорення є поляризація суджень його учасників. Якщо під час виокремленого спілкування члени сім'ї можуть висловлювати однакові погляди, то у процесі сімейного обговорення вони нерідко займають протилежні позиції. Поляризація відбувається відповідно до звичних інформаційних сімейних ролей «теоретика», «практика», «песиміста», «оптиміста».

Прийомами сімейних дискусій є ефективне використання мовчання, вміння слухати, повторення, резюмування, вияви емоційних станів, конфронтація з певними позиціями опонентів.

6. *Техніка формування навичок і вмінь.* Під час вивчення клієнта, який перебуває у кризовому стані, інколи з'ясовується, що у нього відсутні необхідні для успішного функціонування навички й уміння. За такої ситуації консультант інформує клієнта, які уміння та навички йому слід сформувати, і критерії, за допомогою яких можна оцінити результативність його старань. Особливу увагу приділяють при цьому формуванню мислення, тобто клієнту ставлять завдання висунути якомога більше версій, мотивів, що пояснюють вчинки людей. Про сформованість цієї навички свідчить здатність клієнта без зусиль одразу запропонувати багато версій. Цю техніку використовують під час корекції багатьох порушень.

Висновки.

1. Процес кризового психологічного консультування починається із першої зустрічі та встановлення контакту із клієнтом. Важливо дотримуватися принципів та етапів у процесі кризового психологічного консультування.

2. У процесі консультативної діяльності психолог може використовувати різноманітні психологічні техніки, які в сучасній практичній психології набули статусу універсальних. Водночас вирішення життєвих криз людини, особливо критичних, проблемних, екстремальних, посттравматичних ситуацій потребує введення цілого ряду допоміжних технік і прийомів, які є також дієвими в організації та проведенні консультативних зустрічей психолога з клієнтом в ході кризового консультування.

Тема 8. Консультування клієнтів із втратою та горем.

1. *Втрата як причина життєвої кризи.*
2. *Горе як реакція людини на втрату. Стадії горя.*
3. *Допомога людині, яка переживає горе.*
4. *Психосоціальна допомога при переживанні горя.*
5. *Психологічне консультування осіб, які переживають втрату.*
6. *Як спілкуватися з тим, хто втратив близьку людину.*

Вступ. Найбільш трагічні для людини події її життя пов'язані із втратою близьких людей. Інша людина своєю присутністю в житті або відсутністю в ній здатна викликати сильний біль. Смерть сприймається деколи як абстрактний факт, ми ніби знаємо, що вона повинна прийти, але не приймаємо її. Саме тому для більшості людей будь-яка подія, яка робить замах на віру у власне безсмертя, переростає в кризу, навіть якщо загрози прямої небезпеки для них немає. Саме тому, щоб змиритися з втратою близької, рідної людини для багатьох необхідно не лише час, але й дружня, родинна підтримка, а також кваліфікована допомога фахівця.

1. Втрата як причина життєвої кризи.

Втрата є однією з основних причин виникнення життєвих криз особистості. **Почуття втрати** – це глибоке та сильне страждання, викликане різноманітними стресоутворюючими факторами. Емоційною реакцією на втрату є поєднання душевного болю, смутку, гніву, безпорадності, почуття вини та розпачу. Переживання втрати проявляється у динаміці психічного стану в послідовній, стадійній зміні його рівнів. Існує типова послідовність стадій переживання втрати: шок-переживання-прийняття. Однак це не обов'язкове слідування однієї стадії за іншою: вони можуть перекривати одна одну.

Різномаїття розуміння втрати і особливостей її переживання дозволяють виділити основні наукові напрями її дослідження:

- як процес із афективними, когнітивними та поведінковими симптомами;
- як послідовне рішення психологічних задач;
- як процес трансформації значущих зв'язків;
- як травмуюча подія, що руйнує особистість;
- як процес смислової реконструкції особистісного зростання;
- як духовний процес щодо узагальнення життєвих закономірностей і змістів.

У психології існує поняття *чистої* (втрата людини, з якою були близькі, добрі стосунки) і *складної* втрати (якщо із людиною стосунки були не прості). Чиста втрата переживається легше, ніж складна, де людина переживає різноманітну палітру почуттів.

Втрата може бути *тимчасовою* або *постійною*, *реальною* або *уявною*, *фізичною* або *психологічною*.

Залежно від стресоутворюючого фактору, виділяють наступні *види втрат*:

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

При розгляді втрати, пов'язаної зі смертю, слід пам'ятати, що людина, яка з нею стикається, переживає не тільки смерть фізичну, як вмирання тіла, але й психологічну, як втрату значущих відносин, розрив прихильностей, зміну способу буття – життєвого стилю, способу мислення, ставлення до себе, навколишньому світу та основних екзистенціальних потреб. Реакція втрати вважається патологічною, якщо вона супроводжується надмірним емоційним вибухом, надто довгим чи повністю відсутнім неприйняттям події. У психології існує поняття *синдрому втрати*, яке застосовується до ситуації або явища різкої зміни способу життя внаслідок втрати когось-небудь або чогось-небудь із суб'єктивним відчуттям та переживанням (смерть близької людини, втрата професії, втрата місця проживання внаслідок стихійного лиха, непрацездатність внаслідок інвалідизації тощо). Синдром втрати може бути причиною психогенних розладів або соматовегетативних порушень.

Для роботи з утратою успішно використовують техніки гештальттерапії, нейролінгвістичного програмування, когнітивноповедінкової терапії та інші. Застосовуються як індивідуальні, так і групові форми роботи.

2. Горе як реакція людини на втрату. Стадії горя.

Горе – це універсальне переживання всіх людей, реакція на втрату значущого об'єкта, частини ідентичності або очікуваного майбутнього. Горе – це процес функціональної необхідності, а не слабкості. Горе, сприяючи зміцненню соціальних зв'язків і групової згуртованості, виконує тим самим *біологічну і соціальну функції*. Горе має надзвичайно важливе значення і для психологічної адаптації індивіда: воно дозволяє йому змиритися з утратою, адаптуватися до неї. Переживання горя – це завжди стрес і він стимулює людину до відновлення особистісної автономії.

У психологічній літературі розрізняють депресію та горе. Горе, як природний процес, включає багато різних почуттів – це і гнів, і смуток, і образа, і провина, і, навіть, радість. Депресія характеризується відсутністю почуттів, нездатністю повноцінно «відгорювати» свою втрату. Більше того, депресія – це вмирання не тільки почуттів, а й волі до життя. У цьому стані людина «заморожує» своє життя, сподіваючись на те, що «холод» позбавить її від страждань. Але, на жаль, від страждань може позбавити тільки страждання.

Горе викликає наступні почуття:

1. Почуття провини. Провина має на увазі каяття, смиренність, смуток і гнів, спрямовані на самого себе. Коли люди розглядають смерть як помилку,

поразку, невдачу, вони намагаються знайти те, що можна було б поправити («Якби я знав...», «Якщо б я залишився...», «Якби я подзвонив...», «Якби викликали «швидку допомогу...» і т. ін.).

Смерть близького нерідко приносить почуття провини від помилок у взаєминах з ним - це конфлікти, неправда, зрадництво й т.д. Людина згадує про це й відчуває провину за зневагу стосунками. Провина може бути і результатом усвідомлених або неусвідомлених негативних почуттів до померлого. Померла людина могла бути примхливою, конфліктною, деспотичною, але той, хто горює за нею, винить тільки себе за свої негативні реакції на її адресу.

У крайньому своєму прояві деякі випробовують почуття провини лише тому, що близька людина вмерла, а вони залишилися живі.

2. *Сором.* Якщо почуття провини людина звалює на себе сама, то сором приходить ззовні. Сором - це знак суспільної думки. Людина може випробовувати або провину, або сором, або те й інше разом.

Думки, що вселяють сором, можуть бути наступними: «Йому б не сподобалося, що ти так плачеш», «Радуйся, що ви так довго прожили разом», «Ти не одна на світі вдова» і т.д. Подібні висловлення зменшують почуття втрати й припускають, що той, хто горює, не має права так переживати. Навіть під час відсутності вербальних підтверджень ті люди, чиї близькі покінчили життя самогубством або вмерли від СНІДу, нерідко переживають сором.

3. *Страхи різного роду.* (страх забути якісь специфічні особливості близької людини - вигляд, голос, манери, деталі взаємин; страх, що в пам'яті залишаться тільки тяжкі спогади - для тих, хто бачив важку смерть або тривалу хворобу; і, звичайно, страх смерті). Горе будить у людини багато думок, у тому числі й ту, що земне життя має кінець.

4. *Гнів.* Він може бути спрямований на померлого за те, що він помер, на інших людей, які, з погляду того, хто горює, можуть бути винуваті в смерті близького, на себе. Згодом гнів може змінюватися за спрямованістю й інтенсивністю.

5. *Досада.* «Мені прикро, що я не побачився з нею перед смертю», «Прикро, що все так вийшло» і т. ін.

6. *Заздрість.* Заздрість означає бажання за типом «Я теж цього хочу». Коли осиротіла дитина бачить своїх друзів разом з батьками, вона їм заздрить - адже їй теж хочеться бути поруч зі своїми батьками. Більшість батьків, що втратили своїх дітей, також випробовують заздрість стосовно інших, щасливих батьків. Звичайно згодом заздрість проходить.

Горе, як процес, має певні критичні періоди:

- *Перші 48 годин.* Шок від перенесеної втрати і відмова повірити в те, що сталося. Емоційно це іноді виражається в страху втратити кого-небудь із близьких або самого себе (як у фізичному, так і в психічному сенсі).

- *Перший тиждень.* Відчуття втрати може переноситись автоматично у зв'язку із відповідними клопатами (похорон тощо) та супроводжуватися почуттям «занепаду», емоційним чи фізичним виснаженням.

- *Від 2-х до 5-ти тижнів.* Переважає почуття покинутості як з боку сім'ї, так і з боку друзів, що повернулися до своїх буденних справ.

- *Від 6-ти до 12-ти тижнів.* Знімаються всі наслідки шокового стану і усвідомлюється реальність втрати. Спектр пережитих у цей час емоцій досить широкий, людина відчуває втрату і погано контролює себе.

- *Від 3-х до 4-х місяців.* Починається цикл «гарних та поганих днів». Людина стає дратівливою та нетерплячою щодо фрустрації. У більшості випадків з'являється гнів, почуття емоційної регресії; внаслідок зниження імунітету зростають соматичні скарги, особливо інфекційного та простудного характеру.

- *6 місяців.* Починається депресія, слабшає тяжкість пережитого, але не емоцій. Річниця з дня смерті близької людини, її дні народження, свята особливо важко переносяться і можуть викликати депресію.

- *12 місяців.* Перша річниця з дня смерті близької людини може бути травматичною або переламною, в залежності від наслідків пережитих за рік страждань.

- *Від 12-ти до 24-х місяців.* Це час «розсмоктування» горя: біль втрати стає стерпним і людина повільно повертається до звичного життя, зі словникового запасу зникають слова «важка втрата» та «горе», життя входить у звичне русло.

Деякий інший підхід до переживання горя, як втрати близької людини, пропонує Н.А. Усатова. Вона розглядає **10 стадій перенесення горя:**

1. *Шок.* Потрясіння, пережите в момент смерті близької людини, має місце навіть у разі її довгого невиліковного хворобливого стану і довгих місяців болісної підготовки до цієї події. Часто цей період життя люди описують, вживаючи вислів «автопілот». Наша пам'ять зберігає дуже мало докладних деталей того, що відбувається в цей час, лише знання того, що повинно бути зроблено. Шок зазвичай проходить через п'ять-шість тижнів, але може тривати і довше, залежно від уміння людини захищатися від хворобливих почуттів.

2. *Вибух емоцій.* Коли шок остаточно розсіюється, людина може переживати сильні емоції, такі як роздратування, страх, каяття і пронизливу самотність. У цей період переглядається власне життя, і люди дуже дивуються, виявивши, наскільки сильно вони залежали від померлого. Усвідомлення цього може призвести до втрати впевненості в собі та почуття неадекватності.

3. *Депресія.* Депресія збирає всі вищезазначені емоції та підсилює їх, додаючи почуття безпорадності й безнадійності. Люди скаржаться на те, що «не почувають» більше поруч із собою тих, кого любили, або хочуть «бути з ними». Сім'я та друзі побоюються суїциду.

4. *Фізичні симптоми страждання.* Це явище переживання тих симптомів, що були у померлого та стали причиною смерті. Так, якщо причиною смерті став інфаркт, близькі можуть відчувати здавлювання у грудях, біль, який поширюється від щелепи вниз до лівої руки, та інші симптоми, що мали місце у померлого.

5. *Занепокоєння*. Людям, які втратили близьких, часто сняться яскраві сни (або вони марять наяву), в яких вони бачать і чують померлих близьких, і можуть звертатися до них з такими словами: «Де зараз мій коханий?», «Чи щасливий він/вона?», «Чи будемо ми разом, коли я помру?» та ін.

6. *Ворожість*. Роздратування, зазвичай, починається на шостому тижні після смерті близької людини і триває близько двох тижнів. Іноді воно виливається навмання, а іноді на конкретну людину.

7. *Провина*. Вона може бути реальною, надуманою чи перебільшеною. Смерть посилює проблеми, які коли-небудь мали місце у стосунках, і малопомітні камінці спотикання перетворюються у непереборну перешкоду. Слово «повинен» не сходить із вуст і звучить як заклинання: «Я повинен був зробити це» або «Я не повинен був цього робити». Згодом раціональне пояснення пом'якшить почуття провини, але зазвичай воно повертається, поки не настане повне позбавлення від страждання.

8. *Страх*. Це може бути страх спати в тому ж ліжку або кімнаті, залишити житло або продовжувати жити в тому ж будинку. Люди бояться самотності, яка приходить разом зі смертю, і в той же час бояться створювати нові відносини. Може бути і побоювання ніколи більше не відчути минулої радості. Для людини, яка відчуває себе дуже невпевнено без свого близького, життя повне страхів.

9. *Лікування пам'яті*. Люди, які перенесли важку втрату, живуть між хорошими і поганими спогадами. Часом здається, що настав час самобичування, оскільки в пам'яті воскресають всі негативні аспекти взаємовідносин, проте і щасливі моменти виявляються занадто хворобливими. Так може тривати багато місяців, поки не наступить примирення, оскільки лікування криється в самих спогадах. Коли ці спогади стануть приносити менше страждань, людина знову зможе сприймати навколишній світ у його реальності.

10. *Прийняття*. Існує різниця між прийняттям реальності смерті та забуттям померлого. Як і будь-яка серйозна травма, смерть близької людини залишає на душі рубець, шрам. З часом біль вщухає, і врешті-решт до рани можна доторкатися, згадувати і прийняти новий етап життя. У залежності від емоційної близькості людини з померлим прийняття може тривати до 2-х і більше років.

Описані періоди часу, як і стадії пережитого нещастя, не є догмою, вони можуть змінюватися. Часові періоди, відчуття, емоції переживання горя іноді можуть повертатися на попередні стадії, а потім «перестрибувати» назад у реальність. Оскільки кожна людина індивідуально переживає втрату близьких, то й ці критичні періоди є індивідуальними.

У процесі переживання горя можна умовно виділити кілька стадій:

1. *Стадія шоку й заціпеніння*. «Не може бути!» - така перша реакція на звістку про смерть! Стан шоку може тривати від декількох секунд до декількох тижнів, у середньому - 9 днів. На цій стадії людина нічого не відчуває, не страждає (знижується чутливість до болю). Її нечутливість може бути

розцінена навколишніми як недостатність любові до померлого й егоїзм. Від того, хто горює, чекають бурхливого вираження емоцій, якщо ж людина не може заплакати - їй дорікають та звинувачують. Тим часом, саме така «нечутливість» свідчить про вагу й глибину переживань. *Чим довше триває ця стадія, тим важчими будуть наслідки!*

Для стадії шоку характерними є втрата апетиту, малорухомість, що іноді переміняється хвилинами метушливої активності. Людина не усвідомлює втрати, вона не в змозі осмислити те, що трапилось. Все, що відбувається сприймається нею як у тумані або в сні. Притупляється сприйняття зовнішньої реальності й надалі нерідко виникають пробіли в спогадах про цей період.

Людина психологічно ніби відсутня, вона не чує, не відчуває, не включається в сьогодення, перебуваючи десь в іншому просторі й часі. *Шок залишає людину в тому часі, коли померлий був ще живий!*

Зовні на цій стадії людина виглядає та поводиться, як звичайно: виконує свої обов'язки - учиться, працює, робить домашні справи. Але при уважному спостереженні можна помітити й деякі особливості: рухи механічні (як у робота), вираз обличчя анемічний, нерухомий, мовлення невиразне. Запізнюється з реакцією: відповідає не відразу, а забарившись. Рухається й говорить уповільнено. Сильних почуттів не проявляє зовсім.

Однак, незважаючи на все зовнішнє оманне благополуччя, об'єктивно людина перебуває у досить важкому стані. Одна з небезпек полягає в тому, що в будь-яку хвилину стан шоку може змінитися на гострий реактивний стан, коли людина може почати битися головою об стіну, робити спроби викинутися з вікна, тобто стає «буйною». Навколишні можуть виявитися не готовими до такої реакції.

2. *Стадія гострого горя.* Триває 6-7 тижнів (у середньому - 40 днів). У цей період страждання людини досягають найбільшої сили. Можуть виникнути такі симптоми, як порушення апетиту, сну, дихання, слабкість, відчуття «клубка в горлі», втрата енергії, порушення пам'яті на поточні події. З'являється безліч важких, іноді дивних і страхітливих думок і почуттів. Це відчуття порожнечі й безглуздості, розпач, почуття самотності, злість, провина, страх, тривога, безпорадність. Актуалізується страх смерті. Типовий прояв уболювань - туга за померлим. Цим пояснюється незвичайна зануреність в образ померлого і його ідеалізація, підкреслення надзвичайних достоїнств і уникання спогадів про його погані риси й учинки. Горе накладає відбиток і на стосунки з навколишніми. Може спостерігатися підвищена дратівливість, втрата теплоти, бажання усамітнитися. Пропадає інтерес до подій, які колись здавалися важливими, до своєї зовнішності. Змінюється повсякденна діяльність. Людині важко буває зосередитися на тому, що вона робить, важко довести справу до кінця. Нав'язливі думки й фантазії про померлого постійно лізуть у голову. Його особа бачиться в юрбі, чуються його кроки, його голос, виникають інші відчуття його «присутності». Такі бачення, що влітаються в контекст зовнішніх вражень, звичайно, лякають і приймаються за ознаки божевілля, що насувається. Часом виникає несвідоме ототожнення з

померлим, що проявляється в мимовільному наслідуванні його ходи, жестів, міміки. Саме в цей період людина виявляє, як багато дріб'язків пов'язані в його житті з померлим (наприклад, «він купив цю книгу», «йому подобався цей вид з вікна», «ми разом дивилися цей фільм»). Місця, ситуації й предмети, пов'язані з померлим, здобувають особливу значимість, і кожний такий спогад повертає свідомість того, хто горює, в минуле.

Робота з переживанням горя стає в цей період провідною діяльністю людини. Воно поступово «іде» від померлого, з болем переживається дійсне віддалення його образу. *Цю стадію вважають критичною відносно подальшого переживання горя.*

3. Стадія відновлення. Наступає через 40 днів після події й триває приблизно рік. На цьому етапі життя «входить у свою колію», відновлюється сон, апетит, повсякденна діяльність. *Померлий перестає бути головним зосередженням життя, а переживання горя - провідною діяльністю людини.*

Той, хто горює, поступово примиряється з фактом втрати. Він, як і раніше, переживає горе, але ці переживання вже здобувають характер окремих приступів - спочатку частих, потім усе більш рідких. Такі залишкові напади горя можуть бути настільки ж гострими, як і на попередній стадії, а на тлі нормального існування суб'єктивно сприймаються як ще більш гострі. Звичайно вони бувають пов'язані зі святами (Новий рік, день народження), якимись пам'ятними подіями й ситуаціями, які можуть асоціюватися з померлим.

Ця стадія триває приблизно рік. *Річниця смерті символічно обмежує період горя.* Багато культур і релігій відводять на жалобу саме 1 рік, тому що за рік ми проходимо певний життєвий цикл, маркерами якого служать традиційні події й дати.

За цей період втрата поступово входить у життя. Людині доводиться вирішувати безліч нових завдань, які переплітаються із самим переживанням горя. Той, хто горює, часто звіряє свої вчинки з моральними нормами померлого, з тим, «що він би сказав». Поступово з'являється усе більше спогадів, звільнених від болю, почуття провини й образи. Деякі із цих спогадів стають особливо дорогими, вони сплітаються часом у цілі оповідання, якими можна поділитися із близькими, друзями.

На цій стадії людина ніби отримує можливість відволіктися від минулого й звертається до майбутнього - починає планувати своє життя без померлого.

4. Стадія завершення. Наступає приблизно через рік після смерті близького. У цей період відбувається «емоційне прощання» з померлою людиною, приходять усвідомлення того, що немає необхідності наповнювати болем втрати все своє життя.

Тут людині, яка горює, іноді доводиться переборювати деякі культурні бар'єри, що утрудняють завершення «роботи горя» (наприклад, уявлення про те, що тривалість уболівань є мірою нашої любові до померлого).

Зміст і завдання «роботи горя» на цій стадії полягають у тому, щоб образ померлого зайняв своє постійне місце в нашому житті. Важливо, щоб той, хто горює, був спроможний говорити про померлого як про реальну людину, яка мала свої гідності й недоліки.

Ознакою завершення цієї роботи є те, що *людина, згадуючи про померлого, переживає вже не горе, а сум – зовсім інше почуття, що назавжди залишиться в серці людини, яка втратила свого близького.*

Наведені стадії вважаються загальними для всіх, хто переніс втрату, хоча реакції людей індивідуальні й кожний переживає горе по-своєму. До того ж сам процес переживання носить циклічний характер, тобто складається з безлічі хворобливих повернень на більш ранні стадії.

Вищезазначені стадії не впливають строго одна за одною, хоча їхня послідовність є типовою й, отже, передбачуваною. Однак, знання ознак, характерних для тієї або іншої стадії переживання горя, і розуміння їхнього психологічного змісту дають можливість більш ефективно надавати допомогу людині, яка горює.

Перераховані вище етапи переживання горя характеризують його звичайну роботу. Іноді можна спостерігати реакції «застрагання» на одному з етапів. *Такими реакціями можуть бути:*

- повний відчай та заперечення втрати;
- уникання будь-яких нагадувань про померлого;
- самоототожнення з померлим;
- ідеалізація померлого;
- нічні жахіття та самоізоляція від суспільства.

При роботі з людиною, що переживає біль втрати, психологу важливо пам'ятати симптоми горя, з якими можна в подальшому працювати.

І. Г. Малкіна-Пих виокремлює *кілька симптомокомплексів горя:*

- *емоційний комплекс* – печаль, гнів, тривога, безпорадність, байдужість;
- *когнітивний комплекс* – нав'язливі думки, невіра, 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 пошук комфорту.

А. О. Баканова вважає, що для «нормального» горя характерні такі ознаки:

1) фізичне страждання;

2) поглиненість образом померлого; почуття вини («Був неуважний до нього за життя», «Якби не мої дії (думки, почуття, вчинки), він би жив» та ін.);

3) ворожі реакції (втрата теплоти у відносинах з іншими, тенденція розмовляти із роздратуванням або злістю, відхід від усіляких контактів із близькими і друзями);

4) втрата моделей поведінки (нездатність починати і підтримувати організовану діяльність, відсутність інтересу до улюблених занять, небажання чимось займатися та ін.).

Терміни «втрата» і «горе» часто використовують як синоніми, хоча втрата – це переживання, викликані різноманітними причинами (втрата роботи, свободи, сім'ї тощо), а горе – це переживання, викликані, як правило, смертю близької людини.

Виділяють декілька форм ускладненого горя:

1. *Хронічне горе.* За цієї найбільш часті форми переживання втрата носить постійний характер і інтеграція втрати не настає. Серед ознак хронічного горя переважає сум за людиною, з якою існував тісний емоційний зв'язок. Навіть через декілька років найменша згадка про втрату викликає інтенсивні переживання.

2. *Конфліктне (перебільшене) горе.* Один або декілька ознак втрати спотворюються або надмірно підсилюються, перш за все почуття провини і гніву, утворюючи замкнене коло контрастних переживань, які заважають упоратися з горем і затягують проходження гострого періоду. Вихід може досягатися через стани ейфорії, які переходять у тривалу депресію з ідеями самозвинувачення.

3. *Пригнічене (замасковане) горе.* Прояви горя незначні або повністю відсутні. Замість них з'являються соматичні скарги, ознаки хвороби, яка була у померлого, з подальшим розвитком тривалої іпохондрії. Усвідомлення цих ознак із втратою відсутнє.

4. *Несподіване горе.* Раптовість події робить майже неможливим прийняття та інтеграцію втрати, їх розвиток затримується. Переважають інтенсивні почуття тривоги, самозвинувачення і депресія, які ускладнюють повсякденне життя. Досить характерним є виникнення думок про самогубство та його планування.

5. *Відтерміноване горе.* Переживання горя відкладається на тривалий час. Відразу після втрати виникають емоційні прояви, але згодом «робота горя» припиняється. У подальшому нова втрата або згадка про минулу запускають механізм переживання. Людина часто говорить про втрату, не хоче нічого змінювати, розлучатися з дорогими речами або, навпаки, намагається повністю змінити життя (змінити обстановку, квартиру, іноді – місце проживання).

6. *Відсутнє горе.* За цієї форми переживання у людини відсутні будьякі зовнішні прояви, ніби як втрати зовсім і не було. Людина повністю заперечує втрату або залишається в стані шоку. Робота горя вважається завершеною, коли той, хто пережив втрату, знову здатний вести нормальне життя, відчуває себе адаптованим, коли є інтерес до життя, засвоєні нові ролі, створене нове оточення і в ньому можна функціонувати адекватно, відповідно до свого соціального статусу та рис характеру.

Інтенсивність і тривалість переживання горя залежить і від індивідуальних особливостей втрати, таких, як:

- *Вік померлої людини.* Зі смертю батьків і інших старших родичів приходить відчуття втрати нашої історії й наших зв'язків з минулим. Ні до кого більше звернутися з питаннями типу: «А чому мене так назвали?», «А чи була в мене у дитинстві вітрянка?», «А чи був у кого-небудь з нашої сім'ї діабет?» і т. ін.

Ставши дорослими і втративши батьків, ми відчуваємо на собі тягар сімейної спадщини. І хоча ми відчуваємо смуток, все ж таки розуміємо: все в природі закономірно, старші йдуть з життя першими.

Однак зі смертю дитини душа приходить у сум'яття: «Як же так? Адже молоді та юні повинні жити!». *Батькам, що переживають смерть дитини, набагато складніше впоратися з горем, почасти тому, що з такою втратою йде і їхнє майбутнє.* Адже стільки надій, мріянь і планів було розбито! Ні батьки, ні бабусі й дідусі не очікують, що їм доведеться ховати улюблених дітей і онуків.

Після смерті одного з подружжя вдовами й удівцями опановує відчуття втрати минулого, сьогодення й майбутнього одночасно: життя для них зупиняється.

- *Вік і стать людини, яка горює.* Більшість дітей не сприймають реальність і незмінність кончини, що колись приключиться і з ними, але проте проявляють горе. *Якщо дітям дозволяють виражати свої почуття, вони легше переживають втрату.*

Чоловіки й жінки реагують на втрати по-різному. Жінки звичайно дають волю своїм почуттям, ридаючи й оплакуючи померлого. Чоловіча скорбота має скоріше тривалий або відкладений характер: чоловіки стримують свої емоції, завантажують себе роботою та різними справами. Родичі намагаються ховати один від одного біль своєї втрати.

- *Обставини смерті:*

- очікувана втрата. Не викликає подиву смерть людей похилого віку або людини, яка тривалий час страждала від невиліковних хвороб. У таких випадках у родичів і друзів є час попрощатися із близькими й підготуватися до їхнього відходу;

- раптова або насильницька смерть. Переживається рідними набагато важче, тому що вони не встигають попрощатися із близькою людиною.

Участь у жалобних церемоніях і ритуалах. Похорони й поминальні служби допомагають людям розібратися у своїх почуттях до померлої людини. Жалоба дуже важлива. Саме жалоба дозволяє людині взяти тайм-аут у реального світу й подумати про померлого та свої взаємини з ним. Під час періоду жалоби, яким би коротким цей період не був, людина зосереджується тільки на своїх переживаннях у зв'язку зі смертю близького. Але вона повернеться до власного нормального життя, переживши цю втрату.

3. Допомога людині, яка переживає горе.

Людина, що переживає смерть близького, часто не дає ясного сигналу про те, чого вона хоче від рідних та друзів. Чи хоче вона поговорити або побути на

самоті? Чи хоче вона сховати свої почуття або виразити їх? Дуже часто людина, яка горює, цього і сама не знає. Друзі та родичі почувають безпорадність, розгубленість, не знаючи, що зробити або сказати. Якби навколишні краще розуміли, що вони можуть чимось допомогти і знали, як саме це зробити, то вони, імовірно, не були б «паралізовані» у той самий момент, коли вони найбільше потрібні.

Головне для психолога - це бажання вислухати людину, яка горює, та повага до напряму його думок.

Варто чітко визначити цілі психолога як помічника, та людини, що потребує його допомоги.

Ніщо не поверне до життя померлої близької людини. Ніщо не може виправити або змінити те, що трапилось. Але *те, що неможливо виправити або змінити, можна легше перенести!*

Ціль надання допомоги людям у ситуації смерті близького полягає в тому, щоб вони легше переносили втрату, біль і особисту трагедію та були більш здатними до продовження життя.

Що потрібно знати психологу при роботі з людиною, яка переживає горе втрати?

Потрібно знати, що як помічник, ви не повинні улагоджувати справи й розв'язувати проблеми за цю людину. Вам не треба знаходити потрібну відповідь. У дійсності не так корисно пропонувати свої відповіді або рішення проблем. Такі висловлення, як: «Може бути, так краще» або «Будь мужньою заради дітей», або «Не треба плакати» звучать жорстко й бувають недоречні.

Людям потрібна допомога в пошуку своїх власних відповідей і рішень стосовно того, що трапилось, тому що тільки їх власні відповіді є доречними!

Потрібно знати, що розуміння людиною змісту того, що трапилось, виправляється саме по собі, якщо йому дають можливість зробити таку корекцію. Наприклад, суїцид, який спочатку сприймається людиною як заперечення, відкидання, може надалі бачитися як результат (хоча й сумний результат) невиліковної хвороби. Це зміна змісту, причому важлива. У такому баченні ситуації набагато менше почуття провини й болю.

Потрібно знати, що вдумливе вислуховування сприяє гарній розмові.
Вдумливе вислуховування містить у собі наступні моменти:

– *відбиття сказаного* - це можна зробити або словами співрозмовника, або своїми власними словами. Мета полягає в тому, щоб уловити сутність сказаного співрозмовником і повторити йому. Це дозволяє людині, яку слухають, перейти в думках і почуттях до наступного етапу;

– *уточнення інформації* - якщо ви чимось здивовані або чогось не зрозуміли, скажіть про це та попросіть уточнень у вашого співрозмовника. Постарайтеся сказати, що саме зі сказаного ви зрозуміли, а що - ні. Це заохочує людину ясніше виражати свої думки;

– *демонстрація власних почуттів* – не бійтеся сказати співрозмовникові про те, що ви відчуваєте, коли слухаєте його. Можете сказати про свої почуття

стосовно співрозмовника або до самого себе. Намагайтеся виразити їх позитивно.

Окрім цього, потрібно знати, що, перебуваючи в ролі помічника - слухача, зовсім необов'язково прагнути до того, щоб ваш співрозмовник виразив згоду з вашими словами. Єдиними сигналами того, що ви допомогли, є той факт, що досвід і переживання вашого співрозмовника просунулися вперед. Співрозмовник (хоча б тимчасово) бачить обставини трохи інакше, під іншим кутом зору.

Слід пам'ятати, що процес буде повільним. Ваше завдання полягає в тому, щоб сприяти важкому й часто хворобливому процесу переживання. До одних і тих самих питань доводиться повертатися знов і знов, тому що зміст змінюється повільно. Будьте терплячі! Потрібно знати, що іноді буває корисно відійти убік.

Можливо, людині потрібен час і простір, щоб самостійно проробити процес, розпочатий при розмові з вами. Якщо ви зрозумієте, що потрібно саме це, скажіть, що ви завжди готові допомогти їй, що ви поважаєте її потребу в психологічному просторі, і ви вислухаєте її знову, коли вона знову захоче поговорити.

Існує *інший підхід в роботі з горем*, який був запропонований Дж. Вільямом Ворденом у книзі «Консультування і терапія горя». Він є дуже зручним для діагностики та роботи з актуальним горем та представляє собою варіант опису реакції горя не за стадіями чи фазами, а через чотири завдання, які повинні бути виконані тим, хто горює при нормальному перебігу горя. Ці завдання по суті схожі з тими завданнями, які вирішує дитина в міру дорослішання і віддалення від матері.

Вважається, що хоча форми перебігу горя і їх прояви дуже індивідуальні, однак незмінність змісту процесу дозволяє виділити ті універсальні кроки, які має зробити той, хто горює, щоб повернутися до нормального життя, і на виконання яких має бути спрямована увага кризового психолога. Завдання горя незмінні, оскільки обумовлені самим процесом, а форми і способи їх вирішення індивідуальні і залежать від особистісних і соціальних особливостей людини, яка втратила близького.

Чотири завдання горя вирішуються суб'єктом послідовно. Це зручно для діагностики, оскільки зрозуміти, яка психологічна задача вирішена, а яка - ні, набагато простіше, ніж визначити неявно виражену стадію горя. Крім того, оскільки зрозуміло, що є рішення цієї задачі, зрозуміло, куди повинна бути спрямована психологічна допомога.

Якщо завдання горя не будуть вирішені людиною, яка горює, горе не буде розвиватися далі аж до завершення, а отже, у цієї людини можуть виникнути проблеми навіть і через багато років. Реакція горя може блокуватися на будь-якому із завдань, і за цим може стояти різний рівень патології. Зупинка реакції на етапі вирішення кожного із завдань горя має певну симптоматику.

Розберемо основні дії людини, яка втратила близького.

Очевидно, що неможливо почати переживати втрату до тих пір, поки сам факт втрати не буде визнаний. Таким чином, *перше завдання - визнання факту втрати.*

Коли хтось помирає, дуже важливим є визнання факту втрати; необхідно усвідомити, що рідна людина померла, вона пішла і ніколи вже не повернеться. У цей період так само, як загублену дитину шукає мати, людина машинально намагається увійти в контакт з померлим - машинально набирає його телефонний номер, «бачить» серед перехожих на вулиці, купує йому продукти і т.д. Ця поведінка «пошуку» спрямована на відновлення зв'язку.

У нормі така поведінка повинна замінюватися поведінкою, спрямованою на відмову від зв'язку з померлим близьким. Людина, яка здійснює описані вище дії, в нормі похлоплюється і говорить собі: «Що я роблю, адже він (вона) помер(ла)?».

Нерідко зустрічається протилежна поведінка - заперечення того, що сталося. Якщо людина не долає заперечення, тоді робота горя блокується на самих ранніх етапах. Заперечення може використовуватися на різних рівнях і приймати різні форми, Але, як правило, включає в себе або заперечення факту втрати, або її значущості, або незворотності.

Заперечення факту втрати може варіюватись від легкого розладу до важких психотичних форм, коли людина проводить кілька днів у квартирі з померлим перед тим, як зауважує, що той помер. Найчастіше зустрічається менш патологічна форма прояву заперечення, яка була названа англійським автором «Порнографії смерті» Дж. Горером «муміфікацією». У таких випадках людина зберігає все так, як було до смерті близької людини, щоб весь час бути готовим до його повернення. Наприклад, батьки зберігають кімнати померлих дітей. Це нормально, якщо продовжується недовго, таким чином створюється свого роду «буфер», який повинен пом'якшити найважчий етап переживання й пристосування до втрати. Але якщо така поведінка розтягується на роки, переживання горя зупиняється і людина відмовляється визнати ті зміни, які сталися в її житті, «зберігаючи все, як було» і не рухаючись з місця у своїй жалобі, - це прояв заперечення. Ще більш легка форма заперечення, коли людина «бачить» померлого в кому-небудь іншому - наприклад, овдовіла жінка бачить чоловіка у своєму онукові.

Інший спосіб, яким люди уникають реальності втрати, - *заперечення значущості втрати.* У цьому випадку вони говорять щось на кшталт «Ми не були близькі», «Він був поганим батьком» або «Я за ним не сумую». Іноді люди поспішно прибирають всі особисті речі покійного, все, що може про нього нагадати, - це поведінка, протилежна муміфікації. Таким чином люди, що пережили втрату, оберігають себе від того, щоб зіткнутися віч-на-віч з реальністю втрати. Ті, хто демонструє таку поведінку, належать до групи ризику розвитку патологічних реакцій горя.

Інший прояв заперечення – *«вибіркове забування».* У цьому випадку людина забуває щось, що стосується покійного.

Третій спосіб уникнути усвідомлення втрати - *заперечення незворотності втрати*. Наприклад, коли після смерті дитини батьки починають втішати один одного – «У нас будуть інші діти і все буде добре». Мається на увазі - ми заново народимо померлу дитину і все буде, як було.

Інший варіант цієї поведінки - *захоплення спіритизмом*. Ірраціональна надія знову возз'єднатися з померлим нормальна в перші тижні після втрати, коли поведінку спрямовують на відновлення зв'язку з померлим, але якщо ця надія стає стійкою - це ненормально. У релігійних людей така поведінка виглядає трохи інакше, оскільки у них інша картина світу. Тоді нормою буде критичне відношення того, хто горює, до того, що відбувається; він розуміє, що в цьому житті вже ніколи не буде разом з покійним і возз'єднається з ним, тільки проживши своє життя в цьому світі так, як його повинен прожити добрий християнин або добропорядний мусульманин. Це очікування возз'єднання після смерті не потрібно руйнувати, оскільки воно входить у нормальну картину світу глибоко релігійних людей.

Друге завдання горя полягає в тому, щоб *пережити біль втрати*. Мається на увазі, що потрібно пережити всі складні почуття, які супроводжують втрату. Якщо той, хто горює, не може відчувати і прожити біль втрати, яка існує абсолютно завжди, вона повинна бути виявлена і опрацьована за допомогою кризового психолога, інакше біль проявить себе в інших формах, наприклад, через психосоматику або розлади поведінки. Також слід зауважити, що *реакції болю індивідуальні і не всі відчувають біль однакової сили. У людини, що знаходиться в стані горя, часто порушується контакт не тільки із зовнішньою реальністю, але і з внутрішніми переживаннями*. «Начебто нічого не відчуваю, навіть дивно», «Я думав, це буває інакше, якісь сильні переживання, а тут – нічого».

Біль втрати відчувається не завжди, іноді втрата переживається як апатія, але вона повинна обов'язково бути пророблена. Виконання цього завдання ускладнюється оточуючими. Часто люди, що знаходяться поруч, відчувають дискомфорт від сильного болю і почуттів того, хто горює, вони не знають, що з цим робити і свідомо чи несвідомо повідомляють йому: «Ти не повинен сумувати». Це невисловлене побажання оточуючих часто вступає у взаємодію з власними психологічними захистами людини, яка пережила втрату, що призводить до заперечення необхідності або неминучості процесу горя. Іноді це навіть виражається наступними словами: «Я не повинен плакати» або «Я не повинен сумувати», «Зараз не час сумувати». Тоді прояви горя блокуються, емоції не проявляються і не приходять до свого логічного завершення.

Уникання виконання другого завдання досягається різними способами. Це може бути заперечення наявності болю або інших болісних відчуттів. В інших випадках це може бути уникнення болісних думок. Наприклад, можуть допускатися тільки позитивні, «приємні» думки про померлого, аж до повної ідеалізації. Це теж допомагає уникнути неприємних переживань, пов'язаних зі смертю. Можливе уникнення всіляких спогадів про покійного. Деякі люди починають з цією метою вживати алкоголь або наркотики. Інші

використовують «географічний спосіб» - безперервні подорожі або безперервну роботу з великою напругою, що не дозволяє замислитися про щонебудь, крім повсякденних справ. Відомі також випадки, коли реакцією на смерть стає ейфорія. Зазвичай вона пов'язана з відмовою вірити в те, що смерть відбулася, і супроводжується постійним відчуттям присутності покійного. Ці стани зазвичай нестійкі. Рано чи пізно всі, хто уникає почуттів, пов'язаних з переживанням горя, «ламаються», найчастіше впадаючи в депресію.

Одна з цілей психологічної роботи з втратою - допомогти людям вирішити це важке завдання горювання, відкривати та проживати біль, не руйнуючись перед нею. *Втрату треба прожити, щоб не нести через все життя! Якщо цього не зробити, психологічна допомога може знадобитися пізніше і повертатися до цих переживань буде більш болісно і важко, ніж відразу пережити їх.* Відстрочене переживання болу важче ще й тому, що, якщо біль втрати переживається через значний час, людина вже не може отримати того співчуття і підтримки від оточуючих, які зазвичай виявляються відразу після втрати і які допомагають впоратися з горем. Така охоронна поведінка має свої причини і з ними потрібно працювати окремо до початку роботи з почуттями. Необхідно з'ясувати причини, через які людина уникає переживань, пов'язаних з болем втрати, і спочатку опрацювати їх. Наприклад, працювати зі страхом перед важкими почуттями. В інших випадках необхідна зміна стереотипу поведінки, пов'язаної з виниклою раніше заборорою на відкритий прояв почуттів, чи потрібно зрозуміти, як бути з опором оточуючих, яким некомфортно знаходитися поряд з людиною, що переживає гостре горе.

Наступне, ***третє завдання***, з яким повинен впоратися той, хто горює, ***це налагодження оточення, де відчувається відсутність покійного.*** Коли людина втрачає близького, вона втрачає не тільки об'єкт, якому адресовані почуття і від якого почуття виходять, вона позбавляється певного укладу життя. Померлий близький брав участь у побуті, вимагав виконання якихось дій або певної поведінки, виконання будь-яких ролей, брав на себе частину обов'язків. І все пішло разом з ним. Ця порожнеча повинна бути заповнена і життя організоване на новий лад. Організація нового оточення означає різні речі для різних людей, в залежності від тих стосунків, у яких вони були з померлим, і від тих ролей, які померлий грав у їхньому житті. Той, хто горює, може усвідомлювати або не усвідомлювати ті ролі, які покійний мав у його житті.

Крім втрати об'єкта, деякі люди одночасно переживають почуття втрати себе, власного Я. Останні дослідження показали, що жінки, які визначають свою ідентичність через взаємодії з близькими або турботу про інших, втративши об'єкт турботи, переживають відчуття втрати себе. Робота з таким клієнтом має бути набагато ширшою, ніж просто вироблення нових навичок та вміння справлятися з новими ролями.

Горе часто приводить того, хто горює, до сильного регресу і сприйняття себе як безпорадного, нездатного справлятися з перешкодами та невмілого, як дитина. Спроба виконувати ролі померлого може провалитися, і це веде до ще

більш глибокого регресу й uszkodження самооцінки. Тоді доводиться працювати з негативним сприйняттям себе у того, хто втратив близьку людину. Це потребує часу, але поступово, спираючись на образ себе, який стає більш позитивним, той, хто горює, навчається успішно діяти в тих сферах життя, зіткнення з якими раніше уникав. Збереження пасивної, безпорадної позиції допомагає уникати самотності - друзі та близькі повинні допомагати та брати участь у житті людини, що переживає втрату. Зразу після трагедії це нормально, але надалі це починає заважати поверненню до повноцінного життя.

Останнє, *четверте завдання, - це вибудувати нове ставлення до померлого і продовжувати жити*. Рішення четвертого завдання не передбачає ні забуття, ні відсутність емоцій, а тільки їх перебудову. Емоційне ставлення до померлого повинно змінитися таким чином, щоб з'явилася можливість продовжувати жити, вступати в нові емоційно насичені відносини.

Багато людей невірно розуміють це завдання і тому потребують психологічної допомоги для його вирішення, особливо в разі смерті одного з подружжя. Людям здається, що якщо їх емоційний зв'язок з померлим ослабне, то тим самим вони образять його пам'ять і це буде зрадою. У деяких випадках може виникати страх того, що нові близькі стосунки можуть теж закінчитися і доведеться знову пройти через біль втрати - таке буває особливо часто, якщо відчуття втрати ще свіже. В інших випадках виконання цього завдання може спиратися на близьке оточення, наприклад, починаються конфлікти з дітьми у разі нової прихильності у овдовілої матері. За цим нерідко стоїть образа - мати для себе знайшла заміну померлому чоловікові, а для дитини немає заміни померлого батька. Або навпаки - якщо хтось із дітей знайшов собі партнера, у овдовілого з батьків може виникати протест, ревності, почуття, що син чи донька збирається вести повноцінне життя, а батько чи мати залишається на самоті.

Часто виконанню четвертого завдання заважає романтичне переконання, що люблять тільки раз, а все інше - аморально. Це підтримується культурою, особливо у жінок. Поведінка «вірної вдови» схвалюється соціумом. Виконання цього завдання уривається заборонаю на любов, фіксацією минулого зв'язку або униканням можливості знову зіткнутися з втратою близької людини. Всі ці бар'єри, як правило, супроводжуються почуттям провини.

Ознакою того, що це завдання не вирішується, горе не вщухає і не завершується період жалоби, часто буває відчуття, що «життя стоїть на місці», «після його смерті я не живу», наростає занепокоєння. Завершенням виконання цього завдання можна вважати виникнення відчуття, що можна любити іншу людину, любов до покійного не стала від цього меншою, але після смерті, наприклад, чоловіка, можна любити іншого. Можна вшановувати пам'ять загиблого друга, але при цьому дотримуватися думки, що в житті можуть з'явитися нові друзі.

Момент, який можна вважати завершенням трауру, неочевидний. Деякі автори називають конкретні часові терміни - місяць, рік або два. Проте існує думка, що *не можна визначити конкретний строк, протягом якого буде розгортатися переживання втрати. Її можна вважати завершеною тоді, коли людина, що пережила втрату, зробить всі чотири кроки, вирішить всі чотири завдання горя. Ознакою цього вважається здатність направляти велику частину почуттів не покійному, а іншим людям, бути чутливим до нових вражень і подій життя, здатність говорити про померлого без сильного болю.*

Горе залишається, воно природне, коли людина каже чи думає про того, кого вона любила і втратила, але це вже печаль спокійна, «світла». Робота горя завершена, коли той, хто пережив втрату, знову здатний вести нормальне життя; він відчуває себе адаптованим, коли є інтерес до життя, освоєні нові ролі, створилося нове оточення і він може в ньому функціонувати адекватно своєму соціальному статусу та складу характеру.

4. Психосоціальна допомога при переживанні горя.

Етапи психологічної допомоги повинні здійснюватися відповідно до стадій переживання горя.

1. Допомога на стадії шоку:

- розмовляти з людиною, що перебуває в стані шоку, і утішати її зовсім даремно, тому що ця людина однаково вас «не чує»;
- необхідно просто бути присутнім поруч, не залишати людину сам на сам, піклуватися про неї;
- виражати свою турботу й увагу краще через дотики.

Іноді тактильного контакту буває досить, щоб вивести людину зі стану шоку (це навіть можуть бути і такі символічні дії, як поглажування по голові). У такі моменти люди починають почувати себе маленькими, беззахисними і їм хочеться заплакати, як у дитинстві. Поява сліз або якихось сильних почуттів (наприклад, злості) означає, що людина у своїх переживаннях переходить на наступну стадію - стадію гострого горя.

2. Допомога на стадії гострого горя:

- якщо на стадії шоку варто постійно перебувати поруч із людиною й не залишати її сам на сам, то тут можна й потрібно дати їй можливість (якщо вона хоче) залишитись на самоті;
- допомога полягає в тому, щоб говорити з людиною про померлого, причину смерті й почуття у зв'язку з тим, що трапилось, а також слухати спогади й розповіді про життя покійного (навіть якщо вони неодноразово повторюються);
- у цей період страждання полегшується присутністю родичів і друзів, причому істотною є не їхня діюча допомога, а легка доступність до них протягом декількох тижнів, коли переживання найбільш інтенсивні. Людині, яка горює, потрібні постійні, але не нав'язливі відвідування й гарні слухачі;

– необхідно дати можливість людині виплакати, не намагаючись неодмінно утішати, тому що сльози сприяють сильній емоційній розрядці. При цьому не треба всім своїм виглядом постійно підкреслювати співчутливе відношення;

– дитину можна на якийсь час звільнити від відвідування дитячого садка або школи. Дорослим потрібно бути особливо уважними до стану дитини. Це дозволить визначити той момент, коли може знадобитися допомога психолога;

– поступово (ближче до кінця цієї стадії) можна починати прилучати людину, яка втратила близького, до повсякденної діяльності. Це допоможе їй відволіктися від переживань.

3. Допомога на стадії відновлення:

– оскільки людина може неодноразово повертатися до переживань гострого періоду, необхідно давати їй можливість знов і знов говорити про померлого;

– корисними можуть бути якісь прохання про допомогу з боку друзів, родичів, виконання яких допоможе тому, хто горює, «струснутися»; іноді

– ефективні навіть докори у байдужності, неуважності до близьких, нагадування про обов'язки;

– основна допомога полягає в тому, щоб допомогти людині заново «увімкнутися в життя», будувати плани на майбутнє.

У більшості випадків допомога людині, яка переживає смерть близького, не припускає професійного втручання. Однак бувають випадки, коли звертання до фахівця може бути єдиною можливістю одержати допомогу.

Досить розповсюдженими є однократні звернення до психолога, в основному за роз'ясненнями й інформацією. Деякі люди не розуміють, що з ними відбувається; у такому випадку навіть прості пояснення психології горя можуть допомогти зменшити страх і напругу. *Людям важливо знати, що їхній розум і почуття нормальні!*

Найчастіше за психологічною допомогою звертаються ті люди, які переживають стадію гострого горя.

5. Психологічне консультування осіб, які переживають втрату

Консультування людей, які перенесли втрату, – це нелегке випробування духовних сил і професійної компетенції. Примирення з втратою – хворобливий процес, в якому від втраченої людини «відмовляються» поступово і з труднощами. Але процес абсолютно природний, і його не треба форсувати. *Клієнт потребує захисних механізмів*, особливо на ранній стадії скорботи, коли він не готовий прийняти смерть і реалістично думати про неї. Тому консультант повинен дозволити клієнту використовувати заперечення чи інші механізми психологічного захисту.

Консультант при роботі з людиною, яка переживає втрату, досить часто повинен виконувати роль слухача. Знаходитися з людиною, яка сумує, і належним чином *слухати її – головне, що можна зробити*. Чим більше консультант співпереживає скорботі, а також чим адекватніше сприймає

власні емоційні реакції, пов'язані з допомогою, тим ефективніша цілюща дія. Не слід поверхнево заспокоювати горюючу людину. Зніяковіття та формальні фрази лише створюють незручний стан. Клієнту треба надати можливість виражати будь-які відчуття, і всі вони повинні бути сприйняті без упередження. Інша дуже важлива задача консультанта – допомогти близьким людині, що понесла втрату, правильно реагувати на її скорботу.

Для допомоги людям, які переживають втрату близької людини, психологом може бути застосовано низку методик та тренінгів. При консультуванні звернути увагу на такі *ключові моменти*: слухайте, приймаючи, а не засуджуючи; будьте готові, що деякі люди будуть злитися на вас; дайте час для того, щоб з'явилася довіра – поки її немає, клієнт не здатен ділитися з вами своїми переживаннями; дайте надію, підбадьорте клієнта тим, що незважаючи на болючість випробування, люди все ж оговтуються від горя.

Ще однією метою консультації є можливість дозволити людині, котра переживає втрату, висловити низку почуттів, думок і дій. При цьому *психологу слід*: бути реалістичним – бажання усунути біль негайно недоречно; спонукати до розмови про померлого і вираження почуттів; не дивуватися, що людина повторює історію про смерть; повторення і промовляння – природний спосіб упоратися з горем; дати людині інформацію про те, що «нормально» у стані горя, наприклад, соматичні симптоми, порушення сну, поганий апетит тощо.

Якщо реакція втрати пригнічується, корисно, крім усього перерахованого вище, *вивчити причини, чому людина уникає горя*.

Якщо реакція втрати спотворена, може виявитися цінним спонукання до вираження й усвідомлення почуттів. Якщо почуття провини необґрунтоване, то слід допомогти клієнту позбутися від нього. Якщо почуття провини обґрунтоване, то необхідно подумати про те, як людина може із цим жити, чи може вона якось спокутувати свою провину.

Якщо горе набуває хронічного відтінку, то слід встановити: чому людина не може відмовитися від цієї фіксації; який відбиток смерть відкидає на ставлення людини до себе на фоні втрати; чи є якась вторинна вигода від того, що людина тримається за горе, наприклад, вона виявила, що про неї стали дбати, її «помічають», а цього їй раніше не вистачало.

У вирішенні вказаних завдань консультанту може допомогти вправа «Втрата». При її виконанні клієнту або кожному учаснику групи, якщо проводиться групове консультування, пропонується письмово відповісти на такі запитання:

– Пригадайте і запишіть найважливішу для вас втрату за останній час (3 роки);

– Чи була втрата несподіваною? Скільки попереджувальних знаків, які говорили про те, що події розвиваються до гіршого, ви отримали? Чи була у вас яка-небудь можливість запобігти втраті?

– Опишіть ваші почуття щодо вашої втрати тоді, коли вона відбулася і зараз, коли ви згадуєте про неї.

– Опишіть свій стан здоров'я в той період, коли трапилася ця втрата (можливо, хвороби, що з'явилися, або нездужання), і свої тілесні переживання тепер, коли ви згадуєте про неї.

– Напишіть, що ви втратили в результаті цієї втрати.

– Визначте, яке значення у цієї втрати особисто для вас (ради чого ви її пережили).

– Чи містилося у вашій втраті яке-небудь приховане звернення до вас?

– На що у вашому житті втрата розплющила вам очі? Що ви придбали в результаті цієї втрати (те, чому ви навчилися, зрозуміли)?

Для «одужання» від горя пропонує надавати клієнтам такі рекомендації:

– прийміть своє горе – прийміть із готовністю тілесні й емоційні наслідки смерті близької людини; скорбота є ціною, яку ви платите за любов; на прийняття може піти багато часу, але будьте наполегливі в намаганнях;

– проявляйте свої почуття, не приховуйте відчаю; плачте, якщо хочеться; смійтеся, якщо можете; не ігноруйте своїх емоційних потреб;

– слідкуйте за своїм здоров'ям – при можливості добре харчуйтеся, бо ваше тіло після виснажливого переживання потребує підкріплення; депресія може зменшитися при відповідній рухливості;

– пройдіть медичне обстеження і розкажіть лікарю про пережиту втрату; ви і так достатньо постраждали, не заподійте ще більшої шкоди собі та оточуючим, нехтуючи здоров'ям;

– проявіть до себе терпіння – вашому розуму, тілу й душі потрібен час і зусилля для відновлення після перенесеної трагедії;

– поділіться болем втрати з друзями – замикаючись у мовчанні, ви відмовляєте друзям у можливості 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, стаєте більш незалежними і, живучи в теперішньому, відходите від минулого;

– робіть сьогодні те, що необхідно, але відкладіть важливі рішення; почніть з малого – справляйтеся з повсякденними домашніми справами; це допоможе вам відновити почуття впевненості, однак утримайтеся від негайних рішень, наприклад, продати будинок або поміняти роботу.

6. Як спілкуватися з тим, хто втратив близьку людину.

Окремої уваги заслуговує інформація щодо особливостей спілкування та обрання тактики поведінки для того, хто знаходиться поруч з людиною, яка втратила близького. Це допоможе краще налаштуватися на стан людини, що втратила рідного або близького, змусить замислитися над сенсом і метою вимовних фраз.

Безумовно, існує багато варіантів поведінки поряд з людиною, що потрапила в ситуацію горя. Почати роздуми з приводу того, як оточуючі реагують на чуже горе, хотілося б словами Стефана Цвейга. «... Є два види

співчуття. Одне - легкодумне і сентиментальне, воно, по суті, ніщо інше як нетерпіння серця, що поспішає скоріше позбутися тяжкого відчуття при вигляді чужого нещастя; це не співчуття, а лише інстинктивне бажання захистити свій спокій від страждань ближнього. Але є й інше співчуття - правдиве, яке вимагає дій, а не сентиментів, воно знає, чого хоче, і сповнене рішучості страждати поряд з тим, хто втратив рідну людину, зробити все, що в людських силах і навіть понад їх». Цей вислів максимально точно відбиває особливості реагування навколишніх людей на страждання інших.

Особливу увагу слід приділити поведінці оточуючих людей і тим словам, які зазвичай говоряться для розради. Вони мають характер словесних штампів, які традиційно закріплені за такими ситуаціями і вимовляються іноді тому, що «треба щось сказати», а іноді і для того, щоб несвідомо уберегти себе від чужих важких переживань.

Звертаючись до смислу або змісту висловлювань, важливо розуміти, що дуже багато з цих виразів взято з православного вчення «розради скорботних». Це ціла система християнського світосприйняття, і орієнтована вона на таке ж світосприйняття людини, яка втратила близького або рідного. Деякі сучасні «розради» є фразами, вирваними з контексту цього вчення. У результаті часто вони як вимовляються, так і сприймаються людиною без розуміння закладених в них глибоких смислів.

Проаналізуємо *найбільш поширені словесні штампи*. Звичайно, дуже важливо, хто говорить ці слова тому, хто горює, як, в який момент і наскільки сприйнятливий останній до них. Але щоб не ускладнювати сприйняття тексту численними застереженнями на цю тему, обмежимося, поперше, позначенням ідеї, закладеної у висловленні, а, по-друге, покажемо, певний негативний вплив деяких з цих фраз.

«*На все воля Божя*». Людина, яка говорить таку фразу, бере на себе роль того, хто знає промисел Божий. Використаний в такому вигляді вираз часто викликає агресію на Бога як на вищу інстанцію, відповідальну за подію. Цей вислів дійсно присутній в православній практиці розради скорботи, але за його прийняттям стоїть величезна духовна робота того, хто втратив близьку людину щодо прийняття події, смирення з нею. І, на наш погляд, переважно тільки той, хто втратив близького, має право виголошувати цю фразу.

«*Бог вибирає кращих*». Хочемо звернути увагу на сильне смислове навантаження кожного слова: «Бог» означає вищу силу, яка в даному випадку розпоряджається долею людини, тобто «вибирає». А позначення «кращих» часто викликає логічне запитання: «Але чому? Адже вони так потрібні тут, у цьому світі?». І виходить, що живуть тут чимось Богові неугодні люди. Це знову невдалий штамп, вирваний з контексту православної практики розради скорботних. Позитивну реакцію подібна фраза може викликати лише в тому випадку, коли вона сприймається як добре ставлення мовця до померлого.

«*Бог не під силу не дає*». Схожу фразу сказав Ф. Ніцше: «Те, що мене не вбиває, - робить мене сильнішим». У чому може бути недолік цієї фрази? Як

відповідь наведемо вичерпні слова молодої жінки, яка втратила чоловіка: «А навіщо мені ця сила потрібна? На кого я її буду витрачати?!».

«Дякуйте Богові, що у Вас є ще дитина (брат, сестра і т.п.)». Ця фраза може взагалі сприйматися як блюзнірська, так як пішов чоловік і стосунки з ним - неповторні і незамінні. Можна в більш м'якій формі звернути увагу людини на те, що у нього є поруч дорогі та близькі люди, які потрібні йому і яким потрібен він.

«Мені знайомі Ваші почуття». Почуття кожного, хто пережив втрату близького, - унікальні. Людина, яка переживає втрату, якийсь період взагалі перебуває у стані егоцентричного сприйняття ситуації, і вона просто не в змозі почути те, що хтось теж щось подібне відчував. Тим більше, що часто після цієї фрази «розрадники» починають розповідати про себе і свої переживання. Але, звичайно, винятком є ситуація, коли той, хто втратив, сам просить когось, хто пережив смерть близького, розповісти про свій досвід.

«Ви повинні бути сильними заради дітей, батьків, друзини, чоловіка і т.п.» (більш короткі варіанти: «Тримайся», «Кріпись», «Тримай себе в руках»). З одного боку, це говориться для того, щоб захистити самого мовця від виплеску емоцій того, хто втратив. А людина, яка горює, відповідно, сприймає це як заборону на вираження болю і заклик тримати свої почуття при собі. З іншого боку, людина що втратила близьких, отримує своєрідну вказівку у вигляді не дуже вдалої спроби дати їй новий сенс існування у вигляді близьких людей, які її оточують. Невдалість цієї фрази полягає в тому, що наступною реакцією може бути страх втратити і цих близьких людей.

«Час лікує», «Все пройде». Зміст цієї фрази полягає в необхідності перетерпіти важкий період. У деяких випадках це дійсно може сприйматися правильно: як заклик терпляче ставитися до болю. Але іноді ці слова створюють ілюзію, що якщо намагатися не думати, забути про події, то дійсно все пройде само собою. Дана фраза частково є індикатором того, як людина переживає втрату. Ті, хто намагаються піти від тяжких переживань, як правило, розуміють цю фразу буквально; ті, хто відкриті до важких переживань, відзначають, що роль часу - лише в затиранні слідів, а не в повному зціленні від болю втрати. Проте можливо і повне неприйняття цих виразів. Жінка, яка втратила дитину, зазначала, що молоді люди взагалі не знали, що їй сказати, і тому вимовляли цю фразу, а літні говорили це ж, але з іншим змістом: що в житті буває все, всі переживання рано чи пізно закінчуються. Але ні від тих, ні від інших вона не отримала бажаної підтримки і чуйного ставлення.

«Ніхто не вічний» («Всі там будемо»). Ця фраза сприймається двояко. Як безглузда - тими, хто вірить в існування тонкого світу: «я це і так знаю - навіщо мені ще раз про це говорити». Або як цинічна, що припускає заперечення цінності втрати і горя того, хто втратив.

«Вам пощастило, що Ви були разом так довго», «Вона прожила довге життя». Часто вживається для втіхи того, хто втратив подружжя. Але за цим часто йде фраза: «А могло бути ще довше, якби не ...», на яку відповісти нічого.

Тому, з нашої точки зору, краще говорити з людиною про цінність відносин, які були, а не про їх тривалість.

Крім розхожих фраз, наведених вище, існують стереотипи, що заважають спілкуванню з тими, хто нещодавно втратив близького. Вони створюють ефект «відсутності проблеми» в соціумі, роблячи її закритою для обговорення.

Наведемо приклади таких *стереотипів сприйняття втрати*.

«Не варто розмовляти про втрату, про ситуацію втрати - це тільки раниць». Насправді, якщо втрата не пережита, то будь-яка розмова призведе до її обговорення. А можливість розповісти комусь у подробицях про події сприяє тому, що людина емоційно ще раз проживає цю подію.

«Не варто зайвий раз запитувати про того, кого немає. Це викличе лише нестерпний біль». Цей стереотип виражається в тому, що все, що стосується минулого, в розмовах обходиться стороною. Тому, хто втратив близького, часто хочеться розповісти про цю людину, про риси її характеру, вчинки, життя. Поговорити і поділитися спогадами про померлого з тими, хто його знав. Такі бесіди сприяють формуванню образу минулого, нового психологічного зв'язку з ним.

Однак в обох випадках дуже багато чого залежить від співрозмовника. Якщо померла близька людина, то все, що з нею пов'язано, відноситься до категорії дуже значущої, особистої, інтимної інформації і, природно, поділитися нею можна тільки з тим, кому довіряєш. Тому неправильним є як і перебільшена наполегливість, так і інші спроби змусити людину поговорити про померлого. Така псевдо-турбота, зазвичай, не принесе полегшення тому, хто втратив рідну людину, а лише створить відчуття, що до нього «лізуть в душу».

Самостійно дуже важко зануритися в хворобливі, складні питання і переживання. Часто люди заганняють їх глибоко всередину, що призводить до появи ілюзії полегшення. Але якщо поряд знаходиться той, хто підтримує, розуміє і приймає (в даному випадку - професійний психолог), пройти через страждання стає легше. І тоді втрата близької людини буде по-справжньому прожита і осмислена. Але при цьому не можна забувати про те, що *кожна людина - унікальна сутність, здатна самостійно і гідно подолати найважчі життєві випробування, і функція психолога - не в тому, щоб зробити це за неї, а в тому, щоб бути поруч.*

Висновки. Кожна людина переживає втрату близької людини порізно. І кожному психологу необхідно це враховувати.

Виходячи з цього психологу необхідно надати певну психологічну допомогу, яка може бути здійснена у вигляді спеціальних тренінгів, технік, методик, з метою подальшого одужання клієнта.

Тема 9. Психологічне консультування клієнтів із психотравмою, посттравматичним стресовим розладом.

- 1. Поняття «стрес», «психотравма», «посттравматичний Стресовий розлад».*
- 2. Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу.*
- 3. Психологічні механізми виникнення посттравматичного стресу.*
- 4. Фактори ризику розвитку ПТСР.*
- 5. Принципи корекції та методи роботи з ПТСР.*
- 6. Технологія відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів у ветеранів, що мають прояви ПТСР.*

Вступ. Дослідження, присвячені особливостям переживання людиною власної участі у бойових діях, показують, що одним із частих наслідків такого досвіду є розвиток згодом посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який проявляється специфічними психологічними, поведінковими і соматичними змінами, труднощами у соціально-психологічній адаптації особи і який важко піддається реабілітаційним впливам. У зв'язку з цим пошук і розроблення адекватних засобів психотерапевтичної допомоги ветеранам, які набули важкий досвід, пов'язаний з війною, є наразі актуальним завданням вітчизняної практичної психології. У контексті вирішення цього завдання важливим видається проведення спеціальних досліджень, пов'язаних з уважним вивченням феномену ПТСР у ветеранів бойових дій, а також розробленням теоретико-методологічних і методичних моделей, спрямованих на поетапне створення технологій психотерапевтичної допомоги особистості у подоланні проявів ПТСР.

1. Поняття «стрес», «психотравма», «посттравматичний стресовий розлад».

У найбільш загальному значенні термін «стрес» (від англ. stress – напруга) використовується для позначення станів людини, які характеризуються сильним напруженням і виникають у відповідь на несприятливі, значні по силі і тривалості зовнішні та внутрішні впливи (стресори). Фізіолог Г. Сел'є, видатний дослідник стресу, виходив із гомеостатичної моделі функціонування організму і розглядав стресори як стимули, що мобілізують його ресурси, викликаючи реакцію загального адаптаційного синдрому.

Першою стадією даного синдрому є реакція тривоги, тобто індивід входить у стан тривоги (фаза шоку) і разом з тим мобілізуються його захисні сили (фаза протишоку). Якщо стрес продовжується, організм переходить у стадію опору (резистентності), під час якої стійкість до різних впливів є підвищеною. Ця стадія або призводить до стабілізації стану і відновлення, або змінюється стадією виснаження, яка супроводжується порушенням соматичних та психічних процесів, занепадом сил і може закінчитися загибеллю організму.

В останньому випадку говорять вже про *дистрес* – стрес, якому людині важко протистояти, він є для неї надмірним, виснажливим, деструктивним. Часто такий стрес має хронічний характер. Отже, переживання стресу може мати як позитивне, мобілізуюче значення для організму людини, так і негативні, патологічні наслідки. Психічні прояви загального адаптаційного синдрому, тобто різні афективні переживання, які завжди супроводжують стрес і призводять до небажаних змін в організмі людини, отримали назву *«емоційний стрес»*. Це поняття інколи вживається синонімічно до поняття *«психологічний стрес»*, хоча за своїм змістом останнє є значно ширшим.

Дослідники психологічного стресу описують його як психологічний стан, що характеризується змінами у всіх процесах, які мають місце в психіці людини в певній критичній ситуації. Емоційна реакція під час стресу – лише одна із характеристик психічної діяльності, що має завжди цілісний характер і включає, крім емоційних, ще своєрідні «відповіді» в мотиваційній, пізнавальній, вольовій, психомоторній та інших сферах. Виходячи з цього, ототожнення емоційного та психологічного стресів визнається не зовсім коректним.

Що стосується поняття *«психотравма»*, то згідно з сучасними уявленнями про стрес, останній стає психотравмою, коли наслідком дії стресора стають порушення у психічній діяльності людини, співставні зі змінами у соматичних процесах внаслідок фізичного ураження. Тобто порушення у психічній сфері набувають системного характеру і проявляються серйозними патологічними змінами в афективній, когнітивній та поведінковій її складових, системі пам'яті, навчіння, емоційно-вольових процесах. У якості стресора у таких випадках виступає травматична стресова подія, яка характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю. Ця подія часто пов'язана з фактом або загрозою смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства, вона несе людині абсолютно нову інформацію, яку необхідно інтегрувати в попередній життєвий досвід.

Психотравму (синонімічно вживаються ще терміни *«емоційний травматичний стрес»*, *«емоційна травма»*) часто описують як переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їх подолання, яке супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю, змінами у способах регуляції афектів, що спричиняє нерідко тривалі фізичні, психічні та особистісні розлади.

Чотири характеристики психотравми:

- 1) подія усвідомлюється, тобто людина знає, що з ним сталося і через що в нього погіршився психологічний стан;
- 2) цей стан обумовлений зовнішніми причинами;
- 3) пережите руйнує звичний спосіб життя;
- 4) подія викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля щось зробити або почати.

Уявлення про психотравму і травматичну подію як етіологічний фактор її виникнення лежить в основі сучасних підходів до розуміння феномену **посттравматичного стресового розладу (ПТСР)** як такого, що формується внаслідок дії зовнішнього впливу (травматична подія), а не притаманних особі внутрішніх особливостей (індивідуальна слабкість, «крихкість»).

Під **травматичним стресом** (Е. М. Черепанова) розуміє особливу форму загальної стресової реакції, коли стрес перевантажує фізіологічні, психологічні, адаптаційні можливості і руйнує психологічний захист, тобто викликає тривогу. Травматичний стрес сумарний за інтенсивністю переживань всього колишнього життя і змінює сприйняття часу, стаючи поділом, кордоном «до» і «після» екстремального події. Травма для багатьох стає кордоном в житті: змінюється картина світу і уявлення про себе, бачення минулого може бути спотворено, що уможливорює повторення травматичних подій в майбутньому, так як потерпілий може неусвідомлено прагнути повернутися в той час і прожити його знову. Причиною цього може бути прагнення людини відреагувати на кризову подію. Тобто травматична подія як ніби не відпускає людину від себе, і багато людей продовжують жити за тими нормами, правилами, які диктувала кризова ситуація.

Приблизно в 20% випадків у постраждалих виникає посттравматичний стресовий розлад.

Травматичний стрес - це переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини і оточення. Це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережив щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду, наприклад, загрозу життю, смерть чи поранення іншої людини, участь у бойових діях, насильство, стихійні лиха і катастрофи і т. п. Коло явищ, травматичні стресові порушення, достатньо широкий і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власного життя або життя близької людини, загроза фізичному здоров'ю чи образу «Я».

Психологічна реакція на травму включає в себе **три відносно самостійні фази, що дозволяє охарактеризувати її як розгорнутий у часі процес:**

Перша фаза – фаза психологічного шоку – містить два основних компоненти:

- пригнічення активності, порушення орієнтування у навколишньому середовищі, дезорганізацію діяльності;
- заперечення того, що сталося (своєрідну охоронну реакцію психіки). У нормі ця фаза достатньо короткочасна.

Друга фаза – вплив – характеризується вираженими емоційними реакціями на подію та її наслідки. Це може бути сильний страх, жах, тривога, гнів, плач, звинувачення - емоції, що відрізняються безпосередністю прояви та крайньої інтенсивністю.

Поступово ці емоції змінюються реакцією критики чи сумніви у собі. Вона протікає на кшталт «що було б, якби...» і супроводжується хворобливим усвідомленням невідворотності події, визнанням власного безсилля та

самобичуванням. Характерний приклад описане у літературі почуття «вини вижив», нерідко доходить до рівня глибокої депресії.

Розглянута фаза є критичною у тому відношенні, що після неї починається або процес одужання (відреагування, прийняття реальності, адаптація до новостворених обставин), **тобто третя фаза** нормального реагування, або відбувається фіксація на травмі та наступна хроніфікація пост стресового стану.

Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, що зачіпають усі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної та соціальної взаємодії), призводять до стійких особистісних змін не тільки у людей, які безпосередньо пережили стрес, але й у очевидців, і у членів їхніх родин.

Результати численних досліджень показали, що стан, що розвивається під дією травматичного стресу, що не потрапляє в жодну з наявних у клінічній практиці класифікацій. Наслідки травми можуть виявитися раптово, через тривалий час, на тлі загального благополуччя людини і з часом погіршення стану стає дедалі більше вираженим. Було описано безліч різноманітних симптомів подібного зміни стану, проте довгий час не було чітких критеріїв його діагностики.

Отже, *Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)* – це *затяжна або відстрочена реакція на травматичний стрес*. ПТСР означає інтенсивну і, зазвичай, пролонговану реакцію на екстремальний травматичний стресор, такий, як природні катаклізми (землетруси, урагани, повені, пожежі), антропогенні катастрофи (вибухи на підприємствах, авіакатастрофи, автомобільні аварії), а також лиха, спричинені людьми, – переслідування, терористичні акти, воєнні дії, насильство (розбійний напад, зґвалтування, тортури). При цьому мається на увазі, що незважаючи на факт здатності значної частини людей переборювати звичайний стрес, викликаний «нормальними» труднощами життя (розлучення, хвороба, фінансові втрати тощо), їхні адаптивні можливості не спрацьовують у випадку зустрічі з травматичною стресовою подією. Водночас клінічна практика показує, що і у випадку дії екстремального стресору існують все ж індивідуальні розбіжності щодо переживання його наслідків: «у різних людей виявляється різний «поріг травми» – одні більш захищені, а інші більш чутливі і більш схильні до розвитку клінічних симптомів...». Такі спостереження говорять про те, що в особливостях переживання травми певну роль відіграють суб'єктивні аспекти, здатні пом'якшувати цей процес, хоча вплив таких зовнішніх екстремальних факторів, як зґвалтування, тортури, важкий фронтовий стрес будь-якою людиною відчувається як травматична подія.

Сучасні уявлення про ПТСР склалися до кінця минулого століття, але розлади, що розвиваються в результаті пережитої катастрофи, описувалися і раніше. Поняття посттравматичного стресового розладу запропонував американський психотерапевт М. Горовіц (М. Horowitz) в 1980 році. Однак в

європейський міжнародний класифікатор хвороб (МКБ-10) воно було внесено лише в 1995 році.

Наступні критерії дозволяють діагностувати ПТСР згідно МКБ-10:

- хворий повинен бути підданий впливу стресової події або ситуації виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що здатне викликати загальний дистрес майже у будь-якого індивідуума;

- для хворого характерні стійкі спогади або «ожилі» стресори в нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або повторюваних снах або повторне переживання горя під впливом ситуацій, що нагадують чи асоціюються зі стресом;

- хворий повинен виявляти фактичне уникнення чи прагнення уникнути обставин, що нагадують або асоціюються зі стресором;

- будь-яка з двох:

- або психогенна амнезія, часткова або повна, щодо важливих аспектів періоду впливу стресора;

- або стійкі симптоми підвищення психічної чутливості або збудливості (що не спостерігалися до впливу стресора), представлені будь-якими двома з наступних симптомів:

- а) утруднення засипання або збереження сну;

- б) дратівливість і спалахи гніву;

- в) труднощі концентрації уваги;

- г) підвищення рівня неспанья;

У міжнародній класифікації психічних порушень при посттравматичному стресовому розладі виділяють три групи симптомів:

- повторне переживання або вторгнення непрошених спогадів про травму (флеш-бек);

- «уникнення», наприклад місць, що нагадують про травматичному подію, або процесу психологічного консультування, щоб дистанціюватися від спогадів про стрес;

- гіперактивність (порушення сну, підвищена збудливість, дратівливість і ін.).

У 1980 році після широких досліджень психічних порушень у ветеранів війни у В'єтнамі Американська психіатрична асоціація включила посттравматичний стресовий розлад (post-traumatic stress disorder) як діагноз у Посібник з діагностики та статистики розумових розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), відомий як DSM-III.

Критерії ПТСР у міру накопичення даних щодо поширення цього діагнозу, гендерних та географічних його показників, тонкощів симптоматики, її етіології тощо потім були переглянуті у DSM-IV (1994 р.).

Тим часом у США був здійснений ще один перегляд діагностичних критеріїв ПТСР (DSM-5, 2013 р.), який на сьогодні є найбільш повним і деталізованим.

Розглянемо критерії ПТСР за DSM-5, взявши за основу їх опис, здійснений М. Фрідманом, – відомим американським професором психіатрії, що має значні досягнення у дослідженні та лікуванні ПТСР.

Суттєвою зміною п'ятого перегляду DSM, порівняно із DSM-III і DSM-IV, є те, що в ньому ПТСР вже не розглядається як тривожний розлад, його віднесено до нової категорії, що має назву «Розлади, зумовлені травмою і стресором».

Отже, ПТСР є комплексом реакцій людини на травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яке у більшості людей викликає страх, жах, безпорадність. Це насамперед ситуації, коли людина сам пережив загрозу власного життя, смерть чи поранення іншої людини. Передбачається, що симптоми можуть з'явитися відразу після перебування у травматичній ситуації, а можуть виникнути через багато років – у цьому особлива каверзність посттравматичного стресового розладу.

Описано випадки, коли у ветеранів другої світової війни симптоми ПТСР проявилися через сорок років після закінчення воєнних дій. Відповідно до особливостей прояву та перебігу розрізняють три підвиди посттравматичних стресових розладів:

- гостре, що розвивається у строки до трьох місяців (його не слід змішувати з гострим стресовим розладом, яке розвивається протягом одного місяця після критичного інциденту);
- хронічне, що має тривалість більше трьох місяців;
- відстрочений, коли розлад виник через шість і більше місяців після травмування.

Нині низка зарубіжних авторів пропонує доповнити діагностику постстресових порушень ще однією категорією – посттравматичними особистісними розладами (або РТРД – *posttraumatic personality disorder*), що є досить логічним кроком, оскільки присутність хронічних симптомів ПТСР часто відзначається протягом усієї наступної життя людини, що пережила масовану психотравму. Безумовно, що така травма здатна залишити незабутній відбиток у душі людини і привести до патологічної трансформації усієї його особистості.

Стадії формування пост стресових порушень:

- *травматичний стрес* (під час критичного інциденту і відразу після нього - до 2 діб)
- *гострий стресовий розлад* (протягом 1 місяця після критичного інциденту - від 2 діб до 4 тижнів)
- *посттравматичний стресовий розлад* (через більше місяця після критичного інциденту - більше 4 тижнів)
- *посттравматичний розлад особистості* (протягом наступного життя людини, пережив травму).

2. Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу.

У міжнародній класифікації психічних порушень у травматичному стресі виділяють *три групи симптомів*:

- 1. симптом повторного переживання (або симптом «вторгнення»),**
- 2. симптом уникнення;**
- 3. симптом фізіологічної гіперактивації.**

До першої групи симптомів відносяться повторювані знову і знову переживання травматичної події. Цей комплекс реакцій включає кілька форм:

1) повторювані і насильно прориваються, спогади про подію, що впроваджуються у свідомість, включаючи образи, думки або уявлення (людина всіма силами прагнути забути про нього, але вони завжди знайдуть спосіб, щоб нагадати);

2) кошмарні сні, що повторюються, про подію;

3) дії або почуття, що відповідають пережитим під час травми (сюди відносяться ілюзії, галюцинації і так звані «спалахи спогадів», коли в пам'яті спливають епізоди травматичної події, часто ще більш яскраві та виразні, чим це було насправді; причому неважливо, виникають вони наяву, або під час сну, або ж при інтоксикації);

4) інтенсивні негативні переживання під час зіткнення з чимось, що нагадує (символізує) травматична подія;

5) фізіологічна реактивність, якщо щось нагадує або символізує травматичну подію: спазми у шлунку, головний біль та інше.

Минуле «не відпускає»: нав'язливо та невідступно повертаються травматизуючі картини, постійні думки про те, що було. У пам'яті раптово спливають жахливі, неприємні сцени, пов'язані з пережитим.

Кожен натяк, все, що може нагадати про те, що було саме з тобою: якість видовища, запах, що нагадують «те», ніби витягають із глибин цієї «чорної дірки» пам'яті картини та образи травматичних подій. Свідомість як би роздвоюється: ти вдома, але водночас і там, де весь цей жах відбувався. Такі явища називаються дисоціативною симптоматикою (відчуття емоційної залежності, звуження свідомості, дереалізація з відчуттям "там і тут", деперсоналізація). Військові дії, що пережили, розповідають, що буває достатньо почути звук вертольота, що пролітає, щоб травмували образи та уявлення знову охопили свідомість, щоб людина знову «повернулася» і знову пережив «як наяву», що найбільше травмувала реагувати на щось, що нагадує ситуацію насильства.

Ці несподівані, непрошені спогади можуть тривати від кількох секунд або хвилин до кількох годин. І, як наслідок, людина знову відчуває найсильнішу стрес. Виникає реакція підвищеного переляку на несподіваний чи гучний звук. За найменшої несподіванки людина робить стрімкі рухи, він може кинутися на землю, якщо почує звук низько пролітаючого вертольота, він різко обертається і приймає бойову позу, якщо відчує зі спини чиєсь наближення. Такі явища називаються «флеш-бек-епізодами», вони викликають виражений дистрес, фізіологічні реакції на ключові стимули, асоційовані із травмою. «Непрохані» спогади приходять і уві сні у вигляді нічних кошмарів, які іноді, як відеозапис,

відтворюють травматичну ситуацію, і з такою ж лякаючою точністю людина уві сні переживає власні реакції цю ситуацію. Він прокидається в холодному поті, задихаючись, з сильно б'ються серцем, з напруженими м'язами, почувавши себе зовсім розбитим. Коли людину відвідують нічні кошмари, у нього природно виникають проблеми зі сном, йому буває важко заснути через несвідомий страх знову опинитися в їхньому полоні. Іноді порушення сну виглядають як постійне раннє пробудження, поганий сон посилює тяжкий стан, виникають втома та апатія.

Друга група симптомів виявляється в тому, що травматичний досвід витісняється. Людина намагається уникати думок та спогадів про пережите, прагне не потрапляти в ті ситуації, які могли б нагадати, визвати ці спогади, намагається робити все так, щоб не викликати їх знову. Він уперто уникає всього, що може бути пов'язано з травмою: думок або розмов, дій, місць або людей, що нагадують про травму. Він стає нездатний згадати важливі епізоди травми, те, що з ним відбувалося. Виражено зниження інтересу до того, що раніше займало, людина стає байдужою до того ж, його ніщо не захоплює. Виявляється відчуття відстороненості та відчуженості від інших, відчуття самотності.

Одна з ознак посттравматичного стану – дуже важко переживана втрата можливості (повністю або частково) встановлювати близькі та дружні відносини з оточуючими людьми. Багато хто переніс сильний стрес скаржаться, що після пережитого їм стало набагато важче відчувати почуття любові та радості (емоційна притупленість). У них рідше виникають чи взагалі зникають періоди творчого підйому. Натомість їх охоплює почуття відокремленості від людей, відчуженості від навколишнього світу. Людина починає відчувати ці зміни як глибоко торкаються його особистість, у цих випадках психологи кажуть про виникнення іншого "Я". Ці відчуття важко, іноді просто неможливо висловити, усвідомити, і, як наслідок, виростає реальне, відчуження від близьких – «і мене не зрозуміти». Виникає депресія, людина починає відчувати себе нікчемним і відкинутим, у нього розвивається невпевненість в собі. У стані посттравматичного стресу депресія досягає найбезпросвітніших глибин розпачу, людина втрачає сенс існування, і все це супроводжується виснаженням та апатією.

З'являється почуття вкороченого майбутнього, тобто коротке життєва перспектива, коли людина планує своє життя дуже невеликий час. Дуже часто з'являється почуття провини («Я винен у тому, що я щось не зробив: не врятував, не допоміг, не передбачив...»), яке сприяє виникненню нападів само знижувальних думок та поведінки, аж до саморуйнівних вчинків. З іншого боку, може зростати агресивність. Виникає прагнення вирішувати всі життєві колізії за допомогою силового тиску. При цьому не обов'язково застосовується груба фізична сила, це може бути та мовна та емоційна агресивність. Спалах гніву, які часто бувають маломотивовані та найчастіше виникають під впливом алкогольного сп'яніння, перетворюються у напади запеклого гніву.

Третя група симптомів – фізіологічна гіперактивація - Виявляється в труднощах засинання (безсоння), підвищеної дратівливості, труднощі концентрації уваги, спалахах гніву та вибухових реакціях, невмотивованої надпильності та підвищеної готовності до «реакції втечі». Нам відомі випадки, коли військові, що повернулися у мирне життя, виходячи на вулицю, проводили «рекогносцировку», шукали у вікнах снайперів і почувалися буквально «голими» без зброї. Перебування в травматичних ситуаціях – це лише одна сторона, одна з основних причин, що викликають посттравматичний стресовий стан. Інша і не менш важлива сторона пов'язана з тим, як людина реагує на саму травматичну подію і як він «переробляє» пережите, тобто йдеться про рівень емоційної стійкості індивіда, про його особистісні ресурси, якісному своєрідності захисних психологічних механізмів, наявності чи відсутності тісних емоційних зв'язків з оточуючими людьми, підтримки з їхнього боку та ін. Коли йдеться про те, що людина страждає ПТСР, перш за все, мається на увазі те, що людина пережив травмуючу подію, тобто з нею сталося щось жахливе і в нього є деякі з перерахованих симптомів. Але ця подія лише частина загальної картини, зовнішня обставина, яка зіграла свою роль у хворобливому процесі. Інша сторона посттравматичного стресу відноситься до внутрішнього світу особистості та пов'язана з реакцією людини на пережиті їм події, яка у кожному випадку індивідуальна.

Травмуючі події, що глибоко торкнулися психіки людини, дуже відрізняються від усього її попереднього досвіду, і він відповідає на них сильною негативною реакцією. ПТСР – не рідкісне явище. Протягом життя їм захворює близько 1% населення, а до 15% населення після тяжких травм (пов'язаних із фізичним нападом або військовими діями) можуть виявляти окремі симптоми ПТСР. У дослідженнях Шора на підставі загальної вибірки американських громадян (без обліку груп ризику), повідомляється, що кількість страждаючих ПТСР в Америці в середньому дорівнює 2,6% від загального числа населення. Для осіб, які належать до певних груп ризику (наприклад, мешканці області, що постраждала від вулканічного виверження), ця цифра збільшується до 3,6%. У деяких людей перебіг ПТСР стає хронічним, а також поєднується з іншими психічними та психосоматичними захворюваннями, включаючи афективні розлади, зловживання психоактивними речовинами та інші види розладів, пов'язаних із залежністю.

3. Психологічні механізми виникнення посттравматичного стресу.

Людина, яка постраждала від травми, часто говорить собі: "Я намагаюся забути те, що зі мною сталося", "Мені треба взяти себе в руки, мені треба заспокоїтися, відволіктися, і тоді все забудеться». Тобто він хоче зробити так, щоб травма перестала завдавати душевного болю, хоче позбутися від хворобливих переживань, не змінюючи нічого в собі. Ці переживання відкидаються свідомістю, оскільки вони надто важкі і нестерпні. По суті справи, людина хіба що відокремлює їхню відмінність від себе, поміщаючи їх,

умовно кажучи, у «контейнер»... В результаті емоційні стани не розвиваються, залишаючись фіксованими на травмі. У метафоричний «контейнер» укладені травматичні переживання надзвичайно негативні, руйнівні: гнів, вина, страх та ін.

Травмована людина, яка пережила надзвичайно сильні, руйнівні емоції, найбільше у світі боїться їхнього повторення. Він робить все можливе, щоб уникнути емоцій, пов'язаних з травматичним подією. Якщо ж їм вдається вирватися назовні, травмована людина, як правило, втрачає контроль над собою. Знаючи це, він змушений додавати титанічні зусилля щоб «контейнер» не розконсервувався і руйнівні надсильні емоції не вирвалися назовні.

Особа, що має подібний «контейнер», може здаватися і собі та іншим цілком благополучною, оскільки на перший погляд отримана рана загоїлася і ніби не нагадує про себе.

Однак будь-який стимул, що нагадує травматичну ситуацію (запах, звук тощо), миттєво оживляє всі переживання, і людина знову і знову змушена занурюватися туди, де найменше у світі хотів би опинитися. Тоді виникає те, що називається «неконтрольованим випорожненням контейнера» - людина відчуває, що захлеснуть почуттями і для оточуючих виглядає у цей момент божевільним. Іноді у ці моменти він може робити непоправні вчинки, про які буде шкодувати надалі.

Тому людина змушена захищати свій «контейнер» від того, щоб випадково не натрапити на відповідний стимул, - він змушений постійно бути уважним, уникати всього, що може нагадати травматичну ситуацію. Будь-яке переживання, схоже на травму, що посилює становище. Так, за частоті демонстрації по телебаченню сцен насильства жертви насильства багаторазово стикаються зі своїми травматичними переживаннями. Читання газетних статей із цією ж тематикою може повернути відповідні спогади.

Таким чином, можливості та простору, де особистості вдається уникати спогадів та усвідомлення травми, стає менше та менше. Збереження «контейнера» згодом вимагає все більше і більше сил і, зрештою, може вийти так, що вся енергія людини почне йти на це, виснажуючи його. Звідси перевтома, безсоння, дратівливість, порушення уваги, пам'яті та інше. Людина виснажується у боротьбі із самим собою. Хронічне емоційна напруга призводить до погіршення фізичного здоров'я. Виникають так звані психосоматичні порушення, розлади. Тому люди, які перенесли психологічну травму, часто мають проблеми з фізичним здоров'ям, причому можна встановити зв'язок між тілесними проблемами та типом травми. «Контейнери» мають властивість поєднуватися. Так, якщо хтось у дитинстві зазнав насильства, а згодом пройшов війну в Афганістані, то його травматичні переживання не становлять два окремі епізоди. Вони об'єднуються, і в результаті створюється одна, але багатокomпонентна, велика травма, в основі якої лежить, наприклад, ідея про те, що всі люди довкола – гвалтівники.

4. Фактори ризику розвитку ПТСР

До основних факторів ризику розвитку ПТСР відносяться особистісні особливості людини, включаючи акцентуації характеру, соціопатичний розлад, низький рівень розумового розвитку, а також наявність алкогольної або наркотичної залежності. Якщо людина схильна до екстеріоризації стресу, то він менш схильний до ПТСР. Генетична схильність (наявність в анамнезі психічних розладів) може збільшувати ризик того, що після психотравмуючої події розвинеться ПТСР; також впливає попередній травматичний досвід (наприклад, у зв'язку з перенесеним фізичним насильством у дитинстві, нещасними випадками у минулому та сімейними розлученнями). Слід враховувати віковий чинник. Подолання екстремальних ситуацій важче дається молодим та старим людям. Важливо брати до уваги соціальний контекст. Наприклад, складна соціально-економічна ситуація у країні не дозволяє надати належну матеріальну допомогу людям, які постраждали внаслідок катастроф, стихійних лих, що посилює їхній стан. Ризик ПТСР зростає також у разі ізоляції людини на період переживання травми, втрати сім'ї та близького оточення. Велика роль того, наскільки своєчасно була надана людині допомогу, як реагують члени сім'ї, які можуть заохочувати деякі хворобливі прояви.

Можна виділити ще низку умов, що впливають на розвиток ПТСР:

- наскільки ситуація суб'єктивно сприймалася як загрозна; наскільки об'єктивно реальною була загроза для життя;
- наскільки близько до місця трагічних подій знаходився індивід (він не обов'язково сам постраждав, але міг бачити наслідки катастрофи, трупи жертв);
- наскільки до цієї події були залучені близькі, чи постраждали вони, якою була їхня реакція. Це особливо значуще у дітей. Адже якщо батьки дуже болісно сприймають те, що сталося, панічно реагують, то й дитина не почуватиметься в безпеці.

5. Принципи корекції та методи роботи з ПТСР.

Після того, як людина зазнала впливу травматичних подій, її думки і почуття можуть бути болючими і не зовсім зрозумілими йому самому, а реакції на звичайні ситуації – незвичайними та лякаючими.

Перший принцип нормалізації. Основний акцент робиться на тому, що нормальний індивід, зіткнувшись із ненормальними обставинами, переживає екстраординарні почуття. Спочатку обговорення почуттів, що переживаються, і пояснення їх нормальності. Це може допомогти постраждалому зрозуміти причини своїх симптомів, їх динаміку та активніше брати участь у процесі терапії.

Другий принцип партнерства та підвищення гідності особистості. Люди, які страждають на ПТСР, вразливі, сензитивні, схильні до самозвинувачення, почуття безсилля або підвищеної агресивності. Особливо це стосується жертв сексуального насильства (необхідно враховувати, що чоловіки переносять це значно болючіше), інших тяжких злочинів, мігрантів,

які постраждали у місцях свого колишнього проживання від національних переслідувань та жертв тоталітарних сект. Подібний стиль реагування викликає відторгнення оточуючих, посилюючи відчуття власної неадекватності та вини, призводить до зниження самооцінки. Тому встановлення відносин співробітництва і є таким необхідним.

Третій принцип – принцип індивідуальності. Кожна людина проходить свій шлях відновлення після стресу. І це також важливо враховувати у процесі консультування та терапії. Чим більше часу минуло з моменту отримання травми, тим вищий рівень кваліфікації психологічної допомоги потрібно через те, що посттравматичний стрес дедалі пов'язується коїться з іншими психологічними проблемами.

Психотерапія пацієнта, який страждає на ПТСР, залежно від виразності його психологічної дезадаптації, може тривати від одного місяця до декількох років. Оцінка тривалості терапії – важливий параметр для прогнозу ефективності реабілітації та багато в чому залежить від експертного психолого-психіатричного висновку, де визначається рівень обмеження життєдіяльності та соціальної дезадаптації. Позитивний реабілітаційний прогноз, швидше за все, буде у тих, хто здатний зберігати добрі стосунки на роботі та вдома, хто має позитивну установку на терапію. Інший аспект психотерапії можна назвати дидактичним, чи освітнім. Як правило, суб'єкту тим чи іншим чином повідомляють про те, чого він може очікувати за кілька днів, тижнів або місяців. Якщо очікувані зміни не відбуваються, це може переживатися ним як почуття втрати контролю чи «ненормальність». Ці почуття можуть посилити травматизацію особистості, тимчасово підвищуючи тривогу і затримуючи відновлення. Цей аспект терапії потребує опрацювання або індивідуальної сесії, або групової роботи. Таке опрацювання має здійснюватися під керівництвом підготовленого психолога чи психотерапевта, який має досвід групової та індивідуальної роботи.

Терапевтичний процес може бути умовно поділений на три стадії:

1) встановлення довірчого, безпечного контакту з клієнтом, що дає право на «отримання доступу» до травматичного матеріалу, що ретельно охороняється;

2) терапія, центрована на травмі; з дослідженням травматичного матеріалу, з роботою з уникненням, відчуженістю та відчуженістю;

3) допомогу пацієнтові у «відділенні» від травми та возз'єднанні з сім'єю, друзями та суспільством.

Програми психотерапевтичної допомоги здебільшого мають бути спрямовані на:

- корекцію образу "Я";
- досягнення об'єктивності власної оцінки;
- реабілітацію «Я» у власних очах та досягнення впевненості у собі;
- корекцію системи цінностей, потреб, їхньої ієрархії;
- приведення домагань у відповідність до своїх психофізичних можливостей;

- корекцію ставлення до інших; досягнення здібностей до емпатії та розуміння пережитих іншими станів та їх інтересів;
- набуття навичок рівноправного спілкування, здатності до запобігання та вирішенню міжособистісних конфліктів;
- корекцію неадекватного способу життя та пригніченості.

Існує багато методів, які ефективно використовуються в процесі корекції та терапії ПТСР. *Усі методи можна розділити на чотири категорії:*

1. *Освітні.* Включають обговорення книг і статей, знайомство з основними концепціями фізіології та психології. Наприклад, лише просте знайомство з клінічною симптоматикою ПТСР допомагає людям усвідомити те, що їхні переживання та труднощі не унікальні, «нормальні» в ситуації, що склалася.

2. *Друга група методів знаходиться в області холі стичного (цілісного) ставлення до здоров'я.* Здоровий спосіб життя з достатньою фізичною активністю, правильним харчуванням, відмовою від зловживання алкоголем та вживання наркотиків створює основу для швидкого та ефективного відновлення після подій, що травмують.

3. *Третя категорія включає методи, що збільшують соціальну підтримку та соціальну інтеграцію.* Сімейна та групова терапія, розвиток мережі самопомоги, формування та підтримка громадських організацій необхідні для соціальної реабілітації.

4. *Четверта категорія – це власне терапія.* Вона включає роботу з горем, страхами, психосоматикою, травмуючими спогадами і спрямована на «переробку» проблеми та подолання симптомів.

Чарльз Фіглер із Центру психічного Здоров'я у Флориді дійшов висновку, що найчастіше фахівці під час роботи з ПТСР віддають перевагу *таким методам терапії:*

- десенсибілізація та опрацювання рухів очей (ДПДГ);
- візуально-кінестетична дисоціація;
- ослаблення (або редукція) травматичного інциденту;
- терапія уявного поля (ТМП). У всіх чотирьох видах терапії терапевт нічого не інтерпретує, не перериває терапії. Абсолютна нейтральність терапевта! Терапевтичний сеанс може тривати від однієї до трьох годин (крім терапії уявного поля, за якої сеанс триває близько 10 хвилин).

6. Технологія відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів у ветеранів, що мають прояви ПТСР

Реабілітаційна робота з ветеранами, що зазнали тривалої травматизації на сході країни, спрямована на відновлення втрачених внутрішніх і зовнішніх ресурсів. Виходячи з того, що ресурси особистості є потенціалом психологічного здоров'я та благополуччя людини, саме відновлення цього ресурсу пришвидшує процес повернення ветеранів до нормального життя.

Технологія психотерапевтичної допомоги у подоланні проявів ПТСР у військовослужбовців та ветеранів, які знаходяться на реабілітації після

травмівних подій, реалізується в рамках інтегративного підходу і являє собою поєднання різних методів психотерапії, об'єднаних системоутворюючим елементом – методологічною платформою і відповідними узагальненими принципами та методами основних напрямків зарубіжної і вітчизняної психотерапії.

Мета технології: відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів у ветеранів, що мають прояви ПТСР і знаходяться на реабілітації у стаціонарі.

Завдання технології:

1) проведення заходів, спрямованих на усунення або зменшення психопатологічних синдромів, стабілізацію стану;

2) підвищення обізнаності ветеранів щодо впливу екстремального стресу та методів опрацювання травматичного досвіду (психоедукація), відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів для подолання психотравмуючої симптоматики;

3) оволодіння уміннями та навичками когнітивного, емоційного та поведінкового подолання наслідків травматичного досвіду;

4) підвищення обізнаності близького оточення ветерана щодо необхідності підтримуючого ставлення до них, що створює реадaptaційне середовище відновлення.

Основними принципами технології виступають:

- *принцип безпеки* (створення атмосфери психологічної та емоційної безпеки для ветеранів і військовослужбовців; після перенесеної травми люди можуть почуватися незахищеними);

- *принцип мінімізації травми* (потрібно вибудовувати процедуру обстеження і психотерапевтичних інтервенцій, щоб уникати повторного травмування);

- *принцип конфіденційності* (фахівці відповідають за ту інформацію, яку отримують від клієнта, отже, потрібно отримати усвідомлену згоду);

- *принцип послідовності й етапності* проведення заходів;

- *принцип відповідальності* (бути відкритими, послідовними, передбачуваними в тому, що пропонуємо);

- *принцип співвіднесеності* діагностичних проявів ПТСР і психотерапевтичних мішеней;

- *принцип відповідності* психотерапевтичних мішеней і методів, методик і процедур психотерапевтичного впливу; принцип індивідуального підходу.

У центрі технології знаходиться особистісно-зорієнтований підхід, який базується на взаємодії кризового консультування та когнітивноповедінкового, психодраматичного, нарративного, травмосфокусованого та інших напрямків психотерапії. Різноманітність існуючих напрямків психотерапії суттєво збільшує коло можливих мішеней психотерапевтичного впливу.

Основними конструктивними моделями подолання психотравмуючої симптоматики є: когнітивне подолання, емоційне подолання, поведінкове подолання, соціально-психологічне подолання.

Вказані моделі подолання закладені у стратегії психотерапевтичної роботи і **визначають наступні напрямки:**

1) *когнітивне подолання* – розуміння травми, усвідомлення стратегій подолання і своїх можливостей; пошук і оцінка своїх ресурсів, які можуть бути мобілізовані для подолання психотравмивної симптоматики;

2) *емоційне подолання* – усвідомлення і прийняття своїх почуттів та емоцій, дозвіл на їх прояв, оволодіння навичками контролю за динамікою відреагування; переживання страху, тривоги, смутку, вини, безпомічності, гніву та ін.;

3) *поведінкове подолання* – корекція стратегій діяльності, активізація поведінки, робота з агресією, униканням, дезорганізацією;

4) *соціально-психологічне подолання* – відновлення міжособистісних стосунків.

Технологія відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів ветеранів може бути представлена такими психотехніками:

1. *Техніки реконструкції базових ресурсів людини:* – способи підвищення базового рівня довіри.

2. *Техніки управління фізичним «Я»:*

- опанування вправ на стабілізацію та самовідновлення;
- опанування релаксаційних фізичних вправ;
- аутогенні тренування, медитації.

3. *Техніки опрацювання травматичних переживань*, що включають різні техніки емоційного відреагування.

4. *Техніки репродукції ресурсних станів і позитивних образів:*

- приємні спогади (описувати всі відчуття – слухові, зорові, фізичні); активація спогадів про особистісні перемоги (реальний успішний досвід протистояння труднощам, викликам, випробуванням підвищує позитивні очікування особистості та активує її віру у свої можливості);
- згадування ситуацій, де було відчуття впевненості, емоційного підйому.

5. *Техніки саморегуляції:*

- зниження збудження – відволікання (переключення уваги);
- дихальні техніки (на зниження збудження).

6. *Техніки мобілізації ресурсів (активізація):*

- підвищення мотивації;
- аутогенне тренування (мобілізаційний варіант);
- вправи на уяву;
- дихання (підвищення активності);
- різні вправи на мисленеву та сенсорну стимуляцію.

7. *Техніки роботи із соціальним атомом (мобілізація зовнішніх ресурсів).*

8. *Техніки сугестії:*

- позитивне навіювання, самонавіювання.

Розроблена технологія відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів створена на основі інтегративного підходу із застосуванням мультимодальних інтервенцій і передбачає як *індивідуальну, так і групову форми роботи* та

роботу у творчих майстернях. В якості основних критеріїв оцінки ефективності використання інтегративної моделі психотерапії в роботі з проявами ПТСР у ветеранів та військовослужбовців є: зниження рівня психотравмуючої симптоматики; прослідковується позитивна динаміка в плануванні майбутнього; підвищується загальний рівень саморегуляції; відновлюється особистісна цілісність.

Висновок. Між психічним та фізичним самопочуттям людини існує найтісніший взаємозв'язок. Тому існує реальна необхідність приділяти увагу проблемам психічного здоров'я та фізичного здоров'я людям, які зазнали психотравмуючої дії, особливо ветерани, у межах комплексного медико-психологічного обслуговування. Швидкість подолання наслідків травматичного досвіду, зцілення та повернення до продуктивного життя залежить від багатьох факторів. Зокрема, важливу роль відіграють ресурси особистості, які є величезною цінністю, що допомагають зберігати психологічну стійкість у стресових ситуаціях. Завдяки використанню власних внутрішніх і зовнішніх ресурсів у особистості відновлюється здатність до саморегуляції. Велике значення має наявність підтримки оточення (зовнішні ресурси), соціальна ситуація, в якій перебуває людина (зокрема стабільність роботи, житлові умови тощо), та внутрішні ресурси, а також попередній досвід подолання складних ситуацій і особливості нервової системи людини. Всі ці та інші фактори мають бути враховані психотерапевтами при побудові індивідуального плану відновлення ветеранів, які знаходяться на реабілітації в стаціонарі.

Тема 10. Особливості психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам та дітям з тимчасово переселених родин.

- 1. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам.*
- 2. Психологічна допомога дітям з тимчасово переселених родин.*

Вступ. Проблема надання психологічної допомоги біженцям та дітям з тимчасово переселених родин не нова для світу, проте є зовсім новою для вітчизняних фахівців. На сьогодні в Україні ще немає остаточного терміну, який використовується щодо громадян України, які були вимушено тимчасово виїхати із своїх домівок у інші області країни. Так, у літературних джерелах і офіційних документах, у повсякденній мові фахівців трапляються різні визначення цієї категорії осіб: тимчасово переселені особи, внутрішньо переміщені особи (ВПО), переселенці, вимушені мігранти, внутрішні біженці тощо. Зазначимо, що правозахисники наголошують на тому, що саме термін “внутрішньо переміщені особи” максимально відповідає міжнародній правовій практиці і має бути поширений в Україні.

1. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам.

Термін “переселенці” як синонім до юридичного терміну “внутрішньо переміщені особи”. З метою окреслення суб’єкту надання психологічної допомоги скористаємося визначенням Управління Верховного комісара ООН у справах біженців. Внутрішньо переміщеними особами вважаються люди, змушені залишити свої домівки (місця проживання) для того, щоб уникнути наслідків збройного конфлікту (ситуації загального насилля, порушень прав людини) або стихійних лих чи техногенних катастроф, які не перетнули визнаний на міжнародному рівні державний кордон країни.

Головні функції психолога, який здійснює психологічну допомогу внутрішньо переміщеним особам:

1) Психологічна адаптація:

- опрацювання важких стресових станів;
- допомога у сприйнятті змін і поверненні до життя;
- допомога у асиміляції та інтеграції отриманого досвіду і створенні нових життєвих перспектив.

2) Соціальна адаптація:

- допомога тимчасовим переселенцям в адаптації до нового середовища (місця переїзду);

Психологи так само мають зважати на те, що переселенці опиняються у таких стресових умовах щонайменше декілька разів: *до переселення, під час переселення і після свого переселення.*

Розглянемо особливості психічних станів та пов’язаних з ними проблем у переселенців, що були спричинені їх вимушеним переміщенням.

Порушення (особливості) в афективній сфері. Такого роду порушення могли виявлятися в “емоційному отупінні”, стані пригніченості,

роздратованості, похмурості, нездатності відчувати радість, любов, творчий підйом. Для переселенців були характерні відчуття безпорадності (особливо в перші два – три тижні). Загострювались внутрішньоособистісні конфлікти й кризи. Зазвичай, з'являлось почуття провини та сорому. Часто приступи сильної провини призводили до проявів аутоагресії (самозвинувачення, самопокарання тощо). Під час індивідуальної роботи з кримчанами нами спостерігались прояви образи та замкненості, пов'язані з ідеєю про те, що їх ніхто не здатен зрозуміти (ніхто з психологів “не побував у їхній шкурі”). Так само спостерігались постійний неспокій, різноманітні страхи аж до параноїдальних думок.

Як приклад наведемо випадок в одному з санаторіїв на території України. Усі мешканці санаторію - тимчасові переселенці з Криму – перебували у своїх кімнатах. Запланована групова робота не відбулась: усі запрошені або просто не виходили зі своїх кімнат, або посилались на різноманітні проблеми зі здоров'ям та побутом. Раптом порожній вестибюль санаторію заповнився мешканцями, які виходили з кімнат і тривожно, майже не спілкуючись, залишались у холі. Зрозуміти, що сталося, не вийшло, поки не прийшов один із координаторів санаторію по роботі з ВПО. Він пояснив, що біля санаторію припаркувався мікроавтобус із російськими номерами. Саме цей факт викликав підвищення тривоги у людей, які, навіть, не сповіщаючи одне одного, відчули небезпеку і скупчилися у холі. Фантазії щодо цього мікроавтобусу в переселенців були майже однакові – “їх знайшли, вночі готується штурм, російське ФСБ намагається викрасти дані про мешканців, щоб покарати або відібрати майно, яке залишилося в Криму, тощо”.

Описані афективні переживання часто викликають соматизацію у переселенців і їх симптоми проявляються у вигляді *головного болю та розладів травлення.*

Порушення (особливості) у когнітивній сфері. У переселенців спостерігались погіршення пам'яті, концентрації уваги, виразна неухважність і забудькуватість. На початку роботи фіксувались амнезія щодо сумних подій і, навпаки, нав'язливі спогади, повтори. Часто переселенці розповідали про дуже явні (документальні), жахливі сни. Частими були скарги на безсоння, неможливість розслабитися, так звані “рвані сни”. Запахи, музика, звуки, події – будь-що могло нагадати їм про травматичні ситуації. Звертала на себе увагу виразна внутрішня конфліктність щодо цінностей та ідеалів, головних уявлень про себе, світ, інших людей. Характерною була різка зміна життєвих засад: з оптимізму та безлічі планів на майбутнє до безнадії та відчаю.

Наприклад, мешканці іншого санаторію - переселенці з Донбасу -під час групової роботи підтримували одне одного досить щиро, плакали разом, але коли мова заходила про розподіл гуманітарної допомоги, виникали неймовірні сварки, учасники групи починали звинувачувати один одного. Наприкінці групової роботи, під час обговорення подій і переживань, що мали місце в групі, учасники висловлювали здивування щодо таких своїх проявів.

Зміни у поведінці (особливості поведінкових проявів). Звертали на себе увагу такі особливості поведінки переселенців, як непередбачуваність вчинків, надлишкова розгальмованість, немотивована пильність. Інколи, навіть, зовсім невинні стимули могли викликати агресивну афектацію або переляк. Виразною була алогічність і непослідовність у вчинках.

Так, наприклад, літня і хвора жінка-татарка вночі перетягнула пральну машинку з загального побутового приміщення до себе в кімнату. Як потім вона розповіла, їй треба було випрати подушки, бо вони чимось пахли. Причиною конфлікту в корпусі, де мешкало близько 50 людей, було те, що вона не хотіла повертати на місце пральну машинку, вигадуючи різні приводи та агресуючи щодо всіх. Після цього конфлікту жінка більше двох тижнів не виходила до їдальні, тому що образилась на мешканців корпусу, які звинуватили її в крадіжці. Їжу їй приносили сусіди по кімнаті. Зазначимо, що спочатку саме ця жінка здавалась найбільш психологічно міцною, вона підтримувала сусідів, мріяла про повернення до Криму, продовження будівництва свого помешкання.

Підґрунтям цих поведінкових проявів, є брак довіри (або втрата довіри до будьчого/будь-кого). У місцях розміщення переселенців виникає багато конфліктів, мешканці живуть ізольовано, майже не спілкуються між собою, відчувається відчуженість і недовіра одне до одного, до психологів, до представників влади тощо. Частим способом зниження тривоги є алкоголь та інші хімічні речовини. Зазначені вище труднощі зі сном (тривожні сновидіння, “рваний сон”) призводять до недосипання та знесилення на фізичному рівні, підсилюють роздратованість.

З психологічної точки зору реакції на стресові і травматичні події, які призвели до переселення, можуть варіюватися залежно від цілої низки змінних, а саме:

– *особистісної*: історія життя (анамнез), психологічні особливості, копінг-стратегії, захисні механізми, ригідність/лабільність, сильні/слабкі сторони, соціальний статус, освіта тощо;

– *“соціального капіталу”* (стосунки, наявність підтримки): сім’я (нуклеарна, розширена), спільноти (місцеві, етнічні, міжнародні);

– *гендеру*;

– *фактичних обставин травматичних подій*: очікуваність / неочікуваність подій, ізоляція, тривалість травматичної події, тривалість афектації;

– *сенсу, що мають травматичні події*: політичний, релігійний, ідеологічний тощо;

– *досвіду схожих подій*;

– *існування надії – відсутність надії*.

Кожна з виділених змінних може зумовлювати реакцію на травматичну подію та процес її усвідомлення, а також на причини, що призвели до переселення. В цілому, як зазначає R. Papadopoulos, можна виокремити

наступні три великі групи можливих наслідків травми, що призвели до переселення: негативні, позитивні та нейтральні.

Негативна група наслідків. Звичайно, сама екстремальна подія і викликана нею психологічна травма можуть спричинити психічні розлади різного ступеня важкості. У наданні психологічної допомоги переселенцям важливо визначити ступінь важкості цих розладів:

1) *звичайні людські страждання* (ЗЛС) (ordinary human suffering (OHS)) - це найпоширеніша відповідь людини на трагедію в житті. Страждання не завжди спричиняє патологічний стан; страждання є частиною життя і не завжди є доцільним застосовувати фармакологію та паталогізувати проблему людини;

2) *травматичні психологічні реакції* (ТПР) (distressful psychological reaction (DPR)) - це афект, який не завжди потребує уваги спеціалістів. Звичайна людська стійкість здатна подолати цей тип афекту.

3) *психіатричні розлади* (ПР) (psychiatric disorder (PD)). Найпоширенішим типом розвитку цього афекту є ПТСР, яке потребує професійного втручання як лікарів-психіатрів, так і психотерапевтів.

Позитивна група наслідків. Друга категорія можливих психологічних наслідків для переселенців стосується явищ, які зазвичай лежать у фокусі уваги саме психологічної/психотерапевтичної теорії і практики. Безперечно, існують люди, які не тільки “виживають” після нелюдських тортур і пережитих жорстких обставин зі значним ступенем цілісності, а ще й можуть психологічно зміцнюватися внаслідок безпосереднього впливу травматичних подій.

Завдяки такій динаміці та психологічній трансформації ця категорія наслідків отримала назву “розвиток, активований лихом”.

До цієї групи зараховують усі позитивні зміни, які є прямим результатом пережитих страждань. Існує велика кількість людей, які завдяки переосмисленню своїх страждань змогли перетворити трагічний досвід на позитивні зміни, знайти нові сили та відчуття потяг до прогресивного розвитку. Саме вивчення таких випадків вносить нові напрями у дослідження травми, розроблення її теорії, заперечує загальноприйнятту тенденцію фармакологізації та патологізації людських страждань. Приклад таких випадків забезпечує доказовий базис для “відтирання” (“стирання”) травматичних переживань (друге семантичне значення травми), тобто травма в таких випадках розглядається як категорія, що слугує очищенню від попередніх життєвих пріоритетів та забезпечує “чистий аркуш” для початку нового життя.

Термін “розвиток, активований лихом”: зростання, пов’язане зі стресом; розвиток, пов’язаний із кризою; посттравматичне зростання; позитивні перетворення внаслідок травми; страждання, що призвели до позитивної трансформації.

Основні характеристики процесу розвитку, що активований лихом. Наслідками будь-якого лиха завжди є обмеження: коли в життя людини втручаються негаразди, екстремальні негативні події, вони без сумніву

позначаються на її планах і майбутньому. Зазвичай люди відчують, що їхнє життя наблизилось до кінця, все пропало, вони не знають, що робити далі. У запропонованій концепції розвитку саме це досягнення певної межі і є точкою відліку для виникнення нових цінностей, ідеалів, нових горизонтів (як правило, за межами запланованих раніше).

– Виникають нові уявлення про себе, свої стосунки та мету в житті.

– Загальна сума нового сприйняття та досвіду людини породжує новий спосіб розуміння. Нейтральна група наслідків. Такий варіант виходу з кризової ситуації пов'язаний із актуалізацією психологічної стійкості.

2. Психологічна допомога дітям з тимчасово переселених родин.

Однією із вразливих категорій населення, яка підпадає під вплив екстремальних ситуацій у суспільстві, є діти. Вони достатньо гостро сприймають події, які змінюють константність, надійність, безпечність оточуючого середовища та спричиняють різку динаміку їх психо-емоційних зв'язків з дорослими. Масові заворушення, гострі воєнні конфлікти значно порушують звичний для дитячого сприймання плин життя. З одного боку, діти відчують реальні тривогу, страх та розпач, які індукуються близьким оточенням, з іншого - механізми вирішення цих сильних переживань далеко не завжди ефективно спрацьовують, оскільки дорослі самі ще не мають змоги повноцінно відновити власну цілісність.

Навіть, якщо дитина не є безпосереднім учасником воєнного конфлікту, вона переживає значний стрес, бо її найближче оточення занепокоєне, оскільки відбуваються якісь незворотні події, які їй важко сприймати і усвідомлювати. Діти, які переселені з родинами чи без них з зони гострого воєнного конфлікту підпадають під низку додаткових стресових факторів – зміна місця проживання, зміна звичного найближчого оточення (у випадку неповного переселення родини), зміна звичного кола друзів, невизначеність майбутнього, невизначеність перспектив повернення звичного середовища тощо. Саме у таких дітей спостерігається посилена травматизація, і вони у першу чергу потребують всебічного психологічного супроводу.

Є декілька категорій дітей, які переселені з зони гострого воєнного конфлікту:

1. За наявністю близького оточення у місці тимчасового перебування:

а) діти, які тимчасово переселені без родини;

б) діти, які тимчасово переселені з кимось із її найближчого оточення (як правило, матір'ю);

в) діти, які тимчасово переселені разом з родиною у повному складі.

2. За ступенем впливу травмуючого фактору:

а) діти, які були безпосередніми очевидцями тяжких військових дій (обстрілів, бомбардувань);

б) діти, які втратили у наслідок масових заворушень когось із родини, близького оточення, друзів;

в) діти, які відчували суттєву зовнішню загрозу втрати безпечного середовища чи життя (загроза обстрілу чи бомбардування, знаходження поряд з зоною гострого конфлікту), але не були очевидцями відкритих військових конфліктів;

г) діти, які травмовані втратою стабільності чи безпеки через тривожну поведінку найближчого оточення, брак інформації про те, що відбувається, через необхідність переселення зі звичного середовища тощо.

3. За особливістю поведінкових, емоційних та когнітивних проявів у посттравматичний період:

а) діти, які відмовляються від будь-яких контактів з фахівцями та іншими дорослими чи однолітками, проявляють незвичні поведінкові та емоційні реакції;

б) діти, які мають складнощі у встановленні контакту з фахівцями, не можуть пояснити те, з яких причин їхнє життя втратило звичний плін, є емоційно пригніченими або розгальмованими;

в) діти, які охоче ідуть на контакт з фахівцями, можуть розповісти про те, що сталося, емоційно відреагувати ситуацію у прямій чи символічній формі.

Виходячи з вищезначеної класифікації, зрозуміло, що ті діти, які у трьох категоріях знаходяться на першій позиціях, є найбільш тяжко травмовані і потребують посиленої уваги фахівців.

Варто зазначити, що діти специфічно переживають травматичну ситуацію. Нерідко через відсутність навичок обговорення своїх переживань, вікові особливості, сильне емоційне потрясіння діти не висловлюються відкрито про свої неприємні стани. Разом з тим, спостерігаючи за дітьми, можна виявити тих із них, які переживають стресову ситуацію. Наслідки стресу є помітними у емоційних, поведінкових проявах дітей чи представлені на тілесному рівні (Таб.1).

Таблиця 1.

Ознаки того, що дитина переживає стресову ситуацію

Емоційні прояви	Поведінкові прояви	Когнітивні прояви	Соматичні прояви
<ul style="list-style-type: none"> • Загострення страхів (особливо страху розлуки); 	<ul style="list-style-type: none"> • Порушення сну, нічні кошмари; • Втрата апетиту; • Застрагання; 	<ul style="list-style-type: none"> • Погіршення діяльності процесів пам'яті, мислення, уваги; 	<ul style="list-style-type: none"> • Підвищена втомлюваність, сонливість • Загострення хро-
<ul style="list-style-type: none"> • Тривожні стани; • Агресивність; • Плаксивість; • Схильність до бурхливого прояву емоцій; • Збіднення емоційних проявів тощо 	<ul style="list-style-type: none"> • Регресивні форми поведінки; • Гіперактивність; • Пасивність; • Замкнутість; • Посилене прагнення до контакту з дорослими; • Відмова від контакту; • Заперечення; • Зміст тематичних ігор з однолітками тощо 	<ul style="list-style-type: none"> • Збіднення мовлення; • Підвищена мовна активність тощо 	<ul style="list-style-type: none"> • нічних хвороб; • Болі у шлунку; • Головні болі; • Розлади дихання; • Розлади у роботі серця; • Нудота, блювання; • Захворювання верхніх дихальних шляхів тощо

Як видно з таблиці, є достатньо широкий спектр ознак, які вказують на те, що дитина переживає травматичні для неї обставини, але в цілому варто зазначити, що усі незвичні для дитини прояви потребують уваги фахівця і можуть свідчити про її загострену реакцію на стрес. У частини дітей, які пережили травматичні події, може розвиватися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Викладемо основні ознаки та симптоми ПТСР у дітей різного віку.

Таблиця 2

Ознаки та симптоми посттравматичного стресового розладу у дітей (за даними Американського національного центру з ПТСР)

Вікова категорія дітей	Ознаки та симптоми
<i>Діти дошкільного та молодшого шкільного віку (1-6 років)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Безсилля і пасивність, відсутність звичайних реакцій • Генералізований страх • Підвищена збудливість та незібраність; • Пізнавальна плутанина; • Складність говорити про цю подію; • Складність визначати почуття; • Порушення сну, нічні кошмари; • Страх розлуки і «чіпляння» за близьку людину; • Регресивні симптоми (наприклад, повернення нічного нетримання сечі, втрата здатності говорити, рухових навичок); • Нездатність збагнути смерть як неминучість; • Тривога з приводу смерті; • Соматичні симптоми (болі в животі, головні болі та ін.);

	<ul style="list-style-type: none"> • Підсилена реакція на гучні звуки; • «Заморожування» (раптова нерухомість); • Метушливість, нехарактерний плач; • Уникання або тривога у відповідь на конкретні стимули, специфічно пов'язані з травмою
<i>Діти молодшого та середнього шкільного віку (6 — 11 років)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Почуття відповідальності та провини; • Повторювана травматична гра; • Почуття тривоги при нагадуванні про подію; • Нічні кошмари, інші порушення сну; • Стурбованість з приводу безпеки, думки про загрозу; • Агресивна поведінка, спалахи гніву; • Страх почуття болю, травми; • Пильна увага до тривоги батьків; • Ухиляння від школи; • Тривога/турбота про інших; • Поведінкові, емоційні, особистісні зміни; • Соматичні симптоми (скарги на тілесні болі); • Очевидні тривога/страх; • Схильність до усамітнення;
	<ul style="list-style-type: none"> • Схильність до усамітнення; • Конкретні, пов'язані з травмою, страхи, загальні страхи; • Віковий регрес (веде себе, як молодша дитина); • Тривога розлуки; • Втрата інтересу до діяльності; • Плутанина думок, недостатнє розуміння травматичних подій; • Відсутність чіткого розуміння явища смерті, причини «поганих» подій; • Прогалини в нестачі розуміння заповнюються «магічним» поясненням; • Втрата здатності до концентрації в школі, зниження успішності; • Дивна або незвична поведінка.

<i>Підлітки (12 — 18 років)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Егоїстичність; • небезпечна для життя поведінка; • бунт удома або в школі; • різкі зміни у стосунках; • депресія, уникнення спілкування; • зниження успішності у школі; • спроба віддалитися і захиститися від почуттів сорому, приниження, гніву; • надмірна активність з іншими людьми чи відступ від інших з метою врегулювання внутрішнього конфлікту; • схильність до переживання нещасних випадків; • бажання помсти, активність, пов'язана з відповіддю на
	<ul style="list-style-type: none"> травму; • порушення сну і харчування, нічні кошмари.

Нагадаємо, що ПТСР може розвиватися приблизно через півроку після пережитих травматичних подій. З огляду на це, потрібно бути особливо уважними до дітей, які були очевидцями гострого воєнного конфлікту і здійснювати профілактику розладу.

Варто зазначити, що компенсаторні механізми психіки дитини достатньо гнучкі, і у значній кількості випадків наслідки стресових обставин долаються нею природнім шляхом. Діти схильні «лікувати» себе за допомогою гри з однолітками, фантазування, малювання, емоційного відреагування ситуації тощо.

Варто пам'ятати про ці природні механізми і сприяти їхній активізації. Нерідко самі дорослі своїми проявами блокують доступ дитини до її природніх механізмів саморегуляції. Так, наприклад, значна кількість волонтерів, працюючи з дітьми, що тимчасово переселені з небезпечних територій України, виявляють стосовно них гіперопіку, надмірну увагу, жалісливість, тривожність. Відчуваючи таке ставлення, діти швидше формують образ жертви, яка пасивно очікує допомоги, а не прагне до активного виходу з ситуації. Крім того, у свідомості дітей може закріпитися уявлення про те, що увагу легко отримати через перебування у несприятливих обставинах, і це, в свою чергу, може стати основою несприятливого життєвого сценарію.

У нашій практичній діяльності неодноразово були випадки, коли діти зі звичайних сімей навіть з заздрістю ставились до дітей з тимчасово переселених родин, адже величезна кількість уваги дорослих приділялась саме їм. Зрозуміло, що на основі такого прикладу дитяча фантазія працює дуже просто – «постраждалим завжди приділяють значну увагу», – що і може ставати приводом для розвитку небажаних уявлень про життєві цілі. Тому варто розумно проявляти піклування стосовно дітей навіть у складних несприятливих обставинах.

Психологічна допомога дітям з тимчасово переселених родин спрямована на подолання наслідків перебування у стресовій обставині та

попередження розвитку посттравматичного стресового розладу. Фахівцю варто усвідомлювати, що психологічна робота з дітьми має бути цілеспрямованою, комплексною та стабільною.

Так, можна вирізнити **три основні напрямки роботи психолога з дітьми з тимчасово переселених родин:**

1. Робота з середовищем, в якому перебувають діти;
2. Робота з близьким оточенням дитини;
3. Робота з самою дитиною.

1. Робота з середовищем, в якому перебувають діти, є надзвичайно важливою. Фахівець має прагнути до того, щоб середовище набуло наступних ознак, сприятливих для відновлення дитячої психіки: *безпечність, константність, ритмічність, послідовність, передбачуваність, панування атмосфери поваги*. Чому саме ці ознаки середовища такі важливі для психологічної роботи з дітьми, що перебувають у складних стресових обставинах, та як їх забезпечувати?

Безпечність - це базова умова для початку психологічної реабілітації дітей, оскільки загроза (реальна чи уявна) є тяжким фактором, що спричиняє повторні переживання стресових станів, що, у свою чергу, негативно позначається на процесі відновлення психіки. Варто сказати, що діти з територій ведення бойових дій є надзвичайно чутливими до таких зовнішніх подразників, як: гудіння літаків, звуки сирени, скупчення великої кількості людей, різка зміна подій, надмірний галас, перегляд телевізійних новин дорослими, перегляд фільмів на військову тематику та ін.. Це слід враховувати і по можливості тимчасово виключити вплив вищеперерахованих подразників.

Константність та ритмічність – надзвичайно важливі умови подолання наслідків тяжкого стресу. *Константність* полягає у створенні однорідних та постійних умов, в яких перебувають діти. Так, важливо, щоб діти не змінювали місця свого перебування хоча б протягом місяця, щоб їх оточували одні і ті самі люди, щоб день у день повторювались звичні для дітей види діяльності. *Ритмічність* середовища досягається через визначений режим діяльності дітей, який має бути простим і зрозумілим. Тому ранкова зарядка, режим сну, харчування, прогулянок, чіткий і простий графік заходів для дітей є простими, але водночас необхідними прийомами організації життєдіяльності дітей, що переживають тяжкий стрес. Хочеться особливо наголосити на цьому, оскільки в реальних умовах нашої роботи спостерігалась хаотична і перенасичена подіями організація життєдіяльності дітей волонтерами, що, звісно, спричиняє додатковий стрес для психіки. Так, кожного дня дітям пропонувалися надмірна кількість розваг, подарунків, поїздок, занять, взаємодій з різними незнайомими дорослими тощо. Психологічна допомога дітям теж має базуватися на ознаках константності та ритмічності. Психологу бажано обирати визначену групу дітей, яку він буде супроводжувати протягом тривалого часу і відвідуватиме цю групу у певний час. Про все це слід проінформувати дітей - вони мають знати, в які дні, і в який час їх відвідуватиме психолог. Саме за таких умов діти мають можливість

сформувати з психологом надійний зв'язок, що позитивно позначається на загальному процесі реабілітації.

Послідовність та передбачуваність середовища є базовими умовами для відновлення плинності внутрішнього життя дітей, довірчого ставлення до інших. Послідовність та передбачуваність досягаються через забезпечення постійного та логічно вивіреного соціального, медичного та психологічного супроводу дітей з тимчасово переселених родин. Якщо це можливо, психолог має чітко спланувати тривалість роботи з дітьми, етапи, зміст та основні прийоми психологічної допомоги. Варто повідомити дітям про сенс взаємодії з психологом за умов переживання стресових обставин, розповісти про форми роботи з ними, про тривалість та періодичність зустрічей. Якщо психолог працює з групою дітей, необхідно сприяти збереженню її сталого складу. Важливо, щоб діти взаємодіяли з одними і тими ж фахівцями протягом усього процесу психологічної допомоги їм. Протягом усього часу психологічної роботи з дітьми варто уникати різкої, частой зміни подій у їхньому житті.

Панування атмосфери поваги є ключовим моментом для відновлення природніх компенсаторних механізмів дитячої психіки. Саме прояви поваги стосовно дітей, а не жалість, надмірне опікування чи посилена увага є терапевтичним підґрунтям здорового функціонування психіки людини. *Ставлення з повагою до дитини* забезпечує низку важливих посилянь, які відчутно відображуються у її свідомості, – *любов до дитини, інтерес до її світу, підкреслення важливості кожного учасника процесу взаємодії, вирізнення у діалозі психологічних кордонів дитини, надання свободи вибору, довіра та увага до почуттів, поведінки та висловлювань дитини, віра в її власні сили, оптимізм, рівноправність, толерантність та ін..* Усі ці посилення, які засвоюються дитиною під час подолання кризових обставин, сприяють не лише успішному відновленню її психоемоційного стану, а й закладають основи успішної особистості.

2. Робота з близьким оточенням дітей включає в себе психологічну просвітницьку та консультативну роботу з їхніми батьками (чи особами, які їх замінюють) та дитячим колективом, в якому вони перебувають.

Для повноцінної реабілітації дитини врівноважений стан батьків є основним фактором, який забезпечує успішну динаміку усього процесу. Діти гостро відчують те емоційне тло, яке транслюють їхні батьки і орієнтуються саме на нього у вибудовуванні власного світосприйняття. Зрозуміло, що дорослим теж нелегко відновлюватись у ситуації гострих травматичних обставин. Все ж психолог може допомогти батькам дитини, навіть, повідомивши просту інформацію про стрес та його наслідки, про профілактику розвитку ПТСР. Важливо також повідомити батькам про особливості їхнього психоемоційного зв'язку з дітьми та про те, як вони можуть допомогти їм у подоланні наслідків впливу гострого стресу. Взагалі, можна вирізнити наступні рекомендації для батьків стосовно їхніх дітей у складних кризових обставинах.

Рекомендації для батьків щодо організації життєдіяльності дітей у складних кризових обставинах:

1. Турбота про тіло:

- Намагайтесь якомога менше змінювати звичний ритм життя дитини;
- Сприяйте тому, щоб дитина мала повноцінний сон, відпочинок, позитивні враження;
- Запровадьте щоденну ранкову зарядку;
- Організуйте для дитини можливість «розрядки» напруги – заняття спортом, танцями, рухливі ігри;
- Не примушуйте дитину їсти, якщо вона не має апетиту. Харчування може бути частим і маленькими порціями, легким і корисним (фрукти, овочі, соки);
- Забезпечте посилене надходження рідини у організм дитини – вода, солодкий чай, сік, морс тощо;
- Не відмовляйте дитині у солодкому. Неміцний час з цукром, цукерки, чашка какао викликають позитивні емоції, почуття безпеки та стимулюють роботу мозку;
- Частіше обіймайте дитину, гладьте її, тримайте за руку, робіть масаж - позитивні тілесні контакти дуже корисні для зняття напруги.

2. Турбота про осмислення подій:

- Будь-яка, навіть, маленька дитина, потребує пояснення того, що відбувається. Для неї важливо знати, чому батьки тривожаться, сердяться, горюють, що відбувається в сім'ї, місті. Постарайтесь пояснити це просто, коротко і спокійно;
- Розмовляйте з дитиною про події, що відбулися стільки, скільки їй потрібно. Не варто говорити: «Тобі це не зрозуміти», «Зрозумієш, коли виростеш», «Я не можу тобі це пояснити». Завжди є, що сказати. Постарайтесь, щоб ваші слова були зрозумілими і не лякали дитину;
- У будь-якій розмові про події, що відбулися, необхідно час від часу нагадувати дитині, що зараз ситуація більш стабільна, що дорослі знають (або вирішують), що робити, що дитині є на кого покластися – поруч є дорослі, турботливі люди;
- Також можна сказати, що зараз багато фахівців думають про те, як допомогти людям у переживанні складних почуттів. Що багато людей – разом. Що, навіть, у найскладнішій ситуації є ті, хто зможуть допомогти дитині.

3. Турбота про емоційний стан дитини:

- Заохочуйте активну гру дитини з однолітками. Можливо, дитина буде будувати барикади, грати в «Майдан», «беркут» і майданівців, військових, інсценувати бійки, стрілянину, поранення, смерті. Важливо дозволити дитині гратися у такі ігри - це значно знизить її внутрішню напругу;
- Заохочуйте ігри на відреагування агресії. Дитина може «озброюватися», нападати або захищатися, бути пораненою або «убитою» у грі. Усе це є нормальним способом дитини впоратись зі стресом. Можна

запропонувати дитині «битву» подушками, повітряними кульками та ін., також добре м'яти тісто, глину, пластилін і ліпити фігурки;

– Заохочуйте ігри дитини з піском, водою, глиною (допоможіть їй винести свої переживання назовні через образи);

– Велику роль серед ігор можуть зайняти ігри «в лікарню». Це також є нормальним і сприяє подоланню стресу;

– Читайте дітям оповідання та казки, де описуються сюжети подолання страху героями;

– Дайте дитині зрозуміти, що ви всерйоз ставитеся до її переживань і ви знали інших дітей, які через це пройшли («Я знаю одного сміливого хлопчика, з яким теж таке трапилось»);

– Поговоріть з дитиною про ті почуття, яких вона зазнала або відчуває. Ви можете сказати, що багато людей відчували тривогу, страх, гнів, безпорадність. І що ці почуття – нормальні.

Однією з ефективних форм роботи з близьким оточенням дітей, які тимчасово переселені з небезпечних зон, є організація спеціальних постійно діючих груп психологічної підтримки. Варто наголосити, що саме згуртування та відновлення кола друзів є одним із вагомим елементом у психологічній роботі з дітьми, які тимчасово переселені з зонна пруженого конфлікту. Згуртування та дружба сприяє активізації природніх механізмів подолання наслідків стресу у дітей через гру, відчуття єдності, через взаємне відреагування подібних емоційних станів, через позитивні враження від взаємодії з однолітками.

4. Психологічна допомога дітям, які зазнали впливу стресових чинників, складається із наступних етапів:

1. *Відновлення відчуття безпечності* – полягає у знятті тілесного та емоційного напруження, послабленні тих жорстких механізмів захисту, які виникли у відповідь на кризову ситуацію;

2. *Відновлення та зміцнення психологічних ресурсів дитини* - полягає у сприянні активізації природніх ресурсів психіки дитини, на тлі яких можливий вихід із кризових станів;

3. *Відреагування негативних переживань, пов'язаних зі стресовими чинниками,* - полягає у створенні умов для прямого чи символічного прояву та копіnguвання сильних негативних переживань, які можуть впливати на розвиток ПТСР;

4. *Активізація природніх механізмів самоцілення, адаптація до нових обставин* - полягає у заохоченні та зміцненні позитивних зрушень у станах дітей, активізації природного середовища самоцілення (спілкування з однолітками, відвідування гуртків за інтересами, сприятливе дозвілля з родиною, заняття творчістю тощо).

В цілому, варто сказати, що найбільш успішними техніками, які зарекомендували себе у роботі з дітьми, що зазнали впливу гострих стресових чинників, є *техніки тілесно зорієнтованої психотерапії, арттерапії* (малювання, ліплення з пластиліну та глини), *пісочної психотерапії, ігрової*

психотерапії, народної терапії (виконання колискових пісень), кататимно-імагінативної психотерапії. Особливо ефективною у процесі психологічної реабілітації дітей виявилась кататимно-імагінативна психотерапія (символ драма). (Як відомо, основна процедура символдрами полягає в уявленні образів на задану тему, що створює можливість для символічного пропрацювання травматичного досвіду клієнта).

5. На етапі відновлення відчуття безпечності у першу чергу доречно застосовувати вправи, які допомагають зняти тілесне напруження та вивести надлишки адреналіну із організму, який активізувався під впливом стресових чинників. Деякі типові вправи: «Ключ Хасая Алієва», «Квадратне» дихання, «Задування свічки», «Дмухання на кульбабку», «Надимання мильних бульбашок», «Дерево», дихання «Піраміда». Кожне психологічне заняття починає з комплексу вправ, спрямованих на роботу з тілом. Поступово діти починають природно сприймати подібні вправи і самостійно їх виконувати у перервах між заняттями. Завдання відновлення відчуття безпеки добре вирішується через мотив символдрами «Безпечне місце». Уявляючи безпечне місце - реальне чи уявне, діти символічно знаходять ресурси, які створюють основу для відновлення відчуття захищеності, внутрішнього спокою та природного вільного перебігу психічної енергії. Зазначимо, що діти, які зазнали впливу тяжких стресових чинників (обстріл, спостереження за смертю, загроза життю), достатньо специфічно уявляють вищезгаданий мотив. Такі діти достатньо довго шукають безпечне місце в своїй уяві, нерідко воно знаходиться на іншій планеті, у фантазійному світі, під землею. Саме місце довго облаштовується дітьми для створення безпеки – укріплюються стіни будинку, будуються високі паркани, збільшується кількість замків на дверях тощо. Та все ж, в цілому, знаходяться можливості віднайдення внутрішнього відчуття спокою та безпеки у цих дітей. Подальші спостереження показали, що після уявлення «Безпечного місця» у дітей покращувався сон, знижувалась ступінь загального занепокоєння та збудження. Крім того, цей же мотив сприяв прискоренню формування близьких, відкритих стосунків між дітьми та психологами, що є хорошою основою для успішної реабілітації. Зазначимо, що іноді у роботі з дітьми ми застосовували модифікований мотив – «Улюблена тварина у безпечному місці». Цей мотив створює додаткову можливість для актуалізації та зміцнення особистісних кордонів дитини, зняття надмірного ступеня тривожності, актуалізації процесів самоцілення.

Висновки. Отже, підсумовуючи викладений матеріал можемо зазначити, що психологічна допомога тимчасово переселеним та дітям з тимчасово переселених родин повинна бути своєчасною та обов'язково комплексною.

Головними функціями психолога є:

1) психологічна адаптація (опрацювання важких стресових станів; допомога у сприйнятті змін і поверненні до життя; допомога у асиміляції та інтеграції отриманого досвіду і створенні нових життєвих перспектив);

2) соціальна адаптація (допомога тимчасовим переселенцям в адаптації до нового середовища). Травматична ситуація переселення спричинила зміни у психічних станах людей та дітей, позначившись на афективній та когнітивній сферах, що змінили їх поведінку.

Розуміння психічних станів переселенців та дітей визначає зміст психологічної роботи з ними. Отже, психологічна допомога особам, які зазнали лиха, що призвело до їх переселення, повинна зосереджуватись на таких завданнях: полегшення психологічних станів (тривожність, агресивність, депресивність); досягнення відносного спокою, довіри до оточуючих, до психологів; сприяння процесу адаптації до нових умов; розвитку стратегій подолання труднощів (копінг-стратегій) та виявленню внутрішніх ресурсів, які є життєво необхідними для майбутнього життя переселенців. Адже головною ідеєю цієї роботи є переосмислення травми, формування нового погляду на подальше життя, що призводить до формування його нових цілей, цінностей і сенсу, пошуку відповідних ресурсів.

Тема 11. Особливості психологічного консультування клієнтів із психосоматичними розладами, депресією, суїцидними намірами.

- 1. Консультування клієнтів із психосоматичними розладами.*
- 2. Консультування клієнтів із депресією.*
- 3. Особливості консультування при суїцидних намірах.*

Вступ. Серед людей, які звертаються до лікаря, психосоматичними розладами, за даними МОЗ України, страждають від 30 до 70% пацієнтів, котрі потребують психологічної допомоги. Термін "психосоматика" вперше почав використовувати І. Х. Хойнрот, а з 1922 року набуло поширення словосполучення "психосоматична медицина". На думку прихильників психосоматичного підходу, причинами захворювання можуть виступати мислительні процеси людини, її емоційний стан: якщо захворюванню передували тривога, страх, депресія, почуття провини, образа, пережитий стрес, розчарування у взаєминах, життєва криза – тоді хвороба може класифікуватись як психосоматична.

Суїцид заподіює сім'ї набагато більше болю, ніж будь-яка інша смерть, його складніше прийняти. Людина, що втратила близького в результаті суїциду, переживає потрясіння, безпорадність, почуття провини, сорому, гніву ще більш інтенсивно, ніж родичі людей, які померли «природною» смертю.

1. Консультування клієнтів із психосоматичними розладами.

Існує чимало спроб пояснити походження психосоматичних розладів. Майже всі вони так чи інакше пов'язані із психоаналітичним розумінням особистості, так як самі основи психосоматичної медицини в третьому десятилітті минулого століття формувалися під впливом психоаналізу. І нині вплив психоаналізу на розуміння й лікування психосоматичних порушень досить сильний. Тривалий час підкреслювалося значення особливостей характеру особистості у виникненні психосоматичних порушень (наприклад, Dunbar описав "коронарну", "алергічну", "гіпертонічну", "ревматоїдну" та інші типи особистості). Пізніше прийшли до думки, що виникнення конкретних психосоматичних порушень передбачено стійкістю певних емоційних станів (один з основоположників психосоматичної медицини Weit-Isaker стверджує, що злість, жорстокість зумовлюють виникнення хвороб серця; безсилля й залежність призводять до хвороб травного тракту; сексуальна напруга спричинює до порушень системи дихання й т. п.).

Нині вчені схиляються до концепції багатофакторного патогенезу психосоматичних порушень і пояснюють їх не особистісною структурою, а специфічними психологічними, генетичними й соціальними чинниками. Підкреслюється значення генетично заданих властивостей людини (у тому числі і психічних), підвищеної вразливості окремих органів (зумовлених родовими, соматичними захворюваннями й фізичними ушкодженнями в

дитинстві та юності), взаємостосунків у сім'ї, способів реагування особистості в критичних ситуаціях.

До *психосоматичних порушень* належать функціональні, конверсійні синдроми та психосоматози.

Функціональні синдроми. До цієї групи належать проблемні клієнти, котрі звертаються за допомогою до багатьох спеціалістів, не можуть зрозуміти природу свого захворювання. Лікарі часто не можуть надати якісну допомогу, оскільки у таких хворих скарги мають невизначений характер, спостерігаються лише функціональні зрушення окремих органів чи систем, органічні зміни не проявляються. Однак лікарі констатують негативні зміни в серцево-судинній системі, шлунково-кишковому тракті, болісні відчуття відображаються в органах дихання, органах руху тощо.

Конверсійні симптоми. Хворобливі симптоми у клієнтів мають символічний характер, а їх демонстрування може розумітись як спроба вирішення невротичного конфлікту, який отримує вторинний соматичний відгук. Конверсійні симптоми зачіпають переважно довільну моторику і органи відчуттів. До них відносяться істеричні паралічі, парестезії, психогенна сліпота і глухота, отруєння, больові феномени.

Психосоматози. Так називають психосоматичні хвороби у більш вузькому значенні слова: в їх основі лежить первинна тілесна реакція на психологічне переживання з вираженими зрушеннями в органах. За захворювання називають "психосоматичними" або "психосоматозами" у тих випадках, коли спостерігається психосоматична спрямованість.

Іноді психосоматичні скарги людини лікарям загальної практики, котрі в усьому схильні звинувачувати нерви, здаються безпідставними й призводять до непорозумінь. Однак найчастіше за цими скаргами приховано не вигадані, а реальні конфлікти - точніше кажучи, специфічну стійкість несприятливих стосунків.

Як правило, люди намагаються припинити негативні взаємини. Психосоматичний клієнт веде себе інакше. Він роками може терпіти стосунки, які не лише не дають задоволення, а й виснажують, руйнують його особистість. Психосоматичним клієнтам не властиві мазохістські риси. Якби такі стосунки давали мазохістське задоволення, не виникали б психосоматичні симптоми. Толерантність до неблагополучних взаємин і природу психосоматичних симптомів можна пояснити пригніченням ворожості, агресивності, злості. Якщо, як правило, озлобленість спонукає людей до припинення стосунків, то психосоматична особистість вгамовує злість і стосунків не припиняє. Зовні така людина навіть не здається страждаючою. Незрозуміло, чому відбувається пригнічення злості, але відомо, що психосоматичні клієнти дуже чутливі до будь-яких проявів озлобленості в собі та інших.

Для терапії психосоматичних порушень використовуються різні види традиційної, альтернативної медицини та *психологічної допомоги*:

• Для визначення напрямку допомоги психосоматичним клієнтам особливо важливо здійснити *діагностику психологічної симптоматики* (таку роботу бажано провести спільно з лікарем та отримати первинні медичні висновки). Під час вибору психодіагностичних методик та методів для дослідження психосоматичних клієнтів важливо дотримуватись:

- відносної простоти у використанні методик;
- швидкості отримання результатів;
- високої валідності методик;
- взаємної доповнюваності методів дослідження.

Найбільш показовою є *діагностична бесіда*, спрямована на виокремлення істотних психологічних причин захворювання, знаходження первинних факторів соматичних симптомів. Важливо з'ясувати:

- – що знає сам клієнт про своє захворювання ("для чого воно йому потрібне")?
- – кого він вважає відповідальним чи причетним до своїх проблем?
- – виділити первинність того чи іншого фактора, що далі сприяє визначенню терапевтичного шляху.

Можна сміливо заявляти, що будь-яка хвороба за своєю природою є психосоматичною, як, власне, і саме здоров'я, саме тому все частіше в спеціальній літературі зустрічається схема:

генетична схильність – особистість – ситуація.

Накопичення негативних емоцій може призвести до поверхневих функціональних розладів, що з часом можуть перейти в серйозні органічні зміни. Часто психологічна допомога, що надається соматичним клієнтам, супроводжується використанням медичних препаратів (транквілізаторів, антидепресантів), які можуть призначатись лише лікарем з певною фаховою підготовкою.

Психологічне консультування як вид психологічної допомоги передбачає, передусім, організацію міжособистісної взаємодії психолога і клієнта, спрямовану на задоволення психологічного запиту. Клієнт і консультант прагнуть розібратися у психологічних причинах соматичного захворювання у процесі цілеспрямованої бесіди.

Мета консультативного процесу – розвиток природної спонтанності, гнучкості, зниження ситуативної тривожності. Передбачається формування *якісно нової поведінкової моделі*.

Ефективними є когнітивні техніки (прогнозу подій, зміщення акцентів тощо). Хороших результатів можна досягнути, використовуючи техніку "Очима інших", коли клієнт несподівано для себе бачить різні аспекти своєї поведінки – привабливі та менш приємні, несуттєві та особливо значущі, поіншому оцінюють особистісні якості, стають більш виваженими у критичних судженнях, змінюють ієрархію мотивів. Таким людям важливо упереджувати напружені непередбачувані ситуації, які можуть надовго "вибити" з колії та спровокувати депресивний стан, простудні захворювання.

Психологічна консультація для людей з ознаками психосоматичних порушень визначається психологічним запитом, характерологічними властивостями, ставленням до консультативного процесу та досвідом психолога. Для клієнтів, у яких яскраво виражений "м'язовий панцир", використовують специфічні методики дихання, емоційного розкріпачення, створення зорових образів. Вправи тілесно-орієнтованої терапії сприяють вивільненню та регулюванню пригнічених раніше почуттів (страхів, образ, агресії тощо). Наприклад, захисний панцир шиї утримує гнів, крик, плач, що відповідно, сприяє захворюванню горла, простудним симптомам. Важливо оптимізувати у клієнта бажання звільнитись від стриманих емоцій, дозволяючи кричати, співати, маніпулювати язиком. Показовими є дихальні вправи.

Головне завдання консультанта – емоційне навчання, прийняття безпосередності та своєрідності клієнта. Тут є доречними гештальт-техніки, спрямовані на роботу з "полярними почуттями", "об'єднання розрізнених частин" тощо. Здебільшого психологічна допомога соматичним клієнтам має підтримуючий характер з яскраво вираженим позитивним спрямуванням.

Психоконсультативний процес з соматичними клієнтами можна схематично презентувати таким чином:

1. Встановлення психологічного контакту та довірливих стосунків:

- вислуховування запиту, визначення локусу скарги клієнта;
- формулювання цілей психологічної допомоги;
- домовленість, складання психотерапевтичного контракту на співробітництво.

2. Слухання історії клієнта, його хвороби (діагностичний етап):

- коли вперше проявились симптоми;
- які емоції переживали на початку хвороби;
- з ким ділились страхами, думками;
- до кого звертались за допомогою;
- як розвивались події на певному проміжку часу.

3. Озвучення розуміння проблеми та аналіз ситуації:

- прояв довіри, підтримки;
- безоцінне позитивне ставлення до клієнта;
- аналіз пережитого досвіду, інтерпретація вчинків;
- обговорення гіпотез щодо зміни ситуації (видужання) та наслідків лікування.

4. Корекція (зміна) психічного стану, ставлення до здоров'я (хвороби):

- прийняття ситуації захворювання;
- обговорення причин і наслідків хвороби;
- підбір спеціальних технік, спрямованих на зміну ставлення до здоров'я;

5. Закріплення мотивації до особистісних змін:

- обговорення результатів консультації;
- аналіз емоційного стану;

- озвучення досягнень, інсайтів, нових думок;
- завдання для самостійної роботи.

Залежно від глибини пережитого стресу, усвідомлення свого захворювання, індивідуально-психологічних особливостей та конкретного етапу консультування, підбираються техніки, які покликані:

- – зняти напругу, налаштувати на контакт і взаємодію (перший етап);
- – активізувати усвідомлення наявності реальних і хворобливих симптомів, налаштувати на визначення їх небезпечності, впливу на якість життєдіяльності (другий, діагностичний етап);
- – сприяти розумінню та прийняттю реальної ситуації, усвідомленню цілей, плинності життя (третій етап);
- – допомогти сформувати готовність до прийняття нової життєвої ситуації; оптимізувати зміну соціально-психологічних установок, ставлень (четвертий етап);
- – підтримати у прагненні подивитись по-іншому на свою проблему (хворобу) та змінити свою поведінку чи життєву ситуацію (заклучний етап).

У наш час психологи-консультанти часто звертаються до практики *інтегративних моделей* (з використанням клієнт-центрованих та когнітивно-поведінкових технік). *Технології консультування* підбираються індивідуально, в залежності від локусу скарги, психологічних особливостей та стану клієнта, а також досвіду роботи спеціаліста.

Найважливіше завдання консультанта в бесіді із психосоматичним клієнтом - допомогти йому хоч частково *виявити приховану озлобленість*. Але як це зробити? Деякі консультанти починають із запитання: "Чи Ви нервовий?", "Чи Ви чутливий?". Можливі відповіді на ці запитання дають мало відомостей. Але можна запитати і про конкретні проблеми - запитати й спробувати зрозуміти концепції клієнта: "Схоже, що Вас у житті щось тривожить?" або "Що відбувається у Вашому житті, що в ньому змінилося, що стало іншим порівняно з минулим?". Питання повинні спрямовуватися на повсякденне життя клієнта, на зміни в його роботі, сім'ї, у стосунках з близькими й друзями. Інколи на такі запитання консультант чує відповідь, яка нічого не означає: "Все добре". Це всього лише відмовка, оскільки в житті кожної людини щось трапляється.

Однак консультант не повинен заперечувати - йому слід продовжувати запитувати клієнта про різні аспекти його життя: чим він займається на роботі, з ким працює, який його особистий внесок у спільну роботу, як він проводить вільний час, які взаємини в сім'ї. Не слід настирливо вимагати розповіді про конфлікти, негативні почуття, оскільки в словнику клієнта відповідні поняття відсутні.

Консультант повинен не лише допомогти клієнту усвідомити свою озлобленість, а й довести, що вона негативно впливає на поведінку. Одні психосоматичні клієнти на вигляд приємні, зі всім погоджуються, і важко повірити у їхню ворожість. Інші не здатні відчувати, та й не відчувають ворожості навколо себе. При виникненні найменшої суперечки вони пасують.

Якщо не можуть вийти із ситуації, то говорять собі, що ті, хто сперечається, жартують. Інші схильні виражати свою злість, але спрямовують її на зовсім інший об'єкт.

Бесіда із психосоматичним клієнтом про озлобленість, як правило, важка й далеко не завжди успішна, хоч і дає змогу показати клієнту, якою насправді є його життєва ситуація, як він придумує свою ворожість і як це пов'язано з його соматичними симптомами. Консультант повинен не лише допомогти клієнту розпізнати в собі злобу, а й спонукати його до реакції в процесі консультування. Тому й не дивно, що часто у випадку успішної роботи справжнім об'єктом ворожості клієнта тимчасово стає сам консультант.

Ще одна суттєва причина складності консультування психосоматичної особистості - в *"емоційній малограмотності"*, нездатності вербалізувати свої внутрішні переживання, у недостатності символічного мислення. Ці властивості в 1972 р. американський психіатр Р. Silneos означив як *"алекситимні особистості"*. Комплекс подібних властивостей поряд із симптомами замаскованої депресії було також виявлено в осіб, які зазнали посттравматичного стресу, і навіть у здорових.

Риси алекситимної особистості є серйозною перешкодою в консультуванні й психотерапії. Найчастіше консультант спостерігає відмову цих клієнтів пов'язувати свої соматичні скарги з конфліктами в емоційній сфері, хоча часто психологічний контекст скарг цілком очевидний.

Дуже складно допомогти людині за допомогою психологічних методів, коли вона свої емоційні проблеми розуміє як соматичні. Такий клієнт скаржиться на різні болі, багато мовчить, не виявляє ніякої мотивації до співробітництва, явно зорієнтований на лікування, постійно примушує консультанта проявляти ініціативу. Монотонний, емоційно безбарвний стиль клієнта викликає у консультанта злість, тому що він відчуває себе загнаним у кут. Спроба активно залучати клієнта до емоційних стосунків збільшує в того неспокій через невміння вербалізувати почуття. Відповідний сплеск фізіологічних реакцій дає змогу клієнту ще більше скаржитися на незадовільне соматичне самопочуття.

Клієнта також слід підготувати до вербалізації своїх переживань. Для цього можна вдатися до прикладів емоційних слів і фантазій, аналізу різних емоційних ситуацій. Хоча така підготовка не завжди ефективна, вона деякою мірою допомагає усвідомити емоційні проблеми й вербалізувати їх.

2. Консультування клієнтів із депресією.

Психологічна допомога клієнтам з депресією. Пригнічений настрій - один з найнеприємніших станів особистості, які часто виникають у різних життєвих ситуаціях й один з найважливіших симптомів більшості психічних відхилень, а інколи - домінуючий симптом (депресивний невроз, психози).

У консультуванні ми, як правило, маємо справу з так званою *"реактивною депресією"*, котра виникає як реакція на події, що травмують

життя (соматичні захворювання, конфлікти, інтимні проблеми, різні втрати, у тому числі смерть близької людини тощо).

Насамперед депресія проявляється у зміні настрою. Людина стає сумною й похмурою, її пригнічують думки про своє невдале життя, пече гостре почуття провини. Вона втрачає смак до життя й здатність протидіяти труднощам, не проявляє інтересу до речей, які раніше були для неї привабливими. Сповільнюється як рухова активність, так і процес мислення. Якщо депресія незначна, індивід ще може продовжувати працювати, виконувати повсякденні завдання, однак усе це перестає приносити йому задоволення. Людина стає байдужою до всього - годинами може сидіти біля телевізора й дивитися будь-що або просто лежати. Усе навколо вона бачить у "темному світлі".

Найяскравіша риса депресивної особистості - самознищення. У стані депресії людина відчуває себе втраченою для життя. Вона стає дуже чутливою до всього, і це також знижує самооцінку. Наприклад, суперечка з людиною, яка щось для неї значить, - не більше, ніж епізод життя, - здається кінцем світу; невдача під час іспиту сприймається як доказ абсолютної бездарності. Слід наголосити, що в стані депресії індивід вважає своє сприйняття світу єдино правильним, а періоди життя без депресії здаються йому ілюзією.

Людина в стані депресії зайнята лише собою, власними проблемами, своїм здоров'ям. Вона часто схильна говорити про симптоми, пов'язані з депресією, але не про саму депресію. При цьому виражає стурбованість фізичним здоров'ям, скаржиться на безсоння, раннє пробудження від сну, втрату апетиту, загальну втому. Інколи скарги на порушення різних систем організму "маскують" депресію (випадки так званої "маскованої депресії").

Консультанту слід пам'ятати, що депресія спотворює розуміння минулого. Людині здається, що в її минулому не було нічого доброго, ніякої ясності. Вона не пам'ятає моментів щастя, як здорова людина - моментів болю. Такий погляд на минуле впливає і на нинішню самооцінку. Більшість таких клієнтів забувають випадки, коли в минулому їх супроводжував успіх і не здатні вирізнити такі моменти в сьогоденні. До речі, депресія викриває судження і тих людей, у яких усе йде успішно. Консультанту слід звертати на це увагу клієнтів.

У стані депресії індивід, як правило, шукає контактів з іншими людьми, потребуючи їхньої допомоги. Проте нерідко їхній пригнічений настрій зумовлює невдачі в міжособистісних стосунках.

У результаті депресії почуття пригніченості посилюється, так як індивіду здається, що оточуючі хочуть його відштовхнути. У цьому він вбачає підтвердження нелюбові до себе. Так поступово припиняється пошук зв'язків з іншими людьми, приходять відчуження від них і примирення з існуючим станом речей. Охоплений депресією, індивід відчуває безсилля й безнадійність, страждає мовчки, часто сердячись на себе й на інших.

Один з наслідків депресивного стану - залежність від думки інших людей, особливо близьких. Людина перестає бути байдужою до того, що

думають про неї інші. Залежність і чутливість до критики породжує невпевненість, а вона, у свою чергу, ще збільшує залежність. Коли депресивний клієнт звертається за допомогою, уся його поведінка програється в ситуації консультування. Клієнт прагне, щоб консультант узяв на себе відповідальність за його життя. Враховуючи, що в початковій стадії з депресивними клієнтами консультант повинен бути активнішим, зовсім не обов'язково брати на себе всю відповідальність за консультативний процес.

Консультант дійсно не відповідає ні за вирішення проблем депресивного клієнта, ні за зміни в його житті, ні за рішення, які той приймає. У клієнта, котрий, нарешті, зрозуміє, що консультант не може й не збирається все робити за нього подібно до мага чи турботливих батьків, виникає фрустрація, оскільки насправді він хоче більше, ніж допомогти. Депресивному клієнту недостатньо, щоб консультант просто допоміг його самовизнанню. Йому хотілось би в особі консультанта мати мало не замітника коханої людини. Коли, зрештою, бажання не задовольняються, клієнт нерідко своє невдоволення виражає злістю.

Власне кажучи, людина в стані депресії майже завжди відчуває деяку озлобленість, якою б пригніченою й нещасною вона не була. Наприклад, вона сердиться на померлого чоловіка (чи дружину) за те, що той помер і залишив її саму, постійно жаліється на погане ставлення до неї друзів і близьких. Тут і виникає деяка суперечність - поява ворожості посилює дискомфорт, тому що клієнт відчуває підвищену потребу в спілкуванні. Якщо людина не наслідуюється відверто висловити озлобленість, це почуття посилюється й набуває форми самозвинувачення. Так утворюється зачароване коло, де переплітаються між собою депресія й залежність, самовикриття й озлобленість. Недарма депресію інколи називають "перевернутого злобою" (Kennedy, 1977).

Тому переконувати клієнта, що все буде добре, й не звертати увагу на дрібниці, тобто весь час підбадьорювати його, швидше шкідливо, ніж корисно. Це тільки озлоблює й загострює депресію.

Передусім слід з'ясувати, з депресією якого виду ми маємо справу в разі проявів психосоматичного захворювання - з невротичною депресією чи просто з нормальною реакцією на неприємні події. Депресію не слід плутати з іншими порушеннями. Інколи консультант сприймає симптоми депресії як перевтому, фізичне чи психічне виснаження й рекомендує клієнту більше відпочивати, спати, вживати вітаміни, поїхати в санаторій і т. п. Однак у випадку депресії це мало допомагає.

Завдання консультанта в роботі з депресивними клієнтами двояке - підтримати клієнта й допомогти йому в психологічному поясненні труднощів. Сам факт, що консультант готовий "боротися" з депресією, зміцнює надію клієнта й нейтралізує відчай. Підтримка й розуміння зменшують страждання й переживання провини, допомагають відновити самоповагу. Клієнт, спілкуючись хоч з однією людиною, яка розуміє й цінує його, може змінити настанову у ставленні до оточуючих у позитивному напрямі. Щоб відновити

віру клієнта у власні можливості, необхідно звертати увагу на сфери, у яких він компетентний, і його минулі досягнення. Важливо мобілізувати агресивні збудження клієнта, щоб він міг успішно боротися із життєвими випробуваннями.

Консультант повинен не чекати (це ще більше фруструє депресивного клієнта й поглиблює депресію), а активно розмовляти з клієнтом про його переживання й зовнішні обставини. Депресивний клієнт вимагає більшої активності, ніж інші, хто звертається за допомогою до психоконсультанта. Особливо ретельно треба вибудовувати консультативну бесіду, особливо на початковій стадії консультування. Відповідна тактика зумовлена пасивністю клієнта, його небажанням самостійно аналізувати проблеми. Якщо консультант сидітиме мовчки, він лише підкреслюватиме нездатність клієнта адекватно спілкуватися. Тому на початку консультування основна відповідальність за бесіду покладається на спеціаліста.

Іноколи депресивний клієнт настільки пасивний, що йому дуже важко говорити про свої проблеми, тому з ним приходиться супроводжувати. Хоч у консультуванні слід ухилятися від розмов за спиною клієнта, у даному випадку отримання інформації від особи, що супроводжує клієнта, є виправданим кроком.

Консультант повинен часто зустрічатися з депресивним клієнтом - особливо, якщо стикається з гострою депресією. Частота зустрічей може бути 2-3 рази в тиждень з поступовим їх зменшенням залежно від стану клієнта.

У процесі консультування необхідно переборювати залежність клієнта й спонукати його до більш активної ролі з кожною наступною зустріччю.

У випадках депресії медики, як правило, вдаються до лікування антидепресантами. Призначення ліків і дозування - це справа лікарів, проте консультант повинен знати, чи прийматиме його клієнт ліки і яка сила їхньої дії. Не слід давати поради клієнту з вибору ліків чи доз, проте питання, які виникають, обов'язково слід обговорити з лікарем, який призначив ліки.

Консультант повинен знати про біологічні й психологічні схильності деяких людей до депресивних реакцій у кризових життєвих ситуаціях. У таких клієнтів стан депресії за несприятливих обставин може повторюватися. Депресія, особливо та, що виникла внаслідок зовнішніх причин, зникає, якщо життєві умови змінюються.

3. Особливості консультування при суїцидних намірах.

Людина в стані депресії часто являє небезпеку для самої себе, тому що схильна до самознищення в явній і прихованій формі. Коли ми зустрічаємося з депресивними клієнтами, не можна забувати, що слабовиражена депресія може перерости в гостру із суїцидними намірами.

Самоббивство вважається страшною, негідною справою, деякі консультанти, працюючи з депресивними клієнтами, мимоволі нехтують такою можливістю і вважають, що клієнт не може навіть думати про це. Якщо консультант проявляє подібну сліпоту, виникає ще більша небезпека для

благополуччя - і навіть життя клієнта. Проблема полягає, як правило, не в приховуванні самогубцем своїх намірів, а в тому, що його можуть не почути, коли він говорить про них.

Розрізняють спробу самогубства (парасуїцид) і реалізоване самогубство. За даними Daves, жінки в чотири рази частіше, ніж чоловіки, намагаються покінчити життя самогубством, а чоловіки в чотири рази частіше закінчують життя самогубством. Інколи стверджують, що невдала спроба самогубства свідчить про несерйозність намірів. Це досить небезпечна думка, бо немало людей, що намагалися покінчити життя, повторюють спробу. За даними Shocbut, у 12 % випадків повторна спроба повторюється впродовж 3 років.

Важливим є питання, хто все-таки і в яких ситуаціях найчастіше здійснює самогубство. Уже зазначалося, що не всі люди в стані депресії намагаються здійснити самогубство, а в недепресивному стані самогубство здійснюють дуже рідко. Kennedy наводить повний *перелік потенційних самогубців:*

- 1) самотні чоловіки (розлучені і які не мають близьких друзів), старші за 40 років;
- 2) особи, що проживають самі;
- 3) алкоголіки;
- 4) люди, що пережили втрату близьких;
- 5) люди похилого віку, які мають соматичні захворювання.

Pretsee виокремлює дві *умови, що сприяють спробам самогубства:*

- *зростання стресового відчуття* до рівня, який клієнту витримати важко.

- *нездатність подолати стрес* ні самотужки, ні з допомогою інших.

Як правило, рішення про самогубство не виникає раптово. Часто йому передують серія спроб поділитися своїми намірами з іншими людьми. Найбільша ймовірність спроби самогубства припадає на пік екзистенційної кризи.

Coleman виокремлює три *фактори, які дуже підвищують ризик при схильності до самогубства:*

- міжособистісні кризи;
- падіння рівня самооцінки;
- втрата смислу життя й перспективи.

Shnidman вирізняє чотири *умови, що сприяють можливості самогубства:*

- депресія;
- дезорієнтація з галюцинаціями;
- намагання повернути втрачений контроль за оточенням (наприклад, смертельно хвора людина може спробувати здійснити самогубство з метою взяти під контроль час своєї смерті);
- залежність від інших і невдоволення таким становищем.

Дуже важлива риса потенційного самогубця - *амбівалентність*. Вона ускладнює розкриття справжніх намірів. Тому про тих, хто намагався

покінчити життя самогубством, інколи можна почути: "Не схоже на депресію. Учора ввечері в нього був гарний настрій".

Консультант, зустрічаючись із клієнтом, що має суїцидні наміри, передусім зобов'язаний проаналізувати його настанови й схильність до самогубства, знати їх наперед. У роботі ніколи не слід приховувати своїх справжніх почуттів. Хороший контакт із консультантом може стати міцною ниткою, що зв'язує людину, яка втратила останню надію, із життям.

Інколи допускають, що обговорення з клієнтом можливості самогубства лише посилює його наміри. Однак, як правило, бесіди про почуття, що підштовхують до самогубства, зменшують вірогідність реалізації намірів. Тому консультант не повинен ухилятися від обговорення з депресивним клієнтом проблеми самогубства. Тим самим він показує клієнту, що думки про самогубство може сприйняти й зрозуміти інша людина.

Розглядаючи дуже серйозно будь-який намір самогубства, усе ж не слід забувати про можливість маніпулятивної загрози з метою переконати консультанта у важливості своєї проблеми й претендувати на максимум його часу. Більшість симулянтів є істеричними особами. Деякі клієнти говорять про самогубство через бажання помститися тим, хто нібито недостатньо їх любить. Узагалі елемент ворожості присутній майже в кожному самогубстві.

Зустрівшись у консультуванні з депресивним клієнтом, який висловлює суїцидні наміри, дуже важливо оцінити ризик їх реалізації. Від правильного прогнозу може залежати життя клієнта. Якщо людина вже обрала спосіб самогубства, який вірогідно забезпечує смерть, і цей спосіб є легкодоступним, ризик суїциду стає дуже високим.

Ступінь очевидності самогубства консультант може з'ясувати, коли поставить клієнту другорядні запитання. Запитувати прямо: "Чи не збираєтеся Ви здійснити самогубство?" - небажано, тому що таке запитання спонукає клієнта до заперечення.

Ефективною є практика поступового розпитування:

Консультант: Як ідуть справи? (Клієнт знизує плечима).

Консультант: Не все добре? (Клієнт хитає головою).

Консультант: Сумно? (Клієнт киває головою).

Консультант: Усе здається безнадійним?

Клієнт: Так.

Консультант: Життя інколи здається безнадійним?

Клієнт: Інколи.

Консультант: Чи часто Ви думаєте про те, що хотіли б померти?

Клієнт: Більшу частину часу.

Консультант: Виникає бажання покінчити із життям?

Клієнт: Інколи.

Консультант: Чи обмірковували Ви, як це зробити? Клієнт: Ще не до кінця.

Така поступовість опитування дає можливість точніше дізнатися, як далеко зайшов клієнт у своїх думках про смерть. У даному випадку клієнт має явні суїцидні наміри, однак прямої загрози самогубства немає.

Засновник логотерапії V. Frankl пропонує оцінювати замість вірогідності самогубства величину життєвого потенціалу й запитувати клієнта не про причину небажання жити, а про зміст життя для нього. *Чим більше знаходиться ниток, що зв'язують клієнта із життям, тим менша вірогідність самогубства.*

Існують певні правила консультування осіб, які мають намір самогубства:

1. З такими клієнтами треба зустрічатися частіше.
2. Консультант повинен звертати увагу суїцидного клієнта на позитивні аспекти його життя. Наприклад: "Ви згадували, що раніше багато чим цікавилися. Розкажіть про свої захоплення" або "Завжди є заради чого жити. Що Ви думаєте про це?". Такі запитання допомагають клієнту вишукати ресурси для подолання свого важкого стану.
3. Дізнавшись про намір клієнта здійснити самогубство, не слід панікувати, намагатися відвернути його якимось заняттям чи застосовувати моралізаторство ("Від цього нічого не зміниться", "Чи знаєте Ви, що релігія вважає самогубство величезним гріхом?"). Така тактика лише переконує клієнта, що його ніхто не розуміє, і консультант - також.
4. Спеціаліст повинен залучати до роботи з клієнтом між консультативними зустрічами близьких для нього людей (родичів, друзів). Клієнт повинен мати можливість у будь-який час зателефонувати консультантові, щоб той міг консультувати його емоційний стан.
6. Якщо вірогідність самогубства висока, слід ужити запобіжних заходів - поінформувати близьких клієнта, обговорити питання про госпіталізацію. Консультанту не завжди легко це виконати. Клієнт починає заперечувати свої наміри й переконує, що не треба про нього турбуватися. Тим більше консультанту краще покластися на свою інтуїцію і не нехтувати небезпечними ознаками в поведінці клієнта, оскільки заспокійливі заяви не знімають з консультанта відповідальності у випадку загрози самогубства - зробити максимум можливого, щоб вплинути на вибір клієнта на користь життя.
7. Консультант не повинен дозволити клієнту маніпулювати собою, погрожуючи самогубством.
8. Консультант зобов'язаний не забувати, що він не Бог і, незважаючи на найкращі наміри, не завжди здатен протистояти самогубству. Основну відповідальність за власні дії несе сам клієнт. Консультант не може повністю відповідати за клієнта. Він лише професійно відповідальний за попередження реалізації суїцидних намірів. Однак незаперечна аксіома - якщо клієнт дійсно хоче покінчити із життям, ніхто не здатен зупинити його. Ми говоримо "так" життю клієнта, але ж повинні бути готовими до того, що деякі клієнти все-таки скажуть своєму життю "ні".

9. Консультант повинен дослівно, у письмовій формі, документувати свої дії, щоб у випадку нещастя він зміг довести собі й іншим, що діяв професійно і вжив усіх заходів, щоб запобігти катастрофі.

Консультант повинен знати специфіку консультивання осіб, які намагалися здійснити самогубство. Консультивання спрямовується на подолання спроб до самогубства, які ще лишаються після невдалої спроби. Hamilton і Moss виділяють три *етапи консультивання*: у гострій фазі, у фазі одужання й після одужання.

Особливо важлива робота консультанта у двох перших фазах. Після невдалого самогубства під час першого контакту на перший план виступає унікальність ситуації й почуття "самогубця-нещасливця". Людина, яка відчула максимальну напругу душевних сил, розуміє, що не померла, але обставини, що призвели до спроби піти з життя, залишилися. Момент "пробудження" - початок нового етапу життя цієї особи. Тому важливо, який "вплив" буде вписано в "чистий листок" свідомості клієнта. Час першого контакту не повинен обмежуватися, клієнту слід дозволити висловитися.

Від консультанта, який зустрічається з таким клієнтом, вимагається непідробна віддача всіх душевних сил. Ідеться про дещо більше, ніж обов'язки консультанта. Після спроби самогубства клієнт максимально чутливий і дуже вразливий: він ясно відчуває внутрішній стан консультанта.

У першій фазі не слід починати обговорення основного конфлікту, і ми поступово можемо перейти до причин психосоматичного змісту самогубства. Саме консультивання повинно бути спрямованим на зменшення тривоги й безнадійності. Фаза одужання починається, коли клієнт може повернутися до свого попереднього оточення. У другій фазі, як, до речі, і після повного одужання, можливе повторення суїцидних намірів.

Особливо провокуючий вплив чинить оточення, безпосередньо пов'язане з травмуючим чинником. Тому на другому етапі дуже важливою є робота консультанта із сім'єю суїцидента.

Допомога сім'ї нерідко вирішує проблематичні обставини. Власне кажучи, спроба самогубства - суттєва причина для змін у сімейному житті, точніше кажучи, такі зміни стають неминучими. Лише зміна умов життя посправжньому буває цілющою для таких клієнтів.

Спроба клієнта здійснити самогубство, а тим більше здійснення самогубства, є для консультанта дуже важкою психічною травмою. Collins описує свої переживання після самогубства клієнта. Collins так узагальнює свій досвід: "Моєю найбільшою підтримкою був емпатичний слухач".

Керівник відомої в США клініки W. Menninger пропонує поради спеціалістам, які працюють з потенційними самогубцями, і тим, хто страждає через самогубство пацієнта. *Основні настанови такі:*

- спеціаліст не може нести відповідальності за те, що говорить і робить пацієнт поза стінами психологічного кабінету;
- самогубство інколи відбувається всупереч турботливому ставленню;

- не можна відвернути самогубство, якщо пацієнт твердо прийняв таке рішення.

Основна тактика консультування клієнтів із суїцидними намірами:

- необхідна уважність і готовність до невдачі;
- у ризикованих випадках обов'язково консультируйтесь з колегами;
- необхідно обговорити з колегами самогубство клієнта як можливий варіант його виходу з кризи. Слід пам'ятати, що роль консультанта полягає в тому, щоб застерегти пацієнта від самогубства й допомогти йому знайти способи вирішення проблем.

Як реагувати на самогубство пацієнта:

- виходьте з того, що самогубство боляче переживають усі;
- Ви набираєтеся досвіду;
- не дивуйтеся пригніченому настрою, почуттям провини й злості;

Заходи, які допоможуть подолати наслідки самогубства пацієнта:

- почуття горя - природна реакція, і всі переживають однаково;
- говоріть і переживайте, але без зайвого самозвинувачення;
- дозвольте собі виговоритися з колегами, друзями, у сім'ї;
- пам'ятайте роковини самогубства пацієнта, щоб ця дата не була для Вас несподіванкою.

У випадку суїциду близької людини у більшості людей виникають наступні емоційні реакції:

Перша «хвиля» емоцій - шок, безпорадність, заперечення, іноді полегшення (у випадку невиліковної хвороби або попередніх спроб суїциду), обвинувачення, усвідомлення глибоко особистісного заперечення, тому що близька людина покинула їх за власним бажанням.

Друга «хвиля» емоцій - гнів із приводу самогубства близького, почуття провини за цей гнів, почуття відповідальності за цю смерть, сором, страх.

Третя «хвиля» - сум, гнів на себе, який породжує депресію зі зниженням самооцінки.

Четверта «хвиля» - різні психічні та психосоматичні проблеми (безсоння, кошмари, страх самотності, серцеві захворювання, вживання алкоголю або транквілізаторів, фобії, тривожність із приводу найпростіших повсякденних подій, труднощі у встановленні тісних довготривалих стосунків з іншими людьми), а також схильність до здійснення суїциду.

Одна із психічних реакцій у близьких суїцидентів на те, що трапилось, – їхнє бажання також покінчити із собою.

Ще одна емоційна реакція, яка повністю не укладається в жодну з «хвиль» - *заперечення*. Іноді близька людина не може усвідомити значимість події, що трапилась, і наступне за цим заперечення в деяких випадках проявляється у відмові прийняти саму подію: смерть пояснюється якимось інакше.

В інших випадках це відмова боротися з емоційними наслідками події.

Що відбувається з людьми, які переживають суїцид близького:

– потрясіння від звістки про саму смерть (потрясіння, пов'язане з виявленням тіла);

– потрясіння від самого факту смерті близької людини й виявлення (іноді випадкове) того, що смерть наступила в результаті самогубства;

– постійні міркування про те, що трапилось, розпачливе прагнення осягти смисл самогубства;

«Чому?» - часто це буває перше слово, яке звучить із вуст близьких суїцидента. Пошуки відповіді на питання «Чому?» займають неадекватно багато часу й часто стають основним заняттям людей, які переживають суїцид близького;

– особливі переживання близьких суїцидента пов'язані з думкою: «Якби ми тільки поводитися інакше, якби ми дали йому можливість відчутти більше нашої любові - він був би сьогодні живий. Що ж ми зробили неправильно?»;

– важливою стає реакція навколишніх (друзів, сусідів, товаришів по службі) на те, що трапилось. Ця реакція впливає на почуття близьких суїцидента у відношенні до самих себе й самого факту смерті;

– людям, які переживають суїцид близького, доводиться переборювати «рольову» сплутаність («Яким чином я повинен поводитися після того, що трапилось?»). Це серйозно порушує виконання певних соціальних ролей. У ситуації, яка виходить за рамки звичайного людського досвіду, поводитися раціонально, осмислено, відповідно до вимог ролі буває надзвичайно важко, а часом навіть неможливо.

Автори книги «Мовчазне горе: життя в тіні самогубства» К. Лукас і Г. Сейден відзначають наступні **фактори, що утруднюють процес переживання горя серед близьких суїцидентів:**

– відношення до суїциду в суспільстві;

– амбівалентність почуттів стосовно померлого;

– діти й батьки. Почуття провини й депресія серед батьків, чиї діти вчинили суїцид, сильніші й триваліші, ніж в інших родичів суїцидента (адже їх «завдання» полягало в тому, щоб захистити свою дитину й вони з ним не впоралися). Гнітючими в такій ситуації є почуття провини й почуття страху, що й інші їхні діти також можуть вчинити суїцид.

Суїцид, скоєний батьками, викликає у дитини довгострокові наслідки. Дитина може вирости з думкою, що вона взагалі не гідна любові. У дітей у ранньому віці часто виникають фантазії про те, що хтось із батьків їх залишить (через те, що вони щось зробили або чогось не зробили, що вони «недостатньо гарні»). Коли батько вмирає (особливо якщо це відбувається в результаті суїциду), дитячі фантазії стають реальністю й дитина може відчутти себе назавжди покинутою і невартою любові;

– *підлітковий суїцид.* Одне з істотних розходжень між самогубством підлітка й осіб інших вікових груп полягає в тому, що психічне життя підлітка проходить приблизно однаково за часом і за інтенсивністю як у сім'ї, так і в групі однолітків. Тому підлітковий суїцид впливає і на сім'ю, і на друзів суїцидента. Друзі молодій жертви суїциду часто випробовують почуття

провини після його смерті. Вони можуть винити себе в тому, що недостатньо зробили, щоб запобігти смерті друга;

– *обвинувачення й пошуки «козла відпущення»*. Різноманітні прояви гніву, злості, люті, збурювання, роздратування зустрічаються часто й бувають спрямовані на конкретних осіб або установи, чії спроби урятувати життя людини стали безуспішними. Це можуть бути лікарі, рятувальники, працівники поліції, оточуючі люди (друзі або приятелі померлого, однокласники або колеги), суспільство в цілому;

– *пояснення суїцидом близького всіх життєвих проблем*, що виникають у сім'ї; – *нескінченні фантазії про порятунок («Якби тільки я зробив...»);*

– *виявлення тіла*. Люди, які знаходять тіло самогубця, одержують більш сильну травму;

– *самотність*;

– *відсутність системи підтримки* (друзів, родичів, роботи), і отже, відсутність можливості поговорити про свої переживання.

Відповідно до статистики, на кожне самогубство доводиться від 7 до 10 людей, на яких ця подія безпосередньо впливає: батьки й діти, брати й сестри, інші близькі родичі, друзі. Стосовно цих людей, використовується вираження «жертви суїциду». Багато хто з них саме себе вважають жертвами несподіваної і трагічної смерті близької людини.

До числа тих, хто вижив після самогубства близького, крім родичів і друзів, варто також віднести й інших, значимих для померлого, людей (однокласників, приятелів, сусідів, колег по роботі). Звичайно ці люди не тільки не можуть розраховувати на яку-небудь допомогу з боку, але й волею обставин повинні самі проявляти максимум турботи, допомагаючи рідним і близьким упоратися із такою втратою.

Більшість людей, що переживають самогубство близького, потребують професійної допомоги й підтримки.

Вплив самогубства необхідно особливо враховувати в підлітковому середовищі (у школах і інших навчальних закладах) через небезпеку його заразливості й імовірності появи суїцидальних спроб в однолітків.

Не можна залишати підлітків наодинці з їхніми почуттями після факту суїциду! Для цього необхідно організувати роботу з підлітками в школі або в районі проживання. Це можна зробити у формі зустрічей, класних годин, дискусій про смерть, присвячених пам'яті померлого.

Подібні заходи мають на меті:

– подолання мовчання й зниклої, які часто встановлюються в групі після здійснення суїциду;

– запобігання ідеалізації й романтизації суїцидальної поведінки, до яких так схильні підлітки;

– допомога у вираженні почуттів.

Не можна скасувати самогубство, яке трапилось, або зробити його менш трагічним, але можна й потрібно про це говорити. Чим більше людина

ділиться з іншими своїми переживаннями, тим ефективніше в неї протікає процес переживання горя й прийняття втрати.

Висновки. Успішним результатом роботи є виділення та констатація антисуїцидальних факторів (почуття близьких людей, необхідність завершити важливу справу, догляд за хворим, релігійні почуття та переконання, осуд друзів). Роботу з близьким оточенням варто проводити поетапно, враховуючи бажання рідних, налаштування на реальну допомогу.

Важливо з'ясувати та за необхідності змінити їх ставлення до людини, яка наважилась на суїцид, переконати, що саме від них значною мірою залежить успіх роботи психолога.

Пам'ятаємо, що кожна зустріч з клієнтом – окрема історія, яка вимагає аналізу психологічної ситуації та суб'єктивних факторів – індивідуальності клієнта та фахового досвіду консультанта.

Тема 12. Особливості психологічного консультування клієнтів при розлученні, з важкохворою людиною, при насиллі в сім'ї та підтримки людей похилого віку.

1. *Переживання втрати при розлученні.*
2. *Особливості бесіди з важкохворою людиною та з людиною, що помирає.*
3. *Психологічна допомога при насиллі в сім'ї.*
4. *Криза «зустрічі зі старістю» та особливості психосоціальної підтримки людей похилого віку.*

Вступ. Консультування людей, які зазнали втрати близьких, - це нелегке випробовування духовних сил і професійної компетенції психолога. Розлучення – це найсильніше емоційне і психічне потрясіння, що не проходить для подружжя безслідно й має негативний і серйозний вплив, як на фізичне, так і на психічний стан особи. Якщо він зруйнував психологічний захист клієнта, то не зможе надати ефективну допомогу.

1. Переживання втрати при розлученні.

Втрата близької людини може трапитися не лише через її смерть. Розлучення являє собою аналогічну ситуацію й породжує схожу динаміку переживань. Розлучення – це смерть стосунків, що викликає найрізноманітніші, але завжди болісні почуття.

Froiland і Hosman для опису розлучення скористалися відомою моделлю Kubler- Ross:

1. *Ситуація заперечення.* Спершу реальність того, що трапилося, заперечується. Важко зразу змиритися з розлученням. На цій стадії ситуація розлучення сприймається з вираженим захистом: "Нічого такого не сталося", "Усе добре", "Нарешті, прийшло звільнення" тощо.
2. *Стадія озлобленості.* На цій стадії від душевного болю захищаються озлобленістю до партнера. Нерідко маніпулюють дітьми, намагаючись повернути їх на свій бік.
3. *Стадія переговорів.* Пробують відновити шлюб і використовують багато маніпуляцій одне стосовно одного, у тому числі й сексуальні стосунки.
4. *Стадія адаптації.* Коли консультант зустрічається з розлученим клієнтом під час однієї з вищезгаданих стадій, його мета - допомогти клієнту "перейти" в стадію пристосування до умов життя, що змінилися.

2. Особливості бесіди з важкохворою людиною та з людиною, що помирає.

Ставлення до смерті впливає на спосіб життя. Стоїки говорили, що смерть є важливою подією в житті. Св. Августин мислив подібним чином: "Тільки перед лицем смерті народжується самотність людини".

Невиліковна хвороба невмолимо наближає реальність смерті. Вона суттєво змінює людське життя й на цьому фоні, як це не парадоксально, нерідко проявляються ознаки "росту особистості". Що ж відбувається при наближенні смерті? Якоюсь мірою відповідь на запитання ми одержуємо в бесідах із хворими на рак:

- заново оцінюються пріоритети життя - втрачають значення дрібниці;
- виникає відчуття свободи - не робиться те, чого не хочеться робити;
- посилюється відчуття життя саме цієї миті. Спілкування з люблячими людьми стає глибшим;
- зменшується страх бути відкинутим, зростає бажання ризикнути.

Усі ці зміни свідчать про збільшення чуттєвості невиліковно хворої людини, що висуває конкретні вимоги до тих, хто знаходиться поруч з нею, - до близьких, лікарів, психологів. У хворого виникає дуже важливе для нього запитання: "Чи скоро я помру?". Не існує єдино правильної відповіді на це запитання. У цей момент у розмові з пацієнтом про смерть консультант повинен відчувати велику відповідальність. Насамперед непогано порадити йому привести до порядку життєві справи (останнє бажання, заповіт тощо). Можна не говорити пацієнту, що скоро він помре. "Кожен повинен бути готовим до найгіршого, особливо важкохворий". Деякі люди не схильні думати про завершення своїх земних справ, тому що їм здається, що вирішення подібних проблем відкриває двері смерті. З ними можна обговорити проблему страху перед смертю.

Питання про відвертість із невиліковно хворим є найважчим. Існують найрізноманітніші думки із цього приводу. Одні вважають, що пацієнту слід сказати всю правду, інші наголошують на необхідності бережливого ставлення до важкохворого і нічого не говорять йому про наближення смерті, треті вважають, що слід поводитися так, як цього бажає пацієнт. Безперечно, хворий має право знати правду про свій реальний стан, і нікому не дозволено ущемляти це право, однак не варто забувати, що "право знати" не рівнозначне "обов'язково знати". Право знання не рівносильне вибору знання. Важкохвора людина може і не бажати знати щось конкретно про наближення смерті, і оточуючі повинні поважати її вибір.

Послідовність реакцій невиліковно хворих людей на наближення смерті описує модель Kubler-Ross:

1. *Заперечення.* Відвідуючи різних лікарів, пацієнти сподіваються на заперечення діагнозу. Дійсний стан речей вони приховують як від сім'ї, так і від себе.

2. *Злість.* Вона найчастіше висловлюється запитанням: "Чому я", "Чому це сталося зі мною?", "Чому мене не почув Бог?".

3. *Компроміс.* На цій стадії намагаються нібито відстрочити присуд долі, змінюючи свою поведінку, спосіб життя.

4. *Депресія.* Клієнт, усвідомивши неминучість свого становища, поступово втрачає інтерес до навколишнього світу, відчуває сум, гіркоту.

5. *Адаптація*. Примирення слід розуміти як готовність спокійно зустріти смерть.

Людина, що помирає, здатна зрозуміти своє становище й нерідко хоче поговорити про свою хворобу й наближення смерті, але лише з тими, хто вислуховує її без нав'язливих спроб утішити. Тому консультанту чи лікарю слід уміти кваліфіковано розібратися в бажаннях людини, що помирає, і в пов'язаних зі смертю фантазіях і страхах. Це дозволить не лише вислухати пацієнта, а й допомогти йому поділитися думками про смерть і про те, що він втрачає разом із життям.

Декілька важливих принципів, які слід враховувати консультанту в роботі з людиною, що помирає:

1. Дуже часто люди помирають у самотності. До людини, що помирає, не слід ставитися так, як до вже померлого. Її слід відвідувати, спілкуватися з нею.

2. Необхідно уважно вислуховувати скарги людини, що помирає, і терпляче задовольняти її потреби.

3. На благо людини, що помирає, слід спрямувати всі зусилля близьких людей.

4. Помираючи, люди хочуть більше говорити, ніж вислуховувати відвідувачів.

5. Мова людини, що помирає, часто буває символічною.

6. Не слід трактувати людину, що помирає, лише як об'єкт турботи й співчуття.

7. Найбільше, чим може скористатися людина, що помирає, - це наша особистість.

8. Психологам і лікарям слід зізнатися у своїх сумнівах, почутті провини.

Персоналу, що працює з людиною, яка помирає, і її близькими, теж необхідна суттєва допомога. З персоналом слід перш за все говорити про усвідомлення ситуації як з почуттям провини, так і безсилля водночас.

Дослідники часто пов'язують онкологічні захворювання з посиленням впливу стресу. Однак багаточисленні експериментальні дослідження так і не змогли знайти прямі підтвердження цієї гіпотези. Можливо, важливішими є не самі стресові ситуації, а реакції людини на них, однак у побутовій психології продовжує превалювати думка про зв'язок між важкою хворобою і переживаннями – втрати, життєвої кризи, горя.

Структура та специфіка побудови консультативного процесу визначаються запитом та станом клієнта. Якщо основна мета зустрічі з консультантом – прийняття важливого рішення (наприклад, продовжити або припинити лікування за певним протоколом), то структура будується за схемою роботи з психосоматичними клієнтами, якщо ж головна увага надається корекції емоційного стану – підходять схеми роботи з невротичними клієнтами (Г. Хомич). Психологу важливо встановити довірливі стосунки з клієнтом та його родиною, відображати автентичні почуття, сформувані вміння гнучко реагувати на нестандартну ситуацію.

Важливим і відповідальним моментом у роботі з онкохворими на початковому етапі є складання психологічних контрактів (взаємної домовленості про надання психологічних послуг, міжособистісну взаємодію). Психолог пропонує психологічний супровід хворому (сім'ї) і домовляється про можливу участь, поведінку, що передбачає співпрацю. (*"Деякий час тобі (Вам) може знадобитись допомога психолога. Я буду допомагати адаптуватись до нових умов, переживати наслідки прийому ліків. Очікую, що Ви приймете допомогу, будете відкрито розповідати про свої труднощі та почуття. Ми разом зможемо обговорити будь-яку ситуацію і прийняти рішення"*).

Варто встановити: чи зафіксував пацієнт свою реакцію на поставлений діагноз, чи пов'язує захворювання з якимись подіями та життєвими ситуаціями.

Другим етапом може виступати спеціальна робота з почуттями та реакціями (гіперреакціями) пацієнта. Для цього особливо важливо сформуванню взаємну довіру, використовуючи техніки розпитування, емпатійного слухання, техніки емоційного приєднання до клієнта шляхом відзерклювання, повторів, виразних емоційних реакцій, безоцінного прийняття самої особистості як неповторної та такої, що потребує особливого ставлення. Гештальттехніки, психодраматичні вправи допоможуть пацієнту вивільнити прихований біль і сльози, дозволяючи відкрито проявляти емоції, ставлення, переживаючи давню ситуацію в новій реальності.

Третім етапом в умовах клініки може стати робота зі знаходження основних смислів існування та налаштування на прийняття важливих життєвих рішень – пошуки сил для боротьби за життя чи відмова від існування, як такого, що не має сенсу.

Четвертий етап роботи практичного психолога має бути присвячений вивільненню необхідних життєвих ресурсів для боротьби зі стресогенними факторами (усвідомленням діагнозу захворювання; різкою зміною обстановки; депривацією значущих потреб; руйнівною дією хімічної і променевої терапії). Цей етап можливий тоді, коли нам вдається вивести пацієнта зі стану повної безпорадності та безнадійності. На цьому етапі добре себе зарекомендували аутогенні тренування, візуалізація, казкотерапія (для дітей і дорослих), обговорення психологічних історій, посилення на власний досвід (викликає особливу довіру, створює терапевтичний альянс).

Етап відновлення (*п'ятий етап*) можна характеризувати як активну психологічну роботу з подолання наслідків стресу та посттравматичним синдромом (ПТСР). Головне завдання такої діяльності психолога – здійснювати можливу психологічну підтримку. Вона полягає у фіксуванні позитивних емоцій, переживанні задоволення та рівноваги в ситуації психологічної депривації (неможливості задоволення окремих значущих потреб). Для клієнтів, які не вірять у своє цілковите видужання, доречною є робота, що рекомендована для осіб з ПТСР і детально описана в літературі. Особливого значення на всіх етапах робота варто надавати формуванню

здатності клієнта до релаксації. Для цього пропонуємо хворим нескладні вправи, які нескладно виконувати протягом дня у зручній для них час. Найкраще, коли вправи на релаксацію виконуються одразу після пробудження, до і після обіду, перед сном. Звичайно, найкраще це робити разом з близькими (хоча б один раз в день), яким також вкрай необхідне відновлення втрачених енергетичних ресурсів.

Онкохворих очікує тривале і важке лікування, яке супроводжується соматичними та психічними ускладненнями, що змушують переживати негативні емоції, фізичні страждання, рухову та соціально – психологічну депривацію. Клінічний психолог має надати необхідну допомогу медичному персоналу з метою підготовки пацієнта до важких випробувань, полегшити і прискорити процес адаптації хворого до умов лікувального закладу, налаштувати на обмеження значущих контактів.

Консультативна допомога в рамках стаціонарного лікування передбачає: цикл бесід, спрямованих на подолання екзистенційної тривоги хворого, упередження чи корекцію неврозоподібних та депресивних станів, що погіршують або унеможлиблюють процеси видужування. Можна використовувати такі **прийоми та методи**:

- – розкриття (ідентифікація) механізмів захисту, які використовує клієнт (з демонструванням їх незрілості, обговоренням наслідків);
- – робота з темою "недовговічності" існування (це нормально і характерно для всіх);
- – саморозкриття консультанта (його досвіду переживання кризових ситуацій, озвучення своїх думок у почуттів у процесі сприйняття даної ситуації);
- – обговорення актуальних аспектів та сфер життя у даній ситуації;
- – ідентифікація ухиляння від відповідальності клієнта "тут і тепер";
- – зустріч клієнта з реальними та можливими труднощами та обмеженнями як наслідку хвороби;
- – зіткнення клієнта з проблемою ізоляції (в кінцевій даності всі люди самотні);
- – протистояння екзистенційній провині (аргументування, що хвороба не є наслідком провини);
- – ідентифікація міжособистісної патології (уникнення контактів);
- – фасилітація прийняття рішень (робота з почуттями щодо пригнічення клієнтом своїх можливостей – "Що буде, коли я втрачу...")
- – навчання азбуці довіри та інтимності;
- – перейменування клієнтом власних проблем, виявлення реальних перешкод до одужання.

Консультування після виходу з лікарні передбачає продовження роботи у напрямку пошуків нових смислів існування та способів реалізації значущих життєвих цілей. За В. Франклом (автором логотерапії), прагнення смислу – це фундаментальна мотиваційна сила: люди потребують напруженого устремління до смислів, вартих їх існування, а не станів, позбавлених напруги.

У випадку фрустрації смислу існування настає стан апатії, "екзистенційний вакуум". Останній може призвести до ноогенного неврозу чи невротичної тріади: депресії (до самогубства), наркоманії, агресії. Такий стан може підтримуватись втратою традицій і суспільних цінностей, пригніченням власної духовності, втечею від відповідальності та невротизацією суспільства.

У процесі консультування рекомендується враховувати стан клієнта, почергово використовуючи активні методи консультування з роботою, спрямованою на релаксацію, активний відпочинок, відновлення втрачених сил, поновлення енергетичних ресурсів. Основним видом роботи онкопсихолога (кризового психолога) має виступати планове надання психологічної допомоги хворим, що передбачає необхідну діагностику, розвивальні заняття (особливо творчі сюжетні ігри для дітей), проведення психологічних консультацій для батьків та медичного персоналу, підготовку реабілітаційних заходів та просвітницьку діяльність. Він має пройти спеціальну профільну підготовку.

3. Психологічна допомога при насиллі в сім'ї.

У загальному вигляді насилля визначається як примусовий вплив на будь-кого. Найбільш поширена класифікація видів насилля та, яка ґрунтується на характері насильницьких дій. Вона включає *фізичне, сексуальне, психологічне (емоційне) та економічне насилля*. Досвід свідчить, що більшість потерпілих від сімейного насильства (за даними дослідників США, близько 95 %) становлять жінки й дівчата. Тому часто проблема насильства в сім'ї ототожнюється з проблемою насильства над жінкою. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, проти кожної п'ятої жінки світу хоч раз у житті скоєно насильство. Отже, кожна п'ята жінка хоча б один раз у житті зазнає биття або зґвалтування. Насильство в сім'ї – це будь-які умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена родини стосовно іншого, якщо ці дії порушують його права й свободи як людини та громадянина й наносять йому моральної шкоди, шкоди його фізичному чи психічному здоров'ю.

Виокремлюють такі різновиди насильства в родині:

Фізичне насильство – умисне нанесення одним членом сім'ї іншому побоїв, тілесних ушкоджень, що може призвести або призвело до смерті постраждалого, порушення фізичного чи психічного здоров'я, нанесення шкоди його честі й гідності. Часто фізичне насильство визначають дії, перелік яких наведено в додатках.

Сексуальне насильство – протиправне посягання одного члена сім'ї на статеву недоторканість іншого члена родини, а також дії сексуального характеру щодо неповнолітнього члена сім'ї. Воно включає щодо дорослих будь-який сексуальний акт або сексуальну поведінку, що нав'язується партнерці проти її волі; слід особливо звернути увагу, що стосовно неповнолітніх будь-які дії сексуального характеру визначаються як насильницькі.

Психологічне насильство – насильство, пов'язане з дією одного члена сім'ї на психіку іншого члена родини шляхом словесних образ або погроз, переслідування, залякування, приниження, що може завдати шкоди психічному здоров'ю. Воно має такі прояви: використання лайливих слів, крику, необґрунтованої критики травмує самооцінку партнера; вияв брутальності стосовно родичів, друзів партнера, їх образи з метою принизити партнера; спричинення шкоди домашнім тваринам, особистим речам партнера, щоб залякати; обмеження свободи дій і пересувань, спілкування партнера; крайні вияви ревності. Значне місце в психологічному насильстві належить погрозам фізичного насильства, позбавлення фінансової підтримки, розлучення або фізичної невірності, погрозам самогубства тощо. У психологічному насильстві можна виокремити вербальне та невербальне насильство, тобто таке, що може відбуватися взагалі без слів – дати жертві відчуття себе приниженою або тримати її в атмосфері страху за допомогою міміки, пози, поглядів, інтонацій.

Економічне насильство – умисне позбавлення одним членом сім'ї іншого члена житла, їжі, одягу та іншого майна чи коштів, на які постраждалий має передбачене законом право, що може викликати порушення фізичного чи психічного здоров'я.

Насильство над жінкою. Насильство в родині призводить до таких наслідків для жінки: спочатку, зазвичай, чоловік вимагає, щоб дружина покинула роботу. Отже, вона стає економічно залежною від нього; потім він ізолює її від друзів, рідних, забороняє спілкуватися з ними. Постійне психологічне насильство призводить до розладів сну й харчування; до проблем із концентрацією уваги (жінці важко зосередитися); до почуття безпорадності; до депресій, спроб самогубства та навіть психічних розладів (неврози, психотичні реакції тощо).

У разі фізичного насильства до цього слід додати тілесні ушкодження або каліцтво жертви, навіть смерть.

Що ж прив'язує жертву до насильника? Причини, що не дають змогу жінці піти від свого кривдника, як правило, утворюють цілі комплекси – від економічних до соціальних і психологічних.

Жінка часто матеріально залежна від чоловіка й потребує матеріальної підтримки для виховання дітей. На фоні загальної економічної скрути та масового безробіття вона може вважати себе беззахисною й економічно прив'язаною до чоловіка. Жінку може утримувати також неможливість знайти інше помешкання для себе та своїх дітей. Часто вона не хоче позбавляти дітей батька або вважає, що самій важко буде виховувати дітей. Зазначене вище пояснює, що консультування такої родини часто відбувається з використанням технік кризового консультування. У цьому разі слід з'ясувати, наскільки вірогідною є загроза життю та здоров'ю жінки.

Для цього сімейний консультант може орієнтуватися на виконання такого плану:

1. Визначити конкретні форми нападу, на які наражається жертва.

2. Вивчити тактику кривдника.
3. Оцінити небезпеку на поточний момент.
4. Розробити план забезпечення безпеки.

Н. Максимова пропонує такі елементи планування забезпечення безпеки. Щоб оцінити ступінь небезпеки, треба з'ясувати в жінки, чи боїться вона кривдника. Часто на це пряме питання жінка не дає чіткої відповіді. Тоді можна поставити дотичні питання, наприклад, чи змінює вона свою поведінку на вимогу чоловіка, навіть якщо вона не згодна з ним? Чи обмежує вона свої дії через те, що боїться чоловіка? Як часто вона підкоряється, аби уникнути суперечки? Треба уважно поставитися до таких обставин: жінка припинила зустрічатися з друзями або з членами сім'ї, бо її чоловік не хоче, щоб вона з ними бачилася; жінка боїться поскаржитися на кривдника, оскільки погрози чоловіка спрямовані на дітей (він погрожує позбавити її права виховувати дітей, говорить, що вкраде або вб'є їх); жінка має заляканий, знервований, хворобливий вигляд тощо. Слід пам'ятати, що дії кривдника можуть бути небезпечними й призвести до смертельного фіналу. Треба звернути особливу увагу на повторний характер нападів, на тактику кривдника, на зміни в його поведінці, на те, який вплив усе це має на дружину, як вона сама оцінює небезпеку ситуації.

Насильство над дітьми. Насильство над дітьми можна розглядати в рамках чотирьох категорій, одна з яких, хоча і не є насильством у прямому значенні цього слова, але також має шкідливий вплив на дітей. Співробітники правоохоронних органів, педагоги, соціальні працівники, психологи повинні мати базові знання про ці категорії:

- *Нехтування* – хронічна нездатність батьків забезпечити основні потреби дитини у відповідній їй віку турботі, їжі, одязі, житлі, медичному догляді, освіті, захисті та вихованні. Це ставлення – результат безвідповідальності дорослих. Воно варіюється від випадків, коли батьки залишають дитину одну вдома без догляду на декілька годин, поки вони працюють, до так званих випадків «один удома», коли дитина залишається без догляду, а батьки від'їжджають на вихідні або свята. Найгіршим варіантом є ситуація, коли батьки, хоча й присутні фізично, але не роблять того, що потрібно для забезпечення здоров'я дитини, безпеки та фізичного розвитку. Наприклад, коли дитина голодує чи утримується в холодному приміщенні, коли в неї немає відповідного до сезону одягу, можливості вчитися тощо.

- *Психологічне насильство.* Це поведінка батьків, яка наносить шкоду особистому розвитку дитини та її почуттю власної гідності. Психологічне насильство включає словесні нападки: постійну критику, приниження, образи, висміювання, кепкування, піддражнювання та відмову вислухати. Психологічне насильство – це нездатність виявити любов та надати підтримку й керівництво, необхідне для психологічного зростання та розвитку дитини.

- *Фізичне насильство.* Це фізичне травмування дитини, причому не тільки коли наявні його відповідні ознаки (синці, поранення, переломи тощо), а й такі різновиди фізичного насильства, коли ознаки неможливо виявити

одразу, оскільки вони проявляються пізніше (наприклад «синдром струшеної дитини», ураження внутрішніх органів, перекриття повітря тощо).

• *Сексуальне насильство.* До цієї категорії належать усі види сексуальних дій із дітьми, а також примушення дітей до сексу між собою. Сексуальне насильство та сексуальна експлуатація є одним із найтяжчих порушень прав дитини. За силою нанесених травм сексуальне насильство й сексуальна експлуатація прирівнюються до тортур і катування. Навіть якщо дитина із задоволенням сприймає хтиві дії дорослого, це все одно є сексуальним насильством. Кожна з цих категорій насильства може призвести до нанесення дитині фізичної або психологічної шкоди різного ступеня, що, зі свого боку, може стати причиною серйозної фізичної травми або навіть смерті.

Сімейне насильство над дітьми можна класифікувати за такими ознаками:

- залежно від стратегії кривдника: явне та приховане (непряме);
- за часом: те, що відбувається зараз, і те, що трапилося в минулому;
- за тривалістю: одноразове чи багаторазове, яке триває роками.

Зазвичай дитина-жертва страждає одночасно від кількох видів насильства. Так, інцест неминуче супроводжується руйнуванням сімейних стосунків і довіри в родині, маніпулятивними відносинами, а часто й залякуванням із боку кривдника, що кваліфікується як психологічне насильство. Складовою частиною практично всіх видів насильства є психологічне насильство. Часто діти добровільно погоджуються на ті або інші сексуальні дії, оскільки, наприклад, відчувають довіру й любов до кривдника, страх утратити його прихильність. На початковому етапі розвитку інцестних стосунків вони не видаються дитині насильницькими, все починається зазвичай із приємного фізичного контакту – дотиків, погладжуваль – і лише пізніше ці дії набувають усе більш сексуалізованого характеру. Маленькі діти можуть вважати, що такі стосунки є нормальними й прийнятними між люблячим дорослим та дитиною. Якщо діти й розуміють неправильність того, що відбувається, – вони не хочуть утрачати те емоційне тепло, яке отримують від гвалтівника в обмін на згоду та мовчання. Збереження дитиною таємниці може забезпечуватися за допомогою погроз і дезінформації. Як правило, кривдник не застосовує фізичної сили, але може загрожувати побиттям або смертю самій дитини чи людині, яку дитина любить. Сексуальне насилля над дітьми включає й окремі одноразові випадки, і постійне насильство, що повторюється протягом багатьох років.

Коли мати виявляє, що чоловік вступив у статеві стосунки з її дитиною, вона наражається на складний вибір:

- Чи повинна вона захистити дітей і віддати батька під суд, коли при цьому діти втратять батька й знатимуть, що «мама посадила тата до в'язниці»?
- Або їй слід подати на розлучення та зруйнувати сім'ю, що спричинить інші тяжкі наслідки (зниження рівня життя, переїзд, страх перед тим, що батько може помститися)?

• Або їй краще мовчати і робити вигляд, що нічого не відбувається? Ставлення матері до того, що батько чи вітчим вступив у сексуальні стосунки з дитиною, є ключовим у виборі подальших дій сімейного консультанта.

Викриття факту насильства. Найчастіше факт насильства розкривається, коли дитина сама зважується розповісти про нього. Зазвичай уперше дитина розповідає про це своєму одноліткові, рідше – родичам та іншим дорослим. Діти можуть робити двозначні заяви, наприклад, «про іншого маленького хлопчика, якого я знаю», описуючи власну ситуацію стосовно цієї придуманої дитини; роблять натяки близьким друзям, учителям, сусідам. Підлітки можуть іти з дому без очевидної на те причини, можливо, сподіваючись, що хтось запитає їх про причини й переживання, які призвели до цього. Це також є сигналом небезпеки, який повинен привернути увагу дорослих. Батьки можуть свідомо спростовувати наявність насильства над дитиною. Це обумовлюється тим, що вони самі втягнені в ситуацію насильства й можуть бути її прямими винуватцями. Тому інформація від батьків не може вважатися достатньою, особливо якщо вона суперечить свідченням дитини чи тим порушенням у її поведінці, які уможливають припущення наявності насильства. У дисфункційних сім'ях діти менше психологічно захищені від травматичних ситуацій. Батьки в таких родинах набагато частіше намагаються применшити або приховати травматичний досвід своєї дитини.

Психологічними наслідками фізичного насильства стає формування недовіри до дорослих та до навколишнього світу взагалі. Дитина починає боятися проявляти активність і самостійність у дослідженні довкілля. Це різко гальмує її психічний розвиток. Залежно від особливостей темпераменту дитини порушення її емоційного стану починають проявлятися у вигляді порушень поведінки: – діти із сильним типом нервової системи демонструють агресивну поведінку, що спрямована на однолітків, ламають іграшки та намагаються ототожнити себе з агресором: «Усі справжні чоловіки повинні добре битися», «Правда за тим, хто сильніший»; – діти зі слабким типом нервової системи відчувають сильну тривогу навіть у безпечних ситуаціях, вони скаржаться на страхи, бояться казкових персонажів та реальних людей. Діти цього типу часто плачуть, уникають спілкування з однолітками й бояться незнайомих дорослих.

Наслідки сексуального насильства, пережитого дитиною, значною мірою визначаються віком дитини.

Найбільш загальними симптомами, що залежать від віку, є:

– для дошкільників – тривога, страхи, спутаність почуттів, почуття провини, сорому, відрази, зіпсованості, безпорадності, у поведінці відзначаються регресія, відстороненість, агресія, сексуальні ігри, мастурбація, порушення сну, утрата апетиту;

– для дітей молодшого шкільного віку – амбівалентні почуття стосовно дорослих, страх, почуття провини, сорому, відрази, зіпсованості, недовіра до світу, зниження здатності до концентрації уваги. У поведінці відзначається

відстороненість від людей, погіршення навчання, агресивність, мовчазність або несподівана балакучість, сексуальні дії з іншими дітьми;

– для дітей 9–13 років – ті самі прояви, що й у молодшого дошкільника, а також депресія, почуття втрати відчуттів, у поведінці простежується ізоляція, маніпулювання іншими дітьми з метою отримання сексуального задоволення, суперечлива поведінка;

– для підлітків 13–18 років – відраза, сором, провина, недовіра, амбівалентні почуття стосовно дорослих, сексуальні порушення, несформованість соціальних ролей і власної ролі в сім'ї, почуття власної непотрібності, спроби суїциду, утечі з дому, агресивна поведінка, непослідовність і суперечливість поведінки. Порушення, що виникають після насильства, зачіпають усі рівні функціонування людини. Вони спричиняють стійкі особистісні зміни, які перешкоджають здатності дитини реалізувати себе в майбутньому.

4. Криза «зустрічі зі старістю» та особливості психосоціальної підтримки людей похилого віку.

У сучасному світі збільшується чисельність людей похилого віку серед населення багатьох країн, що пов'язано зі зростанням середньої тривалості життя. Люди похилого віку розглядаються світовим співтовариством як позитивний фактор, а не як тягар. Саме тому сучасне розуміння старіння поєднує ідеї повноправної участі людей похилого віку в житті суспільства і турботу про них. Водночас проблема старіння на сьогоднішній день стоїть досить гостро, вона спрямована на пошук шляхів ефективного використання існуючих соціальних структур, психологічних процедур і ресурсів з метою поліпшення умов життя та самопочуття людей похилого віку.

Криза «зустрічі зі старістю». Відповідно до документів ООН та Міжнародної організації праці (МОП) літніми вважаються особи у віці 60 років і старші. Саме цими даними, як правило, керуються на практиці, хоча вік виходу на пенсію в більшості розвинених країн – 65 років, а в Україні поки що 60 і 65 років відповідно для чоловіків і жінок.

Отже, люди похилого віку (ЛПВ) – це генерація осіб старшого віку, до якої, у відповідності до класифікації ВООЗ, належать люди віком від 60 до 74 років, до старих – у віці 75-89 років, до довгожителів – люди у віці 90 років і старші.

Старіння можна розглядати як процес, який складається з трьох компонентів: біологічне старіння – зростання вразливості організму та зростаюча ймовірність смерті; соціальне старіння – зміна паттернів поведінки, статусу, ролей; психологічне старіння – вибір способу адаптації до процесів старіння, нових стратегій подолання труднощів. Ми свою увагу зосередимо на двох останніх типах старіння, точніше – на їх наслідках. Зазначимо, що відповідно до теорії Е. Еріксона, старість є кінцевою стадією життєвого розвитку.

Криза, що переживається у цей період, знаменує собою завершення попереднього життєвого шляху, а вирішення її залежить від того, як цей шлях був пройдений з погляду людини, котра переживає кризу. На думку Е. Еріксона, основне завдання старості – досягнення цілісності, усвідомлення та прийняття прожитого життя, як внутрішньо необхідного та єдино можливого. Цілісність ґрунтується на розумінні того, що життя відбулося і в ньому вже нічого не можна змінити. Мудрість полягає у прийнятті власного життя цілком, зі всіма його злетами і падіннями, у відсутності гіркоти з приводу неправильно прожитого життя і неможливості почати все спочатку.

Дж. Пек вважає за необхідне окреслити **підкризи даного періоду**:

Перша – це переоцінка свого «Я» – після виходу на пенсію та втрати соціальних ролей людині потрібно побачити своє «Я».

Друга підкриза передбачає прийняття погіршення здоров'я та старіння; літній людині необхідно змиритися з деяким нездоров'ям і пристосувати своє життя до змін.

Третя підкриза змушує людину підійти до роздумів про власний відхід із цього життя.

У кризі виокремлюють **дві основні лінії**:

- 1) необхідність прийняття завершення власного існування;
- 2) прийняття необхідності виконати ті життєві завдання, які не виконувалися упродовж прожитих років.

У разі успішного розв'язання кризи у літніх людей змінюється установка на власне життя в період старості. Зникає установка на старість як на період спокою та відпочинку. Старість починає сприйматися як період серйозної внутрішньої роботи і внутрішнього руху.

Особливості кризи старіння. Будь-якій людині важко допустити у свідомість думку про завершення свого життя на землі. Саме тому у літніх людей часто можна спостерігати неприйняття самої старості. Однак прояви старіння багато хто прагне розглядати як симптоми хвороби. Тому так багато часу витрачається на лікування, дотримання приписів лікарів. Іноді основним заняттям пенсіонера стає боротьба зі старінням. У деяких людей може знизитися загальний фон настрою, він частіше стає пригнічений, сумний без наявності для цього об'єктивних підстав. На питання «Як ваш настрій?» літня людина може відповідати: «Нормальний, як завжди. Особливо хорошим у мене ніколи не буває».

Щодо *фізичного самопочуття людини похилого віку*, то у віці 50-65 років у 40,2% осіб виявляють 4-5 хвороб, а у віці 75 років і старше 65,9% літніх людей мають більше 5 хвороб. При цьому слід враховувати, що навіть одне хронічне захворювання (неважливо, в якому віці воно набувається) призводить до так званих «неврозоподібних станів» та до болучої деформації характеру, аж до психопатії. Людина відчуває себе слабкою, покинутою, самотньою. У зв'язку із цим значна частина ЛПВ потребують спостереження та лікувальної корекції у психіатра чи психотерапевта.

Поглиблює кризу і *десексуалізація літніх*, що проявляється у нівелюванні статевих відмінностей в одязі, поведінці. Різні розмови на сексуальну тему різко, іноді агресивно відкидаються.

Велике значення має *психічне здоров'я*, зокрема ставлення до власної старості, а також знання того, які психічні зміни можуть відбуватися в процесі старіння.

Кожна літня людина проживає непросте життя (важко уявити людину, яка дожила б до 60 років, не зазнавши ні страждань, ні стресів). Проте в особливо тяжкому становищі перебувають люди похилого віку в сучасній Україні, які пережили цілу низку глобальних соціальних катаклізмів. Найстрашніше для людини (після втрати ілюзій юності) – пережити крах усіх своїх внутрішніх цінностей, втратити все те, на що орієнтувався. У зв'язку із цим ЛПВ становлять собою величезну армію соціопатів.

Особливу увагу слід звернути на *страхи людей похилого віку*. Дослідники описують посилення страхів біологічного типу, пов'язаних із наростаючою безпорадністю і процесами в'янення функцій власного організму. Наступне, що можна відзначити, це або категоричне уникнення людьми немолодого віку теми смерті, або постійне звернення до неї у формі «скоріше б померти, вже набридло жити» і т. д. В силу старіння деформується і характер літньої людини. Ця деформація становить собою досить складний процес (як людина жила, так вона і старіє).

До пори до часу всі працюючі зберігають риси характеру, що сформувалися під впливом сім'ї, найближчого оточення. Однак з віком з'являється *професійна деформація характеру*, так звана акцентуація певних рис характеру – гарячковості, вразливості, тривожності, педантичності, вразливості, емоційної лабільності, істеричності, замкнутості, виснажливості, прискіпливості, несправедливих оцінок своїх учинків і вчинків оточуючих, регрес розумових здібностей. А якщо літній людині довелося ще поховати рідних і близьких, особливо своїх дітей або чоловіка, навряд чи її психіка і характер можуть залишитися «нормальними».

Розглядаючи *соціальне функціонування людей похилого віку* слід звернути увагу на те, що люди похилого віку часто скаржаться на самотність, проте самі ж і прагнуть усамітнитися, рідко заводять знайомства. Самотність у старості – поняття, далеко не однозначне і, власне кажучи, має соціальний зміст: самотність як соціальний стан, що відображає психофізичний статус літньої людини, який ускладнює налагодження нових і підтримання старих контактів і зв'язків; самотність як відсутність родичів, дітей, онуків, подружжя, а також окреме проживання від молодих членів родини; самотність як повне позбавлення людського спілкування для багатьох старих людей, які мешкають у родині; самотність як самотійний спосіб життя – фізичний стан, що активно обирається самою особистістю з огляду на свій характер і психічне здоров'я на основі прагнення відгородитися від оточення, бажання захистити свій спосіб життя, внутрішній світ, незалежність і стабільність від вторгнення сторонніх і навіть близьких родичів. Суб'єктивне почуття самотності та

самоізоляція викликає стан глибокої незадоволеності життям і нерідко служать причинами самогубства людей похилого віку.

Суттєвим аспектом кризи є *депривація домагання на визнання* у багатьох літніх людей. Це наслідок того, що втрачаються основи зовнішнього визнання: статус, матеріальний достаток, зовнішній вигляд. Також літній людині доводиться по-новому організувати свій час.

Ще одна проблема – це *спілкування немолодого покоління*. У літнього подружжя може зростати конфліктність спілкування через загострення їх власних особистісних рис у старості, через різне ставлення до членів сім'ї. Але найбільш поширеними стають конфлікти між поколіннями. Може відбутися зміна ролей: діти займають батьківську опікунсько-заборонну роль.

Окрему проблему для багатьох людей похилого віку становлять питання *адаптації до виходу на пенсію та професійного росту*. При чому люди, які перед виходом на пенсію мали широкі та активні інтереси поза своєю професією, улюблене заняття, на яке їм завжди не вистачало часу, краще прилаштовуються до особистої свободи. Вихід на пенсію легше переносять жінками, ніж чоловіками. Це пов'язано з тим, що вихід на пенсію жінок, зайнятих домашніми обов'язками, веденням господарства, вихованням дітей, сприймається ними як серйозне полегшення та задоволення. Як катастрофа, вихід на пенсію розцінюється лише тими жінками, які відмовилися від сімейного щастя заради кар'єри. Водночас чоловіки в цілому гірше прилаштовуються до виходу на пенсію, так як вони занадто сильно звикають до професійної діяльності, відкладаючи на майбутнє реалізацію сімейних і соціальних ролей.

Таким чином, можна зробити висновок, що людина похилого віку психологічно часто не готова і не навчена переживати такого роду стреси. А те, чого вона боїться від старості, те вона й отримує.

Етапи психосоціальної підтримки людей немолодого віку. Характерні особливості кризи людей похилого віку слід враховувати при розробці моделі психосоціальної допомоги у кризовій ситуації літнім людям. Вона може включати низку логічно послідовних етапів, дотримання яких дозволяє здійснювати комплексну і систематичну роботу в тій чи іншій кризовій ситуації. До розгляду цих етапів перейдемо далі.

Перший етап – початковий. Його метою є вивчення психологом особливостей особистості людини немолодого віку та встановлення напрямків консультативної роботи з нею. Основними завданнями на цьому етапі є встановлення контакту з літньою людиною, отримання відомостей про її життя, пошук нових орієнтирів (формування позитивного образу старості як часу для щастя, розвитку внутрішнього спокою, обговорення всього хорошого, що є в актуальній життєвій ситуації).

Другий етап – формування позитивного образу старості. Цей етап можна розпочинати, коли людина немолодого віку має вже певну енергію для змін, розуміє старість як час для щастя, розвитку, внутрішнього спокою.

Завдання, які повинен ставити перед собою психолог: змінити погляд людини на старіння, який сформувався упродовж її всього минулого життя, співпрацювати з родичами. Це можна здійснити через обговорення листів, щоденників, оповідань про літніх людей, задоволених своїм життям. Необхідно мати на увазі, що багато в чому погляд людини на власне старіння визначається тим, як старіли її батьки. Потрібно при можливості звільнити людину від старих схем, що вже саме по собі змінить процес старіння. Особливої важливості набуває дискусія на тему щастя в старості, обговорення всього того доброго, що є в актуальній життєвій ситуації літньої людини: можливість спілкуватися з друзями по телефону, наявність квартири тощо. У роботі з літньою людиною особливо слід зупинитися на радості як джерелі здорової нормальної старості. Для літніх людей дуже важливе відчуття власної потрібності, тому обговорювання цієї позиції особливо необхідне. Тут важлива тонкість і винахідливість спеціаліста, щоб відштовхнутися від реальної життєвої ситуації людини. При цьому увага акцентується на тому, що потрібність літніх відрізняється від потрібності молодих. Не слід проявляти свою потрібність звичними способами.

Третій етап – кінцевий. Завдання: необхідно зупинитися на специфіці взаємин спеціаліста та літнього клієнта, які у деяких ситуаціях можуть ускладнювати процес психосоціальної допомоги, а також на організації дозвілєвої діяльності та пропаганді здорового способу життя серед людей немолодого віку. По-перше, може спостерігатися повна ідеалізація консультанта його клієнтом аж до обожнювання. За цим може стояти уявлення про те, що фахівець може вирішити всі проблеми за клієнта. Можливе перенесення на психолога ролі сина (дочки), причому такі подання можливі у бездітних, які безнадійно мріяли мати дитину. Іноді клієнт щодо консультанта виявляє агресію, за якою може стояти сильний страх смерті. Спеціаліст теж може відчувати суперечливі почуття. Він може відчувати невпевненість і залежність від клієнта як від імені більш старшого. Для багатьох клієнт є приви́дом власного майбутнього.

Діагностика особистості та життєдіяльності літніх людей.

Психосоціальну діагностику на початковому етапі роботи з ЛПВ можна здійснюється за такими напрямками:

1. Діагностика соціально-психологічного клімату сім'ї немолодої людини.
2. Вивчення інтересів людей похилого віку, їх зайнятості.
3. Діагностика соціально-ціннісних якостей особистості (соціальний педагог).
4. Діагностика характерологічних особливостей літніх людей.
5. Виявлення задоволеності життям – оцінка своєї біографії, психічний стан (психолог).
6. Вивчення стану здоров'я людей похилого віку.

У процесі реалізації завдань діагностики можна використовувати низку загальновідомих методик, які представлені. Так, отриманню інформації про

життя літньої людини може сприяти тест «Дім. Дерево. Людина», а вивченню особливостей самооцінки життєвої ретроспективи – методика «Автопортрет» П. Ржічана. Психічний стан людини похилого віку можна оцінити за допомогою тесту «Шкала самооцінки» Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна, «Методики діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою». Кризові стани допоможуть виявити: опитувальник «Шкала депресії», адаптований Т. І. Балашовою (для диференціальної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, в цілях попередньої, долікарської діагностики) або «Методика диференціальної діагностики депресивних станів Зунге», «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності» Д. Рассела та М. Фергюсона, «Методика визначення самооцінки психічних станів» за Г. Айзенком.

Для вивчення ступеня адаптації в літньому віці можна використати «Методику діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда». Тут підраховується інтегральний показник «адаптації», який включає в себе результати за двома шкалами: адаптивність та дезадаптованість.

Для вивчення мотиваційно-потребового компоненту особистості можна застосувати варіант методики «Незакінчені речення», адаптованої на основі методики Дж. Нюттена для людей похилого віку.

Технологія бесіди з клієнтом літнього віку.

Особливе місце на початковому етапі роботи з має також проведення діагностичноконсультативної бесіди. Бесіда з клієнтом найбільш точно може бути визначена як комунікація (спілкування) або взаємодія.

При проведенні бесіди необхідно дотримуватися низки вимог:

– відразу інформувати клієнта про тривалість бесіди; починати бесіду після того, як клієнт зрозумів ситуацію; намагатися бути доброзичливим, щоб створити вільну невимушену атмосферу;

– постаратися побачити ситуацію очима клієнта; усвідомити небезпеку винесення суджень, а не прийняття людини такою, яка вона є;

– розвивати навички соціального спілкування, наприклад, посміхнутися, щоб допомогти спілкуванню, спочатку уникати питань, на які можна відповісти «так» або «ні»; не домислювати за клієнта; не надто поспішати, не метушитися і навчитися справлятися з паузами і мовчанням клієнта (зазвичай це час, коли клієнт напружено думає).

Кожна бесіда-знайомство повинна мати чітку схему, тобто початок, середину, кінець; подальші бесіди-зустрічі з клієнтом повинні базуватися на змісті попередньої, при цьому можна використовувати письмовий чи відеозапис. Кожна бесіда повинна фіксуватися на певній проблемі, зокрема, дослідження образ клієнта, його взаємин і т.д.

Психолог намагається зрозуміти думки й почуття клієнта; намагається вселити в клієнта почуття надії, що він впорається із ситуацією; демонструє методи і форми роботи. Важливо і правильно провести саму бесіду. Запитання з підозрою або у звинувачувальній манері, і не зацікавленим або

недоброзичливим тоном, викличе у клієнта почуття страху і недовіри. Слова тут менш важливі, ніж тон і манера промовця. Постановка великої кількості питань може виглядати як допит, а надто мало питань може перешкодити виявити важливі моменти. Іншим бар'єром могут стати занадто часті запитання, що починаються з «чому», оскільки вони вимагають від клієнта пояснення ним своєї поведінки, а отже до зайняття ним оборонної позиції. Краще починати питання зі слова «що». Наприклад, замість того, щоб запитати літню жінку, чому вона боїться виходити з дому, краще запитати: що, на її думку, може відбутися, якщо вона вийде з дому. Стимулюють відступ клієнта від звичайної схеми поведінки й розгляд нових можливостей питання типу: «Можливо, це неправильно, але...», «Я не зовсім зрозумів ...» та ін. Гіпотетичні питання типу: «А що було б, якщо ...?» дозволять ще більше прояснити ситуацію.

Метод бесіди може включати в себе такого роду запитання: «Ваш вік?», «Яка у Вас освіта?», «Де і ким Ви працювали до виходу на пенсію?», «Розкажіть про свою сім'ю?», «Як Ви вважаєте, що змінилося на краще чи на гірше у Вашому житті після виходу на пенсію?», «Чим Ви вважаєте за краще займатися у вільний час?».

Також можна використати опитування для визначення задоволеності життям людей похилого та старечого віку. Цей метод заснований на словесному звіті випробуваного. *Такий самоперевірки допоможе тест:*

1. Чи часто Ви думаєте, що ви старі і вже ні на що не здатні, що ви не впораєтеся із жодною серйозною роботою?

2. Чи дозволяєте Ви своїм домашнім поводитися з вами невічливо? Називати вас бабкою, «старою» і щось у такому ж дусі?

3. Чи залежите Ви від чужої думки та критики, легко погоджуєтеся з низькою оцінкою ваших чеснот?

4. Чи завжди Ваші порівняння себе з ровесниками не на «вашу користь»?

5. Чи намагаєтеся Ви приховати свій вік за допомогою спортивних костюмів, капелюхів, капелюшків, модних кепочок, перефарбовуєте волосся або зачісуєте його на лисину?

Якщо літня людина на всі п'ять питань відповідає негативно, то у неї відмінна самооцінка. Це означає, що вона бадьора і впевнена у своїх силах. Чим менше «ні» – тим нижча самооцінка. Залежно від отриманих результатів у ході подальшої бесіди необхідно сприяти підвищенню самооцінки людини похилого віку. Самооцінка в літньому віці має тенденцію до зниження за рахунок зменшення зовнішніх чинників отримання визнання. Для її підвищення можна докладно розглянути соціальні, сімейні досягнення дітей і онуків, пояснивши клієнту, що без його участі це б не відбулося. Іноді більш швидким способом підвищення самооцінки є так звана ідентифікація зі своїм поколінням. Необхідно разом із літньою людиною розглянути здобутки її покоління, яке, наприклад, зуміло пережити голод, війну, а також справжню силу – можливість пристосуватися до важких умов, зберегти світлий розум, прагнення допомагати оточуючим тощо.

Основні форми психосоціальної роботи з людьми похилого віку.

Проведена діагностично-консультативна бесіда зорієнтує клієнта у можливостях виходу із кризової ситуації, у *формах психосоціальної роботи з літньою людиною*. Пропонують такі з них:

1. Психологічне просвітництво. Ця форма роботи передбачає масове навчання за спеціальною літературі (брошури, пам'ятки). У цій літературі може бути представлена інформація про особливості літнього віку, про основні труднощі, з якими може зіткнутися людина при виході на пенсію. Ця форма найбільш доступна, але неможливість індивідуального підходу знижує її ефективність. Щоб фізичні та духовні можливості людини реалізувалися гармонійно, у психосоціальній роботі важливим напрямом може стати пропаганда здорового способу життя з таких питань: особливості програми реабілітації здоров'я жінок після шістдесяти років; анатомо-фізіологічні особливості людини в літньому віці; дихальна гімнастика для осіб похилого віку; уроки тибетської медицини; раціональне харчування для збереження і відновлення молодості; загартовування у «третьому віці»; лікування точковим масажем; як опанувати життєвою енергією і вміти спрямувати її правильно; таємниці природного оздоровлення, внутрішня гігієна тіла, кроки до очищення організму.

2. Консультування передбачає організацію індивідуальних консультацій з різних питань підготовки до виходу на пенсію; основною перевагою даного методу є індивідуальний підхід і усна форма подачі матеріалу. У процесі консультування з'являється можливість розширити уявлення ЛПВ про спосіб життя на пенсії, а також допомогти вирішити різні психологічні проблеми, які можуть ускладнити процес адаптації до пенсії. Людям похилого віку, котрі звертаються на Телефон Довіри з проблемою самотності, можна запропонувати прийти в психологічний центр на додаткову діагностику.

У ході консультативної бесіди, насамперед, необхідно підвищити загальний фон настрою людини. З цією метою запропонувати літній людині принести альбом своїх фотографій. Розглядання фотографій, розповіді про події, зображені на фотографіях, не тільки піднімуть настрій, але і дозволять консультанту досить швидко встановити контакт з літньою людиною. Крім того, при правильно розставлених акцентах консультант може підвести клієнта до усвідомлення значущості прожитого, важливості зробленого, цінності досягнутого. Навіть якщо літню людину засмутить розглядання фотографій близьких, які вже пішли із життя, вона почне плакати над фотографіями, то все одно в цілому, так звана альбомна терапія дасть позитивний ефект. Також для стимуляції спілкування можна використовувати техніку колажу з кольорового паперу і тканини. В індивідуальній роботі доречно просити відобразити на малюнку той чи інший сюжет з життя літньої людини. Слід пам'ятати, що деякі з ЛПВ сприймуть малювання як «несерйозне заняття», однак багато-кому воно надасть можливість реалізувати те, що вони довго в собі «глушили», не надаючи значення особистісному

росту. Люди цієї вікової групи мають потребу в поверненні до минулого для того, щоб побачити зміст у власному житті. У процесі консультативної роботи з ЛПВ можна використати низку вправ.

Вправа 1. «Про що я до цих пір мовчав»

Мета: допомогти клієнту чітко побачити і заново продумати ті бажання та претензії, які до цих пір виражались лише непрямым чином.

Інструкція: «Як часто ми чинимо у відповідності з девізом: «Слово – срібло, мовчання – золото!». Іноді ця стратегія буває ефективною, а іноді є кроком, який може зруйнувати стосунки. Оберіть стосунки, які ви цінуєте та хочете бачити різноманітними і насиченими. Хто виступає у цих стосунках вашим партнером: ваш чоловік (дружина), дитина, колега, друг, хтось ще? Чи можете ви відважитись повідомити цій людині щось таке, що до цих пір залишалось невисловленим? Нерідко наше мовчання є, по суті, спробою бути тактовним і делікатним. Однак у житті цінується ще і спонтанність, відкритість, чесність. Чи можете ви зараз спромогтися написати комусь із значущих для вас людей листа, у якому повідомите щось таке, що до цих пір з якихось причин залишалось невисловленим? Для цього у вас є 20 хвилин».

Вправа 2. «Історія в листах»

Мета: впорядкування і структурування автобіографічного матеріалу, допомога клієнту в осмисленні важливих моментів у житті, проясненні передумов різних життєвих поворотів, рішень, криз, в усвідомленні їх сенсу.

Інструкція: Розкажіть у декількох листах про своє життя або розкажіть у листі про такий епізод вашого життя, до якого любите подумки повертатись. При цьому листи можна писати від особи різних авторів і звертаючись до різних адресатів, наприклад, до батька чи матері, дитини, кращого друга, керівника, підлеглого тощо. Для цього у вас є одна година.

3. Групова робота. Відбір і формування груп можна проводити з тих літніх людей, які характеризуються негативним ставленням до виходу на пенсію. Основна перевага цієї форми роботи – можливість підтримки постійних контактів між людьми, що живуть у безпосередній близькості один від одного. Вона створює передумови інтеграції майбутніх пенсіонерів у колективі, сприятливо впливає на процес адаптації. Найбільш прийнятними формами організації групової роботи є навчання пенсіонерів дозвільної діяльності, наприклад, створення клубів за інтересами, «Школи здоров'я», проведення тематичних вечорів, екскурсій, виставок.

4. Робота з родичами людей похилого віку. Даний вид роботи може бути організований за допомогою консультацій. Важливо пояснити родичам ЛПВ, що соціальна підтримка дозволяє літнім відчувати себе компетентними. Необхідна передача позитивних почуттів немолодим людям, при якій вони відчувають, що про них піклуються, їх цінують, поважають. Це є важливим чинником, що сприяє адаптації в пізньому віці.

Висновки

Діапазон проблем, що виникають після розлучення, досить широкий - від фінансових до догляду за дітьми. У вирішенні проблем суттєве місце посідає вміння жити без дружини (чоловіка) й переборювати самотність. Роль консультанта в цих обставинах може виявитися досить значною. Він повинен допомогти відрізнити самотність від усамітнення, відкрито аналізувати ставлення до сексу.

Насильство над дитиною в межах сім'ї має низку притаманних лише йому наслідків. Реалії сьогодення свідчать, що кривдника, який чинить насильство з чужою дитиною, набагато легше засудити й покарати, ніж того, хто чинить насильство у власній сім'ї. Проте для дитини – жертви сімейного насильства – ситуація гірша в багато разів. У найгірших ситуаціях дитина, яка залишається безпорадною у виборі між страхом насильства, що продовжуватиметься, і страхом відторгнення від сім'ї в разі оприлюднення фактів насильства, шукає виходу в суїциді.

Підводячи підсумки опису психосоціальної підтримки немолодих, слід підкреслити, що основа її – в перетворенні негативного образу старості в позитивний. Нові уявлення про старість, згідно В. Сатир, повинні виглядати так: «Чим старший я буду, тим більше часу зможу відвести своєму здоров'ю. Я стану мудрішим. Маючи час і бажання, я створю собі радісне, творче життя. Я зможу спробувати багато нового...»

Пам'ятаємо, що кожна зустріч з клієнтом – окрема історія, яка вимагає аналізу психологічної ситуації та суб'єктивних факторів – індивідуальності клієнта та фахового досвіду консультанта.

**ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ТА КРИЗОВЕ
КОНСУЛЬТУВАННЯ: КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ**

галузь знань: С «Соціальні науки, журналістика,
інформація та міжнародні відносини»
спеціальність С4 «Психологія»
освітньо-професійні програми «Психологія», «Кризова психологія»
перший (бакалаврський), другий (магістерський) рівні вищої освіти

УКЛАДАЧ:
завідувач кафедри психології, педагогіки та філології
Дмитро Приходько

Видається в авторській редакції

Адреса видавця:
ХДАК, Україна, 61057, м. Харків, Бурсацький узвіз, 4
тел. (057)731-13-85. e-mail: nmr-academy@xdak.ukr.education