ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ:

ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ КРИЗИ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

ТОМ 2

ОБСЄ Організація з безпеки та співробітництва в Європі
Координатор проектів в Україні

Міністерство соціальної політики України

УДК

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

Загальна редакція: Л. Царенко.

Колектив авторів: Л. Царенко, Т. Вебер, М. Войтович, Л. Гриценок, В. Кочубей, Л. Гридковець.

Загальне керівництво проектом: Л. Малогулко.

ISBN

У посібнику розглянуто питання організації психологічної допомоги різним верствам населення з метою подолання наслідків кризової ситуації в Україні, представлено основні напрямки соціально-психологічної підтримки постраждалих внаслідок психотравмівних подій. Багато уваги зосереджено на загальних положеннях та принципах психологічної реабілітації, обґрунтовано необхідність використання світових стратегій для створення вітчизняної системи психологічної реабілітації. Для психологів, соціальних працівників, педагогів, волонтерів, капеланів, студентів і викладачів вищих навчальних закладів та всіх, хто цікавиться питаннями реабілітаційної психології.

ОБСЄ Організація з безпеки та співробітництва в Європі
Координатор проектів в Україні

Україна, 01030, Київ,
вул. Стрілецька, 16
www.osce.org/ukraine

Видано за підтримки Координатора проектів ОБСЄ в Україні. У цій публікації висловлено виключно погляди авторів. Вони не обов'язково збігаються з офіційною позицією Координатора проектів ОБСЄ в Україні.

Усі права захищені. Зміст цієї публікації може безкоштовно використовуватися для освітніх та інших некомерційних цілей за умови посилання на джерело інформації.

©ОБСЄ, 2018

ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ:
ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ КРИЗИ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

т. 2

ЗМІСТ

Вступ 6

Розділ 1. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ПСИХОТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ (Людмила Царенко) 5

1.1. Керівні принципи МПК з психічного здоров'я та соціально-психологічної підтримки в надзвичайних ситуаціях 6

1.2. Рівні підтримки психічного здоров'я постраждалих у надзвичайних та екстремальних ситуаціях 14

1.3. Загальні принципи психологічної реабілітації постраждалих у надзвичайних та екстремальних ситуаціях 22

Запитання і завдання до розділу 1 32

Розділ 2. ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМИ: НЕВІДКЛАДНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА (Людмила Царенко) 33

2.1. Особливості переживання стресових і травмівних ситуацій 34

2.2. Психотравмівні наслідки перебування в екстремальній ситуації 43

2.3. Принципи та алгоритм надання невідкладної психологічної допомоги 51

2.4. Травмафокус – нейропсихотерапевтичний метод опрацювання психотравми (Т. Вебер) 55

2.5. Невідкладна психологічна допомога та самодопомога. Психологічні рекомендації 60

Запитання і завдання до розділу 2 75

Розділ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС ГОРЮВАННЯ (Марія Войтович) 77

3.1. Горе як природна реакція на втрату. Особливості процесу горювання 78

3.2. Психологічна допомога у випадку важкої втрати 87

3.3. Особливості дитячого горювання 93

3.4. Як пережити горе? Психологічні рекомендації 95

Запитання і завдання до розділу 3 96

Розділ 4. ПРИНЦИПИ НЕНАСИЛЬНИЦЬКОГО СПІЛКУВАННЯ ТА ВИРІШЕННЯ КОНФЛІКТІВ (Вікторія Кочубей) 99

4.1. Становлення методу ненасильницького спілкування 100

4.2. Практичне застосування методів ненасильницького спілкування. Підготовка медіаторів 106

Запитання і завдання до розділу 4 115

Розділ 5. МЕТОД «РІВНИЙ-РІВНОМУ» У ВЗАЄМОДІЇ УЧАСНИКІВ ГРУП ПІДТРИМКИ ТА ГРУП ВЗАЄМОДОПОМОГИ (Людмила Гриценок) 117

5.1. Особливості функціонування груп підтримки та груп взаємодопомоги 118

5.2. Взаємодія учасників діалогу за принципом «рівний-рівному» 131

5.3. Функціонування соціальних груп за принципом «рівний-рівному» в Україні 138

5.4. Як створити та підтримувати діяльність групи взаємодопомоги 158

Запитання і завдання до розділу 4 177

Глосарій (Людмила Царенко) 179

Додатки 195

Використані джерела 231

ВСТУП

За останні роки українці отримали величезний досвід нового переживання випробувань – переживання не наодинці, а допомагаючи одне одному. В другому томі посібника «Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи» представлено випробувані в світі, збагачені вітчизняним досвідом напрямки соціально-психологічної підтримки й допомоги, що сприяють посткризовому зростанню та позитивним змінам як постраждалих людей, так і суспільства загалом.

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

У другому розділі представлено методи психологічної підтримки, невідкладної психологічної допомоги та самодопомоги з метою стабілізації психічного стану у разі гострих проявів стресових розладів та посттравматичних кризових станів. Читачі також дізнаються про травмафокус – новий для України метод подолання наслідків психотравми.

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

У четвертому розділі викладено основи, базові принципи та історію становлення – у світі й в Україні – методу ненасильницького спілкування. За допомогою практичних вправ читачі зможуть не тільки освоїти комунікативні навички, необхідні для вирішення конфліктів, а й по-новому подивитися на природу конфліктів та на роль посередника у розв'язанні проблем.

Принципи організації та функціонування груп підтримки та взаємодопомоги за методом «рівний-рівному» і, що є особливо цінним, досвід функціонування груп взаємодопомоги в сучасних українських реаліях, подано у завершальному, п'ятому розділі посібника.

Розділ 1.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ПСИХОТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ

1.1. КЕРІВНІ ПРИНЦИПИ МПК З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

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

У важких ситуаціях [13] людина піддається впливу різних чинників: небезпеки, несподіваності, невизначеності, новизни; високої інтелектуальної і/або психофізичної складності; необхідності поєднання кількох видів діяльності й виконання декількох завдань; негативного групового впливу; несприятливих природно-кліматичних і часових умов; смислових розбіжностей або девальвації колишніх базових смислів і цінностей, що призводить до суттєвих енергетичних навантажень.

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

Ці поняття зазвичай вживаються як синонімічні, проте в деяких джерелах [32, 95] зазначається, що надзвичайні й екстремальні ситуації відрізняються між собою залежно від того, що є джерелом травмування. Ми також розрізнятимемо такі ситуації.

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

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

Конфліктну ситуацію на Сході України можна вважати екстремальною. Для окремих груп українців ця ситуація є **гіперекстремальною**, адже внутрішні навантаження, які вона ви-

кликає, часто перевищують людські можливості, руйнують звичну поведінку, можуть спричиняти небезпечні наслідки. Гіперекстремальні ситуації – несподівана втрата близької людини, полон, тортури, насилля (особливо, якщо є загроза життю чи цілісності), присутність при загибелі чи пораненні тощо, є завжди травмівними.

І екстремальні, й надзвичайні ситуації можуть стати психотравмівними для тих, хто їх переживає. **Психотравмівна ситуація / подія** – це будь-яка особисто значуща ситуація (явище), що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини і може, у разі недостатньої сформованості захисних психологічних механізмів, зумовити психічні розлади [69]. Психотравмівними вважаються події, що загрожують життю і фізичній цілісності людини: поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, побратимів, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства тощо.

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

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

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

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

Мета психологічної реабілітації:

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

Основними завданнями проведення психологічної реабілітації є:

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

Психологічна реабілітація передбачає **надання таких послуг**:

1) **психологічна діагностика** – оцінка актуального психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей отримувача послуг, контроль за його психічним станом, визначення потреб та оптимальних методів психологічної реабілітації;
2) **психологічна просвіта та інформування** – інформування отримувача послуг для формування розуміння закономірностей функціонування людської психіки, поведінки людей в екстремальних умовах, формування навичок і способів управління можливостями власної психіки, надання самодопомоги та першої психологічної допомоги іншим особам, а також готовності та бажання отримувати професійну психологічну допомогу в разі потреби;
3) **психологічне консультування** – комплекс короткострокових заходів, які здійснюються психологом, і спрямовані на надання отримувачу послуг інформації з психологіч-

них питань, емоційної підтримки, допомоги у прийнятті усвідомлених рішень та оцінці власних психологічних ресурсів для зміни поведінки, на розвиток відповідальності за власну поведінку, самосвідомості та зміну ставлення до проблеми, підвищення стресостійкості та психологічної культури;

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

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

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

У випадку екстремальної чи надзвичайної ситуації, здійснюючи заходи з психосоціальної підтримки, фахівці у різних країнах світу орієнтуються на «Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації» [35].

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

Комплексне реагування – це заходи, спрямовані на збереження психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, що проводяться на етапі стабілізації та раннього відновлення після надзвичайної (екстремальної) ситуації чи в умовах такої ситуації. До комплексного втручання вдаються тільки після того, як більшість місцевого населення отримує визначену Керівництвом мінімальну допомогу на місцях.

«Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації» створено з метою [35] допомоги гуманітарним організаціям і агентствам у плануванні, впроваджуванні й координуванні системи мінімального багатовекторного реагування, спрямованого на захист і поліпшення психічного здоров'я та соціально-психологічного благополуччя населення в умовах надзвичайної ситуації.

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

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

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

Психосоціальна підтримка – будь-яка форма місцевої або зовнішньої підтримки, спрямована на захист або сприяння психосоціальному благополуччю і/чи запобігання або лікування психічних розладів [9].

> **ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА** – ЦІЛЕСПРЯМОВАНА АКТИВНІСТЬ, СПРЯМОВАНА НА РОЗШИРЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ІНШОЇ ЛЮДИНИ В ЇЇ ОСОБИСТІСНОМУ Й СОЦІАЛЬНОМУ ФУНКЦІОНУВАННІ. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА МОЖЕ НАДАВАТИСЯ НА ПОБУТОВОМУ (ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА) ТА НА ПРОФЕСІЙНОМУ РІВНЯХ.

Відмінність професійної психологічної допомоги від неформальної психологічної допомоги полягає в тому, що фахівці [4]:

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

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

Правила – це норми поведінки, зафіксовані в законах, наказах, постановах як у загальнонаціональних, так і в межах певної корпорації чи професійної спільноти. В системі психологічної допомоги прийняті правила щодо реалізації тієї чи іншої форми допомоги (психодіагностики, психологічного консультування, психологічної просвіти, психотерапії тощо); існують вимоги стосовно того, хто і на якому рівні може надавати професійну психологічну допомогу, є правила допомоги дітям, родинам, етичні кодекси психологів тощо.

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

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

КЕРІВНІ ПРИНЦИПИ МПК У СИСТЕМІ МІНІМАЛЬНОГО РЕАГУВАННЯ В НАДЗВИЧАЙНІЙ СИТУАЦІЇ

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

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

2. УЧАСТЬ ГРОМАДИ

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

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

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

3. ПРИНЦИП «НЕ ЗАШКОДЬ»

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

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

4. ОРІЄНТУВАННЯ НА НАЯВНІ РЕСУРСИ І МОЖЛИВОСТІ	У потерпілих людей і громад є певні ресурси для підтримки психічного здоров'я і соціально-психологічного благополуччя. Ключовим принципом, починаючи з ранніх стадій надзвичайної ситуації, є зміцнення місцевого потенціалу, підтримка можливості самодопомоги, здатності до самостійного розвитку і зміцнення вже доступних ресурсів.
5. ІНТЕГРУВАННЯ СИСТЕМИ ПІДТРИМКИ	Всі заходи і програми необхідно максимально інтегрувати в загальну систему підтримки. Якщо надаються автономні послуги, наприклад, спрямовані виключно на роботу з жертвами сексуального насильства або з людьми з певним діагнозом, то є небезпека створити надмірно фрагментовану систему охорони здоров'я. До заходів, інтегрованих у ширші системи (наприклад, наявні механізми підтримки спільноти, офіційні чи неофіційні шкільні системи, загальні медичні послуги, загальні послуги в галузі психічного здоров'я, соціальні послуги тощо), як правило, долучається більше людей і вдається досягнути стійкіших результатів.
6. БАГАТОРІВНЕВІСТЬ	Цей принцип передбачає, що характер психосоціальної підтримки та психологічної допомоги визначається особливістю ситуації та потребами постраждалого населення.

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

Надзвичайні ситуації по-різному впливають на різних людей. Ключем до організації роботи з постраждалими після психотравмівних ситуацій є розробка багаторівневих систем підтримки психічного здоров'я та надання психологічної допомоги, що відповідають потребам різних груп. Усі рівні важливі, і в ідеалі мають реалізовуватись одночасно. Згідно з Керівництвом МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки [35], виділяють чотири рівні підтримки психічного здоров'я в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій (*див. рис. 1.1*).



Рисунок 1.1. **Піраміда інтервенцій з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації**

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

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

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

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

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

   У цьому разі необхідно:

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

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

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

Впровадження принципів Керівництва МПК потребує всебічної співпраці між різними гуманітарними організаціями. Прикладом конкретизації, запропонованої МПК Піраміди інтервенцій з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації, є створена у Запоріжжі в 2016 році Карта контактів організацій у системі інтегративної підтримки постраждалого населення (*див. додаток 1*).

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

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

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



Рисунок 1.2. **Піраміда інтервенцій з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки на етапі комплексного реагування після гострої фази надзвичайної ситуації**

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

Одним із принципів [70, 95] психологічної допомоги на етапі комплексного реагування, як і на етапі мінімального реагування, та в системі психологічної реабілітації, є

багаторівневість. Кожен рівень, на якому надається психологічна допомога, передбачає певні вимоги до місця надання, до підготовки тих, хто надає психологічну допомогу, вимоги до реалізації різноманітних заходів, різних форм **психологічної** допомоги, залежно від соціальної ситуації, потреб і стану постраждалих (*див. рис. 1.2*).

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

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

На кожному рівні (це стосується всіх етапів – і мінімального, й комплексного реагування, і психологічної реабілітації) постраждалі можуть потребувати невідкладної психологічної допомоги (комплекс заходів, що здійснюються у випадку гострої стресової реакції чи гострого переживання кризи. Мета втручання – стабілізація психічного стану, відновлення попереднього рівня функціонування, попередження розладів адаптації). Тому заходи з **невідкладної психологічної допомоги** ми не виділяємо як окремий рівень. Вони детально описані у другому розділі «Подолання наслідків психотравми: перша психологічна допомога».

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

Заходи на першому рівні здійснюються з метою:

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

Форми психологічної допомоги на першому рівні

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

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

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

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

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

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

   Психологічна просвіта здійснюється в індивідуальній, сімейній та груповій формах.

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

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

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

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

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

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

Форми психологічної допомоги на другому рівні:

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

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

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

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

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

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

Заходи на третьому рівні здійснюються з метою:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ЧЕТВЕРТИЙ РІВЕНЬ. КОМПЛЕКСНА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ.

На цьому рівні комплексна медико-психологічна допомога надається:

а) якщо людина з психотравмівним досвідом побажала отримати таку допомогу;

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

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

г) постраждалим із одним чи кількома такими розладами [93]:

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

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

1.3. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ В НАДЗВИЧАЙНИХ ТА ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ

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

Окрім зазначених керівних принципів МПК, **базовими принципами** системи комплексного реагування та системи психологічної реабілітації постраждалих внаслідок психотравмівних ситуацій можна вважати [70, 96]:

- ПРИНЦИП КОМПЛЕКСНОСТІ Й СИСТЕМНОСТІ
- РАННІЙ ПОЧАТОК ТА СВОЄЧАСНІСТЬ
- НАСТУПНІСТЬ ТА ПОСЛІДОВНІСТЬ
- ГНУЧКІСТЬ ТА ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД
- ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ТА АКТИВНА УЧАСТЬ ПОТЕРПІЛИХ У РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДАХ
- ОРІЄНТАЦІЯ НА ВНУТРІШНІ ТА ЗОВНІШНІ РЕСУРСИ
- ФОКУСУВАННЯ НА ПОСТТРАВМІВНОМУ ЗРОСТАННІ

ПРИНЦИП КОМПЛЕКСНОСТІ Й СИСТЕМНОСТІ

Складові принципу комплексності й системності:

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

Принцип комплексності передбачає поєднання біологічного, психологічного, соціального та духовного компонентів у реабілітаційному процесі та максимально широке використання різних методів реабілітації. Принцип комплексності у реабілітації людей із важкими захворюваннями відображено в пам'ятці військовослужбовцям «Алгоритм дій у разі виявлення захворювання на гепатит С» (*див. додаток 3*).

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

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

Санаторно-курортна реабілітація проводиться із застосуванням таких методів, як дихальні тренінги, масаж, мануальна терапія, бальнеологічна терапія, апаратна фізіотерапія, рефлексотерапія тощо.

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

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

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

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

В основі духовної реабілітації лежить орієнтація на вищі цінності та осмислення життя відповідно з ними; орієнтація на моральну (рос. – *нравственную*) та релігійну складову.

У межах християнства виділяють такі **принципи реабілітації** [59]:

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

Прикладом реалізації комплексного підходу до процесу оздоровлення та реабілітації є робота групи біологів з Інституту молекулярної біології й генетики НАН України під керівництвом А. І. Потопальського [30]. Учені відкрили й обґрунтували новий науковий напрямок покращення структури природних біологічно активних речовин з одержанням препаратів (зареєстровано більше 70 препаратів), які на молекулярному і генетичному рівні оздоровлюють і людину, й довкілля (тварин, рослин, комах).

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

- дотримуватися заповідей Божих Старого і Нового Заповіту;
- спілкуватися з духівником (священиком);
- сповідатися і причащатися;
- освятити житло;
- молитися вранці й увечері;
- молитися перед і після вживання їжі;
- вранці й на ніч вживати по кілька ковтків свяченої води;
- хреститися;
- дотримуватися встановлених церквою чотирьох загальних постів;
- поститися щотижня в середу й у п'ятницю;
- регулярно відвідувати храми;
- щоденно читати Євангеліє і псалми;
- відвідувати святі місця;
- на кожне починання просити Божого благословіння;
- намагатися завжди робити добро;
- позбавитися шкідливих звичок (злослів'я, сквернослів'я, переїдання, паління тютюну, вживання наркотиків, зловживання алкоголем);
- у разі хвороби соборуватися.

Комплексний підхід до організації психологічної допомоги реалізується шляхом співпраці фахівців у межах мультидисциплінарної команди [61].

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

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

Принципи роботи мультидисциплінарної команди:

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

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

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

Взаємодія членів мультидисциплінарної команди може відбуватися на трьох рівнях.

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

2. **Середній рівень (співпраця)**, коли в кожного члена команди своє навантаження, хоча частково воно може бути розподілене між іншими колегами. Члени команди багато співпрацюють, але не як єдина команда, а невеликими групами. Наприклад, під час соціального супроводу сімей відповідно до плану ведення випадку.
3. **Низький рівень (незалежність)**, коли члени команди працюють індивідуально, не співпрацюючи або дуже мало співпрацюючи одне з одним. Вони складають команду тому, що мають одного керівника, відвідують групову супервізію або працюють у тому ж приміщенні. Прикладом такої незалежної команди можуть бути волонтери різних консультаційних служб в одній організації (правове консультування, психологічне консультування, консультування сімейного психолога, консультування соціального працівника).

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

РАННІЙ ПОЧАТОК ТА СВОЄЧАСНІСТЬ

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

НАСТУПНІСТЬ ТА ПОСЛІДОВНІСТЬ

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

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

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

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

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

2. Пригадування травмівної події, оплакування.

   Мета: опрацювання травмівного досвіду для зменшення інтенсивності емоційного переживання.

3. Розпізнавання та переосмислення проблемних інтерпретацій.

   Мета: усвідомлювання та подолання проблемних способів мислення.

4. Відновлення зв'язку з повсякденним життям.

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

ГНУЧКІСТЬ ТА ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД

Щоб скласти ефективну індивідуальну програму реабілітації людини із посттравматичними стресовими та супутніми розладами, необхідно проаналізувати особливості життєвої ситуації потерпілого – медичний, психологічний, особистісний, професійний, духовний, соціальний та побутовий аспекти. У процесі надання психологічної допомоги враховується також характер розладу та стадія відновлення [16] (*див. табл. 1.1*).

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

СТАДІЇ ВІДНОВЛЕННЯ

Таблиця 1.1.

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

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ТА АКТИВНА УЧАСТЬ ПОТЕРПІЛИХ У РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРОГРАМІ

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

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

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

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

ОРІЄНТАЦІЯ НА РЕСУРСИ

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

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

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

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

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

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

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

ФОКУСУВАННЯ НА ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ ЗРОСТАННІ

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

ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ – ЦЕ ДОСВІД ПОЗИТИВНИХ ЗМІН, ЩО З'ЯВЛЯЮТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТІ БОРОТЬБИ З ВАЖКИМИ ЖИТТЄВИМИ КРИЗАМИ. СЬОГОДНІ ДОСЛІДНИКИ НАЙЧАСТІШЕ ОПИСУЮТЬ **PSYCHOLOGICAL RESILIENCE** (ПСИХОЛОГІЧНУ РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ, ПСИХОЛОГІЧНУ ПРУЖНІСТЬ, ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ, ЖИТТЄЗДАТНІСТЬ, СТІЙКІСТЬ ДО ТРАВМІВНИХ ВПЛИВІВ) – ЗДАТНІСТЬ ШВИДКО ВІДНОВЛЮВАТИ ФІЗИЧНЕ І ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ПІСЛЯ СТРЕСОВИХ І ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ.

Психологічна пружність характеризується:

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

Посттравматичне зростання сприяє розвитку, психологічній зрілості та самоактуалізації людини.

Ознаки зрілої особистості (за А. Маслоу) [85]:

- Адекватне сприйняття дійсності, свобода від впливу несуттєвих потреб, стереотипів, забобонів, інтерес до нового.
- Сприйняття себе та інших такими, як вони є, відсутність штучних, маніпулятивних форм поведінки і неприйняття такої поведінки зі сторони інших.
- Спонтанність проявів, простота й природність.
- Спрямованість на справу. Такі люди зазвичай зайняті не собою, а своїм життєвим завданням. Вони співвідносять свою діяльність із універсальними цінностями і схильні розглядати її під кутом зору вічності.

- Позиція відсторонення стосовно багатьох незначних подій допомагає спокійно переживати неприємності і менше підпадати під зовнішні впливи. Такі люди часто схильні до усамітнення.
- Автономія і незалежність від оточення; стресостійкість.
- Свіжість сприйняття: вміння знаходити щоразу щось нове у вже відомому.
- Пікові переживання, які характеризуються відчуттям зникнення власного Я.
- Почуття єдності з людством.
- Дружба з іншими зрілими людьми, зазвичай із небагатьма, стосунки з якими дуже глибокі, без проявів ворожості в міжособистісній взаємодії.
- Демократичність у стосунках. Готовність учитися в інших.
- Стійкі внутрішні моральні норми. Гостре відчуття добра і зла: орієнтованість на мету.
- Ставлення з гумором до життя й до себе (хоч негаразди і проблеми інших зріла людина ніколи не вважає смішними).
- Креативність, яка не залежить від того, чим людина займається.
- Критичне ставлення до культури, до якої вони належать: вибирається хороше і відкидається погане. Зрілі люди також часто відчувають, що вони представники людства в цілому, а не однієї культури.

Передумови для особистісної зрілості закладаються в процесі переосмислення травмівного досвіду, світу і себе у світі. Люди, що надають психологічну допомогу й підтримку, здійснюють психологічний супровід, можуть **сприяти посткризовому зростанню, дотримуючись певних правил** [17]:

1. Якщо орієнтуватися лише на хвороби та розлади, можна не помітити позитивних змін у житті людини.
2. Джерелом посттравмівного зростання є не травма, а сутність людини, її боротьба з випробуваннями та їхніми наслідками, осмислення того, що сталося.
3. Завжди пам'ятайте про можливість для зростання, але не вважайте, що зростання має обов'язково бути; якщо воно не проявляється, значить, людина неспроможна чогось навчитися зі свого досвіду.
4. Не нав'язуйте «зростання» людям із травмівним досвідом, не змушуйте їх думати, що вони зобов'язані зростати.
5. Помічайте прояви посттравмівного зростання, і коли вони появляються, приділяйте цьому належну увагу, віддзеркалюйте їх. Це допоможе людині помітити й інші позитивні зміни.
6. Якщо таким чином спілкуватися з людиною, в якої є травмівний досвід, то вона зрозуміє, що важливо говорити не лише про негативні, а й про позитивні зміни.

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 1

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Як Які форми психологічної допомоги доцільно застосовувати на різних рівнях підтримки психічного здоров'я в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій?
2. Як відрізняється психологічна допомога в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій та на етапі комплексного реагування?

ЗАДАЧА

1. Які принципи соціально-психологічної підтримки в надзвичайних та екстремальних ситуаціях?
2. Назвіть рівні підтримки психічного здоров'я в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій.
3. Назвіть рівні підтримки психічного здоров'я на етапі комплексного реагування.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайній ситуації. Київ : Унів. вид-во Пульсари, 2017. 216 с.
2. Попович Л. Жестокое обращение и пытки, последствие и помощь. Москва, 2010. 88 с.

Розділ 2.

ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМИ: ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

2.1. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСОВИХ І ТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ

СТРЕС [32, 43, 75] – ЦЕ ЗАХИСНА РЕАКЦІЯ ОРГАНІЗМУ НА РІЗНІ ПОДРАЗНИКИ, ЯКА ДОПОМАГАЄ ЛЮДИНІ АДАПТУВАТИСЯ ДО УМОВ, ЩО ЧАСТО ЗМІНЮЮТЬСЯ. РЕАКЦІЯ НА ФІЗИЧНІ ВПЛИВИ ЗОВНІШНІХ ЧИННИКІВ, ЩО ВИКЛИКАЮТЬ УШКОДЖЕННЯ, ОПІКИ, ОТРУЄННЯ, ЗАХВОРЮВАННЯ ТОЩО, НАЗИВАЄТЬСЯ **ФІЗИЧНИМ СТРЕСОМ**. А РЕАКЦІЯ, СПРЯМОВАНА НА ЗАХИСТ ВІД ВПЛИВУ ПСИХІЧНИХ ЧИННИКІВ, ЩО ВИКЛИКАЮТЬ СИЛЬНІ ЕМОЦІЇ – ЦЕ **ЕМОЦІЙНИЙ АБО ПСИХІЧНИЙ СТРЕС**.

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

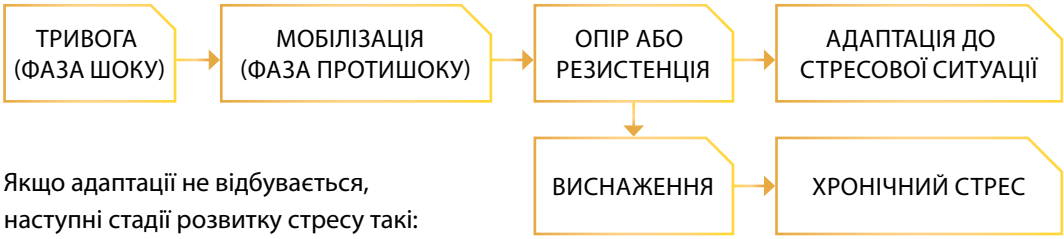
Стадії адаптації організму до шкідливого впливу були описані німецьким фізіологом Гансом Сельє [86] ще в 1936 році. На його дослідження до цього часу посилаються, коли йдеться про ситуації, до яких потрібно пристосовуватися.

Стресова ситуація [32, 43, 75] характеризується суттєвими фізичними і психічними навантаженнями, різноманітними сильними подразниками, що порушують звичний перебіг життя (нещастя, зневажливе ставлення, незаслужені образи, неправда, втрати, несподівані перепони) або браком подразників (монотонність, самотність, брак руху, інформації, ізоляція тощо).

Стресові чинники [76], характерні для екстремальної ситуації:

- підвищений рівень потенційної загрози для життя;
- тривале виконання напруженої діяльності;
- тривале пригнічення основних біологічних і соціальних потреб;
- різкі й несподівані зміни умов життєдіяльності і професійної діяльності зокрема;
- важкі екологічні умови;
- відсутність контактів із близькими;
- проблеми в родині;
- неможливість змінити умови свого існування;
- інтенсивні й тривалі міжособистісні конфлікти;
- підвищена відповідальність за свої дії тощо.

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



Якщо адаптації не відбувається, наступні стадії розвитку стресу такі:

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

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

Ознаки хронічного стресу [86]:

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

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

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

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

Ця особливість травмівного стресу відображена у 5-му виданні DSM-5 (Американська психіатрична асоціація [APA], 2013) [9], де **психотравма** визначається як «експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства в один (чи більше) з таких способів: (1) безпосереднє переживання травмівної події (подій); (2) перебування свідком подій, які трапилися з іншими; (3) знання того, що травмівна подія (події) трапилась із членом сім'ї чи близьким другом – у випадках смерті чи загрози життю члену сім'ї чи другові, якщо ця подія була насильницькою або непередбаченою; (4) переживання багаторазової або надмірної експозиції до нестерпних деталей травмівної події (подій) (наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки». (**Експозиція** – безпосереднє зіткнення з якоюсь подією та пов'язані з цим переживання.)

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

Американський психотерапевт Дженей Уайнхолд, базуючись на дослідженнях Стефана Поджерса та найновіших дослідженнях перинатальної психології, описала три типи травм і відповідно три типи реакцій на травмівні події. Ці реакції, особливості розладів та особистісні зміни, за Дженей Уайнхолд, залежать від типу **травми розвитку**. Від зачаття до

8-ми місяців – шокова травма, до 3-х років – власне травма, а від 3-х до 7-ми років – стресова травма (*див. табл. 2.1*).

КОНТИНУУМ ТРАВМИ

Таблиця 2.1.

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

За Дженей Уайнхолд дистрес можна вважати наслідком стресової травми, якщо навіть після відпочинку чи зміни способу життя в людини залишаються стресові симптоми. Стресова травма спричиняється сильними стресовими чинниками, наприклад: втрати, тривале перебування в екстремальній ситуації, очікування нападу, обстрілу, перевтома, важкі конфліктні ситуації в колективі, родині тощо. Більший ризик для розвитку стресової травми у людей,

які зазнали психічного травмування у віці від 3-х до 7-ми років. Зазначені відмінності між дистресом та стресовою травмою стосуються і відмінності між професійним (емоційним) вигоранням та вторинною психотравмою («втомою від співчуття»), що може розвинутися після тривалого спілкування з травмованими людьми.

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

Прояви хронічного стресу [32]:

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

На стресові і травмівні ситуації реагують по-різному. У разі стресової події в людини є досить часу (інколи кілька годин), щоб усе обдумати, прийняти рішення. У вирішенні завдання задіяні неокортекс і система соціального й емоційного контакту (*див. табл. 2.1*).

Згідно теорії Стефана Поджерса [31], нервова система реагує на виклики реального світу за принципом ієрархії, що складається з трьох циклів, один цикл може домінувати над іншим. Зазвичай ми спочатку реагуємо на зовнішні подразники за допомогою найновішої системи – неокортексу, а якщо та не спрацьовує, то організм «включає» старшу систему – архікортекс, а потім найдавнішу – палеокортекс. При стресі домінує найновіша гілка нервової системи, а якщо це психотравма – то одна зі старіших систем. У разі несподіваної, загрозливої для життя події, часу на роздуми немає; поведінка [82] регулюється мигдалеподібним тілом – це наша швидка, автоматична, когнітивно неопрацьована реакція.

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

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

СТАДІЇ СПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМІВНОЇ СИТУАЦІЇ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ

Переживання [9, 82] травмівних ситуацій залежить від характеру травмівної ситуації/події; характеристики потерпілого та особливостей соціального середовища, зокрема наявності/відсутності соціальної підтримки.

1. Як уже зазначалося, найсуттєвішою **особливістю травмівної ситуації/події є експозиція до смерті** [9, 82], а саме: перебування в ситуаціях, що загрожують життю і фізичній цілісності людини; поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства; умисні насильницькі дії; на війні –інтенсивність переживання бойових дій та участь у вбивствах; спостерігання смерті, особливо безглуздої; втрата друга чи близької людини; захворювання, що загрожує життю, та особливо болючі медичні заходи і процедури; непередбачуваність та неконтрольованість; сексуальна віктимізація; травми довшої тривалості чи більшої частотності. (**Політравма** – психотравма, що є наслідком численних повторюваних травм, наприклад, часті обстріли, або тривалих фрустрацій, наприклад, перебування в полоні. **Монотравма** – наслідок несподіваної одноразової загрозливої для життя події).

Надаючи першу психологічну допомогу потерпілим внаслідок воєнного конфлікту, потрібно зважати на фактори, від яких страждають люди в екстремальній ситуації [47]:

- **раптовість** – що менше очікується подія, то більше вона руйнує психіку;
- **тривалість** – що довше перебуває людина в зоні екстремальної ситуації, то більше виснажується. Симптоми, що свідчать про дезадаптацію (розлади сну, виснаження, роздратування, неможливість сконцентруватися, розлади здоров'я тощо) зростають із кожним днем;
- **постійні зміни** – в екстремальних ситуаціях людина, зазвичай, потрапляє в зовсім нові й несприятливі умови життя. Більше того, періодично щось змінюється, і психіка людини не встигає опрацювати нову, важливу для виживання інформацію;
- **масштаб руйнування після катастрофи** – очевидців вражають масштаби лиха, руйнування інфраструктури. Так, в Ізраїлі прийнято якомога швидше (інколи протягом кількох годин) ліквідовувати наслідки терактів чи обстрілів. Завдяки цьому в людей складається враження, що громада сильна і може контролювати ситуацію;
- **неможливість контролювати своє життя** – в екстремальних ситуаціях трапляються події, хід яких змінити не може ніхто. Навіть власний побут (відпочинок, сон,

їжу) людина не завжди може контролювати. Якщо впродовж тривалого часу немає можливості взяти контроль за власним життям на себе, навіть у компетентних і зрілих особистостей можуть з'явитися ознаки «сформованої безпомічності»;

- **горе і втрати** – учасники воєнного конфлікту надовго розлучаються з родиною і звичним способом життя; втрачають роботу, часто переживають загибель близьких, друзів і, що найгірше, постійно очікують на втрати;
- **моральна невпевненість** – важче переживають ситуації, в яких доводиться приймати рішення, що суттєво впливають на життя (як своє, так і інших), – наприклад, кого рятувати, кого брати з собою, наскільки ризикувати, кого звинувачувати тощо;
- **поведінка під час травмівних подій** – не кожному вдається зразу якнайкраще впоратися зі складною ситуацією. Те, що і як людина робила чи не робила в екстремальних умовах, може суттєво вплинути на її самооцінку, надовго стати джерелом самозвинувачення.

2. Суттєвими для переживання травмівної події та розвитку посттравматичних розладів є такі **характеристики людини** [9, 82]:

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

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

   в) наявність чи відсутність травм розвитку.

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

2.2. ПСИХОТРАВМІВНІ НАСЛІДКИ ПЕРЕБУВАННЯ В ЕКСТРЕМАЛЬНІЙ СИТУАЦІЇ

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

Джудіт Герман [16], яка понад двадцять років досліджувала питання психічного травмування та здійснювала психотерапевтичну роботу з жертвами насилля, вважає, що реакції на травмівну подію потрібно трактувати не як окремі розлади, а як спектр станів, що коливаються від **гострої реакції на стрес** (до 48-ми годин після початку події), що може минути сама собою і не досягти рівня діагнозу, а може перейти в **гострий стресовий розлад** (до 1-го місяця після травмівної події) (*див. додаток 2*) та **посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** чи в складний синдром повторюваної травми (**ускладнений чи комплексний ПТСР**). Інколи ПТСР може розвинутися значно пізніше – через рік, через кілька чи навіть через багато років після пережитого (**відтермінований ПТСР**).

ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС

ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР)

ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС

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

Симптоми розладу проявляються у вигляді типової змішаної мінливої картини, якій притаманні: первинний стан приголомшення з певним звуженням свідомості й уваги, неможливість адекватно оцінювати подразники, **дезорієнтація**. Цей стан може також супроводжуватися **«втечею» від реальності** (аж до стану дисоціативного ступору – F44.2) або **гіперактивністю**. Як правило, наявні окремі симптоми панічного розладу (почервоніння, надмірне потовиділення, тахікардія). Може бути часткова або повна амнезія (F44.0) як реакція на стресову подію [17, 57].

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

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

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

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

Проте частіше гострою стресовою реакцією на травмівну подію є **психомоторне збудження** [91], що проявляється зайвими, швидкими, інколи безцільними рухами. Увага звужується, довільна цілеспрямована діяльність стає проблематичною. Людині важко сконцентруватися, відтворити інформацію, особливо стосовно травмівної події, що зв'язано з порушенням короткочасної пам'яті. Темп мовлення прискорюється, воно стає монологічним. Часто повторюються однакові фрази, судження поверхові. В такому стані важко залишатися в одному положенні: потерпілі то лежать, то встають, то безцільно рухаються. Спостерігаються вегетативні порушення (тахікардія, підвищений артеріальний тиск), почервоніння обличчя, надмірна пітливість, може з'являтися почуття спраги чи голоду. Інколи може бути **агресивна** чи **істерична поведінка**.

Коли реальна загроза зникає, наступає період **виснаження**, перебіг і тривалість якого залежить від інтенсивності й тривалості психотравмівної ситуації. Період виснаження може

тривати до 30 днів. Виснажені люди, як правило, не скаржаться на погане самопочуття і не шукають допомоги. В цей час спостерігається порушення сну, зміна харчової поведінки, зменшується маса тіла, збільшується пульс, піднімається артеріальний тиск; дихання стає частішим без фізичного навантаження; буває, що людині важко стримувати сльози, погіршується працездатність.

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

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

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

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

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

При патологічних варіантах шокової реакції у людини може розвинутися **«психогенний ступор»** [40, 91] – енергії на виживання втрачено так багато, що сили на контакт із навколишнім світом немає. Людина може бути повністю нерухома або уповільнено реагувати на зовнішні подразники (шум, світло, дотики), дихання в цьому випадку повільне, безшумне, поверхневе.

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

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

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Посттравматичний стресовий розлад ПТСР (*за МКХ-10*) [33] є результатом відтермінованої або тривалої відповіді на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру. Офіційний діагноз ставиться лише через півроку після пережитої стресової ситуації і характеризується, згідно з МКХ-10, такими клінічними діагностичними критеріями:

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

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

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

Г. Спостерігається одна із двох наведених нижче ознак:

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

За окремими винятками зазначені симптоми проявляються упродовж 6 місяців після перенесення стресу [57].

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

СКЛАДНИЙ ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Окрім вищезазначених посттравматичних стресових розладів, у найновішій літературі описано ще й **складний ПТСР** (ускладнений, комплексний або хронічний) [29]. (Складний посттравматичний стресовий розлад входить у класифікацію розладів, пов'язаних зі стресом, одинадцятого перегляду МКХ, що вступить у повну силу із 1 січня 2022 року.)

Хоча цей розлад і не зазначений у переліку МКХ-10, проте його характеристики важливо знати фахівцям, що надають психологічну допомогу людям, постраждалим внаслідок конфлікту на Сході України [29].

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

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

Ознаки складного посттравматичного стресового розладу [29]:

Розлад регуляції рівня афективного збудження:

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

Розлади уваги і свідомості:

- амнезія;
- дисоціація.

Соматизації.

Хронічні зміни особистості:

- зміни у сприйнятті себе (хронічні відчуття провини, самокатування; відчуття нездатності на щось впливати; відчуття ушкодженості назавжди);

- зміни у сприйнятті кривдника (спотворене ставлення, ідеалізація й захист кривдника);
- зміни у ставленні до інших людей (нездатність довіряти і зберігати стосунки; нездатність уникати повторних ретравматизацій; схильність до того, щоб робити інших людей жертвами.

Зміни у системі цінностей:

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

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

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

З переживанням травмівних подій пов'язано багато **супутніх розладів** [9, 12], зокрема розлади адаптації, ускладнена реакція горя, великий депресивний розлад, психотична депресія, генералізована тривога, панічні атаки, ірраціональні страхи, розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин, фізичні чи тілесні симптоми, спричинені психологічними чинниками, психози тощо.

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

БОЙОВИЙ СТРЕС [99, 101] – ЦЕ СУКУПНІСТЬ СТАНІВ, ЩО ЇХ ПЕРЕЖИВАЮТЬ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ У ПРОЦЕСІ АДАПТАЦІЇ ДО НЕСПРИЯТЛИВИХ ДЛЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ І ЗАГРОЗЛИВИХ ДЛЯ ЖИТТЄВО ВАЖЛИВИХ ЦІННОСТЕЙ УМОВАХ БОЙОВОЇ СИТУАЦІЇ.

Бойова психічна травма [40, 78, 101] – сильне переживання, викликане короткочасним чи тривалим впливом психотравмівних чинників бойової обстановки, що призводить до розладів психіки і руйнування психологічної структури дій. Бойовий стрес та бойова травма частіше розвиваються в ситуаціях, що супроводжуються станом безпомічності, безсилля, безнадії, пригніченості.

Ці стани часто бувають ускладнені черепно-мозковими травмами, контузіями, пораненнями, соматичними захворюваннями тощо. За даними Центру досліджень мозку (США, Колорадо) [100], черепно-мозкова травма і ПТСР мають дуже схожі симптоми, що важливо пам'ятати, надаючи допомогу військовослужбовцям та ветеранам (*див. табл. 2.2. У таблиці симптоми, що збігаються з ПТСР, виділені жирним шрифтом)*.

ОЗНАКИ І СИМПТОМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ *Таблиця 2.2*

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

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

У людей із посттравмівними стресовими розладами суттєво порушується почуття безпеки, що періодично спричиняє гострі емоційні та поведінкові прояви (*див. табл. 2.3*). Такі стани характеризуються екстремальним напруженням сили для подолання принципово нових перепон і проявляються негативними емоціями (тривожністю, відчуттям безпомічності, гні-

вом, надмірною збудливістю), неможливістю регулювати свою поведінку тощо [43]. Тривалий посттравматичний кризовий стан призводить до соціальної дезадаптації, невротичних і психосоматичних розладів, до суїцидальної поведінки.

РЕАКЦІЇ НА ТРАВМІВНІ ПОДІЇ *Таблиця 2.3*

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

2.3. ПРИНЦИПИ ТА АЛГОРИТМ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

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

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

ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

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

Особливо такої допомоги потребують люди, що перебувають у кризовому стані, або ті, хто тільки-но пережив чи переживає травмівну подію [15].

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

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, надаючи першу психологічну допомогу необхідно дотримуватися таких основних **принципів** [15, 67, 68]:

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

Для першої психологічної допомоги **характерні** [23, 36, 67]:

- короткотривалість;
- невідкладність;

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

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

ЕКСТРЕНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

ЕКСТРЕНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА – ЦЕ СИСТЕМА КОРОТКОТРИВАЛИХ ЗАХОДІВ, ЩО НАДАЮТЬСЯ ПОСТРАЖДАЛИМ У ЗОНІ ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ СИТУАЦІЇ БЕЗПОСЕРЕДНЬО ЧИ В НАЙБЛИЖЧИЙ ЧАС ПІСЛЯ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ [32]. ЗАЗВИЧАЙ ЦЕ ПОНЯТТЯ ВИКОРИСТОВУЮТЬ, ОПИСУЮЧИ РОБОТУ РЯТУВАЛЬНИКІВ У ЗОНІ ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ ЧИ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ.

Принципи екстреної психологічної допомоги:

1. **Невідкладність.** Діяти потрібно зразу ж, відповідно до конкретної ситуації. Якщо у разі гострої реакції на стрес людині вчасно надати належну підтримку і психологічну допомогу, то, за свідченням фахівців, більшість потерпілих успішно адаптуються до пережитого і не страждатимуть від ПТСР та супутніх розладів (залежності від психоактивних речовин, депресії, тривожних та поведінкових розладів тощо). Що більше часу пройде після травмівної події, то більша ймовірність розвитку хронічних розладів.
2. **Близькість допомоги до місця події.** Невідкладна допомога має надаватися у звичній для потерпілого ситуації та соціальному оточенні, що мінімізує негативні наслідки госпіталізації.

3. Очікування, що **нормальний стан має відновитися**. З постраждалими людьми необхідно спілкуватися, як із нормальними людьми, а не як із неповносправними чи пацієнтами. Необхідно в них підтримувати впевненість у тому, що їхній стан нормалізується.
4. **Цілісність і простота психологічного впливу**. Алгоритм допомоги має бути уніфікований – відвести постраждалого від джерела травми, забезпечити воду, їжу, відпочинок, безпечне середовище і вислухати.
5. **Вплив на симптом, а не на синдром**. Необхідно усунути чи зменшити найбільш яскравий прояв гострої реакції (наприклад, агресію, плач, істерику, шоковий стан), що не дає можливості людині функціонувати. Глибша психологічна допомога за необхідності має надаватися професіоналами в безпечному місці.

ВТРУЧАННЯ В КРИЗУ

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

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

Принципи кризової інтервенції:

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

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

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

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

ІНТЕНСИВНА ОПІКА – МЕТОД КРИЗОВОГО ВТРУЧАННЯ, ЩО ПРОВОДИТЬСЯ З МЕТОЮ ЗАПОБІГАННЯ ДЕКОМПЕНСАЦІЇ І ПОВЕРНЕННЯ ПОСТРАЖДАЛОГО ДО СТАНУ, В ЯКОМУ ЛЮДИНА МОЖЕ ВИКОРИСТАТИ РЕСУРСИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ПРОБЛЕМИ [89, 90].

Складові інтенсивної опіки:

1. **Передача** на певний час **відповідальності** за виконання зобов'язань на інших людей (відповідно до ситуації). Потерпілого повідомляють про таке рішення.
2. **Допомога у вирішенні невідкладних завдань** (до цього залучаються інші члени родини, друзі, співробітники, соціальні працівники, члени громадських організацій тощо).
3. **Вилучення** потерпілого **зі стресового у безпечне середовище** (госпіталізація, переїзд на тимчасове проживання до родичів чи друзів тощо).
4. **Зниження** психологічними засобами **рівня збудження і дистресу**. Якщо це не допомагає, то можна використати психотропні препарати, зокрема для нормалізації сну.
5. **Прояв турботи і тепла, пробудження надії на вихід із кризи**.
6. **Відновлення нормального спілкування**.

2.4. ТРАВМАФОКУС. НЕЙРОПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ МЕТОД ОПРАЦЮВАННЯ ПСИХОТРАВМИ

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

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

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

Термін «травмафокус» запропонував Томас Вебер. Він тривалий час співпрацював із Девідом Ґрандом, засновником брейнспотінгу (*brainspotting*), який Д. Ґранд розвинув на основі EMDR. Травмафокус можна вважати удосконаленим методом Brainspotting. Травмафокус ґрунтується на наукових дослідженнях: Focusing (Gendlin), Somatic Experiencing (Levine), Brainspotting (Grand), Pranayama, дослідженнях болю (Melzack & Wall, Engel та ін.), гіпнозосистематичних підходах (Schmidt), нейробіологічній теорії (Del Monte, Trepel, Hirsch, Schiepeck, Hüther, Roth та інші) та результатах актуальних досліджень мозку (Damasio, Schore та ін.).

Як відомо з результатів сучасних досліджень мозку, хронічний психічний стрес призводить до зменшення об'єму пам'яті гіпокампа (ділянка мозку), що може викликати різні форми порушень пам'яті. Поряд із цим, активізуються «пункт керування стресом» гіпоталамус та розміщена в лімбічній системі мозку мигдалина (визначає рівень загрози), а також виділяється багато стресових гормонів.

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

Для оцінювання травмівного стресу на початку й у кінці сесії застосовується **шкала стресу за Wolpe** (1969), **SUD** (Subject Units of Distress): від «0» – немає найменшого стресу, до «10» – максимальний стрес.

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

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

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

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

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

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

Під час терапевтичної сесії терапевт має бути у ресурсному стані. Завдяки цьому створюється особлива заспокійлива атмосфера, в якій клієнт стає сильнішим і може знайти власні джерела підтримки. Аллан Шор, американський психолог та нейродослідник, з'ясував, що під

час терапевтичної сесії (на неусвідомлюваному рівні) права півкуля терапевта інтенсивно взаємодіє з правою півкулею клієнта. А. Шор називав цей ефект *right to right brain interaction* і вражаюче задокументував своє дослідження на сканованих картинах мозку.

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

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

СФЕРИ ЗАСТОСУВАННЯ ТРАВМАФОКУСУ

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

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

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

Травмафокус ефективний і для терапії людей із гострими постстресовими розладами, особливо після монотравми. У цьому випадку, зазвичай, за одну-дві сесії опрацьовуються постстресові симптоми та їхні причини. Якщо йдеться про наслідки комплексного травмування, то потрібно більше сесій із застосуванням травмафокусу, щоб людина могла жити з незначними стресовими розладами чи повністю звільнитися від них. Сьогодні вважається, що в основі багатьох психіатричних симптомів, описаних в МКХ-10 та DSM-IV, лежать травми розвитку й травми дитинства, які також ефективно лікуються за допомогою травмафокусу.

Травмафокус успішно застосовують у разі таких розладів:

- гострі, комплексні та прості психотравми;
- посттравматичні розлади;
- панічні атаки;
- генералізовані тривожні розлади;
- депресії;
- обсесивно-компульсивні розлади;
- залежності;
- хронічні психосоматичні захворювання;
- розлади прив'язаності;
- пограничні розлади особистості;
- порушення сну, апетиту;
- хронічні головні болі, мігрені, кластерні головні болі;
- фіброміалгії;
- різні форми дисоціативних розладів.

ТЕХНІКИ СТАБІЛІЗАЦІЇ СТАНУ

Під час сесій травмафокусу для стабілізації стану вдаються до ресурсних технік: активування мультисенсорних ресурсів (ґраундінґ), «сканування» тіла, візуалізації місця спокою, уявлення речей, які заспокоюють, чи об'єктів прихильності, що врівноважують. Ці техніки особливо ефективні у разі гострих реакцій на стрес, гострих стресових та кризових розладів та гострих реакцій, спричинених травмами прихильності; при хронічному тривалому стані напруження і збудження в тих, хто страждає від панічних атак, фобій, депресій, емоційних стресів та травмівного досвіду, спричиненого сексуальними домаганнями в дитячому віці.

Для регулювання автономної нервової системи у людей із зазначеними розладами застосовують **ресурсні техніки**, зокрема тілесні.

«Сканер» тілесних ресурсів. Техніка «сканер» тілесних ресурсів застосовується для стабілізації стресового стану, під час якої тіло «сканується» від голови до п'ят.

Терапевт говорить клієнтові: «Уявіть, що ресурсний сканер повільно рухається вашим тілом: спочатку від тім'я до п'ят, а потім – у протилежному напрямку. При цьому сканер фіксує тільки ті місця, де відчуття «найкращі», «нейтральні» чи «приємні». Неприємні чи травматичні місця минаємо без сканування».

Після «сканування» тіла клієнт повідомляє, де він зафіксував приємні відчуття (тілесні ресурси, тобто контрастні місця, порівняно з дискомфортними).

Об'єкти прихильності. Емоційній стабілізації сприяє відновлення прив'язаності. Для цього уявляють заспокійливі прихильні образи людей, тварин, рослин, духовних істот. Найкраще, коли під час терапії клієнт спочатку «лімбічно», не називаючи, уявляє і вибирає найбільш ресурсний образ. Потім якийсь час мовчки уявляє обраний об'єкт, глибоко його відчуває, «проживає». Тоді образ закріплюється в пам'яті, його можна будь-коли уявити. Потім клієнт розповідає про свій досвід.

Заспокійливе (безпечне) місце. Емоційній стабілізації сприяє візуалізація себе в безпечному місці – місці спокою, сили. Це може бути реальне місце, де людині добре чи колись було добре. Це може бути інший вимір чи далекий космос, куточок природи, місце на терасі або біля каміна, головне, щоб там було спокійно.

Природні елементи стабілізації, що породжують відчуття захищеності, підтримки, допомоги (наприклад світло, якщо людина боїться темряви) дуже важливі, якщо клієнт вважає (чи так є насправді), що хтось чи щось загрожує його життю. Це можуть бути такі речі, як ікони, кристали чи камені, дитячі малюнки тощо.

Стабілізувати стан можна і за допомогою теплої води (ванна, душ, сауна), ароматичного масла, «чайної церемонії», споглядання чогось красивого, наприклад, квітів. Особливий засіб, який ефективно стабілізує стан і у випадку реальної небезпеки, і за умови актуалізації травмівного досвіду, – молитва.

Запропоновані ресурси – цінні допоміжні засоби для роботи з клієнтами, які в ранньому віці пережили масивні травмування і страждають від постстресових та супутніх розладів. Особливо це актуально для осіб із дисоціативними, пограничними розладами, DESNOS (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) чи зі складним посттравматичним стресовим розладом.

Перед тим, як запропонувати клієнтові пошуки ресурсів, терапевт має подумки активізувати стабілізаційні ресурси. Потім можна сказати: «Нехай у вашій свідомості виринають місця, де вам було спокійно; з'являються люди, тварини чи якісь істоти, образи яких вас підтримують, речі, що вас захищають».

Більш ефективно, коли стабілізаційні ресурси (фігури прихильності, заспокійливі місця, елементи стабілізації) клієнт знаходить без вербальної допомоги терапевта. Томас Вебер із власного нейротерапевтичного досвіду зробив висновок, що ресурси, які виникають у клієнта самостійно, без зовнішньої сугестії, дієвіші для душевного зцілення і ефект від них стійкіший.

2.5. НЕВІДКЛАДНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ТА САМОДОПОМОГА. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Алгоритм надання першої психологічної (екстреної) допомоги в екстремальній ситуації у разі **гострих реакцій на стрес**, що розвиваються безпосередньо після травмівної чи стресової події, відображено в низці публікацій [11, 18, 32, 36, 40, 47, 58, 67, 68, 78, 91, 94, 99].

Рекомендації щодо роботи з посттравматичними кризовими станами теж широко представлені в літературі [43, 48 50, ,60, 83, 89], проте вони стосуються фахівців, насамперед психологів і психотерапевтів. А людям, які страждають від гострих проявів посттравматичних стресових розладів, важливо навчитися самостійно стабілізувати гострий стан, їхні близькі також мають уміти надавати психологічну підтримку і невідкладну психологічну допомогу. (Невідкладна психологічна допомога, що надається не фахівцями, орієнтована на зменшення симптоматики, а не на лікування розладів).

Багато методів надання першої допомоги в екстремальних ситуаціях можна застосувати і для невідкладної допомоги та самодопомоги з метою стабілізації стану при гострих проявах постстресових розладів. Люди, що страждають від посттравматичних кризових станів, мають освоїти кілька методів самодопомоги. Зазвичай, досить одного-двох ефективних методів, щоб стабілізувати гострі прояви. Варто також пояснити близьким (рідним, друзям), як вони можуть допомогти у разі прояву стресових симптомів.

Методи невідкладної психологічної допомоги/самодопомоги можна обрати з поданих нижче прийомів, модифікувавши їх для конкретної ситуації. Це можуть бути й інші техніки, адже кожна людина й кожна ситуація унікальна. Те, що стабілізує стан в одному випадку, може бути не корисним в іншому. Більше того: те, що допомагало, через певний час може вже не допомогти або навіть мати негативний вплив. Тому людина, яка страждає від постстресових розладів, має постійно відстежувати, як впливають на неї певні речі, слова чи дії, говорити про це тим, хто поруч, і обирати найефективніші заходи самодопомоги.

ПРИЙОМИ НЕВІДКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ/САМОДОПОМОГИ

1. ВИЗНАЧИТИ СИМПТОМИ КРИЗОВОГО СТАНУ

Спочатку треба навчитися розрізняти прояви посттравматичних стресових розладів у себе чи у близької людини (*див. табл. 2.2; табл. 2.3*). Потрібно визначити характер гострого стану, інтенсивність та адекватність ситуації. Наприклад, страх може бути

різної інтенсивності: від побоювання, схвильованості до панічної атаки. Якщо людина боїться в небезпечній ситуації – це нормально. Якщо ж у небезпечній ситуації страх сковує рухи, заважає адекватно реагувати, то людина потребує допомоги.

2. ЗАСПОКОЇТИ

Якщо людина дуже збуджена чи злякана, її потрібно **заспокоїти**, повернути до рівня схвильованості, адекватного ситуації. Той, хто надає невідкладну допомогу, сам має бути спокійний (це стосується і психологічної допомоги та підтримки).



ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ:

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

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

3. ДОПОМОГТИ ЗОРІЄНТУВАТИСЯ

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

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

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

– **Місце**. Нагадайте людині, де вона знаходиться.
– **Дата**. Нагадайте, яка зараз дата (день, час).
– **Безпека**. Скажіть, що зараз безпечно.

- **Відмінності**. Зверніть увагу, як те, що відбувається зараз, відрізняється від травмівної події.
- **Доречна дія** в конкретній ситуації. Якщо людині важко зорієнтуватися, можна запропонувати їй щось зробити.

Приклад. Повернувшись із зони воєнного конфлікту, військовослужбовець серед ночі з криком зіскакує з ліжка. Сусід може сказати йому таке: «Зараз ми на полігоні (*місце*). Зараз ніч (*час*). Можна спокійно відпочивати (*безпека*). Обстрілу не буде, це не АТО (*відмінності*). Лягай, спи» (*доречна дія*).

Приклад. У 2014 році чоловік був поранений під Іловайськом. Після демобілізації повернувся додому. У неділю він одягає робочий одяг, хоча йти йому нікуди не потрібно. Дружина може сказати: «Почекай (*варіант дії*). Який сьогодні день? (*Зробити невелику паузу*.) Сьогодні ж неділя (*час*). У неділю можна бути цілий день вдома (*місце*). Ти працюєш у школі. Ти вчитель, а не заступник по роботі з особовим складом (*відмінності*). Все добре (*безпека*). Відпочивай» (*доречна дія*).

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

4. СПРИЯТИ ЗАДОВОЛЕННЮ БАЗОВИХ ФІЗИЧНИХ ПОТРЕБ

- **Нормалізація дихання.** Зверніть увагу на глибоке дихання, на відчуття потоків повітря у ніздрях. (Можна виконувати вправи для нормалізації дихання разам із людиною, якій надаєте допомогу.)
- **Вода**. Щоб привести до тями людину, яка не йде на контакт, можна хлюпнути на неї водою.

Дайте постраждалому питної води (бажано не газованої 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, помиє руки й ноги. Якщо ж такої можливості немає, можна змочити холодною водою хустинку, потримати її в руках, витерти лоб, обличчя.

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

5. СПРИЯТИ АКТИВІЗАЦІЇ РЕСУРСІВ

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

- **Самообійми**. Запропонуйте людині міцно обняти себе так, щоб вона відчула межі свого тіла.
- **Вправа для самоблокування**. Запропонуйте постраждалому покласти одну руку собі на серце, а іншу – на живіт і описати відчуття в цих місцях (спочатку в одному, а потім в іншому).
- **Поглажування серця**. Попросіть людину помістити свої пальці над центром грудної клітки, на 2,5 см нижче від ключиці, й обережно перемістити їх прямо вниз на 10 см. Повторювати такий рух потрібно доти, поки не буде досягнуто відповідного терапевтичного ефекту. Рух схожий на ніжне погладжування кота.
- **П'ять відчуттів**. Попросіть постраждалого назвати щось для кожного з п'яти відчуттів: те, що можна побачити, почути, понюхати, доторкнутися, покуштувати.
- **Сила тяжіння**. Попросіть людину відчути, як ноги доторкаються до підлоги, тіло – до стільця. Скажіть: «Відчуйте тиск від того, що ваше тіло доторкається до стільця».

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

- **Дотик**. Попросіть у потерпілого дозволу покласти свою руку на його плече, руку чи коліно. Такий дотик може допомогти йому «заземлитися» і врегулювати свій стан. Якщо потрібно, станьте опорою для нього, нехай він зіпреться на вас.
- **Тиск**. Натисніть своїми руками на коліна, ноги чи плечі потерпілого, щоб допомогти йому відчути себе заземленим. Використайте свої ноги, щоб м'яко, але твердо натиснути на його ноги. Попередньо запитайте в нього дозволу.

Речі, що допомагають «заземленню», стабілізації стану

- **Тактильні об'єкти**. Дайте людині предмет, який можна добре відчути. Наприклад, терапевтичний пластилін, торбинку з насінням або квасолею, камінці, шишки чи інші природні матеріали, іграшку, м'яку ковдру. Скажіть, щоб він відчув цей предмет, пом'яв його в руках, зосередився на тому, що відчуває, та описав уголос свої відчуття.
- **Шматочки льоду**. Дайте потерпілому шматочок льоду, попросіть його відчути холод у долонях.
- **Заземлення за допомогою подушки чи ковдри**. Запропонуйте покласти на коліна подушку чи ковдру і поплескати по ній долонями.

- **Набивна (м'яка) іграшка**. М'яка іграшка асоціюється з утіхою, нехай потерпілий потримає її в руках.
- **Музика**. Доберіть музику (наприклад, звуки природи), таку, що буде заспокоювати саме цю людину, і запропонуйте її послухати.
- **Домашні тварини** – найкращі психотерапевти. У США в психіатричній службі «працюють» собаки, навчені допомагати людям із психіатричними діагнозами, аутизмом і ПТСР.

Якщо зазначені вище заходи не спрацьовують, то часто вдаються до лікування за допомогою собак – каністерапії. Інші домашні тварини (коти, коні) також можуть ефективно стабілізувати психофізичний стан тоді, коли інші прийоми не допомагають [94].

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ГОСТРИХ РЕАКЦІЯХ НА СТРЕС

Автори публікацій, присвячених першій психологічній допомозі у разі гострих реакцій на травмівну подію, найчастіше опираються на підходи, представлені в збірнику «Екстремальні ситуації» [47]. Звернемося до зазначеного матеріалу й ми, зробивши певні уточнення. Зазначимо, що нижче описані гострі стани високої інтенсивності. У реальному житті реакції на стрес, прояви кризових станів можуть бути значно слабші й не так яскраво виражені.

СТРАХ

СТРАХ – ЕМОЦІЯ, ЩО ВИНИКАЄ В СИТУАЦІЇ ЗАГРОЗИ ФІЗИЧНОМУ ЧИ СОЦІАЛЬНОМУ БЛАГОПОЛУЧЧЮ ЛЮДИНИ. ЦЯ ЕМОЦІЯ СПРЯМОВАНА НА ДЖЕРЕЛО РЕАЛЬНОЇ ЧИ УЯВНОЇ НЕБЕЗПЕКИ. СТРАХ МОЖЕ БУТИ НАСЛІДКОМ ТРАВМІВНИХ ЧИННИКІВ АБО СИГНАЛОМ ПРО ЗАГРОЗУ ПОВТОРЕННЯ ТАКИХ ЧИННИКІВ.

Страх має багато відтінків: побоювання, переляк, жах, паніка. Коли страх стає панічним, людина може заціпеніти, втікати, агресивно поводитися, захищатися тощо. При цьому вона погано контролює себе і ситуацію: не усвідомлює, що робить, що відбувається навколо.

Ознаки:

- напруження м'язів (особливо м'язів обличчя);
- сильне серцебиття;

- прискорене поверхневе дихання;
- безпорадність, знижена здатність до контролю власної поведінки.

Алгоритм першої допомоги

1. Покладіть руку постраждалого собі на зап'ястя, щоб він відчув ваш пульс і зрозумів, що ви спокійні. Це буде для нього сигналом: «Я – поряд, ти не один».
2. Дихайте глибоко й рівно. Спонукайте потерпілого дихати в одному ритмі з вами.
3. Якщо потерпілий говорить, вислухайте його. Продемонструйте зацікавленість, розуміння, співчуття.

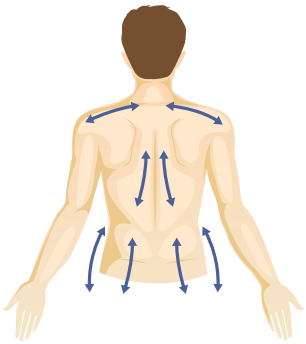


Рисунок 2.5

4. Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла (*див. рис. 2.5*).
5. Якщо ситуація вимагає швидкого реагування, продемонструйте, як потрібно діяти, скажіть: «Роби, як я».

НЕ МОЖНА!

- Висміювати людину, називати боягузом. Бояться всі: страх – корисна емоція, він допомагає уникнути небезпеки і вижити.
- Боротися зі страхом потрібно лише тоді, коли він надмірний і заважає жити й виживати.

СТУПОР

СТУПОР – ОДНА З НАЙСИЛЬНІШИХ ЗАХИСНИХ РЕАКЦІЙ ОРГАНІЗМУ. ЦЕЙ СТАН СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ ПІСЛЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ДУЖЕ СИЛЬНОЇ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ, КОЛИ ЛЮДИНА ВИТРАЧАЄ ТАК БАГАТО ЕНЕРГІЇ НА ВИЖИВАННЯ, ЩО СИЛИ НА КОНТАКТ ІЗ НАВКОЛИШНІМ СВІТОМ У НЕЇ ВЖЕ НЕМАЄ.

Ступор може тривати від кількох хвилин до кількох годин.

Ознаки:

- різке зменшення або повна відсутність рухів і мовлення;

- відсутність реакції на зовнішні подразники (шум, світло, дотики);
- непорушність, яка може доходити до «заціпеніння» у певній позі, стан повної нерухомості або колапсу.

Алгоритм першої допомоги

1. Ваше завдання: будь-що домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння.
2. Зігніть потерпілому пальці на обох руках і притисніть їх до долонь. Великі пальці згинати не потрібно (*див. рис. 2.6*).



Рисунок 2.6

3. Кінчиками великого й вказівного пальців масажуйте потерпілому точки, розташовані на лобі, над очима посередині між лінією росту волосся й бровами, чітко над зіницями.
4. Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Налаштуйте свій подих під ритм його подиху.
5. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути, бачити. Тому говоріть їй на вухо, тихо, повільно й чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні).
6. Можна плеснути долоню потерпілого тильною стороною своєї долоні.

НЕ МОЖНА!

Залишати потерпілого без допомоги. В такому стані людина безпомічна, вона не може подбати про себе й уникнути небезпеки. Якщо ступор триватиме довго, настане фізичне виснаження.

НЕРВОВЕ ТРЕМТІННЯ

ПІСЛЯ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ В ТІЛІ З'ЯВЛЯЄТЬСЯ НЕКОНТРОЛЬОВАНЕ ТРЕМТІННЯ (ЗА ВЛАСНИМ БАЖАННЯМ ПРИПИНИТИ ТРЕМТІННЯ НЕ МОЖНА). ЗДАЄТЬСЯ, НІБИ ЛЮДИНА ДУЖЕ ЗМЕРЗЛА. ОДНАЧЕ СПРАВА НЕ В ЦЬОМУ, ЧЕРЕЗ ТРЕМТІННЯ ОРГАНІЗМ ЗВІЛЬНЯЄТЬСЯ ВІД НАДМІРНОГО НАПРУЖЕННЯ.

Цю реакцію зупиняти не можна, оскільки, якщо розрядки не відбудеться, в тілі залишаться м'язові затиски, внаслідок чого людина страждатиме від болів у м'язах, можуть початися психосоматичні розлади, зокрема, шлунково-кишкового тракту, артеріальна гіпертензія тощо.

Ознаки:

- нервове тремтіння починається зненацька, зразу ж після травмівної події чи через певний час після її закінчення;
- тремтить усе тіло чи окремі його частини (людина не може втримати в руках дрібні предмети, запалити цигарку, випити води тощо);
- реакція триває досить довго, до кількох годин;
- потім людина почувається дуже втомленою і потребує відпочинку.

Алгоритм першої допомоги

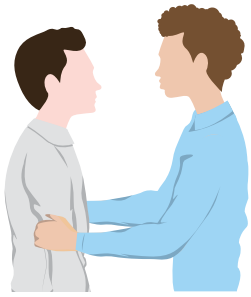


Рисунок 2.7

1. Потрібно посилити тремтіння.
2. Візьміть потерпілого за плечі й сильно, різко потрясіть його протягом 10-15 секунд (*див. рис. 2.7*).
3. Попередньо поясніть людині, для чого ви це робите, інакше вона може сприйняти ваші дії як вияв агресії.
4. Після того, як тремтіння припиниться, дайте постраждалому можливість відпочити. Добре, якщо він зможе заснути.

НЕ МОЖНА!

- Обіймати потерпілого або тулити його до себе.
- Намагатися зігріти, укривати чимось теплим.
- Заспокоювати потерпілого, говорити, щоб він опанував себе, «взяв у руки».

Важливо: відрізняти звільнення від нервового напруження через тремтіння від дрижання через знесилення і переохолодження (у цьому разі людину потрібно зігріти).

ПСИХОМОТОРНЕ ЗБУДЖЕННЯ

ІНОДІ ПОТРЯСІННЯ БУВАЄ ТАКЕ СИЛЬНЕ, ЩО ПОТЕРПІЛИЙ РОЗГУБЛЮЄТЬСЯ І НЕ МОЖЕ ЗРОЗУМІТИ, ЩО ВІДБУВАЄТЬСЯ ДОВКОЛА: ДЕ ВОРОГИ, А ДЕ СВОЇ? ДЕ НЕБЕЗПЕКА, А ДЕ ПОРЯТУНОК? ЛЮДИНА ВТРАЧАЄ ЗДАТНІСТЬ ЛОГІЧНО МИСЛИТИ І ЩОСЬ ВИРІШУВАТИ, ВОНА НЕ ЗНАХОДИТЬ СОБІ МІСЦЯ, ПОВОДИТЬСЯ, ЯК ЗАЦЬКОВАНИЙ ЗВІР, ЩО НАМАГАЄТЬСЯ ВИРВАТИСЯ З КЛІТКИ.

Психомоторне збудження зазвичай триває недовго. На зміну йому може прийти нервове тремтіння, плач чи агресивна поведінка.

Ознаки:

- різкі рухи, часто безцільні й безглузді дії;
- неприродне голосне швидке мовлення (людина говорить, не зупиняючись, іноді – безглузді речі);
- потерпілий часто не реагує на навколишніх (на зауваження, прохання, накази).

Алгоритм першої допомоги



Рисунок 2.8

1. Пам'ятайте, що постраждалий може завдати ушкоджень собі чи оточуючим.
2. Використовуйте прийом «обхоплення»: перебуваючи позаду, просуньте свої руки потерпілому під пахви, притуліть його й злегка схиліть на себе (*див. рис. 2.8*).
3. Ізолюйте потерпілого. Нехай поруч буде якомога менше людей. Проте не залишайтеся наодинці з постраждалим! Це може бути небезпечно.
4. Дайте потерпілому можливість «розрядитися». Наприклад, виговоритися чи зробити щось, пов'язане з високим фізичним навантаженням.
5. Демонструйте доброзичливість, навіть якщо ви не згодні з потерпілим.
6. Замість звинувачень «Що ти за людина! Чому не можеш помовчати», скажіть про своє ставлення до його дій. «Ти дуже знервований. Тобі хочеться все розбити. Може, разом спробуємо знайти вихід із цієї ситуації?». Якщо звинувачувати постраждалого, то можна стати об'єктом його агресії!
7. Масажуйте постраждалому «позитивні» точки (*див рис. 2.9*). Говоріть спокійним голосом про його стан, почуття («Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося. Ти хочеш сховатися від того, що відбувається»).

НЕ МОЖНА!

- Сперечатися, сваритися з потерпілим.
- Вдаватися до прямої агресії щодо нього (наприклад, бити).
- Ставити запитання.



Рисунок 2.9

- Говорити фрази з часткою «не», що стосуються небажаних дій. Наприклад: «Не біжи», «Не розмахуй руками», «Не кричи». Якщо висловлюватися таким чином, то людина буде чути протилежне: «Біжи! Розмахуй руками! Кричи!», збудження зростатиме. Скажіть: «Зупинися», «Йди зі мною», «Опусти руки», «Спробуй говорити тихіше, повільніше».

ІСТЕРИКА

ІСТЕРИКА – ЦЕ НЕРВОВИЙ ПРИСТУП, ЩО ВИРАЖАЄТЬСЯ В НЕСПОДІВАНИХ ПЕРЕХОДАХ ВІД СМІХУ ДО СЛІЗ. ІНКОЛИ НЕ ЗРОЗУМІЛО, ПЛАЧЕ ЛЮДИНА ЧИ СМІЄТЬСЯ. ПРИСТУП МОЖЕ ТРИВАТИ ВІД КІЛЬКОХ ГОДИН ДО КІЛЬКОХ ДНІВ. СМІХ І РИДАННЯ СПРИЧИНЯЮТЬ ТРЕМТІННЯ, ЯКЕ СПРИЯЄ ЕМОЦІЙНІЙ РОЗРЯДЦІ. ПРОТЕ ПРИСУТНІСТЬ «ГЛЯДАЧІВ» МОЖЕ ЗАТЯГУВАТИ ПРОЦЕС СТАБІЛІЗАЦІЇ.

Ознаки:

- зберігається свідомість;
- людина робить надмір рухів;
- театральні пози, жестикуляція;
- мова емоційно насичена, швидка;
- інколи людина голосно плаче, ридає;
- може бути нестримний сміх.

Алгоритм першої допомоги

1. Позбавтеся глядачів, створіть спокійні умови.
2. Залишайтеся з постраждалим наодинці, якщо це не буде для вас небезпечним.
3. Якщо потрібно звернути на себе увагу і домогтися якоїсь реакції – зробіть щось несподіване, що може здивувати (можна дати ляпаса, облити водою, з гуркотом кинути предмет, різко крикнути на потерпілого).
4. Говоріть упевнено, короткими чіткими фразами: «Ходімо зі мною», «Випий води», «Умийся».
5. Після істерики приходить втома. Покладіть потерпілого спати, до прибуття фахівця спостерігайте за його станом.



НЕ МОЖНА!

- Потурати бажанням потерпілого.
- Підтримувати переконання, що істеричною поведінкою можна досягти чогось позитивного.

АГРЕСІЯ

Агресія (індивідуальна чи колективна) виявляється в діях, спрямованих на спричинення фізичної чи психічної шкоди чи навіть на знищення іншої людини чи групи людей.

АГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА – МИМОВІЛЬНИЙ СПОСІБ ЗМЕНШЕННЯ СУТТЄВОГО ВНУТРІШНЬОГО НАПРУЖЕННЯ. ПРОЯВИ ЗЛОСТІ АБО АГРЕСІЇ МОЖУТЬ ТРИВАТИ ДОВГО І ЗАВАЖАТИ НОРМАЛЬНО ФУНКЦІОНУВАТИ І ПОТЕРПІЛОМУ, Й ТИМ, ХТО ЗНАХОДИТЬСЯ ПОРУЧ.



Ознаки:

- дратівливість;
- невдоволення;
- гнів;
- намагання вдарити когось;
- удари руками по чомусь (наприклад, по стіні);
- словесні образи, лайка;
- м'язове напруження;
- підвищення кров'яного тиску.



Алгоритм першої допомоги

1. Заберіть у агресивно налаштованої людини зброю.
2. Зведіть до мінімуму кількість присутніх.
3. Дайте постраждалому можливість «розрядитися» (наприклад, виговориться чи «побити» подушку).
4. Доручіть йому роботу, зв'язану з високим фізичним навантаженням.
5. Будьте доброзичливими. Навіть, якщо ви не згодні, не сперечайтеся з потерпілим. Інакше агресія буде спрямована на вас.

6. Спробуйте розрядити ситуацію смішними коментарями чи діями.
7. Агресію може зменшити страх покарання у разі:
   - якщо потерпілий не має на меті отримати вигоду від своєї агресивної поведінки (наприклад, домогтися чогось, змусити оточуючих діяти певним чином);
   - якщо покарання строге і ймовірність його здійснення велика.



НЕ МОЖНА!

- Ігнорувати агресивну поведінку. Це може призвести до небезпечних наслідків: через втрату контролю людина в стані агресії може здійснити необдумані вчинки, спричинити шкоду собі чи іншим.
- Залишатися наодинці з агресивною людиною, особливо з озброєною.

ПЛАЧ

ВІДОМО, ЩО ПІСЛЯ ПЛАЧУ НА ДУШІ СТАЄ ЛЕГШЕ. ТАКА РЕАКЦІЯ ОБУМОВЛЕНА ФІЗІОЛОГІЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ В ОРГАНІЗМІ: СЛЬОЗИ СПРИЯЮТЬ ВИДІЛЕННЮ ЗАСПОКІЙЛИВИХ РЕЧОВИН. ДОБРЕ, ЯКЩО ПОРУЧ Є ЛЮДИНА, В ПРИСУТНОСТІ ЯКОЇ ЛЕГКО МОВЧАТИ І ЛЕГКО ПЛАКАТИ, АДЖЕ РОЗДІЛЕНЕ ГОРЕ – ЦЕ ПІВГОРЯ.

Якщо ж довго стримувати сльози, то емоційної розрядки не відбувається, і, відповідно, не приходить полегшення. Внутрішнє напруження може завдати шкоди фізичному й психічному здоров'ю людини.



Ознаки:

- тремтять губи;
- пригнічений вираз обличчя;
- обличчя напружене;
- ознак збудження немає (на відміну від істерики);
- людина плаче чи намагається стримувати сльози.



Алгоритм першої допомоги тому, хто плаче

1. Знайдіть безпечне місце, де немає людей.
2. Попросіть дозволу побути поруч. Установіть із потерпілим фізичний контакт: доторкніться до нього, візьміть за руку чи покладіть свою руку йому на плече або на спину. Важливо, щоб він відчув вашу присутність.

3. Дайте потерпілому можливість виплакатися й виговоритися. Ваше завдання – вислухати його.
4. Застосовуйте прийоми активного слухання, вони допоможуть потерпілому звільнитися від горя:
   - згоджуйтеся, періодично говоріть «ага», «так», киваючи головою, аби підтвердити, що слухаєте й співчуваєте;
   - повторюйте уривки фраз, у яких людина описує свої почуття (наприклад, «тобі сумно», «самотньо», «ти стомився» тощо);
   - говоріть про свої почуття й почуття потерпілого.



НЕ МОЖНА!

- Говорити «Ти ж чоловік – кріпися» або «Ти ж жінка, а жінка зможе витримати все».
- Ставити запитання, давати поради.
- Заспокоювати потерпілого словами: «Не плач, все буде добре».

АПАТІЯ

АПАТІЯ МОЖЕ РОЗВИВАТИСЯ ПІСЛЯ ТРИВАЛОЇ НАПРУЖЕНОЇ, АЛЕ БЕЗУСПІШНОЇ РОБОТИ АБО В СИТУАЦІЇ, КОЛИ ЛЮДИНА ПЕРЕЖИВАЄ СЕРЙОЗНУ НЕВДАЧУ, ВТРАЧАЄ СЕНС СВОЄЇ ДІЯЛЬНОСТІ, А ЧАСТО Й ІСНУВАННЯ. АПАТІЯ МОЖЕ БУТИ НАСЛІДКОМ ТОГО, ЩО НЕ ВДАЛОСЯ ВИКОНАТИ ПОСТАВЛЕНЕ ЗАВДАННЯ ЧИ ВРЯТУВАТИ КОГОСЬ.

У стані апатії людина відчуває велику втому, таку, що їй не хочеться ні рухатися, ні говорити: кожен рух, кожне слово потребує значних зусиль.

У душі – порожньо, немає сили навіть на виявлення почуттів. Людина відчуває безпорадність перед життєвими труднощами, безперспективність і марність зусиль. Такий стан може тривати від кількох днів до кількох тижнів.



Ознаки:

- байдуже ставлення до навколишніх, до того, що відбувається;
- млявість;
- загальмованість;
- мовлення уповільнене, великі паузи між фразами.

Алгоритм першої допомоги

1. Поговоріть із потерпілим. Запитайте його, як він себе почуває? Що йому потрібно? Чи хоче він їсти? Чи потрібно йому відпочити?
2. Проведіть його до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися. Якщо це військовослужбовець, то потрібно обов'язково зняти каску, бронежилет, взуття.
3. Візьміть потерпілого за руку чи покладіть свою руку йому на чоло.
4. Дайте можливість постраждалому спокійно полежати. Краще якщо йому вдасться заснути, якщо ж ні, то він може просто полежати із заплющеними очима.
5. Якщо можливості відпочити немає, то будьте поруч із потерпілим, зробіть щось разом (прогуляйтеся, випийте чаю, допоможіть комусь).

НЕ МОЖНА!

Лишати людину напризволяще, без підтримки й допомоги. Інакше апатія може перерости в депресію (гнітючі думки, почуття провини, пасивна поведінка, пригнічений стан), можуть з'явитися суїцидальні наміри і спроби вчинити самогубство.

МАЯЧНЯ І ГАЛЮЦИНАЦІЇ

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

МАЯЧНЯ – СУКУПНІСТЬ РІЗНОМАНІТНИХ УЯВЛЕНЬ, ІДЕЙ, СУДЖЕНЬ ТА 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.



Алгоритм першої допомоги

1. Стежте, щоб потерпілий не нашкодив собі й навколишнім.
2. Заберіть від нього предмети, що потенційно можуть бути небезпечними.
3. Відведіть потерпілого у відокремлене місце, не залишайте його одного.
4. Говоріть із постраждалим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним.
5. Потрібно викликати фахівців (психіатра) або транспортувати потерпілого із відповідним супроводом у медичний заклад.



НЕ ПОТРІБНО!

Переконувати потерпілого в хибності уявлень. У такій ситуації це зробити неможливо.

ЗАПИТАННЯ ТА ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 2

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Які, на вашу думку, ситуації можна вважати екстремальними, нестандартними?
2. Що можна зробити в ситуаціях, коли людина боїться (не може стримати люті, тремтить, надмірно збуджена, перебуває в шоковому стані), щоб надати їй невідкладну психологічну допомогу?
3. Які, на вашу думку, методи самодопомоги фективні для стабілізації стану?

ЗАДАЧА

Продемонструйте практично методи надання першої психологічної допомоги.

Умови роботи: група ділиться на кілька підгруп, кожна з яких отримує завдання щодо стану клієнта. Підгрупа має чітко змоделювати та продемонструвати симптоматику клієнта відповідно до зазначеного в завданні стану.

У перехресних взаємодіях підгруп необхідно чітко визначити категорію відтвореного колегами стану клієнта і надати йому психологічну допомогу відповідно до алгоритму.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Назвіть ознаки сприятливого переживання травми.
2. Як проявляється континуум психологічної травми?
3. В яких випадках надається перша психологічна допомога ?

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Проаналізуйте свої особистісні якості. Опишіть ті риси власного характеру, що дозволяють вам успішно діяти в екстремальній ситуації. Опишіть особливості власного сприймання та характеру, які заважатимуть вам ефективно діяти в екстремальній ситуації. Визначте, як можна компенсувати власні обмеження щодо дій в екстремальних ситуаціях.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Знати щоб вижити / Цикли програм: Випуски 1, 2, 5, 7. URL: https://www.youtube.com/watch?v-S4XXcRX9vH8&list-PL9QltWpnkybHvnSUJPNbkUlKfBtgu3XAa
2. Комісія УГКЦ у справах душпастирства охорони здоров'я. Перша психологічна допомога. Львів : Друкарські куншти, 2015. 184 с.
3. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. Москва : Изд-во Эксмо, 2005. 960 с. (Справочник практического психолога)
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. URL: http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_ 121_ PTSR/2016_121_ YKPMD_PTSR. doc (accessed: 01.03.2016).
5. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко / За ред. З. Г. Кісарчук. Київ : ТОВ «Видавництво «Логос». 207 с.

Розділ 3.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПІД ЧАС ГОРЮВАННЯ

3.1. ГОРЕ ЯК ПРИРОДНА РЕАКЦІЯ НА ВТРАТУ. ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ ГОРЮВАННЯ

Життя людини завжди пов'язане із втратами. Раніше чи пізніше кожна людина переживає втрату (працездатності, здоров'я, житла, грошей тощо), внаслідок чого спосіб її життя може різко змінитися. Будь-яка втрата завжди супроводжується психологічними переживаннями, однак найтрагічніші для людини події пов'язані із втратою близьких людей, тому в цьому розділі ми зупинимося на особливостях переживання горя як реакції на смерть.

> **ГОРЕ** – УНІВЕРСАЛЬНЕ ЛЮДСЬКЕ ПЕРЕЖИВАННЯ, РЕАКЦІЯ НА ВТРАТУ ЗНАЧУЩОГО ОБ'ЄКТА, ЧАСТИНИ ІДЕНТИЧНОСТІ АБО ОЧІКУВАНОГО МАЙБУТНЬОГО; ЦЕ ПЕРЕЖИВАННЯ ВКЛЮЧАЄ ДУШЕВНИЙ БІЛЬ, СМУТОК, ГНІВ, БЕЗПОРАДНІСТЬ, ПОЧУТТЯ ПРОВИНИ І РОЗПАЧ.

Але позбутися страждань можна, лише переживаючи страждання. Тобто, страждання, або **«робота горя»** (*Е. Ліндеман*), – це природний процес, необхідний для того, щоб оплакати смерть близької людини і пережити втрату, стати незалежним від втрати, пристосуватися до реалій життя і побудувати нові стосунки з людьми й зі світом.

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

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

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

Розглянемо детальніше основні теоретичні моделі горювання.

ТЕОРІЯ ЕРІКА ЛІНДЕМАНА

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

Нижче подано п'ять ознак, що їх Е. Ліндеман називає визначальними для переживання горя, тобто такими, які зустрічаються в людей, що переживають горе, та однозначно свідчать про його наявність, не допускаючи інших трактувань.

Ознаки, визначальні для переживання горя

1. **Соматичний дистрес.** Напади дискомфорту, що продовжуються до години; соматичні скарги (відчуття стискання в горлі, переривчасте дихання, зітхання, відчуття порожнечі в шлунку, порушення апетиту, зміна смаку їжі), слабкість і надзвичайний фізичний чи емоційний біль.
2. **Захопленість образом померлого.** Людина в скорботі переживає відчуття нереальності, емоційної відокремленості від інших, вона захоплена образом померлого.
3. **Почуття провини** стосовно померлого чи щодо обставин його смерті. Людина вважає смерть близького результатом своєї недбалості чи недостатньої уважності, шукає доказів власної причетності до його смерті.
4. **Реакції неприязні**. Стосунки з іншими людьми порушуються, втрачають теплоту через те, що скорботна людина бажає залишитися наодинці, вона дратівлива й сердита. Це призводить до формалізованого спілкування.
5. **Нездатність функціонувати на попередньому рівні**. Людина у скорботі намагається щось робити, але все робить без інтересу, автоматично. Її дивує той факт, що велика частка традиційної діяльності була пов'язана з померлим (зустрічі, розмови). Все це тепер втрачено. Ця втрата є причиною сильної залежності від будь-кого, хто стимулюватиме активність людини, яка переживає втрату.
6. Е. Ліндеман пропонує ще одну, шосту ознаку, яка доповнює цілісну картину. Це характеристика людей, які перебувають на межі патологічних реакцій, а саме: **поява рис померлого в поведінці особи, що залишилася**. Це можуть бути симптоми останньої хвороби померлого чи поведінка, яка спостерігалася в час трагедії. Може змінюватися коло інтересів у напрямку колишніх інтересів померлої людини. Ця ознака досить постійна у людей, хворобливо поглинутих образом померлого [46].

ТЕОРІЯ ЕЛІЗАБЕТ КЮБЛЕР-РОС

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

1. **Заперечення**: «Я не можу в це повірити», «Цього не може бути!», «Не зі мною!». Як правило, це лише тимчасова захисна реакція людини, спосіб відгородитися від сумної реальності – як усвідомлений, так і неусвідомлений. Основні ознаки заперечення: небажання обговорювати проблему, замкнутість, спроби вдавати, що «все в порядку», невіра в те, що трагедія насправді відбулася. Зазвичай, людина, перебуваючи на цій стадії горя, так намагається витіснити свої емоції, але рано чи пізно стримувані почуття прориваються і починається наступний етап.
2. **Гнів**: «Чому я? Це несправедливо!», «Ні! Я не можу цього прийняти!». Гнів, а часом навіть лють, спричиняє обурення, відчай через несправедливу і жорстоку долю. Виявляється гнів по-різному: людина може злитися й на себе, і на окремих людей, і просто на ситуацію. Важливо не осуджувати людину, яка переживає цей етап, не провокувати сварки. Варто пам'ятати, що причина злості людини полягає в горі і що це тільки тимчасова стадія.
3. **Торг**. Період торгу – це період надії, людина тішить себе думками, що трагічну подію можна змінити або запобігти їй шляхом укладення контрактів із Богом, з життям. Людина думає, наприклад, так: «Якщо я пообіцяю це робити (чи не роботи), то Ти, Господи, не допустиш цих змін у моєму житті». Іноді торги набувають вигляду забобонів: людина може переконувати себе, що якщо, наприклад, вона побачить три падаючі зірки за одну ніч, то всі її проблеми зникнуть.
4. **Депресія**: «Я така нещасна, мене нічого не цікавить»; «Все жахливо… Для чого робити спроби?». Коли людина, яка переживає скорботу, розуміє, що торги не дають результатів, що трагічні зміни реальні, вона впадає у стан пригніченості, депресії, у неї зникає життєва сила.
5. **Прийняття**: «Все буде добре»; «Я не можу змінити цього, але я можу бути з цим». Коли людина розуміє, що трагічні події відмінити неможливо, померлий не повернеться, вона підходить до стадії прийняття. Це не щасливий стан, а швидше покірне прийняття змін, і відчуття, що вона повинна з цим змиритися. Вперше на цьому етапі люди починають оцінювати перспективи. Хоч і важко, але потрібно рухатися вперед.

Хоча Е. Кюблер-Рос і не включила надію у свій список п'яти стадій, однак вважала, що надія – це важлива нитка, яка пов'язує всі стадії горювання. Надія дає віру в можливі хороші зміни, в те, що у всього є особливий сенс, який ми зрозуміємо згодом, – рано чи пізно все минає [45].

ТЕОРІЯ ВАМІКА ВОЛКАНА

У своїй праці «Життя після втрати. Психологія горювання» американський психоаналітик доктор Вамік Волкан разом із журналісткою Елізабет Зінтл показують, що переживання горя обумовлюється нашими минулими історіями втрат і є індивідуальним для кожної людини. Зосереджуючись на найтрагічнішій із втрат – смерті, дослідники розглядають її серед інших втрат: розлука подружжя, втрата мрії, ідеалу, дружби, батьківщини, навіть колишнього себе. Привносячи унікальне розуміння у психодинаміку переживання горя, В. Волкан і Е. Зінтл визначають нормальне або **«неускладнене» горе** і простежують розвиток **патологічного горя** [14].

Узагальнення відомих теоретичних моделей процесу горювання та результати власних спостережень і спостережень деяких дослідників дозволяють виокремити **критичні періоди процесу горювання**.

1. **Перші 48 годин**. Шок від перенесеної втрати і відмова повірити в те, що сталося, може проявлятися в перші години. Емоційно це іноді виражається страхом втратити когось із членів сім'ї та друзів (можливий також сильний страх втрати самого себе – і в фізичному, і в психічному сенсі).
2. **Перший тиждень**. Необхідність організації похоронного обряду та інші клопоти заповнюють увесь час, почуття втрати часто переносять автоматично, що іноді супроводжується відчуттям «занепаду», емоційним та фізичним виснаженням.
3. **Від 2 до 5 тижнів**. Домінує відчуття, що тебе залишили сім'я і друзі, які повернулися до своїх буденних справ після похорону.
4. **Від 6 до 12 тижнів**. На цій стадії шоковий стан змінюється усвідомленням реальності втрати. Спектр пережитих у цей час емоцій досить широкий; людина відчуває втрату і погано контролює себе.
5. **Від 3 до 4 місяців**. Починається чергуванням «хороших та поганих днів». Людина стає дратівливою та нетерплячою щодо фрустрації. Здебільшого з'являється гнів, почуття емоційної регресії, внаслідок зниження імунітету зростають соматичні скарги, особливо інфекційного і простудного характеру.
6. **6 місяців**. Починається депресія. Слабшає тягар пережитого, але гнітючі емоції залишаються. Дні народження, свята особливо важко переносяться і можуть викликати депресію.
7. **12 місяців**. Перша річниця з дня смерті може бути травмівною або переломною, залежно від наслідків пережитих за рік страждань.
8. **Від 12 до 24 місяців**. Це час «розсмоктування». Людина, що пережила втрату, повільно повертається до колишнього життя. Саме в цей період зникають зі словникового запасу слова «важка втрата» та «горе»; життя бере своє [50].

ОСОБЛИВОСТІ ГОРЮВАННЯ ЗА КОЛІНОМ ПАРКЕСОМ

Фази горювання: оціпеніння (шок); туга (заперечення втрати, агресія); фаза хаосу й відчаю, під час якої людина не може функціонувати на звичному рівні; реорганізація життя [60]. Для всіх культур характерна певна реакція на втрату значущої людини, що є нормальним проявом горювання.

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

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

- говорить про померлого, ніби це сталося вчора;
- відмовляється віддати чи викинути особисті речі померлого;
- виявляє фізичні симптоми, подібні до тих, що були у померлої людини;
- перебуває в депресії, пов'язаній із гострим почуттям провини і низькою самооцінкою;
- з'являються риси характеру померлого;
- надмірно реагує сильним горюванням на чиюсь втрату;
- радикально щось змінює відразу після смерті близької людини [11].

Форми ускладненого горя

1. **Хронічне горе**. Переживання горя носить постійний характер. Найменше нагадування про втрату викликає інтенсивні переживання навіть через тривалий час після втрати.
2. **Конфліктне горе (перебільшене)**. Одна чи декілька ознак горя спотворюються або занадто посилюються, насамперед почуття провини і гніву. Виникають подвійні почуття. З'являється хибна ейфорія, що переходить у затяжну депресію з ідеями самозвинувачення.
3. **Масковане горе**. Прояви горя незначні або їх зовсім немає. Натомість з'являються соматичні скарги, ознаки хвороби, яка була у померлого. Немає усвідомлення зв'язку із втратою.
4. **Несподіване горе**. Раптовість майже унеможливлює прийняття й інтеграцію втрати. Переважають інтенсивні почуття тривоги, самозвинувачення, депресія, що ускладнює повсякденне життя. Характерними є думки про самогубство.

5. **Відкладене горе**. Переживання відкладають на потім. Відразу після втрати спостерігаються емоційні прояви, але потім «робота горя» припиняється. У подальшому нова втрата чи нагадування про попередню втрату запускають механізм переживання. Людина може неодноразово говорити про втрату, однак не бажає нічого змінювати або діє прямо протилежно.
6. **Відсутність горя**. Немає ніяких зовнішніх проявів горя, начебто втрати й не було. Людина повністю заперечує втрату або перебуває в стані шоку [60].

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

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

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ТА АКТИВНА УЧАСТЬ ПОТЕРПІЛИХ У РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРОГРАМІ

Патологічні симптоми горя:

- тривале переживання горя (кілька років);
- затримка реакції на смерть близької людини (немає вираження страждань протягом 2-х і більше тижнів);
- сильна депресія, що супроводжується безсонням, почуттям провини, напруженням, гіркими докорами на свою адресу й потребою в самозвинуваченні;
- стійка відсутність ініціативи або спонукань, інертність;
- хвороби психосоматичного характеру (виразковий коліт, ревматичний артрит, астма тощо);
- галюцинації, ототожнення з померлим або відчуття його присутності;
- іпохондрія – розвиток симптомів, від яких страждав померлий;
- надмірна активність – людина, що переживає втрату, починає розвивати бурхливу діяльність, відчуваючи біль втрати;
- ворожість, спрямована проти конкретних людей, часто супроводжується погрозами, проте тільки на словах;

- поведінка не узгоджується з нормальним соціальним та економічним буттям;
- різкі переходи від страждань до самозадоволення впродовж коротких проміжків часу;
- зміна ставлення до друзів і родичів; дратівливість, небажання набридати, відхід від соціальної активності;
- прогресування самотності;
- виношування суїцидальних планів. Розмови про суїцид, возз'єднання з померлим, про бажання з усім покінчити.

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

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

- емоційний комплекс – печаль, гнів, тривога, безпорадність, байдужість;
- когнітивний комплекс – нав'язливі думки, зневіра, відчуття присутності померлого;
- поведінковий комплекс – порушення сну, безглузда поведінка, уникнення речей і місць, пов'язаних із померлим, фетишизм, гіперактивність, відхід від соціальних контактів, утрата інтересів;
- можливі комплекси фізичних відчуттів і алкоголізація як спроба встановлення комфорту [48].

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

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

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

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

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

Критерії ускладненої реакції втрати [29]

1. **А критерій події**. Втрата близької людини у зв'язку зі смертю.
2. **В критерій**. Інтрузивно-нав'язливий стрес через розлуку. Сильна туга за померлим, що спричиняє психічні й емоційні страждання; сильне бажання бути разом, що ускладнює повсякденне життя.
3. **С критерій**. Мають проявитися щонайменше п'ять із нижчезазначених когнітивних, емоційних та поведінкових симптомів:
   - рольовий конфлікт (відчуття, ніби втрачена якась важлива частина);
   - потрясіння і нездатність повірити у смерть;
   - неможливість прийняти смерть;
   - уникання реальних підтверджень про втрату;
   - після втрати з'являється неспроможність довіряти іншим;
   - озлоблення і гнів через втрату;
   - важко жити;
   - «емоційне оніміння» від моменту втрати;
   - відчуття, що життя після втрати порожнє і не має сенсу.
4. **D критерій часу**. Від моменту втрати минуло щонайменше шість місяців.
5. **Е критерій, психосоціальні ускладнення**. Значні ускладнення у різних сферах життя.
6. **F критерій, диференціальні діагнози**. Симптоматику не можна пояснити діагнозами: депресія, генералізований тривожний розлад чи ПТСР.
7. **Коморбідність. Ускладнена реакція втрати і ПТСР.** У цих діагностичних категорій є спільні риси. Проте у випадку ускладненої втрати:
   а) зміст інтрузивної симптоматики пов'язаний із померлою особою, а не зі стресовими сценами;
   б) під час ускладненої реакції втрати можуть з'являтися позитивні спогади, які породжують болісну тугу за померлою близькою людиною;
   в) стримування емоцій шляхом скорботи.

   Дослідження показали, що у 15 % клієнтів із ускладненою реакцією втрати було виявлено ПТСР у вигляді коморбідного діагнозу.
8. **Ускладнена реакція втрати і депресія.** В одному з досліджень у 50 % випадків ускладненої втрати було підтверджено і коморбідну депресію. Проте симптоми ускладненої втрати, на відміну від депресії, не вдається послабити фармакологічно.

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

Часові періоди, відчуття, емоції переживання горя іноді можуть повертатися на стадію, характерну для перших етапів, а потім перестрибувати назад у реальність, оскільки кожна людина по-своєму переживає та переносить втрату близьких. Але психологи, що працюють із питаннями втрати, чи люди, які намагаються допомогти, мають знати періоди та фази горювання.

3.2. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА У ВИПАДКУ ВАЖКОЇ ВТРАТИ

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

Перед тим, як описати специфіку консультування у випадках кризи, пов'язаної з втратою, смертю близької людини, наведемо **базові принципи** такого консультування (кризової інтервенції) [50]:

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

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

Консультант, працюючи з людиною, яка переживає втрату, часто має виконувати роль слухача [83]. Бути поряд із засмученою людиною і слухати її – найважливіша підтримка. Що більше консультант співпереживає скорботі, що адекватніше сприймає власні емоційні реакції, пов'язані з допомогою, то ефективніша цілюща дія стосунків. Не слід поверхнево заспокоювати людину в скорботі. Зніяковіння та формальні фрази призводять до незручної ситуації: людині треба дати можливість виражати будь-які почуття і сприймати їх без упередження. Інше дуже важливе завдання консультанта – навчити близьких правильно реагувати на скорботу людини, яка переживає втрату.

Психологічну допомогу потрібно надавати відповідно до стадій переживання горя.

ДОПОМОГА НА СТАДІЇ ШОКУ. На цьому етапі людина зазвичай потребує інтенсивної опіки. Необхідно бути поруч із людиною, що зазнала втрати, не залишати її на самоті. Виявляти свою турботу й піклування краще через дотик. Саме так люди виражають співчуття, коли їм не вистачає слів. Навіть звичайне рукостискання краще, ніж холодна ізоляція. Слід підкреслити, що в період втрати страждання полегшується присутністю родичів, друзів, причому істотна не їхня дієва допомога, а легка доступність близьких протягом декількох тижнів, коли скорбота найбільш інтенсивна. Людину, що переживає втрату, не потрібно залишати на самоті, проте її не слід і «перенавантажувати» опікою – велике горе долається тільки з часом. Людині в горі потрібні постійні, але ненав'язливі відвідини та добрі слухачі.

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

ДОПОМОГА НА СТАДІЇ ВІДНОВЛЕННЯ. Треба допомагати людині знову включитися в повсякденне життя, планувати майбутнє. Оскільки людина може неодноразово повертатися до переживань гострого періоду, необхідно давати їй можливість знову говорити про померлого [83].

Психолог здатний допомогти клієнту по-справжньому пережити втрату, здійснити роботу горя, не зменшуючи гостроти його душевних переживань. Горювання, оплакування є адекватною реакцією на смерть, воно прийнятне, необхідне, і припиняти його не можна. Робота горя триває стільки, скільки людині потрібно, щоб справитися із важкою втратою.

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

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

- використання речей (наприклад, фотографії, особисті речі тощо), що допомагають людині, яка пережила втрату, підтримувати роботу горя;
- використання творчого письма, малювання;
- повторні розпитування;

- вправи, які спонукають людину реалістично поглянути на стосунки, наприклад, складання списків позитивних і негативних рис характеру померлого;
- листи померлому;
- перебудова поведінки, наприклад, зменшення відвідувань кладовища, збільшення числа відвідувань відповідних місць для надання допомоги іншим тощо [11].

Важливо визнати, що під час психологічного консультування і психотерапії відбувається тільки частина роботи горя. В основному цей процес проходить під час взаємин із рідними та близькими. Важливо не заважати процесу.

Людина може зробити великий крок уперед завдяки присутності когось із близьких, захоче повернутися в своє природне середовище підтримки і припинить відвідувати психолога.

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

Проблеми, що вирішуються в процесі роботи з психологом, індивідуальні. Деякі люди просто не розуміють, що з ними відбувається; у такому разі навіть прості пояснення психологічних особливостей горя можуть зменшити страх і напруження. Людина може заперечувати переживання горя, оскільки вважає, що це демонструватиме її слабкість.

Буває, що в період гострої стадії переживання втрати від психолога вимагають порятунку. Професіонал за таких обставин може відчувати почуття провини. Зазвичай на гострій стадії горя людина хоче, насамперед, полегшення страждань, адже біль втрати та інші переживання можуть бути нестерпними. Парадокс полягає у тому, що в цей період психолог повинен допомагати в переживанні болю,тому що це необхідно для загоєння травми, а не уникати болю і не заперечувати його. Кризова допомога – дуже складний процес, зокрема і для консультанта, оскільки він може стати мішенню для вираження агресії зі сторони клієнта.

Слід також враховувати індивідуальний розвиток людини, рівень її зрілості, інтелігентності. Потрібно з'ясувати, як вона раніше долала кризи, чи були вони корисними для її розвитку? Слід відповісти на питання: які ще стреси, окрім втрати, переживає людина? Чи стежить вона за своїм здоров'ям? Які гендерні стереотипи полегшують або ускладнюють горе, наприклад, «чоловіки не плачуть», «справжня жінка не злиться» тощо. У більшості випадків консультування триває до того часу, поки людина потребує такого супроводу. Досить поширені й разові звернення, якщо постраждалому необхідно роз'яснити, що з ним відбувається.

ТРЬОХСТУПЕНЕВА МОДЕЛЬ ДОПОМОГИ У ВИПАДКУ ГОСТРОЇ РЕАКЦІЇ ВТРАТИ

Для роботи з гострою реакцією втрати Марджорі Вайтхед пропонує трьохступеневу модель допомоги [11].

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

Умовами ефективної роботи на цьому етапі є безумовне позитивне ставлення, без винесення будь-яких моральних суджень; емпатія, розуміння почуттів клієнта; щирість, відвертість і конгруентність (за К. Роджерсом), що передбачає позицію консультанта на рівні клієнта [79]. Перший етап роботи може тривати від п'яти хвилин до чотирьох годин.

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

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

ТРЕТІЙ ЕТАП. ДІЇ. Цей етап спрямований на позитивні зміни. Інколи для позитивних змін достатньо пройти два попередні етапи, однак іноді потрібна й завершальна частина, в якій важливі ритуали. Завдання клієнта: прийняти втрату й адаптуватися до нового життя (без померлого). Завдання консультанта: підтримати клієнта; оцінити його досягнення.

На всіх етапах потрібно добре розуміти, що відчуває людина в горі. Тому тим, хто допомагає, слід також звертати увагу і на свій стан. І клієнту, і його близьким, і професіоналам потрібно відновлюватися після пережитого.

ДЕСТРУКТИВНІ ТВЕРДЖЕННЯ, ЩО НЕГАТИВНО ВПЛИВАЮТЬ НА ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ

Зарубіжні психологи виділили низку тверджень, яких потрібно уникати, працюючи з людьми, що переживають горе [51]:

1. **«На все воля Божа»** – людина не така всезнаюча, щоб знати Божу волю, до того ж таке не надто втішає.
2. **«Мені знайомі ваші почуття»** – ніхто не може знати, що відчуває інша людина, зіткнувшись зі смертю, і ніколи не зможе пережити її почуття. Кожна ситуація унікальна.
3. **«Вже минуло три тижні після його смерті, а ви ще не заспокоїлися?»** – немає ліміту часу, відведеного на страждання. Прийнято вважати, що переживання горя триває від шести місяців до двох років, хоча можливі відхилення і в той, і в інший бік.
4. **«Дякуйте Богові, що у вас є ще діти»** – навіть якщо в сім'ї є ще діти, батьки важко переживають смерть дитини. Це не зменшує їхньої любові до решти дітей, однак відображає втрату унікальних взаємин.
5. **«Бог обирає найкращих»** – це означає, що всі, хто живе на землі, у тому числі й та людина, якій ми намагаємося співчувати, не досконалі в очах Бога. Крім того, виходить, що Бог не зважає на страждання, що їх завдає близьким померлого.
6. **«Він прожив довге і чесне життя, настав його час»** – немає часу, відповідного для того, щоб померти. Скільки б років не прожила людина, смерть – завжди горе. Незважаючи на те, що смерть часто несе з собою звільнення від страждань, фізичних чи душевних, близькі люди все ж переживають втрату.
7. **«Мені дуже шкода»** – поширена автоматична реакція на повідомлення про чиюсь смерть. Ми просимо вибачення за те, що життя закінчене, що люди переживають горе, за нагадування про те, що всі ми смертні. Однак від того, хто переживає втрату близької людини, ці слова вимагають неадекватної відповіді. Що може вона сказати у відповідь: «Дякую», «Все гаразд», «Розумію»? На такі слова немає доречної відповіді, і коли людина знову й знову чує подібне співчуття, такі слова швидко стають порожніми й безглуздими.
8. **«Зателефонуйте мені, якщо щось буде потрібно».** Якщо ми так говоримо, то повинні бути готові відповісти на телефонний дзвінок у будь-який час дня і ночі. Страждання не регулюються часом доби, часто найважчий час – між північчю і шістьма годинами ранку.
9. **«Ви повинні бути сильними заради своїх дітей, дружини тощо»**. Людині, яка переживає втрату, немає необхідності бути сильною задля кого б то не було, навіть для самої себе. Переконуючи людей бути сильними, ми тим самим умовляємо їх зректися реальних емоцій. Це може призвести до появи інших проблем.

ТЕМАТИКА КОНСУЛЬТУВАННЯ ПІД ЧАС РОБОТИ З ВТРАТОЮ

Відомо, що зацікавленість клієнтів, які переживають горе, і відповідна допомога їм, як правило, стосуються певних тем [51]:

1. **«Дозвольте мені просто поговорити»**. Люди хочуть говорити про померлого, про причини його смерті і про свої почуття у зв'язку з подією. Їм хочеться проводити довгі години в спогадах, сміятися і плакати. Вони хочуть розповісти про життя померлого. У випадку насильницької смерті їм необхідно перебирати всі найдрібніші подробиці доти, доки ті не перестануть лякати і турбувати. Тоді вони зможуть оплакувати втрату.
2. **«Запитайте мене про нього (неї)»**. Ми часто уникаємо розмов про померлого, але близькі інтерпретують таку поведінку як забуття чи небажання обговорювати саму смерть. Це демонструє рівень нашого дискомфорту, але не нашої турботи про близьких померлого. «На кого він (вона) був схожий?», «Чи є у вас фотографія?», «Що він (вона) любив робити?», «Які найприємніші ваші спогади пов'язані з ним (нею)?». Це тільки деякі з питань, за допомогою яких ми можемо виявити інтерес до прожитого життя.
3. **«Підтримайте мене і дозвольте виплакатися»**. Дотик – це диво терапії. Так ми виявляємо свою турботу й увагу, коли слова нам непідвладні. Навіть просто притримати за лікоть людину, що перебуває в скорботі, буває іноді краще, ніж витримувати холодну дистанцію. Люди плачуть, бо їм необхідно плакати, і набагато краще робити це в теплій атмосфері розуміння, ніж наодинці.
4. **«Не бійтеся мого мовчання»**. Бувають випадки, коли люди після втрати ніби завмирають із застиглим поглядом. Немає потреби заповнювати тишу словами. Ми повинні дозволити їм зануритися у свої спогади, наскільки болючими б вони не були, і бути готові продовжити розмову, коли людина повернеться у стан «тут-і-тепер». Нам не потрібно знати, де вони були подумки, про що думали, але ми можемо подбати про затишок. Скорботна людина буде вдячна за те, що ви просто були з нею поруч у цій тиші.

3.3. ОСОБЛИВОСТІ ДИТЯЧОГО ГОРЮВАННЯ

Коли йдеться про особливості переживання горя, то спочатку слід говорити про специфіку вікового сприйняття смерті, яка найбільше проявляється в дитячому та підлітковому періодах [98].

Тим, хто перебуває поруч із дитиною, не завжди легко зрозуміти, як розвиваються дитячі поняття про смерть. Ці поняття залежать від рівня розвитку і можуть суттєво впливати на процес розвитку дитини в майбутньому, викликаючи гальмування її емоційної та соціальної сфери.

Спираючись на теорії психічного розвитку та на досвід авторів із Великобританії, що працювали з дітьми, які переживали втрату близьких, М. Є. Дашкіна виділяє чотири вікові групи й описує їхні почуття [22].

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

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

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

   У цьому віці також відбувається усвідомлення дітьми власної смертності, що особливо їх лякає. Це, можливо, й посилює їхню схильність заперечувати свої почуття. Тому в цій віковій групі важливо працювати з почуттями, думками і спогадами про померлого, тоді

й дітям, і дорослим буде легше зрозуміти їхню складну і непередбачувану поведінку, що насправді пов'язана з переживанням важкої втрати.

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

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

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

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

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

   В Україні досвід роботи з дітьми, що переживали втрати, представлений у працях Г. Католик (м. Львів, УКУ), яка займалася реабілітацією дітей після Скнилівської трагедії [24].

3.4. ЯК ПЕРЕЖИТИ ГОРЕ? ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

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

- Прийміть своє горе – тілесні й емоційні наслідки смерті близької людини. Скорбота – та ціна, яку ви платите за любов. На прийняття може піти багато часу, але будьте наполегливі у намаганні це зробити.
- Проявляйте свої почуття, не приховуйте відчаю; плачте, якщо хочеться; смійтеся, якщо можете. Не ігноруйте своїх емоційних потреб.
- Стежте за своїм здоров'ям – намагайтеся добре харчуватися, бо ваше тіло після виснажливого переживання потребує підкріплення. Депресія може зменшитися, якщо більше рухатися.
- Пройдіть медичне обстеження і розкажіть лікарю про пережиту втрату. Ви й так достатньо постраждали, не заподіюйте ще більшої шкоди собі та оточуючим, нехтуючи своїм здоров'ям.
- Проявіть до себе терпіння – вашому розуму, тілу й душі потрібний час і зусилля для відновлення після перенесеної трагедії.
- Поділіться болем втрати з друзями – замикаючись у мовчанні, ви не даєте друзям вислухати вас і розділити ваші почуття, прирікаєте себе на ще більшу ізоляцію та самотність.
- Допомагайте іншим – спрямовуючи зусилля на допомогу іншим людям, ви вчитеся краще ставитися до них. Повертаючись обличчям до реальності, людина стає більш незалежною, живучи в теперішньому – відходить від минулого.
- Робіть сьогодні те, що необхідно, але відкладіть важливі рішення; почніть із малого, справляйтеся з повсякденними домашніми справами – це допоможе вам відновити почуття впевненості. Однак варто утримуватися від негайних рішень, наприклад, продати будинок або поміняти роботу [51; 83].

Р. Брей також радить людям, які переживають втрату, щодня займатися фізкультурою – ходьбою, плаванням, гімнастикою, а також дотримуватися розпорядку дня, оскільки звичний уклад життя (регулярне споживання їжі, хатня робота) дає відчуття захищеності; піти до церкви [8].

У час скорботи людині важко повірити в те, що вона здатна жити далі, їй це здається неможливим. Звісно, життя вже ніколи не буде таким, як було раніше, до втрати, проте через переживання й прийняття власних, часто амбівалентних складних почуттів відбувається особистісне зростання.

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 3

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Як потрібно повідомляти рідним про смерть близької людини?
2. Як ви вважаєте, чи слід брати дітей на поховальні церемонії? Якщо так, то за яких умов? Якщо ні, то як потім дитині пояснити відсутність близької людини і коли це краще зробити?
3. Які вторинні вигоди людина може отримувати від стану горювання?

ЗАДАЧА

В результаті артобстрілу всі члени родини (тато, мама і двоє дітей) були важко поранені. Коли хлопчик 6 років отямився, мама і старша сестричка вже померли. Батько і надалі залишається в реанімації. Хлопчик весь час проситься до мами. Лікарі не знають, як правильно вчинити: чи повідомляти дитині про смерть рідних, чи продовжувати лікування, зберігаючи таємницю. Вони бояться, що сумна новина порушить процес фізичного одужання дитини.

Висловіть свою думку стосовно цієї ситуації, обґрунтуйте її, сформулюйте стратегію втілення.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Назвіть патологічні ознаки гострого горя.
2. Перерахуйте та охарактеризуйте критичні періоди горювання.
3. Опишіть чинники (основні та додаткові), що вказують на перебування людини у стані важкої втрати. Наведіть ознаки ускладненого горя.
4. Охарактеризуйте особливості психологічної допомоги людині на різних етапах горювання.
5. Поясніть принцип дії трьохступеневої моделі допомоги під час роботи з людиною з гострою реакцією втрати.

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Доберіть психотерапевтичні метафори, що дозволять мінімізувати психотравму з приводу втрати близької людини у дітей різних вікових категорій.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Панґрацці А. Допоможи мені сказати прощавай: Взаємодопомога в жалобі за померлим та при інших втратах / пер. Наталії Чернявської; за ред. Романа Скакуна. Львів : Видавництво Українського католицького університету, 2015. 144 с.
2. Волкан В., Зинтл Э. Жизнь после утраты. Психология горевания. Москва : Когито-Центр, 2014. URL: http://bookz.ru/authors/vamik–volkan/jizn_–po_997/1–jizn_–po_997.html

Розділ 4.

ПРИНЦИПИ НЕНАСИЛЬНИЦЬКОГО СПІЛКУВАННЯ ТА ВИРІШЕННЯ КОНФЛІКТІВ

Творець методу ненасильницького спілкування (ННС) Маршал Розенберг писав [102]: «Останні 35 років я і мої колеги працювали у всьому світі, допомагаючи вирішувати конфлікти між етносами, племенами і країнами: в Руанді, Бурунді, Сьєрра-Леоне, Нігерії, Південній Африці, Сербії, Хорватії, Ізраїлі та Палестині. Щоразу ми спостерігали, що дії, продиктовані прагненням покарання, прагненням завдати удару, спричиняють подібні дії з іншого боку. Створюються цикли насилля, які можуть тривати протягом багатьох років – поколінь – віків.

Досвід навчив нас, що справжня безпека та мир можливі тільки тоді, коли люди зможуть побачити «людське» в тих, хто на них нападає. Для цього не досить просто підставити іншу щоку, потрібно навчитися співпереживати страхам, болю, гніву і невдоволеним людським потребам, що стоять за агресією…

Якщо мета нації – розплата і покарання, тоді кожна дія спрямовується відповіддю на питання: «Чи наблизить ця дія до покарання винних у наших нещастях?» Однак якщо мета – досягти миру і безпеки, визначальним буде зовсім інше: «Чи ця дія наблизить нас до міцного миру і безпеки для всього світу?»

Наша робота спрямована на те, щоб допомогти людям навчитися співпереживати одне одному і побачити, що «інша сторона» – це група людей, яка намагається захистити себе і задовольнити свої потреби. Ми бачили, як засмучувалися насильники, коли їм співчували ті, хто через них постраждав. Ми бачили, як люди з обох сторін спочатку втрачають бажання карати одне одного, а потім починають працювати разом, щоб гарантувати всім задоволення потреб. Ми бачили колишніх ворогів, які створювали разом програми, спрямовані на компенсацію вчиненої шкоди і безпеку для майбутніх поколінь» [102].

4.1. СТАНОВЛЕННЯ МЕТОДУ НЕНАСИЛЬНИЦЬКОГО СПІЛКУВАННЯ

Маршал Розенберг, засновник методу ненасильницького спілкування, протягом усього свого життя йшов до усвідомлення необхідності відмови від насильства в повсякденному житті. Адже в світі насильство часто вважається нормою. Воно навколо нас: від воєн між країнами до злочинності на вулиці. Навіть у щоденному житті постійно, явно й неявно, присутнє насильство.

Для більшості людей ідея насильства неприйнятна. Вони не беруть участі у фізичних зіткненнях або конфліктах і вважають себе вільними від насилля. Але насправді це не так: щоразу, коли людина забуває про свою милосердну природу, щоразу, коли в її серці з'являється ненависть, вона робить боляче і собі, й іншому.

НЕНАСИЛЬНИЦЬКЕ ЖИТТЯ – ЦЕ НЕ ПРОСТО ВІДМОВА ВІД ЗАВДАННЯ ФІЗИЧНОЇ ШКОДИ ІНШОМУ. ЦЕ СПОСІБ БУТТЯ, ЩО ПОЧИНАЄТЬСЯ ЗІ СПІВЧУТТЯ, ЗІ ЗДАТНОСТІ БУДУВАТИ СПРАВЖНІ СТОСУНКИ З ІНШИМИ, СТАН, ЩО ВЕДЕ ДО ПОВНОГО І ЩАСЛИВОГО ЖИТТЯ [81].

Ось що пише про це М. Розенберг у книжці «Мова життя. Ненасильницьке спілкування»: «Вивчаючи фактори, які впливають на нашу можливість співчувати, я був вражений важливістю ролі мови і того, як ми її використовуємо. І я знайшов певний підхід до слів, які людина чує і сприймає у процесі спілкування. Цей підхід дозволяє нам щиро говорити, прокладати шлях до серця іншої людини і звільняти нашу природну здатність до співчуття. Я називаю цей підхід «ненасильницьким спілкуванням». Термін **«ненасилля»** я вживаю в тому ж значенні, що і Махатма Ганді: це притаманний людині від природи стан співпереживання, стан, коли душа вільна від бажання насильства» [81].

Маючи досвід із клінічної психології та порівняльної релігії, М. Розенберг створив метод ненасильницького спілкування – *«non-violence connection» (NVC)*. Працювати над цим він почав у 1960-х роках, а в 1984 році створив Центр NVC.

Можна виділити **основні принципи ненасильницького спілкування**:

1. **Універсальність потреб**. У кожної людини ті ж самі базові потреби, що і в інших, незалежно від статі, кольору шкіри, релігії, віку.
2. Існує **багато способів** чи стратегій **задоволення однієї потреби**. Конфлікти між особами чи групами людей виникають на рівні стратегій задоволення потреб. Коли є можливість розпізнати приховані потреби, то разом із тим є й можливість знайти рішення, які можуть врахувати потреби кожного.
3. **Основою почуттів є потреби**. Почуття вказують на приховані за ними потреби – задоволені чи незадоволені.
4. **Кожна людина відповідальна за своє життя**, зокрема за свої почуття, а також за розпізнавання і задоволення власних потреб. Разом із тим ми не відповідальні за почуття інших, а також за задоволення їхніх потреб.
5. **Потреби кожної людини однаково важливі**. Не можна вдаватися до насильства, аби потреби однієї людини були задоволені за рахунок іншої, без її згоди.
6. **Емпатія** – це усвідомлення повної присутності з собою та іншою людиною. Самоемпатія є основою прояву емпатії до інших. Робити припущення щодо почуттів і потреб іншої людини важливо у формі запитання, а не у формі оцінки чи судження.

7. **Осуд себе та інших припиняє відкрите спілкування**. Коли відбувається щось, що вам не подобається, варто говорити про це, але без критицизму.
8. **Проявляти емпатію – не означає схвалювати дію.**

ОДНІЄЮ З ФОРМ ЗАСТОСУВАННЯ НЕНАСИЛЬНИЦЬКОГО СПІЛКУВАННЯ Є ВІДНОВНІ КОЛА. **ВІДНОВНЕ КОЛО** – ЦЕ ПРОЦЕС ПІДТРИМКИ СПІЛЬНОТОЮ ТИХ, ХТО ПЕРЕБУВАЄ У СТАНІ КОНФЛІКТУ.

Коло дозволяє об'єднувати через діалог на засадах рівності всіх, хто задіяний у конфлікті. Учасники приходять на зустріч добровільно, можуть запрошувати й інших причетних. Спочатку всіх знайомлять із програмою. Діалогом керує спеціально підготовлений ведучий – **медіатор**. Процес вважається закінченим, коли вичерпується обговорення й узгодження кроків вирішення конфлікту, і це задовольняє всіх.

Відновні кола вперше почав практикувати Домінік Бартер у 1990 році. Цей метод дає можливість у безпечному та конструктивному середовищі вирішувати конфлікти між окремими особами, в сім'ях, школах, організаціях та спільнотах. Створюється форум, у межах якого різні люди можуть вести діалог на засадах взаємної пошани та розуміння одне одного.

Відновні кола – шляхи до зцілення, до прийняття відповідальності, до відновлення ефективності функціонування спільноти на глибокому рівні. Цей інструмент дає можливість переосмислити поняття справедливості і спробувати знайти відповідь на питання, пов'язані з добробутом спільноти. Це веде до поширення культури миру.

Успіх Відновних кіл забезпечується застосуванням численних навичок і принципів ненасильницької комунікації. Їхнє застосування у школах, системах правосуддя, релігійних групах, організаціях, конфліктних зонах та спільнотах у різних країнах дає довготривалий сприятливий ефект. Згідно з результатами незалежних досліджень, у понад 90 % випадків вирішення конфліктів за допомогою Відновних кіл результатами були задоволені всі учасники. Британський Національний фонд науки, технологій та мистецтва (NESTA) вважає Відновні кола надзвичайно дієвими завдяки хорошому результату і низьким фінансовим затратам [104].

Сьогодні метод ненасильницького спілкування широко застосовується в організаціях і бізнес-проектах, у вихованні дітей, в освіті, в медіації, в психотерапії, в охороні здоров'я, у місцях позбавлення волі; є основою для книжок, зокрема дитячих, та в багатьох інших контекстах. Цей підхід є однією зі складових комплексної роботи, яка внесла значні зміни у підвалини судово-психіатричної системи закладів позбавлення волі в США, у яких високий

рівень насилля є нормою. Результатом такої роботи стало зменшення показників насильства на 90 % протягом трьох років у секторі середнього рівня безпеки, а протягом одного року на 50 % – у секторі максимального рівня безпеки.

У 2014 році було проведено дослідження ув'язнених Комплексу Монро у виправному закладі в Монро, штат Вашингтон, у якому взяли участь 885 осіб. У результаті навчання методу ННС у цих ув'язнених було виявлено зменшення рецидивів із 37 % до 21 %. Це дало можливість заощаджувати державі щороку 5 млн доларів за рахунок скорочення витрат на утримання позбавлених волі. Завдяки навчанню зменшилися прояви агресії, люди почали брати на себе відповідальність за свої почуття і можливість висловити співчуття іншій людині, а також формулювати прохання без вимоги [102].

Метод ненасильницького спілкування підтвердив свою ефективність і у зниженні рівня насильства в родинах. У Каліфорнії після того, як чоловіки, котрі здійснювали насилля в родині, пройшли програму на основі методу ненасильницького спілкування, у них не було зафіксовано жодного випадку рецидивів протягом 5 років, за даними офісу окружного повіреного.

СТАНОВЛЕННЯ МЕТОДУ НЕНАСИЛЬНИЦЬКОГО СПІЛКУВАННЯ В УКРАЇНІ

Досвід ННС є особливим в українських реаліях, адже в останні роки наше суспільство не раз було розділене: у 2013-2014 роках – на прихильників та противників Майдану, а зараз частина українських громадян після окупації Криму та початку АТО воюють із різних сторін. Але це не тільки територіальний розподіл, він розділяє колишніх друзів, родини. Якщо думати про перспективу: що буде після завершення військових дій? Донбас і Крим повернуться до складу України, людям, які жили на підконтрольних територіях, потрібно буде інтегруватися в українське суспільство, а суспільство має інтегрувати їх у своє життя. І тут важливо практично застосовувати метод ННС.

Перший тренінг із ННС в Україні відбувся у січні 2014 року, коли сертифікований тренер із Данії Карл Плеснер приїхав до Києва на запрошення Глави УГКЦ Святослава Шевчука. Тренінг був організований волонтерською ініціативою порятунку «Є+», яка була започаткована на Майдані і потім переросла в ГО «Український центр ненасильницького спілкування і примирення «Простір Гідності»». В тренінгові взяли участь 30 волонтерів «Евакуація+». **Мета роботи:** психоемоційне відновлення учасників і сприяння впровадженню практик примирення потерпілих із обох боків барикад.

З того часу Карл Плеснер щомісяця на волонтерських засадах працював в Україні 10 днів, а через рік став співзасновником ГО «Український центр ненасильницького спілкування і примирення «Простір Гідності»». (*DignitySpace@gmail.com*).

Однією з перших робіт К. Плеснера була зустріч активістів Майдану та розформованого підрозділу міліції особливого призначення МВС України у м. Києві «Беркут» (Медіатор: Карл Плеснер, організатор і перекладач: Олена Ганцяк-Каськів, 11 травня 2014, Київ). Три активісти Майдану зустрілися з трьома членами розформованого спецпідрозділу «Беркут», щоб розповісти про свою участь у подіях Майдану і знайти шляхи до порозуміння, а, можливо, навіть і до співпраці.

Ось відгук учасника зустрічі Бориса Єґіазаряна (вірменсько-український художник, культурний і суспільний діяч, активний учасник Євромайдану, потерпілий від ударів і шумових гранат). *«Ця зустріч дуже важлива. Ми потисли одне одному руки. А як же інші тисячі й тисячі? На мою думку, це серйозна проблема не лише для кожного з цих особистостей (яких після спілкування я вважаю гідними людьми), а це проблема нашого суспільства і нашої держави. Мій висновок після зустрічі такий: варто розширити і поглибити процес розуміння, бо кожна людина цінна. Одним із найпріоритетніших завдань у нашій країні має бути повага до особи, до її гідності, а на цьому ґрунті – консолідація всього суспільства.*

Вважаю, що Карлу й Олені потрібно продовжувати цю важливу роботу, запрошувати до участі нових людей, може навіть більше категоричних і зболених, але разом із такими як ми – учасниками попередніх зустрічей, бо в нас уже є більше розуміння».

Одним із головних способів навчання ННС є тренінг, у форматі якого можна не тільки почути теоретичну інформацію, але отримати найважливіше – засвоїти практичні навички ненасильницького спілкування.

Основна діяльність ГО «Український центр ненасильницького спілкування і примирення «Простір Гідності»» (DignitySpace@gmail.com) сьогодні – тренінги з ненасильницького спілкування, пристосовані до запитів різних професійних аудиторій, а також груп потерпілих внаслідок конфліктних подій.

За відгуками учасників, тренінги Центру є ефективним інструментом для налагодження діалогу та побудови/відновлення довіри у місцевих громадах різного рівня. Основні учасники тренінгів Центру – професіонали, які працюють із людьми, що переживають конфлікт чи зазнали насильства, а саме: психологи, соціальні працівники, педагоги, фасилітатори та медіатори, військові і медичні капелани (священики), правозахисники, юристи, волонтери, соціальні активісти та ін. У співпраці з місцевими громадськими організаціями впродовж березня 2014 – жовтня 2016 рр. центр провів понад 100 навчальних тренінгових програм, у яких взяли участь близько 2100 учасників з різних областей України.

У жовтні-листопаді 2014 року Міжнародна організація «Основи свободи» (Foundations for Freedom) запросила сертифікованого тренера Міжнародного центру ненасильницького спілкування Дюка Дюкшерера, який провів тренінг для групи практикуючих медіаторів і фасилітаторів (ведучих) діалогу.

Так в Україні утворилася Мережа фасилітаторів діалогів. У квітні 2015 року було організовано «Тиждень діалогів», коли команда з 7 фасилітаторів від супервізією Дюка Дюкшерера працювала у трьох громадах Донецької області. У 2015-2016 роках представники мережі були залучені Офісом Координатора проектів ОБСЄ до проведення діалогових Форумів у Краматорську, Покровську, Маріуполі, Сєвєродонецьку, а також до проведення Молодіжного табору і підготовки онлайн-курсу з діалогів. (*Інформація про Мережу http://www.iofc.org/uk/osnovy–svobody, ФБ «Діалоги з пошуку порозуміння в українському суспільстві», oleh.ovcharenko@gmail.com, vladakanevska@gmail.com*).

Поширюється ненасильницьке спілкування і в освітній сфері. ГО «Міжнародна просвітницька ініціатива «ВІДКРИТА ХАТА» (*www.openkhata.org*) реалізує проект «Соціальна інтеграція через розвиток емоційного інтелекту та набуття навичок миротворення у школах на сході України». Метою проекту є зміцнення діалогу і соціальної інтеграції в пост-конфліктних регіонах на Сході України шляхом підвищення якості освіти, зниження рівня напруженості, занепокоєння і конфліктів у суспільстві, агресивної поведінки серед дітей, формування навичок медіації конфліктів і ненасильницького (емпатійного) спілкування.

Працівники соціальної сфери також відкривають для себе можливості ННС. У рамках реалізації проектів «Соціальна інтеграція та примирення внутрішньо переміщених сімей та дітей у Київській області» МБО «Партнерство «Кожній дитині» (*http://www.p4ec.org.ua*) у співпраці з «Простором Гідності» підготували *30 тренері***в** із використання методу ненасильницького спілкування (ННС), які ознайомили та навчили *443 фахівців* (68 % – представники освіти: соціальні педагоги, психологи, методисти; 32 % – фахівці соціальних служб: фахівці соціальної роботи, спеціалісти ЦССДМ, ССД, ЦСПР та *288 переселенців* Київської області). Під час навчально-терапевтичного процесу тренерам вдалося покращити психологічний клімат у сім'ях ВПО, налагодити ефективний діалог із жителями місцевої громади, сформувати навички об'єктивного сприйняття своїх почуттів й потреб та почуттів і потреб іншої людини чи дитини, допомогти зрозуміти, як діяти у ситуаціях, коли тебе не сприймають інші.

4.2. ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ НЕНАСИЛЬНИЦЬКОГО СПІЛКУВАННЯ. ПІДГОТОВКА МЕДІАТОРІВ

Базова модель ненасильницького спілкування дуже проста, вона поєднує в собі чотири компоненти:

1. **Спостереження без оцінювання** полягає в тому, що людина вчиться помічати конкретні речі і дії, розрізняти судження і відчуття, «тут і тепер», просто спостерігаючи за довкіллям.
2. **Відчуття, емоції, почуття**. Коли ми помічаємо, що нас оточує, то по-іншому реагуємо на ситуацію. Наші емоції і фізичні відчуття змінюються щомиті. І тут важливо навчитися відділяти почуття і думки.
3. **Потреби**. У кожної людини є потреби й цінності, що підтримують і збагачують її життя. Коли ці потреби задовольняються, ми переживаємо комфортні відчуття, наприклад щастя чи внутрішній спокій, а коли цього немає – наші відчуття неприємні, наприклад розчарування, образа. Розуміння власних потреб і потреб оточуючих – найважливіший крок у процесі практичного освоєння ненасильницького спілкування і вміння жити з емпатією та самоемпатією.
4. **Прохання**. Коли ми навчаємося просити інших про конкретні дії, можливі в цей момент, то починаємо разом із ними шукати шляхи, як задовольнити потреби всіх.

ЧОТИРИ КРОКИ ПРОЦЕСУ НЕНАСИЛЬНИЦЬКОГО СПІЛКУВАННЯ *Таблиця 4.1.*

КРОКИ	Чітко висловлюю / виражаю все, що стосується МЕНЕ – без критики, осуду чи звинувачення	З емпатією приймаю все, що стосується ТЕБЕ, не очікую почути критику, засудження, звинувачення
СПОСТЕРЕЖЕННЯ	Те, що Я спостерігаю (бачу, чую) у ситуації, яка не покращує моє життя	Те, що ТИ спостерігаєш (бачиш, чуєш) у ситуації, яка не покращує твоє життя
	Приклад формулювання спостереження:	
	«Коли я (бачу, чую), що…»	*«Коли ти (бачиш, чуєш), що…»*
ПОЧУТТЯ	Як Я почуваюся, спостерігаючи цю ситуацію? (Мої емоції, почуття і відчуття, а не думки)	Як ТИ почуваєшся, спостерігаючи цю ситуацію? (Твої емоції, почуття і відчуття, а не думки)
	Приклад формулювання почуття:	
	«Я почуваю себе…»	*«Ти почуваєш себе…»*

ПОТРЕБИ	Чого Я потребую чи що ціную, причина моїх почуттів? (А не те, чому надаю перевагу чи роблю)	Чого ТИ потребуєш чи що цінуєш, причина твоїх почуттів? (А не те, чому надаєш перевагу чи робиш)
	Приклад формулювання потреб:	
	«…бо я потребую/ціную…»	*«…бо ти потребуєш/цінуєш…»*
ПРОХАННЯ	Запит конкретних дій, які Я хотів би бачити у цій ситуації	Запит конкретних дій, які ТИ хотів би бачити у цій ситуації
	Приклад формулювання прохання:	
	«Чи не хотів/міг би ти …?» (Іноді можна виразити без слів, а через емпатію)	

ПРАКТИЧНІ ВПРАВИ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ МЕДІАТОРІВ ІЗ НЕНАСИЛЬНИЦЬКОГО СПІЛКУВАННЯ

Продемонструємо на прикладі практичних вправ, як можна формувати навички ненасильницького спілкування [104, 81] для реалізації їх на практиці та здійсненні посередництва в конфліктних ситуаціях.

СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Визначте якісь факти, що породжують потребу щось сказати. Важливо, щоб це були фактичні спостереження, без суджень чи оцінювання. Наприклад, фраза «Зараз 2:00, ніч. Я чую, що з вашої квартири лунає музика» означає певний факт. А твердження «Вже дуже пізно, щоб так галасувати» містить оцінку.

Спостереження «Я заглянув у холодильник і побачив, що там немає продуктів. Я думаю, що ви не ходили в магазин, щоб купити їжу» фіксує певний факт (чітко зроблено висновок), у той час, як фраза «Ви змарнували цілий день» – оцінювання. Люди, зазвичай, оцінюють речі по-різному, а чітко названі факти забезпечують основу для спілкування.

ВПРАВА 1

Запишіть три спостереження щодо себе.

_____

_____

Запишіть три оціночних судження щодо себе.

_____

_____

ВПРАВА 2

Протягом тижня спостерігайте, як ви спілкуєтеся з іншими, і занотуйте спостереження в зошит (*табл. 4.2*). Яких прикладів більше? Потренуйтесь і поряд із прикладом спостереження з оцінюванням напишіть перефразування без оцінювання.

ЗВІТ САМОСПОСТЕРЕЖЕННЯ *Таблиця 4.2.*

Приклади спостереження з оцінюванням	Приклади спостереження без оцінювання

ВПРАВА 3

Наведіть приклади для кожної з семи форм спілкування, починаючи зі спостереження, поєднаного з оцінюванням, і закінчуючи спостереженням без оцінювання.

ДИНАМІКА СПОСТЕРЕЖЕНЬ *Таблиця 4.3.*

СПІЛКУВАННЯ	ПРИКЛАДИ ПОСТЕРЕЖЕННЯ З ОЦІНЮВАННЯМ	ПРИКЛАДИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ БЕЗ ОЦІНЮВАННЯ
1. Вживання форми «А – Б» без зазначення того, що це приватна думка особи, яка висловлює судження (констатація фактів)	*Ви занадто щедра людина*	*Коли я бачу, що ви віддаєте всі кошти, зароблені від тренінгів, на потреби поранених, я думаю, що ви занадто щедра людина*
2. Вживання дієслів та словосполучень із оціночною конотацією (подвійним значенням)	*Олексій тягне до останнього*	*Олексій починає готуватися до поїздки в зону АТО тільки ввечері напередодні поїздки*

3. Твердження, коли з думок, намірів, бажань іншої особи можна зробити тільки єдиний висновок	*Вона не буде вкладати душу і серце в цю роботу*	*Я думаю, що вона не буде вкладати душу і серце в цю роботу. Або: вона сказала, що не буде вкладати душу в цю роботу*
4. Висловлення припущення як достовірного факту	*Якщо ви не будете виконувати фізичні вправи, то ніколи більше не встанете на ноги*	*Я хвилююся, що відсутність відновлювальних фізичних вправ зашкодить вашому реабілітаційному процесу*
5. Узагальнення конкретного випадку і перенесення на всі інші подібні ситуації	*Всі росіяни – ватники, неспроможні адекватно дивитися на ситуацію*	*Ця росіянка, що давала інтерв'ю на телеканалі, проявила нерозуміння ситуації і не навела жодного конструктивного аргументу щодо своєї позиції*
6. Використання слів на позначення здібностей, без вказівки на те, що це оцінювання	*Наш комбриг – безтолковий командир*	*Наш комбриг не зміг організувати харчування бійцям, не зміг організувати правильного закріплення на позиціях і за весь час служби не провів жодної успішної операції*
7. Використання прислівників та прикметників так, ніби це факт, а не оцінка	*Цей Сергій такий безтолковий*	*Вчинки Сергія не здаються мені виваженими і адекватними до ситуації*

ВІДЧУТТЯ, ЕМОЦІЇ, ПОЧУТТЯ

Розуміння емоційного виміру без оцінювання і моральних суджень дозволяє відчути дух взаємної поваги і співпраці.

Мета цього кроку – точне визначення емоційного стану, розуміння, що ви або інша людина відчуваєте в той момент, але не для того, щоб присоромити когось за почуття чи намагатися перешкодити відчувати. Наприклад, «Залишилося півгодини до від'їзду, і я бачу, що ти метушишся (спостереження). Ти нервуєш?», «Я бачу що ваша собака бігає без повідка і гавкає (спостереження). Я боюся». Почуття іноді важко висловити словами.

Для допомоги в освоєнні цього кроку нижче запропоновані слова, що їх використовують, коли хочуть описати душевний стан і фізичні відчуття [73]. Цей список далеко не вичерпний і ні до чого не зобов'язує; багато з наведених почуттів можна об'єднати в категорії інакше. Пропонований список створений для допомоги кожному, хто хоче заглибитися у процес саморозкриття і сприяти більшому взаєморозумінню і єднанню між людьми.

ЩО І ЯК МИ ВІДЧУВАЄМО, ЯКЩО НАШІ ПОТРЕБИ ЗАДОВОЛЕНІ. Любов, дружелюбність, кохання, ніжність, відкритість серця, симпатія, співпереживання, співчуття, теплота, впевненість у собі, гордість, захищеність, відкритість, сила, довіра, захоплення, бадьорість, зацікавленість, захват, цікавість, зачарованість, заглибленість, зосередженість, сконцентрованість, збудження, жвавість, завзятість, прагнення, пристрасть, подив, енергійність, ентузіазм, екстатичність, натхнення, променистість, вдячність, розчулення, надія, бадьорість, оптимістичність, життєрадісність, веселощі, радість, приязнь, радість, щастя, жартівливість, подив, натхнення, спокій, безтурботність, конфіденційність, достаток, м'якість, полегшення, розслабленість, терпіння, тиша, вдоволення, умиротворення.

ЩО І ЯК МИ ВІДЧУВАЄМО, ЯКЩО НАШІ ПОТРЕБИ НЕ ЗАДОВОЛЕНІ. Страх, боязливість, занепокоєння, паніка, жах, переляк, недовіра, обережність, сумнів, невдоволення, сердитий, «не в дусі», роздратування, фрустрація, гнів, шаленство, образа, лють, вразливість, неприязнь, ворожість, ненависть, нетерпимість, відраза, презирство, розгубленість, тривога, невпевненість, приголомшення, заплутаність, збентеження, відсторонення, замкнутість, відчуженість, апатія, оніміння, віддаленість, відокремлення, відсторонення, байдужість, відчуження, нудьга, холодність, занепокоєння, хвилювання, мінливість, незручність, заклопотаність, розбитість, шок, забруднення, провина, сором'язливість, сором, похмурість, приниження, втома, млявість, смуток, розбитість, смертельна втома, сонливість, біль, агонія, мука, нещастя, самотність, обтяженість, розбите серце, жаль, горе, сум, безнадія, відчай, депресія, меланхолія, морок, збентеженість, пригніченість, туга, напруження, відчай, стрес, нервовість, перевантаження, безпорадність, невпевненість, обережність, слабкість, сумніви, чутливість, туга, заздрість, ностальгія, ревнощі.

Не варто говорити: «Ти змусив мене відчувати себе …», «Я відчуваю себе… (*так-то*), тому що ти зробив… (*те-то*)». Не говоріть: «Ти змушуєш мене сердитися». Це перекладає відповідальність за ваші почуття на іншу людину, позбавляє вас відповідальності визначати справжню причину вашого почуття.

Альтернативні висловлювання: «Коли ви зробили …, я відчував … бо мені потрібно …».

З іншого боку, як уже зазначалося раніше, якщо коротке висловлювання достатньо описує ваші потреби і ви не перекладаєте відповідальності за свої почуття на іншу людину, то детальні пояснення не доцільні.

ВПРАВА 1

Що ви відчуваєте просто зараз? Як ви визначаєте, що відчуваєте в цей момент? На що ви звертаєте увагу?

ВПРАВА 2

Наведіть три приклади, де використовується вислів: «Я відчуваю», але насправді висловлюються думки, а не відчуття чи почуття.

ВПРАВА 3

Почніть складати свій власний перелік (список) особистих почуттів:

а) Уявіть різні ситуації, де все в житті відбувається саме так, як ви хочете. Запишіть на аркуші паперу всі почуття, які можуть бути в цих ситуаціях.

б) Тепер уявіть різні ситуації, коли ваші потреби не задовольняються, і напишіть список почуттів на іншому аркуші паперу.

в) З часом намагайтеся постійно додавати в ці списки нові назви для опису свого симфонічного оркестру емоцій та почуттів.

ПОТРЕБИ

Визначте потребу, яка спричинила конкретну емоцію, або запропонуйте гіпотезу: яка потреба викликала ці емоції в іншій людині? І запитайте людину про це.

Налаштовуючись на увагу до емоцій та почуттів, часто можна визначити потребу, яка зумовлює їх. Визначення потреби без її моральної оцінки з'ясовує для обох учасників діалогу суть того, що переживаєте ви й інша людина. Наприклад: «Я бачу, ти відвертаєшся, коли я говорю, і розмовляєш так тихо, що я не чую тебе (спостереження). Я почуваюся незручно (почуття), тому що зараз у мене є потреба поговорити, встановити зв'язок».

Потреби мають особливе значення в ННС: вони схожі у всіх людей і не прив'язані до якоїсь певної ситуації чи способу їхнього задоволення. Наприклад, бажання піти в кіно з кимось – це не потреба, провести час із певною людиною – не потреба. Тут є **потреба в дружньому спілкуванні**. Ви можете задовольнити вашу потребу в спілкуванні по-різному, не тільки з цією конкретною людиною, і не обов'язково для цього йти в кіно.

Важливо пам'ятати, що потреби універсальні для всіх, а стратегій для задоволення кожної потреби дуже багато. Не потреби є визначальними для конкретної людини, що вчиняє конкретну дію. Потреби не є причиною суперечностей, причина – у стратегіях задоволення потреб. Потреба – це не тільки брак чого-небудь, а мрія про щось велике і значуще для кожної людини. Саме потреба – джерело і причина почуттів, бо за кожною дією, словом, поведінкою можна виявити потребу. Потреби нейтральні: вони не добрі й не погані самі по собі.

ВПРАВА 1

Розділіть аркуш паперу на дві колонки. В першу запишіть про інших людей список суджень, які найчастіше виникають у ваших думках. Використовуйте форму: «Я не люблю людей, які _____». Стосовно кожного судження запитайте себе: «Коли я засуджую людину таким чином, чого я потребую, але не отримую?».

У пригоді може стати список потреб, розроблений Центром ННС (*Center for Nonviolent Communication*) [102]. Цей перелік не є вичерпним чи остаточним. Ви можете доповнювати цей список власними потребами.

Потреби у зв'язку: прийняття, прихильність, визнання, приналежність, співпраця, спілкування, близькість, спільнота, дружні стосунки, жалість, співчуття, міркування, узгодженість, емпатія (співпереживання), включеність, інтимність, близькість, любов, взаємність, виховання, повага, самоповага, безпека, надійність, захист, стабільність, підтримка, допомога, бажання, щоб про тебе знали; бачити; бути побаченим; розуміти інших, інші розуміють тебе, довіра, теплі стосунки.

Фізичні потреби: повітря, їжа, рух, вправи, відпочинок, сон, сексуальне вираження, фізична безпека, притулок, укриття, дотик, вода.

Чесність: справжність, цілісність.

Потреба в розвагах: задоволення, жарти, мир, краса, єдність, легкість, зручність, рівність, гармонія, натхнення, порядок.

Потреба в автономії: вибір, свобода, незалежність, особистий простір, спонтанність, радість життю.

Життєвий сенс: усвідомлення, виклик, ясність, зрозумілість, компетентність, усвідомлення, притомність, внесок, творчість, відкриття, дієвість, ефективність, зростання, розвиток, надія, бажання вчитися, сум за…, оплакування, участь, мета, намір, потреба в самовираженні, заохочування, значення, розуміння.

Інші потреби: затишок, самонаснага, захист, дружба, стабільність, духовність, турбота, мрії, фантазії, справедливість, визнання, цінування, потреба бути значимим (цінним) для інших.

Тренери з ненасильницького спілкування під час групової або індивідуальної роботи використовують картки потреб (на кожній картці надрукована назва однієї з потреб). Картки застосовуються при виконанні різних вправ.

ВПРАВА 2

Проаналізуйте якусь незрозумілу або складну для вас ситуацію відповідно з чотирма кроками:

1. Описуєте для себе ситуацію.
2. Називаєте почуття, які в цій ситуації у вас виникли.
3. Обираєте з карток потреби, які були у вас у цій ситуації.

ВПРАВА 3

Оберіть ситуацію і проаналізуйте почуття й дії учасників цієї ситуації:

- подумайте, які саме з-поміж гами почуттів переживала людина;
- оберіть із карток потреби, які, на вашу думку, могли бути в неї у цій ситуації.

Часто буває, що після такої вправи легше зрозуміти як себе, так і іншого; можна знайти спосіб, чи, принаймні, спробувати разом його пошукати, щоб задовольнити потреби обох.

ПРОХАННЯ

Запитайте себе, яким чином можна задовольнити щойно визначену потребу. Запитайте себе чітко і конкретно про те, що ви хочете прямо зараз, замість того, щоб тільки натякати або вказувати на те, чого ви не хочете.

Наприклад, «Я помітив, що ви мовчали останні десять хвилин (спостереження). Можливо, вам нудно (почуття)?». Якщо відповідь: «Так», то можна прислухатися до своїх власних почуттів і запропонувати дію: «Мені також нудно. Слухайте, може сходимо в кіно?».

Щоб прохання і справді було проханням, а не вимогою, дайте можливість іншій людині сказати «Ні» або запропонувати альтернативу. Ви берете на себе відповідальність за те, щоб ваші власні потреби були задоволені, тому дозвольте й іншим взяти відповідальність за задоволення своїх.

Коли ви робите щось разом, то робите це з обопільної добровільної згоди, щоб задовольнити власні реальні потреби й бажання, а не з почуття провини або під тиском. Іноді можна знайти дію, яка задовольнить потреби обох. А іноді просто потрібно потиснути одне одному руки і піти різними дорогами.

Отже, прохання – це не вимога. Воно має бути реалістичним, здійсненним і стосуватися поточного моменту. Висловлюючи своє прохання, необхідно бути однаково зацікавленим у задоволенні як своїх потреб, так і потреб іншої людини.

ВПРАВА 1

Згадайте конкретну ситуацію, коли ви щось когось просили. Це було прохання чи вимога? Звідки ви це знаєте?

ВПРАВА 2

Поспостерігайте за своїм внутрішнім діалогом. Коли ви розмовляєте з собою, то ви просите чи вимагаєте? Наведіть приклади.

ВПРАВА 3

Згадайте ситуацію, коли ви взаємодієте з якоюсь людиною і вас не влаштовує якість цієї взаємодії, наприклад, з'являються негативні емоції. Напишіть одне або декілька прохань, які б ви змогли сформулювати в цій ситуації, використовуючи метод ненасильницького спілкування.

Наведені вище приклади і шаблони – формальна частина ННС, що робить зрозумілим усі чотири кроки. Їх можна застосовувати для вивчення ННС або в ситуаціях, де можливе непорозуміння. У повсякденній практиці також можна використовувати запропонований метод і залежно від контексту доносити потрібну інформацію [81; 102; 104]. Можна ставати медіатором конфлікту в родині, у професійному та соціальному середовищі. Метод ненасильницького спілкування може бути корисним, навіть якщо співрозмовник не практикує або не знає нічого про цей метод. Якщо ви в односторонньому порядку практикуватимете цей метод, то теж отримаєте відповідні результати.

Яким би простим не здавалося ННС, на практиці його реалізувати складніше. Прочитайте книжку, відвідайте один-два семінари, спробуйте використати почуте у власному житті і побачите, чого ви навчитеся. Робіть помилки й аналізуйте, якщо щось пішло не так. Іншого разу спробуйте щось зробити інакше.

Для того, щоб досягти майстерності у спілкуванні, важливо бачити, як поводиться той, хто вже добре знає ННС. Щоб стати тренером із ННС, медіатором діалогу між громадами або медіатором Відновних кіл, потрібно пройти навчання та сертифікацію за стандартами Центру ненасильницького спілкування (CNVC).

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 4

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Назвіть види насильства та його прояви в повсякденному житті.
2. Які риси характеру притаманні людині, що часто буває жертвою? Що характеризує агресора?
3. Які способи налагодити конструктивну комунікацію вам відомі?

ЗАДАЧА

До вас на консультацію прийшов ветеран із бажанням «позбавитися агресивної поведінки щодо дружини та дітей». Як можна розвивати навички ненасильницького спілкування у клієнта? Продемонструйте засобами рольової гри фрагмент психологічного консультування ветерана.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Перерахуйте переваги ненасильницького спілкування у сім'ї та в колективі.
2. Назвіть та охарактеризуйте чотири кроки процесу ненасильницького спілкування.
3. Що таке «Відновне коло»?

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Запропонуйте психологічні метафори, за допомогою яких можна сприяти формуванню стратегії ненасильницького спілкування у дітей дошкільного віку. Обґрунтуйте свої пропозиції.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Розенберг М. Язык жизни. Ненасильственное общение. URL: http://www.klex.ru/6yr
2. Рамбала Е. Семінар «Ненасильницьке спілкування – фундамент нової школи» URL: https://www.youtube.com/watch?v-ztEruck1CaQ

Розділ 5.

МЕТОД «РІВНИЙ-РІВНОМУ» У ВЗАЄМОДІЇ УЧАСНИКІВ ГРУП ПІДТРИМКИ ТА ГРУП ВЗАЄМОДОПОМОГИ

Щоб пережити кризу, потрібно створювати маленькі групи підтримки, в яких одні люди допомагають іншим (*People to people organizations – люди для людей*). Адже «не треба бути професіоналом, щоб допомагати тим, хто переживає кризу після травми, досить просто мати відкрите серце, дати людям можливість заземлитися і заспокоїтися. Не обов'язково й обговорювати, що сталося, можна разом готувати щось смачне, гуляти, спілкуватися або мовчати. Якщо ви підтримаєте людей під час їхньої кризи, то в них, можливо, навіть не буде посттравматичного синдрому. Частіше обнімайтеся. Коли ми відчуваємо високий рівень стресу, такий контакт допомагає не втрачати зв'язку зі своїм власним тілом… Травма, шок і посттравматичний синдром «заразні»… Тому створюйте свої групи підтримки. Створюйте команди, встановлюйте зв'язки, підтримуйте і відновлюйте одне одного» [5].

Дітті Марчер, директор Міжнародного інституту Бодинаміки

5.1. ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ГРУП ПІДТРИМКИ ТА ГРУП ВЗАЄМОДОПОМОГИ

У стресових ситуаціях суттєво посилюється **потреба в прийнятті**, яку називають афіліативною. Якщо немає можливості задовольнити цю потребу, людина почувається ізольованою й самотньою, що додатково погіршує її здатність справлятися з наслідками стресу. Зміст афіліації полягає у такому спілкуванні й підтримці, які приносять задоволення і збагачують усіх учасників діалогу. Потреба об'єднання в групи з'являється, коли розрізнених ресурсів явно не вистачає для подолання наслідків переживання ситуації, вплив якої перевищує можливості однієї людини.

Що ж таке терапевтичні групи, групи підтримки, взаємодопомоги, самодопомоги? В чому різниця між цими видами груп? Як група допомагає вирішувати особисті проблеми, як сприяє досягненню цілей? І, якщо це справді допомагає, то як скористатися цим ресурсом: створити групу, підтримувати її діяльність чи знайти і стати її членом?

ГРУПА – ОБМЕЖЕНА В РОЗМІРАХ СПІЛЬНОТА ЛЮДЕЙ, ЩО ОБ'ЄДНУЮТЬСЯ З ПЕВНОЮ МЕТОЮ НА ОСНОВІ СХОЖИХ ОЗНАК (ПРОФЕСІЇ, ХАРАКТЕРУ ДІЯЛЬНОСТІ, СОЦІАЛЬНОЇ НАЛЕЖНОСТІ, УПОДОБАНЬ, СТРУКТУРИ, РІВНЯ РОЗВИТКУ, ВІКУ, СТАТІ ТОЩО). В ГРУПІ СКЛАДАЮТЬСЯ ПЕВНІ НОРМИ ПОВЕДІНКИ, ЦІЛІ, ВИНИКАЄ ВІДЧУТТЯ ЦІЛІСНОСТІ, ЄДНОСТІ З ІНШИМИ ЧЛЕНАМИ ГРУПИ.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ГРУПИ

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ГРУПА – ЦЕ ГРУПА ЛЮДЕЙ, У ЯКІЙ ПРОФЕСІОНАЛ ОРГАНІЗОВУЄ ГРУПОВУ ВЗАЄМОДІЮ, ЩО ДОПОМАГАЄ УЧАСНИКАМ ДОСЛІДЖУВАТИ, РОЗУМІТИ ТА ЗМІНЮВАТИ НЕКОНСТРУКТИВНІ СПОСОБИ ПОВЕДІНКИ.

Мета психотерапевтичної групи – глибинні особистісні чи поведінкові зміни, дослідження сфери несвідомого, адаптація чи реадаптація до мінливих вимог середовища.

Участь у психотерапевтичній групі дає учасникам можливість формувати нові уявлення про себе, оточення, ситуацію, своє місце в суспільстві; покращувати навички саморегуляції і спілкування, тобто, сприяє розвитку учасників.

Ефективність психотерапевтичної групи залежить як від професійної підготовки фахівця (психолог, психіатр, психотерапевт, соціальний працівник із психотерапевтичною підготовкою тощо), так і від активності учасників групи.

Ця група спрямована на суттєво іншу допомогу, ніж група підтримки або взаємодопомоги. Психотерапевтична група може бути ефективнішою для людей, у яких є досвід відвідування груп підтримки та взаємодопомоги, які досягли певного рівня оволодіння інформацією, навичками, ресурсами для незалежності й контролю над власним життям і готові перейти до вирішення глибших особистісних проблем. Такі люди зможуть отримати від психотерапевтичної групи найбільшу допомогу, хоча їм буде важко адаптуватися до функціонування в новій групі, що дуже відрізняється від груп взаємодопомоги та груп підтримки.

ГРУПИ ПІДТРИМКИ

ГРУПИ ПІДТРИМКИ – КЕРОВАНІ ФАХІВЦЕМ ДОБРОВІЛЬНІ ОБ'ЄДНАННЯ ЛЮДЕЙ ЗІ СХОЖИМИ ПРОБЛЕМАМИ ЧИ КРИЗОВИМИ ЖИТТЄВИМИ ОБСТАВИНАМИ, ЩО ЗУСТРІЧАЮТЬСЯ ПРОТЯГОМ ТРИВАЛОГО ЧАСУ З МЕТОЮ НАДАННЯ ВЗАЄМНОЇ ДОПОМОГИ ТА ПІДТРИМКИ, ОБМІНУ ІНФОРМАЦІЄЮ Й РЕСУРСАМИ, ЯКІ МОЖУТЬ БУТИ КОРИСНИМИ ДЛЯ ВИРІШЕННЯ ЇХНІХ ПРОБЛЕМ.

ГРУПИ ПІДТРИМКИ ТА ВЗАЄМОДОПОМОГИ ДІЮТЬ ЗА **ПРАВИЛОМ СУБСИДІАРНОСТІ** (*ВІД АНГЛ. SUBSIDIARITY*), СУТЬ ЯКОГО ПОЛЯГАЄ В ТОМУ, ЩО ЛЮДИНІ, КОТРА НЕ МОЖЕ ПОДОЛАТИ ПРОБЛЕМУ САМОСТІЙНО, СПОЧАТКУ ПОВИННІ ДОПОМАГАТИ РОДИНА, СУСІДИ, ГРУПА ВЗАЄМОДОПОМОГИ, НЕЗАЛЕЖНІ ДОБРОЧИННІ ОРГАНІЗАЦІЇ, ГРОМАДА, І ЛИШЕ ПОТІМ МУСЯТЬ ПІДКЛЮЧАТИСЯ ДЕРЖАВНІ ОРГАНИ. ЗГІДНО З ЦИМ ПРАВИЛОМ, УХВАЛЮЄ РІШЕННЯ ТОЙ, ХТО ВІДПОВІДАТИМЕ ЗА ЇХНІ НАСЛІДКИ.

Групи підтримки більше рекомендовані для людей, що переживають кризовий стан. Тут вони можуть навчитися говорити про власні труднощі, обговорювати свої почуття й переживання і, як результат, не тільки прийняти наявність у себе проблеми – у питаннях адаптації чи наявності залежності, захворювання або складної життєвої ситуації, а й переформулювати проблему в низку завдань, знайти, за допомогою професіонала і групи, внутрішні та зовнішні ресурси для їхнього вирішення.

Групи підтримки є чудовим місцем для пошуку психологічного комфорту, заохочення та прийняття себе іншими [105].

Л. Леві [20] виділив **чотири типи груп підтримки з терапевтичною орієнтацією**.

Групи I типу займаються переважно контролем або реорганізацією поведінки. Прикладами таких груп є Анонімні Алкоголіки (АА) та Анонімні Наркомани (АН), Анонімні азартні гравці й Анонімні батьки.

Членів **груп II типу** об'єднують спільні стресові ситуації. Ці групи можуть фокусуватися на таких кризових ситуаціях, як зґвалтування, вбивство ким-небудь дитини, виживання після суїцидальної спроби, перебування в полоні, вимушене переселення, участь у бойових діях, переживання надзвичайних ситуацій, травма втрати тощо. Ці групи займаються так званими перехідними періодами життя або переходом до нормального стану, прагнуть скоріше до опанування станами та поведінкою, ніж до зміни статусу своїх членів.

У роботі **груп III типу** беруть участь люди, які відчувають дискримінацію у зв'язку з їхньою статтю, расовою чи класовою належністю тощо. Сюди теж можна віднести і групи учасників АТО, що об'єднуються для відстоювання своїх прав та надання одне одному підтримки в період соціальної реадаптації.

Групи IV типу не мають визначеної загальної проблеми, їхні учасники прагнуть до загальної самоактуалізації та підвищення особистої ефективності.

Підтримка в групі (як і взаємодопомога) може містити:

- обмін інформацією про те, як можна собі зарадити у складних ситуаціях;
- відчуття, що людина не самотня зі своїми проблемами і може розраховувати на підтримку;
- взаємну фінансову підтримку, якщо є така необхідність (це можливо у виняткових випадках. Основне завдання – навчитися жити комфортно для себе й для оточення).

Групи підтримки ефективні в ситуації, коли в учасників ще немає достатніх внутрішніх ресурсів для функціонування в режимі груп взаємодопомоги (самодопомоги). Іноді соціальні працівники чи інші фахівці, що супроводжують людей, мають докласти суттєвих зусиль для того, щоб з об'єднання людей із добрими намірами група перетворилася на ефективний метод практики з надання одне одному підтримки [62].

Із часом групи підтримки можуть трансформуватися у групи взаємодопомоги, якщо з'являються учасники, які **конструктивно змінили свою поведінку й адаптувалися до нових умов**. Запорукою успішності таких змін є активність і мотивація учасників групи до конструктивних змін і підтримка з боку спеціалістів, які розуміють, що з'явилися люди, здатні організувати й вести групу взаємодопомоги (самодопомоги).

ГРУПИ ВЗАЄМОДОПОМОГИ (САМОДОПОМОГИ)

ГРУПИ ВЗАЄМОДОПОМОГИ (САМОДОПОМОГИ) – ВАЖЛИВА ЧАСТИНА СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ В ГРОМАДІ; ФОРМА СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ОДНЕ ОДНОГО ЛЮДЕЙ ЗІ СХОЖИМИ ПРОБЛЕМАМИ. ЛЮДИ МОЖУТЬ ПРАЦЮВАТИ САМОСТІЙНО АБО ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОФЕСІОНАЛІВ, ЗАЗВИЧАЙ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ПСИХОЛОГІВ.

У групах взаємодопомоги є багато спільного з групами підтримки, зокрема, в перевагах та обмеженнях, але є й відмінності. Головна відмінність полягає в тому, що групи взаємодопомоги базуються на відповідальності за функціонування групи й активній участі людей, що живуть у проблемній ситуації (захворювання, ВІЛ, складний життєвий період). Це дає їм можливість активізувати власні ресурси, розвивати здібності, вирішувати проблеми, контролювати своє життя.

Як свідчить аналіз соціальної практики, **групи взаємодопомоги** об'єднують певну кількість людей (від 6 до 20), які самостійно визначають напрями своєї діяльності, тематику й методи роботи групи, організують свої зустрічі з певною періодичністю (щотижня чи щомісяця); на своїх засіданнях члени групи обговорюють проблеми, з якими стикаються, отримують підтримку від інших учасників, усвідомлюють, що не лише в них є подібні труднощі, набувають навичок усвідомлення своїх проблем і шляхів їхнього подолання.

Їхні учасники не є спеціалістами у розв'язанні проблем, які вони намагаються вирішити. Групи взаємодопомоги – це частково формалізовані організації непрофесіоналів, об'єднаних спільною метою заради блага кожного члена групи. Група взаємодопомоги – своєрідний розмовний гурток із кількох осіб, яких об'єднує бажання надавати й отримувати підтримку одне від одного, щоб разом долати проблеми.

Ефективність груп взаємодопомоги базується на двох основних **принципах**. По-перше, досвід свідчить, що люди, які впоралися або ефективно справляються з певною проблемою, є кращими помічниками, навіть порівняно з професіоналами без подібного досвіду.

По-друге, «надаючи допомогу іншим – допомагаєш собі». Адже групова робота дає низку переваг: можливість побачити себе і власні проблеми з різних точок зору; отримати унікальні соціальні навички (наприклад, уміння відкрито говорити про свої проблеми, готовність надавати і приймати підтримку); відчути єдність із людьми, які перебувають у подібній ситуації, чого не можна досягти самостійно.

З огляду на те, що підтримка в таких групах носить взаємний характер, частіше їх називають «групами взаємодопомоги», щоб уникнути плутанини з поняттям «самодопомога» в його первинному значенні (опанування власним станом, ситуацією, проблемами, надання допомоги самому собі), що може й не вимагати присутності іншого. Але термін «група самодопомоги», що прийшов у нашу мову як калька з англійської мови («*self-help groups*»), широко застосовується і навіть має власну усталену абревіатуру (ГСД). Тому обидві назви сьогодні використовуються паралельно як рівнозначні.

Таким чином, **група взаємодопомоги (самодопомоги)** – це двоє і більше людей із подібною життєвою проблемою або ситуацією, які об'єдналися заради вирішення проблеми чи для опанування ситуацією.

У соціальній практиці групи взаємодопомоги досить поширені: групи ветеранів (Афганістану, антитерористичної операції); різноманітні жіночі групи; групи матерів та батьків-одинаків, групи батьків дітей-інвалідів; групи хворих на цукровий діабет, онкохворих, ВІЛ-позитивних тощо; Анонімних Алкоголіків (АА), Анонімних Наркоманів (АН) та їхніх родичів тощо.

Діяльність цих груп спрямована на те, щоб учасники змогли виявити й усвідомити певну проблему, прийняти її наявність та зробити доступною для опанування чи вирішення.

«Коли зустрічаються побратими і починають спілкуватися на якісь відверті теми, то той, хто в собі замикається і чує, як за одним столом побратими вирішують психологічну проблему одного з них, розуміє, що в нього така сама проблема – і тут вона вирішується. Тоді він відкривається і каже, що у нього така сама проблема» (зі слів ветерана АТО).

Функціонування груп взаємодопомоги базується на основі участі їхніх членів у вирішенні проблем, обміну знаннями й досвідом та самостійно визначеної відповідальності, зацікавленості й бажання змінити щось у власній ситуації та обмінятися своїм досвідом із людьми, в яких є подібні проблеми.

ВЗАЄМОДІЯ В ГРУПІ ВЗАЄМОДОПОМОГИ – ЦЕ ФОРМА ВЗАЄМОДІЇ, ЩО ЗНІМАЄ ПОЧУТТЯ ЗОВНІШНЬОЇ (СОЦІАЛЬНОЇ) ТА ВНУТРІШНЬОЇ (ОСОБИСТІСНОЇ, ДУШЕВНОЇ) ІЗОЛЯЦІЇ.

Від інших форм громадської активності групи взаємодопомоги відрізняються тим, що її завдання спрямовані, насамперед, на власних членів, а не на когось зі сторони. Група взаємодопомоги здатна як сприяти у вирішенні проблеми (поради, втішання, обговорення приватних питань тощо), так і давати відчуття того, що тебе люблять, цінують, ти потрібен комусь.

Основні **цільові завдання групи взаємодопомоги**: відреагування та обговорення минулого травматичного досвіду та можливого майбутнього; мінімізація негативного сприйняття себе («це трапилося не лише зі мною»); пошук засобів для подолання кризових ситуацій (як психологічного, так і організаційного характеру); формування групової згуртованості, збереження соціальної ідентичності; надання комплексної соціально-психологічної підтримки» [27].

Мабуть тому групи взаємодопомоги (самодопомоги) іноді помилково називають групами підтримки. Але варто пам'ятати, що в групі підтримки відповідальність за організацію й проведення зустрічей покладена не на учасника групи, а на фахівця.

Функціонування груп взаємодопомоги базується на основі взаємної участі їхніх членів у розв'язанні проблем, обміну знаннями й досвідом та самостійно визначеної відповідальності, зацікавленості й бажання змінити щось у власній ситуації та поділитися своїм досвідом із людьми, в яких є подібні проблеми. Групи взаємодопомоги – це засіб, що знімає почуття зовнішньої (соціальної) та внутрішньої (особистісної, душевної) ізоляції [27].

ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГРУПИ ВЗАЄМОДОПОМОГИ ТА ГРУПИ ПІДТРИМКИ

- У кожного з учасників є схожі проблеми або ситуації.
- Люди, що не належать до цієї категорії, можуть бути присутні на відкритих зборах або на інформаційних зустрічах зі спеціалістами лише з дозволу групи.
- Мета й завдання групи визначаються потребами реальних учасників, їхніми повсякденними проблемами
- Взаємодопомога будується на бажанні людей активно вирішувати ці проблеми.
- Робота групи розрахована на внутрішні ресурси учасників; усі рішення приймаються зборами або активом групи.
- Активісти, лідери, фасилітатори, взявши на себе відповідальність за роботу групи, залишаються рівними з іншими учасниками, вони також діляться своїми проблемами.
- Групу веде **фасилітатор** – людина, що займається організацією й веденням групових форм роботи. Фасилітатор не «керує групою», не веде учасників за собою, а створює сприятливі умови для природного перебігу зустрічі [21].

ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИННИКИ ГРУП ВЗАЄМОДОПОМОГИ. Залежно від того, яка проблема змусила людей зібратися разом, можна виділити групи з подолання кризи чи перехідного періоду; групи боротьби з залежностями; групи рідних і близьких ветеранів; групи людей, у яких є певні хронічні захворювання тощо.

На перший погляд здається, що між такими групами більше розбіжностей, аніж спільного. Дійсно, групи взаємодопомоги дуже різноманітні за своїми структурними формами і за видами діяльності, вони майже не піддаються класифікації, але **є кілька спільних для всіх типів груп складових:**

- люди зі спільним життєвим досвідом, ситуацією, проблемою, що збираються разом, аби щось змінити;
- право прийняття рішень про діяльність групи належить тим, хто до неї входить (людям, що перебувають у схожій ситуації);
- учасники є прямими або непрямими одержувачами користі від здійснюваної діяльності;
- діяльність часто буває викликана необхідністю протистояти ізоляції, дискримінації та іншим проявам негативного ставлення суспільства до цієї групи.

Так, П. Сілверман спільним для всіх груп взаємодопомоги вважає надання взаємної підтримки членами групи одне одному, обмін інформацією, що дає змогу знайти шляхи виживання у складній ситуації, освоїти копінг-стратегії. Групи взаємодопомоги фундаментально базуються на ідеї, що люди зі схожим досвідом проблем можуть запропонувати найкращу інформацію, яка стосується цих функцій [87].

К. Мун-Гіддінгс зазначає, що практика взаємодопомоги є варіативною, фокус її діяльності, спрямованої на зменшення стигматизації людини з розладом, постійно змінюється [103]. Спочатку люди просто фокусуються на проблемах, проте групові процеси впливають на погляди членів груп, відбувається зростання свідомості щодо перспектив стратегій подолання в умовах своїх власних ситуацій.

ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИННИКИ, що сприяють досягненню змін у сприйнятті або поведінці членів груп взаємодопомоги:

а) **Спільний досвід.** Схожий досвід або ситуація є основою існування груп взаємодопомоги. Людей у таких групах зазвичай відразу розуміють, тому вони не відчувають себе чужими та психологічно самотніми. Схожість спонукає до зменшення сорому, що полегшує ефект саморозкриття.

б) **Допомога іншим**. Що більше члени групи допомагають іншим, то більше вони допомагають самим собі.

в) **Постійна система підтримки**. Члени груп часто отримують від інших учасників підтримку, заохочення і похвалу. Підтримка здійснюється цілодобово, система підтримки стає чимось на зразок великої небайдужої сім'ї. Значний терапевтичний ефект приносить отримання інформації, необхідної для розуміння та конструктивних рішень.

г) **Отримання зворотного зв'язку**. В ситуації відкритості й щирості поведінка учасників доступна для уважного спостереження і коментарів інших членів групи.

д) **Освоєння спеціальних методів**. У групах взаємодопомоги успішність вирішення проблем залежить від дотримання спеціальних методів або технічних прийомів. Члени груп освоюють ці прийоми і вчаться самостійно застосовувати їх, що забезпечує створення терапевтично цінної структури.

е) **Інші когнітивні процеси**. Терапевтичний вплив процесу взаємодопомоги значною мірою пов'язаний із такими принципами когнітивної терапії, як формування позитивного Я-образу, поліпшення саморозуміння, розширення прийнятних альтернатив, посилення здатності вирізняти та по-новому визначати норми [27].

Засади функціонування групи взаємодопомоги:

1. Добровільність та однакові права для всіх учасників.
2. У першу чергу допомагати собі, а лише потім – іншим.
3. Напрямок діяльності, тематика та методи роботи групи визначають самі учасники.
4. Активна та безперервна співпраця учасників протягом тривалого часу.
5. Група працює без участі професіоналів (як правило, керівництвом груп взаємодопомоги не займаються фахівці допоміжних професій – вони можуть бути запрошені на деякі зустрічі лише як експерти).
6. Регулярні зустрічі у визначений час (щотижня, раз у два тижні або щомісяця).
7. Анонімність і нерозголошення третім особам особистої інформації та того, що відбувається в групі.
8. Ініціативність та відповідальність кожного за самого себе і за те, що відбувається в групі.

Взаємодопомога по суті є «егоїстичною», адже люди завдяки взаємній підтримці рятують насамперед самих себе.

Переваги груп взаємодопомоги:

- у групі легше змінювати поведінку: спрацьовує принцип «рівний- рівному», бо група складається з людей зі схожими проблемами, подібними життєвими сценаріями та спільними життєвими цілями;
- у групі важливий як негативний, так і позитивний досвід учасників: будь-який досвід допомагає іншим знайти правильне рішення;
- група дає відчуття єдності, впевненості, що ти не один і що твоя проблема цікавить й інших;
- у групі можна знайти розуміння, адже є моменти, що можуть бути зрозумілі лише тим, хто мав справу з подібними труднощами;
- небагато учасників – для багатьох це реальна можливість перестати боятися говорити про наболіле.

Чого не можна зробити в групах взаємодопомоги:

- допомогти людині, що знаходиться в кризовій ситуації;
- за мить/день/тиждень вирішити проблему: на все потрібний час;

- замінити допомогу вузькоспеціалізованого фахівця;
- допомогти, порушуючи принцип балансу: змін не буде, якщо учасники групи лише «братимуть». Скільки «взяв» – маєш стільки ж і «віддати».

Труднощі ведучих груп взаємодопомоги:

- закритість та інертність членів групи, їхнє небажання або неготовність спілкуватися;
- надмірна балакучість деяких учасників;
- домінування в розмові декількох осіб, об'єднаних спільним інтересом (який не обов'язково поділяють інші члени групи);
- деструктивна поведінка – грубість, нетактовність, пасивна агресивність, особисті випади;
- нездатність фасилітатора обговорювати з групою власні проблеми (якщо ведучий не є запрошеним фахівцем).

Навички, необхідні фасилітатору (ведучому)

Роль фасилітатора полягає в тому, щоб допомогти членам групи відчути себе в безпеці, відверто висловити свої почуття, розповісти про проблеми, поділитися своїм досвідом; створити атмосферу, в якій члени групи відчувають підтримку одне одного; допомогти членам групи зрозуміти, що їх об'єднує, а також визнати неминучі відмінності й навчитися долати поточні конфлікти; не дозволяти членам групи відходити від визначеної теми і порушувати правила; дати кожному можливість взяти участь у розмові.



ФАСИЛІТАТОР НЕ ПОВИНЕН:

- аналізувати, пояснювати і тлумачити особисті проблеми учасника;
- давати поради, якщо його про це не просять;
- тиснути на члена групи, щоб змусити його висловитися з певного питання;
- ображати (чи дозволяти це іншим) членів групи;
- висловлювати свою думку щодо методів лікування (крім посилань на наявні наукові дані і думки конкретних фахівців, а також розповіді про власний досвід);
- дозволяти порушувати правила групи, залишаючи такі порушення без уваги і відповідних наслідків;
- ставати на той чи інший бік у конфлікті між членами групи.

Що потрібно для розвитку груп взаємодопомоги

За всієї розмаїтості форм і діяльності груп взаємодопомоги вони, як і інші суспільні об'єднання, потребують **підтримки**, а саме:

- попередньої роботи й ініціативи членів громадських організацій, працівників соціальних служб або системи охорони здоров'я, що усвідомлюють необхідність створення груп для ефективного вирішення проблем, пов'язаних із конкретним досвідом / ситуацією;
- практичної й адміністративної допомоги (наприклад, приміщення для зустрічей, телефонна лінія, оргтехніка);
- встановлення контактів і координації діяльності груп з іншими суспільними і державними структурами;
- доступу до представників законодавчої і виконавчої влади;
- реклами й маркетингу;
- доступу до фінансування.

Іноді, на **початкових етапах** організації, групи можуть потребувати формування навичок ведення групи (надання інформації і консультування), доступу до бази даних, доступності довідників груп (для підвищення членства і популярності в суспільстві); допомоги в реєстрації групи, що побажала стати благодійною або сервісною організацією.

Взаємодопомога і професійна психотерапія

Стосунки між членами груп взаємодопомоги і професіоналами, що працюють як приватні особи або в державних установах, варіюють від тісної співпраці до антагонізму. Для деяких груп незалежність від авторитету, методів і фінансування професіоналів є справою принципу. Але навіть затяті адепти незалежності груп взаємодопомоги все більше визнають важливість того, як саме професіонали створюють, консультують і легітимізують діяльність груп взаємодопомоги. За даними проведених у США досліджень, близько третини груп взаємодопомоги були засновані щонайменше за сприяння професійних помічників.

Професіонали та непрофесіонали тісно взаємодіють між собою в процесі діяльності багатьох груп, що стосуються фізичного та психічного здоров'я: такі групи, залежно від їхньої специфіки, отримують істотну підтримку з боку психологів, спеціально навчених соціальних працівників, психотерапевтів та психіатрів.

РІЗНИЦЯ МІЖ ТРАДИЦІЙНОЮ ДОПОМОГОЮ ТА ВЗАЄМОДОПОМОГОЮ *Таблиця 5.1.*

ТРАДИЦІЙНА ДОПОМОГА	ВЗАЄМОДОПОМОГА
Надається третіми особами	Започаткована самими учасниками для обміну досвідом та підтримки себе самого та одне одного
Особа, що потребує допомоги, сама може не прагнути змінюватися	Сильна мотивація самої людини до того, щоб змінити ситуацію
У людини, яка допомагає іншій, може не бути такої проблеми та досвіду її вирішення	У людей, що допомагають одне одному, схожі проблеми
Співпереживання з боку помічника може не бути	Співпереживання одне одному всіх учасників групи
Односторонній процес – лише прийняття допомоги від інших	Двосторонній процес – прийняття допомоги від інших учасників групи та надання її цим учасникам

Роль соціальних працівників

До діяльності груп взаємодопомоги можуть активно долучатися соціальні працівники, які забезпечують такі функції: матеріальну підтримку для просування діяльності групи взаємодопомоги; організацію зв'язку між надавачами послуг та групами взаємодопомоги; надання консультацій у групі взаємодопомоги; ініціативи щодо створення груп взаємодопомоги. Важливим засобом підтримки життєдіяльності груп взаємодопомоги можуть бути адміністративні та канцелярські послуги, що надаються органами соціальної служби. Працівники соціальних служб можуть підтримати групи взаємодопомоги, допомагаючи їм знайти місце для зустрічі, якщо не використовується приміщення чи зала соціальних служб.

Соціальний працівник може бути консультантом та інформувати чи залучати надавача інформації, рекомендацій; втручатися в роботу у випадку проблем, а також виявляти ресурси громади, щоб полегшити проблеми групи; може брати участь у засіданні групи як запрошений спікер або працювати штатним співробітником, призначеним соціальною службою для виконання функції зв'язку між групами взаємодопомоги та службою.

Соціальний працівник, який ініціює роботу групи взаємодопомоги, у випадках обмеженої повносправності її членів несе основну відповідальність за керівництво групою, зокрема допомагаючи групі у створенні технік втручання, в організації взаємин групи зі службами громади. Виконуючи цю роль, соціальний працівник має сприяти розвитку достатнього лідерства, керівництва й участі зсередини самої групи та передачі управління власне групі [6].

Групи взаємодопомоги можуть працювати як із лідером, так і без нього, але знання того, як має працювати група, необхідне всім. Робота в групі може допомогти людям відчути, що вони не залишилися наодинці зі своїми проблемами, знайти друзів, стати більш упевненими у своїх силах, обмінюватися ідеями та інформацією, розширити поінформованість суспільства загалом чи з певних проблем тощо. Учасники відзначають, що в дружній, комфортній обстановці групи взаємодопомоги знаходять свої особисті шляхи поліпшення життя: хтось знаходить у підтримці групи силу, щоб прийняти реальність, хтось – бачення наступних кроків самовдосконалення чи змін у спільноті, хтось позбавляється баласту, який не давав рухатися далі, у всіх відбувається обмін досвідом маленьких та великих успішних кроків, – усі переконані, що зміни в будь-якій сфері життя починаються через зміни у власній свідомості й поведінці.

5.2. ВЗАЄМОДІЯ УЧАСНИКІВ ДІАЛОГУ ЗА ПРИНЦИПОМ «РІВНИЙ-РІВНОМУ»

«РІВНИЙ-РІВНОМУ» ВЖЕ ДОСИТЬ ДАВНО ВВАЖАЄТЬСЯ ПОПУЛЯРНОЮ КОНЦЕПЦІЄЮ НАВЧАННЯ, ЗАСНОВАНОЮ НА ПЕВНОМУ ПІДХОДІ, КАНАЛІ КОМУНІКАЦІЙ, МЕТОДОЛОГІЇ, ФІЛОСОФІЇ І СТРАТЕГІЇ.

Англійською слово *«peer»* означає «ровесник» або «рівний», той, що належить до такої ж соціальної групи, особливо в тому, що стосується рівня, віку, статусу. *«Education»* перекладається як «освіта», «розвиток», «навчання» або «переконання», а також «освіченість» як результат навчання (*Merriam Webster's Dictionary, 1985*). У процесі практичного використання термін «рівний-рівному» обріс різними визначеннями й інтерпретаціями щодо того, кого вважати «рівним», і що в цьому випадку означає «навчання»: пропаганду, настанову, обговорення, що сприяє розумінню, рольові ігри (драматизації), повчання, поширення матеріалів, направлення до фахівця, підтримку тощо (*Шумейкер та ін., 1998 р.; Фленаган і ін., 1996 р.*).

Навчання за принципом «рівний-рівному» передбачає вплив членів певної групи (як от ветеранів із досвідом опанування ситуацією) на інших членів тієї ж групи (ветеранів та їхнє оточення), що переживають труднощі в адаптації до мирних умов, щоб сприяти позитивним змінам у поведінці останніх.

На індивідуальному рівні використання цього методу розраховане на те, щоб спробувати змінити знання, настановлення, переконання чи поведінку тієї чи іншої людини. Однак освіта за принципом «рівний-рівному» може також сприяти змінам на рівні групи чи спільноти, коригуючи норми і стимулюючи колективні дії, що, в свою чергу, веде до змін відповідних програм і політики.

Сьогодні «рівний-рівному» трактується не стільки як навчання, а як загальний підхід, принцип, метод, що реалізуються через програму або цілісну технологію засобами інформування, консультування, навчання тощо [53; 71].

Підхід «рівний-рівному» – це сукупність методів і прийомів впливу, заснованих на залученні представників «рівних» до вирішення проблем цільової групи.

Принцип «рівний-рівному» – це принцип взаємодії людей з однаковими соціальними ознаками.

Програма «рівний-рівному» – план діяльності, робіт, дій; виклад змісту і мети діяльності організації, заснованої на принципі «рівний-рівному».

Навчання за принципом «рівний-рівному» – особлива взаємодія, коли підготовлені люди передають знання, формують настановлення і сприяють формуванню навичок серед рівних собі за віком і соціальним статусом, людей із подібними інтересами або схильністю до подібних ризиків. Навчання може бути формальним або мати неформальний характер.

Інформування «рівний-рівному» – процес, заснований на принципі «рівний-рівному», спрямований насамперед на передачу інформації, підвищення обізнаності цільової групи з якогось питання. Інформування менше стосується формування мотивації та навичок, зміни настановлень і цінностей.

Консультування «рівний-рівному» – це процес, завданням якого є надання цільовій аудиторії адекватної інформації з того чи іншого питання підвищення самооцінки, надання психосоціальної підтримки та спрямування до фахівців. Таке консультування передбачає залучення до надання послуги у якості консультанта такої особи, вік, особливості стану здоров'я, сексуальна орієнтація, віросповідання чи соціально-економічне становище якої такі самі, як в отримувача соціальної послуги, або в неї є досвід подолання таких самих складних життєвих обставин [84].

«Рівний-рівному» як технологія передбачає послідовну систему активних дій (лідерів-підлітків і тренерів-педагогів), спрямованих на спростування міфів, уявлень, моделей поведінки, що ведуть до втрати здоров'я, і заміну їх позитивними орієнтирами життєвого вибору через поширення лідерами достовірної інформації, зразків особистого прикладу життєвої позиції [72].

Тренери за принципом «рівний-рівному» (*«рівні викладачі», peer educators) – це люди з числа представників цільової групи («рівні»*), мотивовані на роботу з цією цільовою групою, в яких є необхідні знання, вміння і навички профілактичної роботи з цією цільовою групою.

> **«РІВНИЙ» (PEER), ІНСТРУКТОР** – НАВЧЕНИЙ ПРЕДСТАВНИК ЦІЛЬОВОЇ ГРУПИ, ЯКИЙ ПРОЙШОВ СПЕЦІАЛЬНУ ПІДГОТОВКУ, МОТИВОВАНИЙ НА РОБОТУ З ЦІЄЮ ЦІЛЬОВОЮ ГРУПОЮ І ВОЛОДІЄ ДОСТОВІРНОЮ ІНФОРМАЦІЄЮ, ВМІННЯМИ І НАВИЧКАМИ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ З ЦІЄЮ ГРУПОЮ.

(Об'єднання в соціальну групу відбувається на основі певних ознак: вік, стать, рід діяльності, соціально-економічне становище, статус здоров'я, сексуальна орієнтація, спосіб життя тощо.) При цьому в групу можуть об'єднуватися люди, які мають тільки одну або ж декілька спільних ознак [21].

ПОВЕДІНКОВІ ТЕОРІЇ І МЕТОД «РІВНИЙ-РІВНОМУ» [74]

Освіта за методом «рівний-рівному» – це стратегія зміни поведінки, в основі якої лежать кілька поведінкових теорій, як от: соціально-когнітивна теорія (*Social Learning Theory*), теорія раціональної дії (*The Theory of Reasoned Action),* теорії поширення інновацій *(Diffusion of Innovation Theory*), теорія освіти на основі участі (*The Theory of Participatory Education*), а серед вітчизняних напрацювань – теорії «відповідальної залежності та виховних стосунків» А. С. Макаренка та «педагогіки людяності» В. О. Сухомлинського.

У **СОЦІАЛЬНО-КОГНІТИВНІЙ ТЕОРІЇ** йдеться про те, що люди моделюють свою поведінку, наслідуючи поведінку інших, і що деякі з них, авторитетніші, ніж інші, здатні домагатися зміни поведінки певних індивідуумів, впливаючи на їхню систему цінностей і настановлень (*А. Бандура, 1986*).

ТЕОРІЯ РАЦІОНАЛЬНОЇ ДІЇ стверджує, що одним із елементів, які найсильніше впливають на зміну поведінки, є сприйняття індивідуумом соціальних норм або настановлень тих людей, думка яких для нього є важливою (*І. Айзен, М. Фішбейн, 1975*).

Прихильники **ТЕОРІЇ ПОШИРЕННЯ ІННОВАЦІЙ** заявляють, що лідери («інноватори») з певного соціального сегмента є «суб'єктами» поведінкових змін – «інновацій», поширюючи нові ідеї та настановлення і впливаючи на норми поведінки визначених людей у цій соціальній групі (*К. Роджерс, 1983*).

Теорія **ОСВІТИ НА ОСНОВІ УЧАСТІ** також має велике значення для розвитку освіти за методом «рівний-рівному» (*П. Фрейре, 1970*). Підвищення рівня свідомості і набуття почуття власної значущості можливі за повної участі людей, обтяжених проблемою чи хворобою, – в умовах такого діалогу група чи спільнота здатні колективно розробляти і здійснювати плани, які допомагають вирішити проблему або долати захворювання. Багато прихильників освіти методом «рівний-рівному» стверджують, що «горизонтальний процес» спілкування рівних із рівними і визначення ними способів вирішення проблеми є ключовим для забезпечення змін у поведінці.

В освіті за методом «рівний-рівному» є риси кожної із зазначених поведінкових теорій, оскільки вона заснована насамперед на переконанні, що певні члени конкретної групи «рівних» («наставники») можуть сприяти зміні поведінки інших членів цієї групи.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЗА ПРИНЦИПОМ «РІВНИЙ-РІВНОМУ» полягає в тому, що спеціально підготовлені особи з числа представників цільової групи надають – в індивідуальній чи груповій формах – психологічну підтримку, необхідні знання та сприяють формуванню настанов, відповідних навичок серед людей, рівних собі за певною ознакою, з подібними утрудненнями.

Дослідження ефективності програм «рівний-рівному» показало високу ефективність в однорідних групах, особливо серед підлітків та в маргіналізованих прошарках населення, недоступних для традиційної просвіти [19; 53; 74].

Згідно з даними зазначених досліджень, позитивний ефект підходу «рівний-рівному» пояснюються такими чинниками:

1. **Причина поведінкових змін.** Просвітництво за принципом «рівний-рівному» засноване на поведінковій теорії, згідно якій люди змінюються не внаслідок ознайомлення з науковими даними чи свідченнями, а в результаті суб'єктивних суджень близьких їм за соціальним або груповим статусом людей, яким вони довіряють, які змінили свою поведінку і є **переконливим прикладом** правильності такого рішення.

2. **Доступність**. Наставники з числа «рівних» отримують фізичний і соціокультурний **доступ** до цільових аудиторій у природному їм соціальному середовищі, не привертаючи при цьому до себе уваги. Це особливо важливо, коли доводиться працювати з важкодоступними групами населення, такими як працівники секс-бізнесу, споживачі ін'єкційних наркотиків та ув'язнені, оскільки фізичний доступ до груп населення, що піддаються стигматизації, утруднений.

3. **Можливість комунікації**. Наставники з числа «рівних» **можуть встановлювати ефективні і довірчі взаємини**, оскільки володіють адекватним знанням цільової аудиторії і використовують зрозумілу аудиторії мову й термінологію, а також невербальні засоби спілкування (пози, жести), що дозволяє їхнім співрозмовникам почуватися комфортно під час обговорення делікатних питань (агресії, травматичного досвіду, сексуальності, залежності тощо).

4. **Ефективність**. Навчання за методом «рівний-рівному» ефективне для пропаганди профілактичних заходів, у реалізації програми залучення в терапію. Крім того, цей метод економічно ефективний, простий у застосуванні й поширенні, оскільки залучаються добровольці. Тому сьогодні в світі є досить багато проектів, в основі яких лежить метод «рівний-рівному».

5. **Ідентифікація**. Наставники та члени їхньої цільової аудиторії рівноправні в тому, що стосується їхнього індивідуального і групового статусу як представників певного соціокультурного середовища. Завдяки цьому наставники можуть бути адекватними зразками для зміни поведінки, що знижує ризик негативних наслідків для конкретної особи, цільової групи та суспільства.

6. **Інтерактивність**. Просвітництво за методом «рівний-рівному» розширює участь цільової аудиторії в плануванні, практичному здійсненні та оцінці програми. Цей метод підвищує рівень свідомості як «учителя», так і «учня» завдяки «горизонтальному», заснованому на діалозі підходу до навчання.

7. **Інтеграція**. Наставники і представники цільової групи об'єднують в єдине ціле всі інші елементи програми, зокрема ідею «горизонтального» обміну інформацією у формі діалогу з рівними за статусом людьми, що є філософською основою діяльності. В деяких організаціях є досвід інтеграції основних заходів з іншими програмами в галузі охорони здоров'я та розвитку, як то захист репродуктивного здоров'я, розвиток спільноти та соціальна мобілізація, навчання необхідних для життя навичок, із програмами професійної адаптації, мікрофінансування і мікрокредитування.

Окрім зазначених вище можна виділити ще низку **переваг підходу «рівний-рівному»**: усуває бар'єри у спілкуванні, робить навчання неформальним; часто дозволяє «учневі» і «вчителю» краще розуміти потреби і мотивацію одне одного; дає можливість ставити «нескромні» запитання і з'ясовувати тонкі подробиці, а значить, глибоко інтегрувати знання або навички в особистість члена групи, робити їх дуже практичними; дозволяє передавати особистий досвід, не формалізований у вигляді курсу навчання, а «від себе»; мотивація «вчителя» – інструктора може передаватися «учневі», а ентузіазм, з яким він ділиться досвідом, робить знання емоційними і такими, що запам'ятовуються.

Обмеження підходу «рівний-рівному»: непрофесійний «учитель» може недостатньо глибоко знати предмет або знати його однобоко; навчання у непрофесійного «вчителя» може бути гіршої якості; дипломів та атестатів не видають, оцінок не ставлять, а якість навчання залишається на совісті того, хто навчається [10].

ПІДГОТОВКА УЧАСНИКІВ ДІАЛОГУ ЗА ПРИНЦИПОМ «РІВНИЙ-РІВНОМУ» [71]

Тренер, що працює за методом «рівний-рівному», є носієм знань і цінностей, привабливих для конкретної цільової аудиторії, якостей, які представники аудиторії бажають наслідувати. Тренерів навчають організовувати та проводити навчання цільової аудиторії з метою забезпечення її достовірною інформацією і спростування поширених хибних поглядів, стереотипів; готувати інструкторів із числа тих представників цільової аудиторії, що пройшли навчання, для просвітницької діяльності в межах свого середовища. Тренери також здійснюють організаційний і методичний супровід проведення інструкторами занять, акцій.

Інструктори – це спеціально підготовлені непрофесійні спів-тренери, що навчають і мотивують своїх побратимів вести здоровий спосіб життя. Інструкторів учать принципам здорового способу життя серед представників свого середовища. Причому тут важливо не тільки не потрапити під негативний вплив, але й самому бути джерелом позитивного впливу.

Однією з ефективних форм підготовки тренерів та інструкторів є соціально-просвітницький тренінг. Тренінгові заняття спрямовані на підвищення компетентності учасників із визначеної теми, соціальної компетентності, відповідальності, мотивації на подальшу роботу з поширення засвоєних знань, застосування вмінь і навичок.

Методологічні засади роботи: безперервність, адресність, своєчасність, доступність, послідовність.

Як і в будь-якій іншій програмі, у програмі за принципом «рівний-рівному» **навчання здійснюється в три етапи**:

- 1-й етап – відбір і навчання інструкторів майстром-тренером і польовими тренерами.
- 2-й етап – проведення навченими «рівними» інструкторами занять у своїх цільових групах. Навчання здійснюється за принципом «рівний-рівному».
- 3-й етап – проведення моніторингу діяльності «рівних», інструкторів, із подальшою організацією семінарів.

Оптимальна група для проведення соціально-просвітницького тренінгу складає 10-20 осіб. Якщо учасників більше, витрачається більше часу для виконання вправ і обговорення, а коли учасників менше – немає відповідної робочої атмосфери. Бажано, щоб група не дуже відрізнялася за віком і була близька за іншими параметрами (ветерани, дружини бійців, переселенці, ампутанти, поранені, співробітники ветеранів, безробітні тощо).

Форми навчання за принципом «рівний-рівному» – короткотривалі семінари з використанням інтерактивних методів (від декількох годин до декількох днів), тренінги (від трьох днів і більше), неформальні бесіди (один на один) тощо.

Обов'язкові компоненти навчання за принципом «рівний-рівному»:

- надання інформації;
- створення мотивації;
- розвиток поведінкових навичок;
- активізація ресурсів.

Проблеми. Крім проблем матеріального забезпечення функціонування групи часто постає питання винагороди інструкторів, які працюють добровільно і безкоштовно. Розробляючи проекти, що базуються на методі «рівний-рівному», потрібно передбачити можливості для заохочення і виплати компенсацій наставникам.

Відбір інструкторів для роботи за методом «рівний-рівному» – це дуже важливий для успішної роботи програми компонент. В «Основних принципах застосування методу «рівний-рівному» для освіти молоді в Європі» підкреслюється, що інструктори мають бути при-

йнятними для членів цільової групи, а також – за своїми індивідуальними характеристиками – підходити для навчання й подальшої роботи (*Свенсон, 1998 р.*). Так, у дослідженні СПІДКАП у Зімбабве (1997 р.) підбір «справжніх наставників» із числа цільової аудиторії названий одним із ключових принципів освіти методом «рівний-рівному».

Щоб ефективно допомагати, інструктори повинні пройти спеціальну підготовку: кілька тренінгів, які дозволять їм навчитися уважно слухати, розуміти почуття інших людей, підтримувати і заохочувати їх висловлювати свою думку, брати участь у дискусіях. Залучаючи рівних інструкторів, наставник-тренер повинен упевнитися в їхній належній підготовці, заздалегідь обумовити їхню роль і завдання на занятті, а після заняття обговорити, як вони з ними впоралися.

Після першого етапу навчання інструктори починають самі проводити заняття серед своїх «рівних», з їхньої ініціативи можуть проводитися різні заходи (конкурси, ярмарки, вікторини), які вони організовують за підтримки тренерів. Тренери ведуть із навченими інструкторами системну роботу у вигляді зустрічей, зборів, консультацій чи тренінгів, на яких:

- обговорюються поточні питання й проблеми, що виникають у процесі роботи з цільовою групою;
- проводиться додаткова підготовка та надається психологічна підтримка;
- здійснюється моніторинг та оцінюється робота, що проводиться в рамках програми;
- інструктори звітують про виконану роботу;
- проводиться планування діяльності «рівних» інструкторів на наступний період із урахуванням виявлених проблем.

Проводячи заняття у своїх цільових групах, інструктори використовують чітко сплановані модулі. У цих модулях кожне заняття йде в суворій послідовності, згідно з планом: початок роботи, інформування, ігри та вправи, що будуть використані під час заняття, завершення. Під час занять використовують рольові ігри та ситуації, на початку і в кінці проводять тестування, поширюють інформаційний матеріал.

Після проведення кількох занять серед аудиторії виявляються найбільш активні учасники, з якими потім проводиться додаткова робота. Вони згодом стають активними помічниками в роботі інструкторів і волонтерів.

5.3. ФУНКЦІОНУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ГРУП ЗА ПРИНЦИПОМ «РІВНИЙ-РІВНОМУ» В УКРАЇНІ

Принцип «рівний-рівному» знайшов застосування у багатьох сферах: освіти, пенітенціарній, суспільної охорони здоров'я, включно з навчанням навичок співжиття в суспільстві, раціонального харчування, планування сім'ї, безпечної поведінки, лікарських препаратів, профілактики насильства тощо. З розвитком мережевих технологій принцип «рівний-рівному» активно підхопили спільноти осіб із порушеннями опорно-рухового апарату, невиліковними хворобами (саркома), цим же принципом – підтримка «рівними» – часто послуговуються і спільноти АА, АН тощо. Ефективним виявилося застосування «навчання рівними» і в умовах військових утворень.

Цей принцип дозволяє ефективно використовувати власні ресурси цільових груп для вирішення різноманітних завдань, підвищує загальну обізнаність, умотивованість громад та окремих особистостей до змін, покращує умови соціалізації молоді та ресоціалізації вразливих груп і осіб, що зазнали травмівних впливів. Групи взаємодопомоги (самодопомоги) як спільноти рівних, об'єднаних спільними характеристиками, діють за принципом «рівний-рівному».

Групи взаємодопомоги (підтримки) можуть діяти у різних сферах:

- **фізичного здоров'я** – з метою задоволення потреб людей із проблемами з власним здоров'ям чи пов'язаних із доглядом за хворими родичами; емоційного та психічного здоров'я – для осіб, хворих на психічні розлади, групи жінок-ветеранів, жінок, котрі зазнали сексуального насильства;
- для людей, пригнічених **важкими умовами життя** й негараздами;
- **соціальних потреб** – для членів сімей, що виховують дітей із психофізичними відхиленнями; для дітей розлучених батьків; для матерів дітей, які стали жертвами психічного, фізичного чи сексуального насилля; близьких родичів осіб із проблемами ресоціалізації, залежностями тощо;
- **корекції поведінки**, коли групи є активним засобом впливу на людей із різними видами залежностей, девіантною поведінкою, з метою зміни способу їхнього мислення шляхом використання методу усвідомленого життєвого вибору;
- **життєвих змін і пристосування до них**, коли в людини змінюється соціальний і професійний статус внаслідок початку трудової кар'єри чи звільнення з роботи, виходу на пенсію, зміни місця проживання через природні чи техногенні катастрофи, вимушеного перетворення в біженців, звільнення з місць позбавлення волі;
- **просвітницько-дозвіллєві групи**, чия діяльність спрямована на формування життєвих і соціальних умінь та навичок, просвітницьку роботу, превентивне соціальне навчання, організацію дозвілля тощо;

- **організації групового життя, зокрема, в діяльності відділень денного перебування територіальних центрів із обслуговування пенсіонерів і самотніх громадян, а також будинків-інтернатів для громадян похилого віку та інвалідів [7]**.

АНОНІМНІ АЛКОГОЛІКИ ТА АНОНІМНІ НАРКОМАНИ ЯК ГРУПИ ВЗАЄМОДОПОМОГИ

Ще в середині 30-х років минулого століття в США набули популярності групи самодопомоги (ГСД), первинною метою яких була допомога людям позбавлятися алкогольної залежності. Нині цей спектр помітно розширився. Анонімні Наркомани, Анонімні Алкоголіки сьогодні – усталені назви груп взаємодопомоги для людей, що страждають через залежність від алкоголю або інших наркотиків.

Групи Анонімних Наркоманів і Анонімних Алкоголіків створюються повсюди силами самих учасників, як з централізованою організацією, так і без неї. Часто для створення груп використовується досвід учасників, винесений із відвідування інших таких груп.

Загальноприйняте скорочення назви спільнот Анонімних Алкоголіків і Анонімних Наркоманів – АА (*Alcoholics Anonymous, Анонімні Алкоголіки*) і NA (*Narcotics Anonymous, Анонімні Наркомани*). Робота груп є яскравим прикладом принципу підтримки «рівний-рівному» (*peer-to-peer support*). Метою проведення зборів АА є збереження тверезого способу життя (невживання алкоголю), а також допомога іншим у вирішенні цієї проблеми. Регулярне відвідування зібрань, на думку організації, допомагає залишатися тверезими навіть тим учасникам груп, які не працюють за програмою «12 кроків АА». На зборах учасники діляться своїм досвідом, розповідають про те, ким були, що з ними сталося і як їм живеться зараз.

Глибока зацікавленість у бажанні залишатися тверезим, допомога новоприбулим із власного досвіду одужання як окремо взятих учасників, так і групи загалом, духовне зростання, незалежно від віросповідання, повна конфіденційність є рушійними силами груп взаємодопомоги АА. У роботі цих груп використовується програма **«12 кроків АА»**.

В АА існує традиція, за якою рекомендується відмовлятися від сторонньої допомоги, натомість існувати на добровільні пожертвування членів групи. Розмір пожертвування кожен визначає для себе сам.

Наприкінці 1980-х – початку 1990-х років в Україні з'являються громадські організації, які об'єднують залежних від хімічних речовин та їхніх родичів. Із настанням демократичних змін у суспільстві відійшли в минуле обов'язкові курси лікування, сувора диспансеризація, горезвісні витверезники. Наркологія вже не могла виконувати свою репресивну функцію, а

споживачі наркологічних послуг уже не хотіли бути пасивними в розв'язанні власних проблем. Почали створюватися товариства Анонімних Алкоголіків (АА), а потім і Анонімних Наркоманів (АН). Одна з перших груп АА була створена в Луцьку в 1989 році, а вже у січні 1990 року в Києві була проведена конференція «З'їзд АА України», на якій були присутні 30 осіб. Групи АН з'явилися в Одесі (1992 рік), Києві (1993 рік), Чернігові та Полтаві (1998 рік). У професійному середовищі виникло усвідомлення необхідності залучення пацієнтів та їхніх родичів до лікувального і реабілітаційного процесу, створення конструктивного терапевтичного середовища.

В Україні клуби колишніх наркоманів з'явилися внаслідок розвитку груп взаємодопомоги. Клуби і групи істотно відрізняються між собою: група орієнтована на взаємодопомогу і самодопомогу, протидію хворобі або психологічній проблемі, а клуб – більш диференційоване соціальне утворення. Можливо, на початку діяльності клубу внутрішньоклубна робота лежить у площині протистояння хворобі або стигмі, що її супроводжує.

Надалі ж, із розвитком внутрішньоклубних стосунків, клуб усе більше уподібнюється до загальноприйнятого клубу за інтересами. **Клуб** зорієнтований не на хворобу чи психологічну проблему, а на особистість, з усім багатством її суспільних взаємин та індивідуальністю. У клубі є постійне ядро, яке підтримує сприятливу психологічну атмосферу, необхідну для повернення новоприбулих у соціальне середовище.

У кожному клубі, залежно від існуючої структури та особливостей людей, що складають його ядро, розвиваються свої форми роботи за інтересами. До напоширеніших належать: творче самовираження, спорт, освітня та інформаційно-просвітницька діяльність, спрямована на зміну громадської думки та підвищення терпимості, зайнятість і продуктивне проведення дозвілля, допомога у працевлаштуванні, робота над поліпшенням якості життя тощо. У клубах індивідуальна взаємодопомога досягає рівня взаємодопомоги соціальних груп. Створюється компромісне середовище, здатне не лише підтримувати постраждалих, а і впливати на громаду.

Змінюючи помилкові стереотипи та підвищуючи терпимість, клуби сприяють соціальному відновленню своїх членів.

Детальну інформацію про функціонування АА в Україні можна отримати, звернувшись в офіс ГО УЦО АА: (+38) 096-527-87-52. Сайт Анонімні Алкоголіки в Україні – www.aa.org.ua.

МЕТОД «РІВНИЙ-РІВНОМУ» В РОБОТІ «КЛІНІК, ДРУЖНІХ ДО МОЛОДІ» [64]

Основним у реалізації ідеології «Клінік, дружніх до молоді» (КДМ) є надання допомоги підліткам і молоді через розуміння їхніх проблем, спільний пошук шляхів зміни поведінки, спрямованих на збереження здоров'я (http://www.kdm-ldd.org.ua/kdm/index.php).

Цільовою групою КДМ є діти віком 10-18 років та молоді люди до 24 років, однак основна цільова група КДМ – діти підліткового віку – 14-18 років. Клієнтами клініки, окрім підлітків і молоді, можуть бути їхні родичі, опікуни та фахівці закладів, що працюють із молоддю.

Доведено, що навчання за цією методикою сприяє активізації молоді, її залученню до вирішення найгостріших проблем сьогодення, забезпечує надання реальної допомоги однолітками, переконання у перевагах відповідальної поведінки.

Передача знань від однолітка до однолітка має суттєві **переваги**:

- підлітки більше часу спілкуються одне з одним;
- глибше розуміють проблеми свого оточення;
- на відміну від дорослих, позитивно сприймають різні напрямки молодіжної субкультури і розуміють підлітковий сленг;
- більше довіряють одне одному;
- виявляють готовність до розуміння і наслідування поведінки ровесників.

Коли завершується навчання за методикою «рівний-рівному», підлітки-волонтери починають **поширювати профілактичну інформацію**, яку можуть переконливо подавати у доступній для однолітків формі.

Передусім ця методика забезпечує виховання у цільової групи здатності свідомо приймати рішення. Сьогодні визнано, що саме молодь має стати лідером у дебатах стосовно вирішення суперечливих молодіжних питань. Задля цього впровадження освітніх програм серед ровесників стало ключовим у вирішенні певних проблем молоді, адже інформація, що передається через однолітків, зазвичай набагато краще сприймається. Численні агітаційні масові кампанії, наприклад, «Скажімо "НІ!"», які на початку інформаційно-просвітницької роботи пропагували здоровий спосіб життя, виявилися малоефективними, тому що здебільшого були декларативними, дещо спрощеними і не відображали реалій молодіжної субкультури. Кращим зразком для наслідування є ровесники, які відповідально ставляться до власного здоров'я.

Важливим аспектом діяльності «Клініки, дружньої до молоді», що працює за методикою «рівний-рівному» є створення доброзичливої соціальної атмосфери для ВІЛ-позитивних людей, адже їм надзвичайно важливо подолати стигматизацію. Вони також потребують

спілкування з оточенням, прагнуть вичерпної інформації щодо стратегії поведінки та повноцінної життєдіяльності. Доброзичливе ставлення до таких людей може сприяти збереженню їхнього фізичного, психічного й репродуктивного здоров'я.

ТЕХНОЛОГІЯ «РІВНИЙ-РІВНОМУ» У ПРОФІЛАКТИЦІ НАСИЛЬСТВА В СІМ'Ї

Індивідуальна та групова робота із запобігання сімейному насильству в межах технології «рівний-рівному» значно розширює свій потенціал, оскільки:

- дозволяє учасникам займатися просвітою однолітків на базі розв'язання їхньою сім'єю та ними самими проблем цивілізованими і законними способами;
- спонукає до самостійного вирішення різноманітних проблем, що стає взірцем для інших;
- батьки можуть бути консультантами своїх та чужих дітей, їхніх батьків, що укріплює батьківський авторитет у сім'ї і надає нового змісту батьківсько-дитячим стосункам;
- створює предмет для сімейного спілкування;
- сприяє формуванню відповідальності, дисциплінованості, комунікативних, організаторських, проектувальних та конструктивних умінь, які є складовою життєвих умінь і навичок;
- дозволяє вдосконалити набуті знання щодо гендерної рівності.

Виходячи з того, що технологія «рівний-рівному» передбачає спеціальну підготовку лідерів із числа тих, хто найкраще опанував навчання, якісно і творчо виявив себе під час взаємодії з інструктором чи тренером і досяг успіху в розв'язанні власних проблем, необхідно спочатку виявити цих лідерів, залучити їх до здійснення «допомоги для взаємодопомоги» іншим, навчити їх цьому і консультувати під час роботи, координувати їхні дії.

У рамках запобігання сімейному насильству технологія «рівний-рівному» розв'язує завдання соціальної профілактики насильства серед молоді та сприяє супроводу неблагополучних сімей, схильних розв'язувати конфлікти насильницьким шляхом. У першому випадку лідери самі можуть обирати тих, із ким працювати; у другому є конкретні клієнти. Але в обох випадках **лідери розв'язують такі завдання**:

а) визначають причину проблем родини, враховуючи етику роботи з сім'єю, права кожного члена сім'ї, етап розвитку сім'ї, її структуру і наявні ресурси;

б) допомагають у розробці індивідуального плану супроводу;

в) через недирективне спілкування забезпечують позитивне ставлення до співпраці сім'ї з соціальним працівником.

«Рівний-рівному» як метод навчання, коли джерелом знань є не професіонал, а «рівний», що сам пройшов подібне навчання, як правило, застосовується для невеликих обсягів знань і відбувається індивідуально, використовується благодійними організаціями для навчання цільової аудиторії на місці їхньої роботи або проживання. (Це обов'язкова частина роботи.)

Найчастіше знанням, отриманим від «свого», рівного за статусом, людина довіряє більше, ніж формальним знанням. А ентузіазм «учителя» передається учневі й мотивує його використовувати ці знання. Крім того, метод «рівний-рівному» дозволяє передавати знання членам глибоко стигматизованих груп населення (національні меншини, працівники секс-індустрії, люди, що вживають наркотики, жебраки, мігранти з інших країн, сексуальні меншини тощо). Такі групи часто бояться користуватися офіційними джерелами інформації (від працівників медичних чи державних установ), а отже не можуть отримувати важливих навичок.

ВИКОРИСТАННЯ ПРИНЦИПУ «РІВНИЙ-РІВНОМУ» СЕРЕД ОНКОЛОГІЧНО ХВОРИХ [56]

Принцип «рівний-рівному» (*Peer-To-Peer*) можна застосовувати й індивідуально, з елементами онлайн, якщо цього вимагає специфіка цільової групи. Таким інструментом, наприклад, є мережа для забезпечення спілкування хворих на саркому. **Місія «рівний-рівному» у мережі Саркома Альянс** (http://sarcomaalliance.org/peer–to–peer) сприяє встановленню позитивних стосунків між людьми, що постраждали від саркоми задля емоційної підтримки одне одного та обміну інформацією. Мережа «Peer-To-Peer», започаткована в 2005 році, складається з осіб, що постраждали від саркоми – тих, хто вижив, їхніх близьких та медперсоналу, – які хочуть взаємодіяти з іншими постраждалими в товаристві Саркоми Альянсу. У програмі беруть участь люди різного віку і статі з більше ніж 20 країн світу, включаючи тих, що вижили, і медперсонал. Саркома Альянс об'єднує однолітків на основі конкретних потреб людей. Мережа забезпечує учасникам певну конфіденційність і комфортне спілкування. Після того, як подається онлайн-заявка та підписується угода про конфіденційність, співробітник Саркома Альянсу починає шукати інших членів мережі, враховуючи конкретні потреби. Співробітник зв'язується з новим членом програми протягом п'яти днів, щоб додатково обговорити, як йому допомогти якнайкраще.

Знайшовши партнерів, співробітники надають контактну інформацію для безпосереднього спілкування, відповідно з погодженими в заявці умовами, що випливають із Керівництва щодо участі (представленого в заявці). Очікується, що більшість зустрічей користувачів приводять до формування позитивних стосунків, взаємопідтримки, заохочення і обміну корисною інформацією – мережа допомагає онкохворим знайти друзів.

Якщо спілкування виявилося невдалим, користувач мережі зв'язується зі співробітниками Саркома Альянсу, які стараються швидко уточнити та задовольнити його потреби. Користувач також може в будь-який час вийти з мережі. Саркома Альянс періодично зв'язується з користувачами, щоб отримати зворотний зв'язок стосовно програми «Peer-To-Peer». Такі оцінки та відгуки є важливим інструментом для удосконалення роботи Мережі.

«РІВНИЙ-РІВНОМУ» В ПЕНІТЕНЦІАРНІЙ СИСТЕМІ [1]

Цільовою групою програм є особи, що відбувають покарання в місцях позбавлення волі (*далі – засуджені*). Впровадження здійснюється з метою: 1) зменшення ризику інфікування ВІЛ та ІПСШ (інфекції, що передаються статевим шляхом) серед осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі; 2) зниження рівня стигматизації та покращення соціальної реадаптації шляхом здійснення профілактичної діяльності із залученням представників цільової групи [28].

Впровадження здійснюється у 2 етапи: пошук, залучення, навчання волонтерів із середовища засуджених; організація проведення навченими волонтерами заходів з профілактики ВІЛ / ІПСШ,

Основою впровадженняє організація, за принципом «рівний-рівному», профілактичної діяльності в установах виконання покарань. Така стратегія є оптимальною та ефективною в умовах неможливості щоденного відвідування соціальними працівниками закладів виконання покарань та обмеженого пересування засуджених. Стратегія «рівний-рівному» в закладах виконання покарань створює підтримку профілактичних програм «зсередини». Перевагою цієї стратегії є вирішення проблеми конфіденційності, довіри, відкритості в обговоренні питань ризикованої поведінки за рахунок залучення самих засуджених.

Є **дві моделі роботи за принципом «рівний-рівному» в місцях позбавлення волі**: модель залучення лідерів цільової групи, які користуються авторитетом та формують думку всередині групи та модель «наставник», що надає можливість кожному засудженому проводити профілактичні програми у своїй спільноті (відділенні). (Спосіб залучення «наставників» – рекрутування та навчання проходить за принципом «рівний-рівному».)

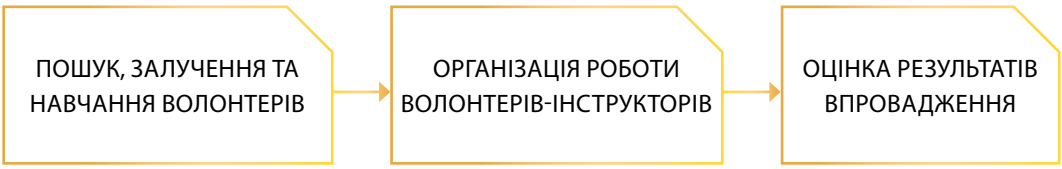
Термін роботи за цим методом для засуджених необмежений, може тривати весь період їхнього перебування у закладі виконання покарань. Підготовка волонтерів здійснюється під час 16 занять, періодичність проведення погоджується з керівництвом установи виконання покарань. Діяльність волонтера відбувається протягом усього періоду його перебування в закладі.

Впровадження в закладах виконання покарань здійснювалося на основі програми «Крок за кроком» (тренінгового модулю з підготовки волонтерів у закладах виконання покарань) та посібника «Крок за кроком: профілактична робота громадських організацій в установах виконання покарань» [60; 61].

Місцями проведення заходів є спеціальні приміщення в установах виконання покарань. Надавачі, відповідно до рівневої структури: на 1 етапі – соціальні працівники чи психологи, вузькі спеціалісти (медпрацівник, юрист тощо); на 2 етапі – навчені волонтери «рівний-рівному» з числа засуджених.

Для досягнення поставлених завдань застосовуються такі методи: інформування, рекрутинг, навчання, видача засобів захисту та гігієни, організація профілактичних заходів.

ЗАГАЛЬНА СХЕМА ВПРОВАДЖЕННЯ



1 ЕТАП. ПОШУК, ЗАЛУЧЕННЯ ТА НАВЧАННЯ ВОЛОНТЕРІВ. Здійснюється підготовка волонтерів із числа засуджених (щонайменше один волонтер із кожного відділення соціально-виховної служби установ виконання покарань) шляхом проведення щонайменше 10 занять для кожної групи волонтерів.

Безпосередня робота з цільовою групою за програмою «Крок за кроком» передбачає проведення 16 інтерактивних занять (середня тривалість заняття – 90-120 хвилин) за темами:

1. «Волонтерство – добровільний вибір».
2. «Формування команди».
3. «Форми та методи роботи волонтерів із засудженими».
4. «Профілактика ВІЛ-інфекції».
5. «Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ)».
6. «Методи профілактики ІПСШ, безпечна сексуальна поведінка».
7. «Вірусні гепатити».
8. «Профілактика туберкульозу».
9. «Види залежностей. Програма Зменшення шкоди».
10. «Позитивна профілактика».
11. «Спілкування. Конфлікти та шляхи їхнього вирішення».
12. «Основи консультування «рівний-рівному».
13. «Соціальна адаптація».

14. «Профілактика стресу та депресій».
15. «Контроль рівня знань та роботи волонтерів».
16. «Підбиття підсумків, завершальний етап навчання волонтерів».

Завершується етап проведенням екзамену за результатами навчання волонтерів та видачею відповідного сертифіката консультанта «рівний-рівному».

2 ЕТАП. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТА ВОЛОНТЕРІВ-ІНСТРУКТОРІВ. Після завершення навчання волонтери здійснюють профілактичну діяльність серед інших засуджених, а саме: інформування, навчання, розповсюдження інформаційних матеріалів і засобів захисту та гігієни.

Обов'язковим є **3-Й ЕТАП ОЦІНКИ РЕЗУЛЬТАТІВ ВПРОВАДЖЕННЯ**. Моніторинг результатів роботи (за принципом «рівний-рівному») серед ув'язнених здійснюється для відстеження ефективності роботи та внесення необхідних коректив.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ГРУП ВЗАЄМОДОПОМОГИ ДЛЯ ОСІБ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ПСИХОТРАВМІВНІ ПОДІЇ [2]

Хоча група взаємодопомоги і сприяє процесу зцілення, бо зцілення може прийти з безлічі різних джерел, вона не є психотерапевтичною!

Наявність у групі осіб із травмівним досвідом є показанням для залучення до роботи психотерапевта і зміни формату – з групи взаємодопомоги на групу підтримки чи психотерапевтичну групу. Однак на етапі залучення та за певних умов такої можливості може і не бути, а люди однак потребуватимуть розуміння і підтримки, які можна отримати, створивши чи ввійшовши до вже діючих груп взаємодопомоги.

Для існування такої групи досить трьох людей, які вирішили створити команду. Бажано, щоб чисельність групи не перевищувала п'ятнадцяти осіб. Що менша група, то більше в ній місця для кожної людини.

Групи взаємодопомоги виконують ту саму функцію, що й друзі. Саме тому тут має бути атмосфера довіри, щоб люди не соромилися висловлюватися і робили це так само неформально, як із найкращими друзями.

Оскільки групи взаємодопомоги працюють без фахівців (окрім випадків залучення), то завдання людини, яка веде обговорення, лише забезпечити елементарну структуру. Кожній людині потрібно дати можливість щось сказати, наприклад, запитавши її про те, як вона

себе почуває. Іноді нейтральна людина, яка не є ветераном чи біженцем, може забезпечити необхідну дистанційованість. Якщо ви, ведучий, помітили, що почуваєтеся незручно від чиїхось емоційних спалахів, не забувайте, що, можливо, вам ніколи не було так боляче, як людині, яка зараз кричить чи зніяковіла. Довіртеся емоціям: вони не ірраціональні, а викликані внутрішніми потребами. Але, коли потрібно, допоможіть людям зупинитися.

Найважливіше, що в людей з'являється місце, де вони можуть зняти з себе неймовірний тиск (тягар), що його постійно відчувають. Місце, де вони розуміють: те, що вони відчувають і як поводяться, пов'язане з несправедливістю, від якої постраждали.

Бути частиною **кола** – це чудова можливість усіх бачити і чути одне одного. В колі ми всі рівні. Починаючи зустріч із вітання, можна братися за руки з сусідами на коротку хвилину мовчання. Тримаючись за руки з сусідами декілька секунд, учасники з'єднуються тут і зараз, це хороший спосіб заспокоїтися.

Необхідною умовою функціонування групи є **безпечний простір**. Іноді розповіді жахають, говорити боляче, але, як не парадоксально, виникає відчуття, немов уперше можна говорити правду вільно. Це зближує людей, і члени групи потихеньку самі себе лікують.

Бути справді сильним – означає зустрітися з болем, а не втікати від нього. Визнання болю не значить, що ти здався, це свідчить, що ти розумієш: тобі потрібне зцілення і, перш за все, ти маєш відновитися.

У такій групі краще, щоб було небагато правил. Але одне – обов'язкове: **«Кожен має право на власну правду»**. Часто люди з цим не погоджуються, та не можна допускати, щоб вони без поваги ставилися одне до одного. Довгі монологи не є проблемою, але варто іноді обережно підказати: «Подивись, у «А» заплющуються очі, «В» дивиться у вікно, вони тебе вже не чують».

Друге правило – **безпеки**: «Говори про важкі речі тільки тоді, коли відчуєш у собі досить сили». Зазвичай люди говорять таке тоді, коли час та атмосфера для цього підходять. Іноді відповіддю може бути: «Я не можу про це говорити». І треба поважати цей вибір.

Люди, які намагаються відновитися після жахливого, нелюдського ставлення, реагують інакше: спогади можуть довести їх до відчаю або самогубства, якщо почати розмову раніше, ніж для того буде відповідний час. Під час війни навіть цивільне населення, що живе на території збройного конфлікту, зазнає агресії і не може захистити себе від екстремальних ситуацій.

Тому варто на групі говорити **не стільки про події, як про почуття від пережитого**. Кожен вносить свій внесок у цей процес, просто вислуховуючи зі співчуттям та заохоченням людину, яка ділиться своїм болем: *«Завдяки групі зрозумів, що я не спав. Це насправді сталося. Я не божевільний!»*.

ОБМЕЖЕННЯ В ГРУПАХ ВЗАЄМОДОПОМОГИ ДЛЯ УЧАСНИКІВ І СВІДКІВ ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ

До спогадів про травмівні події потрібно підходити вкрай обережно. Важливо визнавати, що такі події були, але детальний їхній опис не завжди є запорукою зцілення, це навіть може поглибити відчай та зневіру, стати причиною ретравматизації. Спочатку учасники мають ознайомитися з теорією переживання травми, щоб розуміти, що з ними відбувається.

Люди, які втратили домівку, засоби існування чи отримали обмеження функціональності, часто відчувають сором за те, що з ними сталося, іноді ще й тому, що інші можуть сприймати їх як «тягар для суспільства». **Втрата самоповаги** погіршує ситуацію.

Ось деякі **кроки для полегшення переживання**:

1. Говоріть. Не уникайте розмов про політику, конфліктних тем, забобонів, але будьте об'єктивними, зберігайте почуття гумору. Проаналізуйте історичні причини, щоб з'ясувати об'єктивні передумови того, що сталося.
2. Проводьте заходи із захисту прав. Запросіть журналістів, письменників, юристів та інших фахівців у групу, щоб люди в групі могли розповісти їм про своє становище та потреби.
3. Організовуйте публічні обговорення, щоб інформувати людей і отримати більше співчуття. Запросіть людей, що пережили подібне, яких спіткала схожа доля. Запросіть експертів, якщо це буде корисним.
4. Запрошуйте відомих людей до групи на знак поваги до страждань учасників.
5. Щоб розвинути навички саморегуляції, щоразу можна практикувати релаксацію.

«РОДИННЕ КОЛО»

З березня 2014 року фахівці Психологічної служби Майдану за ініціативи і під керівництвом автора проекту «Родинне коло» Вікторії Кочубей почали надавати психологічну підтримку сім'ям Небесної сотні [80]. Основний акцент у проекті був зроблений на психологічну допомогу. Так, у форматі груп зустрічей, протягом декількох днів учасники проекту ділилися своїми емоційними переживаннями, спогадами про загиблих, спілкувалися й підтримували одне одного.

Велика увага приділялася роботі з дітьми від двох до вісімнадцяти років. Спеціально для них дитячі психологи розробили програму, яка дозволяла посилювати особистісні ресурси дітей та нормалізувати психічний розвиток з урахуванням процесу горювання. Перша

ж зустріч показала, наскільки важливими і потрібними є такі заходи. Тому протягом 2014-2015 р.р. було проведено таких 4 зустрічі. Окрім того, членів сімей підтримували й індивідуально, і в телефонному, і в особистому та груповому форматі.

На жаль, сотнею убитих на Майдані рахунок гірких втрат на Україні не закінчився. З початком антитерористичної операції стало зрозуміло, що необхідно створювати напрямок із супроводу родин загиблих військовослужбовців у кожному обласному центрі, оскільки кількість загиблих військовослужбовців та мирного населення Сходу України вимірюється тисячами осіб. Досвід, отриманий у роботі з родинами Небесної Сотні, передавався в осередки створеної ГО «Українська Асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій» за допомогою семінарів, скайп-конференцій тощо.

Зустрічі «Родинного кола» для сімей військовослужбовців, на яких надавалася фахова допомога дорослим та дітям, відбулись у Києві, Вінниці, Дніпропетровську, Харкові, Чернігові, Івано-Франківську, Хмельницькому, Закарпатті. Також у листопаді 2015 р. на Донеччині вперше відбулась зустріч «Родинного кола» для сімей загиблих мирних жителів Широкино, Сартани, Маріуполя.

Фахівці «Родинного кола» пропонують системну підтримку родин упродовж року, що передбачає регулярне проведення трьохденних заходів в областях, групову роботу з дорослими та дітьми, індивідуальні та сімейні консультації членів сімей. Інформація про Всеукраїнський центр по роботі з втратою «Родинне коло» представлена на сторінці https://www.facebook.com/rodynnecolo/?ref=ts&fref=ts.

МЕТОД «РІВНИЙ-РІВНОМУ» В РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Свого часу американські ветерани війни у В'єтнамі зазнали досить жорсткого пресингу з боку суспільства, що таврувало їх як бійців несправедливої війни. Ветерани стали жертвою не тільки бойового шоку, а і вбивчої несправедливості з боку громадян держави, що відправила їх на війну. Ветерани тоді ще не усвідомлювали, що вони передусім самі постраждали і, навіть зберігши тіло, потребують допомоги.

Суспільство теж не розуміло, що не кожен, хто виконував наказ, був прихильником війни, а, отже, став жертвою не тільки бойового шоку, а і вбивчої несправедливості з боку громадян держави, яка відправила його на війну. Таке розуміння прийшло набагато пізніше, а тоді ветеранам, що вижили на війні, довелося знову боротися за виживання там, де вони мали б знайти спокій і підтримку. Виявилося, що таку підтримку вони могли отримати лише серед таких самих, як вони.

Д-р Джудіт Герман у книжці «Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань в сім'ї до політичного терору» згадує, що ветерани, які виступали проти війни, об'єдналися у так звані «реп-групи», метою яких була, з одного боку, підтримка окремих ветеранів, які зазнали психологічної травми, а з іншого – підвищення поінформованості суспільства про наслідки війни. Ці ветерани відмовлялися піддаватися стигматизації. Вони збиралися і ще раз переживали травмівний досвід, запрошували для професійної допомоги психіатрів, які їм співчували, але «вони не хотіли просити допомоги Міністерства у справах ветеранів. Їм потрібно було щось, що відбувалося б на їхній власній території, де вони були господарями» [16].

Політичний тиск з боку неформальних груп ветеранів привів до легалізації програми психологічного лікування «Оперативна допомога» («*Operation Outreach*») та створення більше ста центрів підтримки, в яких працювали ветерани, що успішно ресоціалізувалися, використовуючи принципи взаємодопомоги та колегіально-консультативної допомоги. Навчені ветерани стали носіями необхідної іншим ветеранам та суспільству інформації та навичок, які дозволяли пом'якшувати наслідки, спричинені війною. Так у ветеранському русі взаємодопомоги на емпіричному рівні ефективно спрацював підхід «рівний-рівному» (*peer education*) – принцип взаємодії, передачі інформації, що може реалізовуватись як технологія соціолого-педагогічного впливу, метод формування особистості, здатної приймати рішення самостійно, нести відповідальність за себе, власне життя і поведінку.

Попри великий пласт наукових розробок та досвіду, що накопичився у світі в сфері надання підтримки та сприяння ресоціалізації ветеранів, і сьогодні в Україні військові та ветерани не поспішають до психологів: люди, що пройшли пекло бойових дій, навчені довіряти тільки своїм або нікому. Згідно з останньою українською статистикою, близько третини ветеранів, які б хотіли отримати психологічну допомогу, зробили б це саме після рекомендації бойових побратимів.

У реабілітаційному процесі учасників бойових дій метод «рівний-рівному» застосовується для організації роботи з ветеранами (а також членами їхніх сімей, членами сімей загиблих, тих, хто пропав без вісти, з ветеранами, що повернулися з полону, волонтерами) в контексті проведення профілактичної (попереджувальної) роботи; формування позитивної мотивації стосовно роботи з професіоналами; створення груп підтримки та взаємодопомоги; сприяння отриманню соціальної підтримки; психологічного супроводу; психотерапевтичної чи спеціалізованої медичної допомоги; формування основ правової поведінки.

Як і в інших випадках, у роботі з ветеранами принцип «рівний-рівному» реалізується через **ступеневу передачу знань**: підготовку тренерів; підготовку інструкторів (ветеранів чи представників інших цільових груп); залучення інструкторів до просвітницької роботи та моніторинг діяльності.

Технології «рівний-рівному» поділяються на **технології навчання** і **технології впровадження.** Технології навчання будуються на основі: попереднього уявлення запланованих результатів; вибору засобів діагностики поточного стану тих, кого навчають; визначення набору методів роботи для різних моделей навчання (активне, пасивне, інтерактивне) та критеріїв відбору оптимальної моделі для конкретних умов і цілей навчання [52].

Як і будь-яка технологія, навчання «рівний-рівному» в середовищі ветеранів АТО має свої етапи впровадження:

1 ЕТАП. ОЦІНКА НЕОБХІДНОСТІ І МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ ВЕТЕРАНІВ ВЕТЕРАНАМИ (ЧИ ІНШИХ КАТЕГОРІЙ) СТОСОВНО ПЕВНОЇ ПРОБЛЕМИ. Для інформування, популяризації та вивчення можливостей поширення програм готуються методичні матеріали, повідомлення на конференціях, семінарах, зборах ГО, спілок; направляються прес-релізи в засоби масової інформації тощо.

2 ЕТАП. ПІДБІР, ПІДГОТОВКА І СТВОРЕННЯ КОМАНДИ ПРОФЕСІОНАЛІВ (ПСИХОЛОГІВ) ТА ТРЕНЕРІВ (ВЕТЕРАНІВ) ІЗ НАВЧАННЯ ВЕТЕРАНІВ ТА ПІДГОТОВКИ ВЕТЕРАНІВ-ІНСТРУКТОРІВ ДЛЯ ПОДАЛЬШОЇ РОБОТИ З ОРГАНІЗАЦІЇ ГРУП ПІДТРИМКИ ТА ВЗАЄМОДОПОМОГИ. У реалізації програми особлива роль належить професіоналам, які мають вміти добирати, адаптувати інформацію; навчати, мотивувати, організовувати діяльність інструкторів і, головне, вміти говорити на рівних із ветеранами. Особливість цієї технології полягає саме в тому, що тренер контактує з учасниками групи на засадах рівності, а не як «вісник істини». Щоб знайти таких професіоналів, має бути конкурсний відбір психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, що працюватимуть із ветеранами (та представниками інших, зазначених вище, цільових груп).

Для залучення ветеранів до участі у тренінгах проводяться зустрічі, анкетування, тренінги-презентації; роздаються інформаційні матеріали (буклети, листівки тощо), використовуються соціальні мережі та зібрання ветеранських спілок.

3 ЕТАП. НАВЧАННЯ ІНСТРУКТОРІВ-ВЕТЕРАНІВ ПІДГОТОВЛЕНИМ ТРЕНЕРОМ (шляхом проведення тренінгів). Робота за методом «рівний-рівному» дає можливість вирішувати такі основні завдання:

а) інформування;

б) актуалізацію та розвиток зовнішніх і внутрішніх ресурсів, формування відповідальної поведінки;

в) набуття навичок передачі знань іншим ветеранам.

За результатами навчання серед ветеранів визначаються «фахівці» трьох рівнів:

1. ті, що отримали знання для власної потреби;
2. ті, хто буде використовувати отримані знання у неформальному спілкуванні;
3. ветерани-інструктори, що проводитимуть організовані заняття з іншими ветеранами відповідно до спеціальної програми.

4 ЕТАП. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ВЕТЕРАНІВ-ІНСТРУКТОРІВ У СПІЛЬНОТАХ: проводять тренінгові заняття із ветеранами, волонтерами та членами сімей у своєму та інших громадських об'єднаннях (чи на базі соціальних служб, військкоматів тощо); організовують роботу в шпиталях ветеранів, санаторіях (під час психологічної реабілітації чи санаторно-курортного лікування ветеранів; беруть участь у конкурсах, акціях; проводять презентаційні заняття в громадах; підтримують зв'язки з колегами – інструкторами з інших областей, міст, районів тощо.

5 ЕТАП. ДІЯЛЬНІСТЬ ТРЕНЕРА ЩОДО МОТИВАЦІЇ ТА ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ-ІНСТРУКТОРІВ. З метою вдосконалення навичок роботи у ветеранів та отримання ними нових знань, для ветеранів-інструкторів організовуються постійні заняття, працюють консультативні пункти; проводяться семінари, конференції тощо. Робота ветеранів-інструкторів заохочується матеріально, відзначається заохочувальними призами, висвітлюється в засобах масової інформації. Створюється спільнота ветеранів-інструкторів для підтримки одне одного й обміну досвідом, організації ефективної професійної підтримки з метою профілактики вигорання.

6 ЕТАП. МОНІТОРИНГ ДІЯЛЬНОСТІ ВЕТЕРАНІВ-ІНСТРУКТОРІВ, РОЗВИТОК ПРОГРАМ. Періодично проходить аналіз результатів діяльності ветеранів-інструкторів (під час проведення тренінгів учасники заповнюють «листи оцінок та побажань»). Про результативність роботи інструкторів свідчать не тільки кількісні показники (кількість проведених зустрічей, заходів, охоплених осіб), але й відгуки цільової групи, показники скринінгових опитувань та інші показники успішної реадаптації.

«ВЕТЕРАНСЬКИЙ ДІМ»

Прикладом прогресивної форми розвитку групи взаємодопомоги в Україні може бути проект «Ветеранський дім». Досвід ветеранів показав, що ветерани потребують інших форм відновлення, ніж стаціонарне лікування в клініці чи санаторно-курортні «канікули».

Мета «Ветеранського дому» – об'єднувати та підтримувати бійців АТО після повернення з війни. Формат «клубу» дозволяє уникнути болючої проблеми психологічної реабілітації –

стигматизації своїх членів. Учасники АТО та ветерани бойових дій – велика цінність для суспільства. Щоб ветеран не залишався сам на сам зі своїми проблемами, необхідно вчасно підтримати його, забезпечити прийняття, дати силу, наснагу для того, щоб він зайняв гідне місце в цивільному житті.

«Ветеранський дім» – це місце, куди в будь-яку пору дня, коли завгодно, може прийти ветеран (учасник бойових дій) і відчути себе на своїй території, серед людей, що зрозуміють та допоможуть у вирішенні проблеми, чого б вона не стосувалася. Перш за все, це місце, де кожен боєць зможе почуватися комфортно, навіть тимчасово жити, адже трапляються випадки, коли після виписки зі шпиталю, через непорозуміння в сім'ї чи інші важкі життєві обставини нікуди йти. «Ветеранський дім» сприяє хоча б тимчасовому вирішенню проблеми.

«Ветеранський дім» – це й місце спілкування, де боєць завжди знайде однодумців, може провести час з іншими ветеранами, в товаристві людей, які сприйматимуть його як свого, незалежно від того, коли він повернувся з фронту. З метою реадаптації до умов цивільного життя в таких «клубах» можуть організовуватися курси перепрофілювання, проводитися різноманітні майстер-класи, творчі вечори та інші заходи активного дозвілля, що загалом сприятиме соціальній адаптації та покращенню емоційного стану воїнів. Клуб надає ветеранам час, місце та ресурси, щоб зорієнтуватися в нових умовах. Ветеранська організація може залучати кваліфікованих психологів, юристів задля вирішення соціально-психологічних проблем бійців.

Один з таких проектів реалізовано ГО «Спілка Учасників, Ветеранів, Інвалідів АТО та бойових дій» (СУВІАТО) на базі санаторію Будинку письменників у стародавній двоповерховій споруді на вул. Стельмаха, 20, у місті Ірпінь, яку волонтери взяли у творчих людей в оренду. Координатором проекту є випускниця історичного факультету КНУ ім. Т. Г. Шевченка Ольга Харькіна (контактний телефон 097-514-04-27, група в фейсбуці: https://www.facebook.com/groups/suviato.veteran.house/permalink/998923243500459).

27 жовтня 2015 року Будинок зустрів першого жителя, демобілізованого бійця 54 бригади, родом із Донецька, в якого не було фізичної можливості повернутися додому після закінчення служби. За перші 11 місяців роботи через Будинок пройшли 43 учасники АТО. Серед фахівців, задіяних для роботи з бійцями на волонтерських засадах, були психологи, юристи, спеціалісти з каністерапії (психологічна реабілітація із залученням собак), професійний лінгвіст, масажист, бізнес-тренери. Найчастіше ветерани зверталися через ситуацію невизначеності після демобілізації (зокрема, більше 50 % не могли повернутися додому); через сімейні обставини; на час проходження навчання; під час поїздок тощо.

Хтось знайшов нову роботу, хтось здобув нову спеціальність, нові корисні навички, а хтось просто усвідомив, що він не один і не самотній у своїй ситуації, і завжди є на кого розраховувати і куди прийти. Як повідомляє на сторінці проекту Ветеранський дім його координатор Ольга Харькіна, «Будинок» став не тільки місцем для роботи над собою та вирішення поточ-

них проблем після війни, але і базою проведення заходів із дозвілля та навчання, як то заняття із самопрезентації та комунікативної культури від Дари Кобзар; тренінги із відкриття власної справи від проекту SED-FUND; арт-терапія біля каміну та кулінарні майстер-класи. Середній вік мешканців Будинку – 36 років. Це ветерани, які не знали, з чого починати після повернення з війни. Будинок став для них місцем старту та підтримки. Практика показала, що певні речі не працювали або давали зворотній ефект, але вже є й чимало здобутків. Планується переведення Будинку на самоокупність, є ідеї щодо розвитку соціального підприємництва. Організатори ведуть поіменний список всіх, хто зробив будь-який внесок: від посуду, вишитої ікони, одягу, книжки, ковдри до ліжок, килимів та твердопаливного котла. «Ветеранський будинок» став спільною справою багатьох людей. Благодійниками стали компанії «Київстар», «ClearWater» «Юрія-Фарм». Постійними партнерами проекту є Юридична сотня, HealthRight Inetrnational, LingvoBuro, SED-Fund, мережі прокату в «Каяк-каное Центр», проект Hero's Companion – Друг Героя.

КЕМПІНГ ДЛЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ЧЛЕНІВ СІМЕЙ

Заслуговує на увагу й не менш амбітна ідея, заснована на засадах взаємодопомоги за принципом «рівних». Це вже діючий проект ветеранського кемпінгу, який самотужки та з долученням побратимів і волонтерської допомоги почав реалізовувати учасник АТО Олег Бондаренко.

Кемпінг розташований на Поліссі, неподалік від міста Іванків на Київщині. Як стверджує організатор, кемпінг працює без спеціального залучення професійних реабілітологів і психологів. Тут також реалізується клубна форма взаємодопомоги. Кемпінг створено за новим типом взаємодії: воїни – цивільні – дорослі – діти.

Обстановка закладу, побут, максимально наближені до реальних польових умов у зоні АТО, за винятком стрільб і загрози життю курсантів, військових і цивільного населення. Метою організатора є підвищення «стресопружності» в умовах стресових навантажень: навчання виживанню в екстремальних та мирних умовах. Причому, саме виживання в мирних умовах ветерани вважають особливо актуальним після повернення з зони бойових дій.

Сьогодні кемпінг розвивається завдяки ентузіазму ветеранів. Наявність ідеї, що здатна відволікти людину від важких переживань, давати відчуття значимості, захищеності, затребуваності (особливо за рахунок включення у облаштування «домівки», «полігону», у конструктивну взаємодію з дітьми, котрі є вдячними поціновувачами фронтового досвіду старших) – гарний приклад для започаткування ветеранських ініціатив у плані взаємопідтримки і взаємодопомоги.

ТРЕНІНГ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ «СЕРЦЕ ВОЇНА» [92]

Прикладом ефективного впровадження реабілітаційних програм, що функціонують за принципом «рівний-рівному» (воїн-воїну, ветеран-ветерану) є діяльність проекту «Серце воїна». Тренінгові заняття розраховані на учасників бойових дій та членів їхніх родин, волонтерів, психологів, що працюють із бійцями, капеланів. Автор методики тренінгу – Дітте Марчер (Ditte Marcher), директор Bodynamic International, психотерапевт. Упродовж 20 років вона як спеціаліст із розв'язання конфліктів співпрацювала з організацією «Лікарі без кордонів» на Близькому Сході, у країнах колишньої Югославії та Африки.

В Україні проект «Серце воїна» започаткував Президент «Healing War Scars» Inc.» Громадянин США, випускник Гарвардського університету, Ph.D Роман Торговіцький. Співзасновник – ГО «Центр психологічного розвитку КОРА». Координатор проекту – Володимир Булгаков, а навчальний тренер програми – Олег Гуковський, голова Тернопільської обласної філії Української спілки психотерапевтів, член Європейської Психіатричної Асоціації (EPA), член Психологічної Кризової Служби [106].

Дітте Марчер розробила тренінг для профілактики і лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у датських військовослужбовців, що повернулися з Афганістану. Учасники навчаються ефективно управляти посттравматичним занепокоєнням, викликаним бойовим досвідом, здобувають навички, необхідні для допомоги побратимам.

Учасники навчаються проводити групові тренінги для своїх товаришів із питань ефективного управління шоковими й травматичними станами, отриманими під час бойових ситуацій. Такий тренінг розрахований як на ветеранів, так і на військовослужбовців.

Метою вступного тренінгу «Серце Воїна» є соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів до мирного життя.

Програма орієнтована на такі **завдання**:

- встановити з учасниками довірливий контакт;
- допомогти сфокусувати увагу на необхідності взаємодопомоги;
- ознайомити ветеранів із сучасною методикою запобігання психологічним травмам;
- провести інформування щодо особливостей функціонування психіки в умовах бойових дій та етапів її відновлення після пережитого гострого стресу;
- дати чітке розуміння учасникам, що з ними все нормально – (не вони перші, не вони останні), застосувавши принцип нормалізації та легалізації переживань (сором, вина, напади люті, флешбеки тощо);

- допомогти побачити глобальну проблему та наслідки ПТСР для суспільства й для всіх ветеранів та їхніх родин;
- показати шлях посттравматичного зростання;
- ознайомити з принципами надання першої психологічної допомоги і найважливішим правилом – «не зашкодь!»;
- дати ефективні інструменти (вправи) для роботи з гострими станами, для розвитку психологічної стійкості (resilience) з метою мінімізації психологічних наслідків війни;
- продемонструвати важливість тілесних відчуттів як основного містка для переходу від імпульсів до емоцій і почуттів;
- допомогти у відновленні соціальних зв'язків, створюючи спільноту однодумців;
- розповісти про місію проекту WWU, програму «Серце воїна», про гідне повернення і принцип «рівний-рівному»;
- дати посилання та контакти;
- визначити (обрати) кандидатів для продовження участі в тренінгу або проекті.

Для підготовки тренерів у 2015 році Дітте Марчер, генеральний директор Bodynamic (Данія) провела в Україні семінари «Військовий бойовий шок». 20 українських військовослужбовців мали отримати сертифікати тренерів для роботі з бойовими шоковими станами, щоб бути готовими не тільки проводити заняття для бійців та ветеранів, а й самостійно готувати ветеранів-інструкторів, надавати їм методичну і консультативну допомогу.

Три україномовні психіатри і психотерапевти, які вже отримали сертифікацію Bodynamic, проводять тренінги для українських військовослужбовців. Під час такої програми учасники ознайомлюються з перевіреними методами боротьби з психологічним шоком і посттравматичним стресовим розладом, а також способами навчання побратимів цим методам.

Протягом 5 місяців учасники тренінгів проходять 4 семінари (загалом 14 днів). Впродовж усього цього часу учасники мають самостійно регулярно практикувати отримані під час навчання навички і збиратися групою мінімум двічі між навчанням на семінарах.

Військові та ветерани не поспішають до психологів: люди, що пройшли пекло бойових дій, навчилися довіряти тільки своїм. Коли хтось із ветеранів потребує психологічної допомоги, він може зателефонувати, і до нього приїдуть такі самі військові, як і він, але навчені надавати професійну підтримку. Власне, на цьому й побудована вся система роботи з ветеранами за принципом «рівний-рівному» – ветерани підтримують ветеранів.

У 2016 році проект набув подальшого розвитку: тренінг пройшли 2180 осіб у 12 областях України, 30 ветеранів стали ко-тренерами. *«Я кайфую від того, що можу допомогти, бо й сам пройшов через подібне, – говорить ко-тренер проекту Сергій Пронякін. – Якщо моя ро-*

бота змінить хоча б одне життя, я вже знатиму, що і сам живу недаремно. Це додає сил. Це надихає. Я потрапив у коло людей, які розуміли мене, як ніхто, бо тренінги тут побудовані на принципі «ветеран-ветерану». І мені змогли пояснити, що зі мною відбувається і чому, а ще – як почати використовувати набутий досвід і рухатися далі».

Актуальна інформація про заходи і здобутки проекту розміщується на однойменній сторінці в соціальній мережі Facebook «Серце воїна» (https://www.facebook.com/WoundedWarriorUkraine/?fref=ts).

5.4. ЯК СТВОРИТИ ТА ПІДТРИМУВАТИ ДІЯЛЬНІСТЬ ГРУПИ ВЗАЄМОДОПОМОГИ

Як створюються і розвиваються групи? Це може відбуватися по-різному. У більшості випадків ініціаторами створення групи стають або люди, в яких є проблема, або фахівці, які їх обслуговують (наприклад, медпрацівники, соціальні працівники), що бачать необхідність у додатковій морально-психологічній підтримці своїх клієнтів або їхніх близьких. Згодом неформальна група може перетворитися в організацію з власним юридичним статусом або стати структурною частиною наявного громадського об'єднання. В інших групах свідомо зберігають свою неформальність.

Деякі групи створюються на певний період часу, а потім закриваються – наприклад, коли бажані зміни досягнуті. Склад групи з часом може частково або цілком змінитися. Деякі групи діють на місцевому рівні – міста, району, мікрорайону. Інші – створюють національні мережі і координують свою діяльність з аналогічними групами в масштабах усієї країни.

Першим кроком до створення групи взаємодопомоги є ухвалення такого рішення [84]. Після цього перед **організатором групи** (якого в різних джерелах прийнято називати модератором, фасилітатором або аніматором) постає низка питань: із чого почати, як діяти, на що звернути увагу, щоб добрі наміри дали хороший результат?

Відповіді на ці питання досить докладно дає технологія організації груп взаємодопомоги, викладена ресурсним центром «Гурт» [77]. Ми зупинимося на базових організаційних та методичних моментах, необхідних для того, щоб підготувати і запустити роботу групи. Детальніше стосовно технології роботи групи взаємодопомоги можна прочитати в онлайн-посібнику згаданого ресурсного центру [66].

Що потрібно зробити перед тим, як створювати групу взаємодопомоги

Перед тим, як створювати групу взаємодопомоги, необхідно визначити:

1. Теми та проблеми, які група буде вирішувати.
2. Мету – що ви разом з групою хочете досягти, які завдання вирішити. Не плутайте мету та діяльність групи. Мета – це те, куди ви хочете прийти, а діяльність – яким чином ви прямуєте до цілі.
3. Місце, час проведення зустрічі, як часто збиратиметься група.
4. Хто буде учасниками групи – яким чином ви зможете знайти зацікавлених людей зі схожими проблемами.

Проблема

Необхідно розуміти, що є різниця між різними групами взаємодопомоги: для ветеранів, для дружин військовослужбовців, для тимчасово переміщених осіб, для людей, що шукають роботу, для людей із ВІЛ та групами Анонімних Наркоманів тощо.

Важливо, щоб потенційні учасники групи «впізнавали» (ідентифікували) проблему чи задачу, яку ви прагнете вирішити, ототожнювали себе з людиною, в якої є або була подібна проблема («є іще такі, як я», «я не один такий», «це свій – він мене зрозуміє»). Важливо, що не можна насильно включати людину до групи, примушувати її до відвідування, «рятувати» тих, хто цього не хоче.

Мета

Від того, якої мети ви хочете досягти, залежить склад групи (крім тих випадків, коли група вже склалася, і її цілі обумовлюються пріоритетними потребами чи проблемами учасників). Визначення цілей допоможе вам відповісти на запитання людей, які хочуть більше довідатися про вашу групу, наприклад, працівників охорони здоров'я або соціального забезпечення.

Ви не зобов'язані запрошувати на ваші зустрічі гостей, що не є членами групи, бо їхня присутність може вам заважати. Проте можна іноді проводити відкриті вечори та інші групові заходи.

Місце і час

Для інформування про групу та організації перших зустрічей бажано використовувати місця, де часто бувають люди, яких ви плануєте залучити до групи взаємодопомоги. Наприклад, ветеранів можна зустріти на спеціальних акціях, у комісаріатах, у службах працевлаштування, в медичних закладах, у закладах соціальної сфери, у приміщеннях, виділених чи орендованих для потреб ветеранських організацій.

Дружини учасників АТО можуть приходити до відділів соціального забезпечення, до навчальних закладів. Потенційних членів АА, АН, можна зустріти у відповідних «вузьких місцях» (залежно від проблеми). Потім ви зможете організовувати зустрічі в іншому місці.

Щоб група функціонувала, потрібно визначити зручний для всіх членів групи час зустрічі. Трапляється, що потенційні учасники «не доходять» на зібрання групи, оскільки час проведення групи може збігатися з ефіром популярного телевізійного серіалу чи з поверненням дітей зі школи тощо.

Пошук (залучення) учасників

Найбільш ефективно особисто зацікавити історіями з власного життя: «Я зміг змінитися, і ти зможеш…». За кілька днів до зустрічі варто зателефонувати і нагадати про зустріч тим, хто нею зацікавився.

Залучати учасників можна за допомогою соціальних мереж, власного інтернет-сайту ГСД та поширення інформації через пресу, радіо, телебачення, шляхом створення гарячої телефонної лінії та її анонсування у ЗМІ.

Потрібно відзначити, що пошук людей за допомогою рекламних оголошень та листівок – малоефективний. Частина учасників часто відсіюється, тому для першої зустрічі бажано залучити хоча б сім осіб (хоча на перший раз добре навіть 1-2 особи, бо їхня кількість може зрости згодом, коли залучені учасники переконаються, що це не разова акція, і почнуть запрошувати знайомих, родичів чи побратимів, поділяться власним позитивним досвідом у соціальних мережах).

Забагато членів у групі посилює ефект публічності, тому у великій групі учасники часто займають позицію очікування або діють за принципом «бути як усі» – не поспішатимуть оприлюднювати свої погляди, почуття. За таких умов проблеми групи взаємодопомоги не вирішуватимуться.

Склад групи взаємодопомоги: розподіл функцій

У ГСД входять ведучий-ініціатор (фасилітатор) та учасники, серед яких додатково можна визначити голову, координатора та секретаря групи (*див. табл. 5.2*). Час від часу для вирішення певних специфічних проблем група може залучати до роботи різних фахівців.

РОЗПОДІЛ ФУНКЦІЙ У ГРУПІ ВЗАЄМОДОПОМОГИ *Таблиця 5.2.*

РОЛЬ У ГРУПІ	ФУНКЦІЇ
ВЕДУЧИЙ ГСД	■ Ініціює створення групи; ■ створює атмосферу довіри та саморозкриття, забезпечує відчуття безпеки; ■ підтримує ініціативність учасників; ■ не нав'язує свою допомогу; ■ несе відповідальність за життєздатність та здорове функціонування групи загалом; ■ відіграє ключову роль протягом усього процесу змін, що мають відбутися

УЧАСНИКИ ГРУПИ	■ Не професіонали щодо проблеми, яку намагаються вирішити; ■ несуть відповідальність за власне життя та зміни в ньому, не перекладають її на ведучого; ■ допомагаючи іншим, насамперед прагнуть допомогти собі
ГОЛОВА ГСД	■ Займається координацією; ■ розповсюджує інформацію про діяльність групи; ■ налагоджує конструктивну взаємодію з оточенням (орендодавці, ЗМІ, родичі, зацікавлені тощо); ■ планує та організовує зустрічі/заходи; ■ приймає рішення щодо стратегії розвитку групи; ■ забезпечує приєднання нових учасників (якщо це передбачено форматом групи)
СЕКРЕТАР ГСД	■ Сприяє вирішенню конфліктних ситуацій; ■ несе відповідальність за організаційні моменти роботи групи; ■ займає активну позицію та проявляє ініціативу

ПЛАНУВАННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ ГРУПИ

Правила життєдіяльності групи

1. Готуючись до першої зустрічі, варто оцінити, **чи готові ви бути ведучим** та підтримувати групу протягом усього періоду її становлення.

2. Продумайте **правила життєдіяльності групи**. Зазвичай, у ефективних ГСД дотримуються певних правил:

   – **розподіляють завдання в групі**. Не варто одній людині узурпувати функції організатора, якщо вона не хоче отримати персональну групу замість спільної. Важливо, щоб усі учасники долучалися до життя групи. Домовтеся, чи буде вестися список учасників групи і хто його вестиме; хто збиратиме гроші, відповідатиме за оренду приміщення; хто консультуватиме охочих долучитися тощо;

   – дбають, щоб **місце зустрічі і час** були зручні для всіх;

   – **структурують зустрічі**, що передбачає наявність програми чи орієнтовного переліку тем для планування зустрічей. План може змінюватись, але він має бути, оскільки це не лише організовує, а й мотивує членів групи;

   – **частота зустрічей** встановлюється спільним рішенням учасників. Ведучий може тільки пропонувати варіанти, враховуючи власну зайнятість, наявність вільного приміщення, доступність залученого фахівця тощо;

- **приміщення** має бути не занадто великим (незатишно, складно обігріти в холодну пору року, розсіюється увага), але й не замалим (проблеми розміщення, вентиляції, обмеження в переміщенні. Іноді неможливо правильно визначити місця для учасників, щоб у них був взаємний зоровий контакт);
- **час проведення** групи має бути прийнятним для учасників; оптимальна тривалість зустрічі – 1,5-2 години.

3. **Оберіть бажаний формат групи** або домовтеся, що формат може змінюватися. Групи можуть бути закриті (тільки для членів групи), відкриті для всіх зацікавлених (родичів, лікарів, представників ЗМІ тощо), неформальні (наприклад, наметові містечка, виїзд на природу тощо).

4. **Продумайте і погодьте з групою питання фінансування**. Вам можуть знадобитися гроші на папір, фломастери, роздавальні матеріали, фотографії, розміщення оголошень, друк флаєрів, чай, каву, печиво тощо. Можна розділити витрати між учасниками або задіяти принцип взаємодопомоги і спробувати залучити зовнішні ресурси. Ймовірність отримати допомогу збільшується, якщо задіяти принцип взаємодопомоги «ви нам – ми вам» і запропонувати відгуки про надану допомогу в ЗМІ тощо.

Приміщення

Потурбуйтеся про приміщення. Якщо ви плануєте створення групи взаємодопомоги, приділіть особливу увагу тому, де ваша група збиратиметься. Місце проведення зустрічей має бути зручним для всіх учасників групи, не потребувати значних фінансових затрат для того, щоб дістатися до місця зустрічі. **Комфортне й затишне приміщення** допоможе залучити і втримати учасників, воно має бути в зручному місці. Чай, кава, напої, фрукти зроблять атмосферу ваших зустрічей привабливою для бесід.

Місцем проведення зустрічі може бути:

- квартира одного з членів групи;
- кімната в приміщенні громадської організації;
- кімната в поліклініці;
- кабінет фахівця, що підтримує групу (соціального працівника);
- приміщення на території храму тощо.

Не завжди можна знайти приміщення для зустрічей без оплати. Крім того, оплачуване приміщення дає певні переваги:

- можна вибрати приміщення і його розташування;
- є певність того, що кожного разу ви збиратиметеся в одному й тому ж приміщенні;

- можна протестувати, якщо вас щось не влаштовує;
- можна зустрічатися в нейтральному для всіх місці;
- ви не залежите від людей чи організацій, що забезпечують приміщення.

Вибираючи приміщення, потрібно врахувати:

– в які дні й у який час ви плануєте зустрічатися;
– як далеко добиратися членам групи і як вони будуть добиратися;
– скільки людей може бути в групі, а відповідно, якого розміру приміщення потрібне;
– чи можна приготувати або отримати в цьому ж будинку чай і каву;
– скільки ви зможете платити;
– чи можна забронювати приміщення для регулярних зустрічей;
– чи можна зберігати щось у цьому приміщенні (наприклад, чашки);
– які тут правила щодо паління цигарок;
– чи обов'язково кімната має бути на першому поверсі;
– чи є доступ і зручності для людей з обмеженнями в пересуванні (на візочках); чи можна, наприклад, перемістити людину з порушенням опорно-рухового апарату в зручніше положення.
– чи є поруч туалет;
– чи буде у вас необхідність розділятися на невеликі групи (чи потрібні додаткові кімнати);
– що ви плануєте робити, окрім спілкування (відео, слайди, музика), чи є для цього необхідне обладнання;
– чи буде членам групи затишно в цьому приміщенні;
– чи встановлені якісь правила користування приміщенням, які обмежать можливості вашої діяльності;
– чи можна поставити стільці в кімнаті так, як вам зручно;
– чи є ризик, що до приміщення будуть заходити сторонні й заважати працювати;
– чи є в будинку охорона (або пропускна система), настільки доброзичливо вона поставиться до присутності членів групи.

Перед тим, як остаточно вирішити, де зустрічатися, бажано з кимось із потенційних членів групи **оглянути приміщення**. Не вибирайте приміщення, якщо ви його не бачили, на основі телефонної розмови. Якщо приміщення вам підходить, під час огляду варто обговорити деякі деталі: у кого буде зберігатися ключ, де можна приготувати чай або каву, до якого часу потрібно звільнити приміщення, чи можна переставити стільці, і хто в цьому випадку ставитиме їх на колишні місця. Якщо ви зустрічаєтеся ввечері, пройдіться довколишніми вулицями. Поди-

віться, чи добре вони освітлені, чи є стоянка, чи далеко громадський транспорт, чи зручно й безпечно буде добиратися темної пори до місця проведення зустрічі й повертатися назад.

Якщо люди будуть збиратися в незнайомому місці вперше, для них **намалюйте схему** із зазначенням номера будинку та квартири, дати і часу зустрічі.

Щодо **оренди приміщення** можна звернутися до організацій, ціни в яких, зазвичай, невисокі: громадські об'єднання та товариства; релігійні громади (лише оренда!); центри соціальних служб. Група як зібрання громадян може звернутися до органів місцевого самоврядування стосовно безоплатного користування приміщенням, що знаходиться у власності місцевої громади.

У день зустрічі хтось із членів групи має прийти раніше, розставити стільці. Якщо це потрібно, то повісити оголошення біля входу і стрілки-покажчики в коридорах на шляху до приміщення, де має бути зустріч. Всю підготовчу роботу необхідно виконати заздалегідь, щоб до початку зустрічі вже стояти біля входу і вітати гостей.

Роль ведучого (фасилітатора)

Серед учасників групи виділяються особи, які розмовляють більше й охочіше, ніж інші; є такі, що намагаються нав'язати свою думку чи все коментувати; є ті, хто перешкоджає говорити іншим, вимагає особливого зацікавлення, уваги. Ваша поведінка і реакція мають бути відповідними (*див. табл. 5.3*).

ПОВЕДІНКОВІ ПРОБЛЕМИ УЧАСНИКІВ ТА ШЛЯХИ ЇХНЬОГО ВИРІШЕННЯ *Таблиця 5.3.*

УЧАСНИКИ	**ПОВЕДІНКА ВЕДУЧОГО** (ФАСИЛІТАТОРА)
1. Оцінюють	Нагадуйте правило «не оцінюємо», реагуйте зразу ж
2. Занадто активні	Звертайтеся до інших, щоб і вони могли говорити. Відверто скажіть про проблему, якщо таке часто повторюватиметься
3. Завжди незадоволені	Звертайтеся до незадоволеної людини безпосередньо, запитуйте, в чому справа, дайте можливість висловитися
4. Не хочуть говорити	Запитуйте, пристосуйте перебіг зустрічі до активності групи, запропонуйте роботу в малих групах
5. «Отримують», але не «віддають»	Потрібно бути до цього психологічно готовими. Не всі здатні приймати (допомогу, знання, подяку) і віддавати (допомагати іншим, навчати, дякувати). Це мистецтво, якому потрібно вчитися. Поступово ситуація може змінитися

Ви як ведучий:

- маєте бути добре підготовлені!
- залучати співрозмовників: «Чи хотіли б щось додати?», «Що ви думаєте про це?»;
- подавати інформацію зрозуміло, викладати свої думки простою мовою.

Ведучий має знати:

- в яких випадках йому потрібно втрутитися в груповий процес;
- як поводитися з «важкими» учасниками;
- як має проходити зустріч групи;
- коли не потрібно втручатися, слід стриматися і почекати, щоб група сама зорієнтувалася у складній ситуації;
- чи потрібно підказати учаснику групи, який отримав нове доручення, як його краще виконати, чи краще стояти осторонь, щоб своїми порадами не зменшити ініціативу.

Вирішити ці складні питання дозволить один простий принцип: **втручатися потрібно тільки у випадку кризи або небезпеки.**

Кризовою можна вважати ситуацію, коли зневажають права і гідність когось із членів групи або грубо порушують групові правила, а учасники групи не вживають необхідних дій. Наприклад, якщо член групи, якому доручено стежити за регламентом, дозволяє перевищувати межі виділеного часу, ведучий повинен звернути на це увагу і домогтися дотримання регламенту.

Як поводитися з «важкими» учасниками

Найкраще група працює, якщо кожен її учасник уміє і говорити, і слухати, і співпереживати іншим, отримувати й надавати підтримку.

Проте хтось із групи може бути дуже захоплений своїми проблемами, і постійно, раз по раз вимагати підвищеної уваги, не зважаючи на потреби інших. Така ситуація гальмуватиме роботу групи.

Група взаємодопомоги існує саме для того, щоб її учасники могли підтримати одне одного, насамперед, вислухати. Це означає створення такої атмосфери, в якій кожна людина відчуває, що її дійсно поважають і бажають зрозуміти. Для того в групі й існують правила.

Учасника групи, який переживає важкий стан, **слід спрямувати до фахівця**, перш ніж він (вона) зможуть повноцінно брати участь у зустрічах групи.

Що робити з порушниками правил

Дехто з учасників групи порушуватиме правила. Дайте йому можливість «бути хорошим». Для цього на перших трьох-чотирьох зустрічах коротко огляньте цілі і правила групи. Поясніть, що дотримуватися всіх правил спочатку може бути нелегко, але з часом це стане звичкою.

Якщо це важливо, можна разом приймати рішення і змінювати правила.

Якщо очевидно, що один із учасників навмисно порушує правила, нехай хтось із групи спокійно і доброзичливо поговорить про це з «порушником». Ігнорування правил демонструє неповагу до всіх членів групи і не повинно залишатися без наслідків. Якщо і після пояснення порушник не змінить свою поведінку, потрібно допомогти йому знайти інший спосіб для отримання підтримки.

Як бути з людьми, які монополізують розмову

Якщо людина переживає важку кризу, така ситуація виправдана, і група має підтримати цього учасника, подарувавши йому або їй свою увагу. Але якщо кризова ситуація затягнулася довше, ніж на дві зустрічі, розумно буде згадати про регламент. Якщо учасник не вкладається у виділений час, нехай він (вона) попросить інших членів групи поділитися частиною свого часу. Але якщо такі прохання повторюються щоразу, група може втратити терпіння і перестати виділяти додатковий час «монополісту». Тоді тому, хто переживає кризу, потрібна допомога професіонала.

Якщо це група підтримки, що працює разом із психологом чи психотерапевтом, то людині, яка переживає кризовий стан, (це стосується і «важких» учасників), можна надати невідкладну допомогу під час роботи групи (тільки в іншому приміщенні). Якщо це група взаємодопомоги, то потрібно дати контактний телефонний номер і сприяти, щоб учасник отримав допомогу фахівця.

Що робити з «мовчазними» учасниками групи

У більшості груп буває один або кілька учасників, які майже ніколи не висловлюються. Це не означає, що людина не отримує користі від відвідування групи або не бере участі в її роботі. Не варто наполегливо змушувати таких людей розкритися: досить, щоб на початку й у кінці кожної зустрічі кожен учасник сказав кілька слів. Може наступити момент, коли мовчазний член групи раптом почне розповідати про свої почуття і проблеми. Якщо цього не станеться, інші учасники рано чи пізно спробують залучити таку людину до розмови. Окрім того, «мовчазні» часто ефективно змінюють свої переконання і поведінку в реальному житті, не виявляючи зовнішньої активності під час групових зустрічей.

Якщо учасники групи сперечаються

Під час суперечки ведучий не повинен підтримувати нікого з учасників конфлікту. Однак, якщо проти одного члена групи налаштовані відразу кілька учасників, потрібно втрутитися. Якщо один з учасників конфлікту переживає кризовий стан чи важку життєву ситуацію, потрібно звернути на це увагу учасників групи. Кожну суперечку, після того, як емоції вщухнуть, можна використовувати як тему для обговорення взаємин у групі.

ПРОВЕДЕННЯ ПЕРШОЇ ЗУСТРІЧІ

Психологічна підготовка

Перша зустріч – це хвилювання не тільки учасників, які потрапляють у нові для них обставини, але й ведучого-організатора.

Стабілізувати ситуацію і почуватися впевнено допоможе:

- хороша організаційна підготовка;
- продуманий план заходу;
- послідовність питань, які потрібно обговорити під час першого знайомства.

Окрім того, бажано отримати підтримку групи. Ведучий може звернутися до учасників зі словами: «Є люди, яким удалося пережити такі проблеми, як у нас. Отже, і в нас є шанс їх подолати!».

Керівництво процесом

- Ведучий має:
- тримати темп, забезпечувати динаміку, щоб уникнути нудьгування учасників;
- чітко відзначати досягнення групи та наголошувати на ефективності зустрічі (ефект цінування витраченого часу й докладених зусиль);
- дбати про конструктивну, доброзичливу атмосферу, взаємну повагу, дотримання правил, часових меж і обіцянок.

Загальна структура зустрічі

1. **Привітання і мета зустрічі.** Представтеся, подякуйте учасникам за те, що вони прийшли, розкажіть коротко про себе, висловіть надію, що група стане джерелом підтримки для всіх.
2. **Знайомство.** Попросіть, щоб кожен коротко представився і сказав, чому вирішив долучитися до роботи групи. Тактовно попросіть тих, хто не наважується говорити, висловити свою точку зору.

3. **Презентація правил роботи групи взаємодопомоги.** Назвіть правила, які є в таких групах, і поясніть, чому, на вашу думку, вони повинні бути прийняті в групі.
4. **Обговорення правил.** Запитайте, чи правила зрозумілі, чи учасники з ними погоджуються і чи хотіли б вони щось додати.
5. **Вибір ведучого на наступну зустріч.** Поясніть, що в таких групах, як ця, учасники самі проводять зустрічі, і що ви теж пропонуєте таку форму. Скажіть, що допоможете ведучим готуватися до зустрічей. Запитайте, хто готовий провести зустріч наступного разу.
6. **Організаційна робота.** Переконайтеся, що всі знають час і місце наступної зустрічі групи. Запропонуйте обмінятися адресами і контактами – створіть інформаційну мережу.
7. **Завершення сесії.** Залиште близько 15 хвилин (залежно від кількості учасників) для завершального коментування. Кожен учасник має отримати можливість висловитися і коротко розказати про своє враження від першої зустрічі – що йому сподобалось, а що бажано поліпшити. Також кожен учасник має дати згоду (або відмовитися) брати надалі участь у групі.

Знайомство. «Вправи-криголами»

Для того, щоб учасники краще пізнали одне одного, запам'ятали імена і звикли вільно спілкуватися на нейтральні теми, на перших зустрічах можна використовувати вправи-«криголами». Деякі з цих вправ можна використовувати згодом як ритуал початку зустрічі.

Вправа «Як справи?»

Кожен учасник представляється і каже кілька слів про те, що відбулося в його/її житті з часу попередньої зустрічі.

Вправа «Історія мого імені»

Кожен учасник розповідає, чому йому/їй дали таке ім'я, які почуття у них викликає власне ім'я. Наступний у колі коротко розповідає історію імен двох попередніх учасників, а потім – свою. Коло замикається, й останній учасник (який розповідав свою історію першим) говорить те, що пам'ятає з історії імені кожного. Решта можуть підказувати.

Вправа «Знайомство»

У парах протягом 5 хвилин розкажіть вашому партнерові про себе: ім'я, інтереси і захоплення, чого чекаєте від групи. Потім кожен представляє свого партнера всій групі.

Вправа «М'ячик»

Тримаючи в руках м'яч, назвіть своє ім'я і передайте м'яча сусідові зліва чи справа. Той у свою чергу називає себе і передає м'яча наступному. Коли м'яч пройде колом, кожен по черзі кидає м'яч іншому учасникові (не сусідам), називаючи спочатку себе, а потім адресата: «від Колі – Олі!».

Продовжувати вправу потрібно до того часу, поки не будуть названі всі імена. Для перших двох етапів можна запропонувати таблички з іменами, а потім їх зняти.

Примітка. Вправу, в якій падіння предмета поєднується з вигукуванням імені, не варто без попередньої підготовки застосовувати в колі осіб із досвідом бойових дій, оскільки такий набір подразників може стати тригером травмівної ситуації.

Прийняття правил

Правила краще записати так, щоб можна було звертатися до них під час першої зустрічі та на всіх наступних, вносити корективи чи обговорювати їхню доцільність на прикладах порушень. До них варто повертатися, коли люди запізнюються, оцінюють чи критикують. Дайте також учасникам відчуття того, що завжди можна уточнити певне правило чи додати нове. Правила приймають разом. Це сприяє зростанню відповідальності членів за всю групу.

Обов'язкові правила в групі взаємодопомоги:

1. Все, про що говориться на зустрічі, залишається між учасниками (конфіденційність).
2. Кожен розповідає про себе і про свої переживання. Не можна говорити про інших, висловлюватися загалом (не «ми думаємо…», а «я думаю…») і безособово (не «вважають, що…», а «я вважаю, що…»).
3. Найважливіше в зустрічах – щирий і відвертий обмін власним досвідом, думками, відчуттями, тому НЕ МОЖНА:
   - критикувати, оцінювати висловлювання й погляди інших;
   - радити, що робити – деякі поради є хорошими для нас, а не для інших;
   - переривати висловлювання інших;
   - дискутувати на теми, не пов'язані з темами зустрічі.
4. Пунктуальність: зустріч починається й закінчується у визначений час.
5. Зустрічі групи відбуваються з певною періодичністю.
6. Кожен несе відповідальність за групу – формальний керівник не відповідає за групу.
7. Щотижня групу веде інший ведучий.

8. На зустрічі групи приходять не лише для того, щоб «отримувати» (увагу, співчуття, підтримку) від інших, а й «пропонувати» свій досвід іншим (допомагаючи іншим – допомагаєш собі).
9. Під час роботи групи відключаємо телефон.

Очікування учасників

Зустрічі будуть успішними, якщо відповідатимуть потребам і очікуванням учасників.

Корисно, якщо група в повному складі періодично **оцінюватиме** наявні потреби й **ефективність групових зустрічей**.

Це можна робити:

- у процесі вільного обговорення;
- висловлюючись по черзі;
- заповнюючи анкети, які роздає учасникам ведучий;
- можна всім запропонувати написати десять «за» – моментів, що подобаються і спонукають приходити на зустріч, і десять «проти», що заважає приходити на зустрічі.

Зауваження щодо проведення зустрічі

1. Створіть співрозмовникам безпечні умови для висловлювання їхніх сподівань і страхів, поділіться власними очікуваннями як ведучого.
2. Забезпечте час кожному для висловлювання своїх думок, своїх сумнівів (у цьому випадку завеликі групи неефективні).
3. Потрібно повідомити групі, що «зустріч є часом, який учасники групи проводитимуть спільно, тому кожному тут має бути добре.
4. Завдання ведучого – створювати сприятливі умови для роботи. Не тисніть, але делікатно пропонуйте нові ідеї.
5. Фіксуйте на дошці чи фліпчарті все, що пропонують учасники: це структурує зустріч, надає пропозиціям «предметності», сприяє усвідомленню та рефлексуванню змін в очікуваннях чи поступ до бажаних результатів.
6. Уникайте ситуацій, коли говорить лише один учасник. Спонукайте інших до висловлювання своєї думки, наприклад, так: «А що ви думаєте про це? Які ще правила можемо прийняти? Може, ми про щось забули? Чи вважаєте, що варто прийняти таке правило, щоб...?» тощо.

Різні моделі проведення зустрічі груп взаємодопомоги

Різні моделі розвитку групи передбачають різну міру участі організатора групи і мають свої ризики і переваги:

1. Коли фасилітатор проводить першу зустріч і віддає ініціативу групі, через відсутність у наступного учасника досвіду ведення групи може зірватися заняття або група з часом розпадеться через менш цікаві і конструктивні рішення. Якщо ж група не розпадеться, то стане більш самостійною.
2. Якщо фасилітатор проводить першу зустріч і присутній на подальших зібраннях, готує й підтримує ведучих, то це забезпечує різноманітність, вищу активність учасників, відчуття більшої відповідальності, безпеки, особливо у важких для групи фазах, але ведучий бере відповідальність за діяльність групи, що призводить до меншої її самостійності.
3. Коли фасилітатор веде групу аж до моменту досягнення нею самостійності, група отримує навички самостійного функціонування, використання ресурсів, переданих ведучим; більше відчуття безпеки і власної спроможності, проте може статися, що група стане залежною від особистості фасилітатора і розпадеться, коли він її залишить.
4. Неприпустимо, щоб ведучий відразу передавав відповідальність іншій особі, не провівши жодної зустрічі. Далі присутність фасилітатора не обов'язково має бути фізичною. Іноді його присутність відчувається в організації групи, у вирішенні певних питань, в допомозі у підготовці ведучих, підтримці загальної конструктивної атмосфери.
5. Група може запрошувати фахівців на окремі заняття, але не передавати їм функції фасилітатора, інакше це буде група підтримки або терапевтична група. Іноді це робиться свідомо, коли стає очевидно, що група готова працювати з терапевтом, або ж виявляється, що учасники такі травмовані, що робота з їхніми переживаннями потребує фахового супроводу. В такому випадку група тимчасово змінює свій статус до закінчення терапевтичної програми, коли її учасники зможуть діяти самостійно.

ФУНКЦІОНУВАННЯ ГРУП ВЗАЄМОДОПОМОГИ

Орієнтовний план зустрічей груп взаємодопомоги

1. **Початок зустрічі.** «Почнемо з того, що відбулося в кожного з часу останньої зустрічі. Розпочну я, а потім продовжимо по колу...».

2. **Пропозиція теми**. «На першій зустрічі ми визначили теми, які варто було б обговорити. Ці теми були записані, коротко нагадаю про них. Чи можемо сьогодні розпочати з теми Х?».

3. **Вільне обговорення теми (не по черзі).** «Маю прохання, щоб кожен із нас розповів, що він думає, що відчуває стосовно цієї теми. Думаю, що цього разу ми не мусимо говорити по черзі, але пропоную висловитися всім».

4. **Дискусія**:
   – Чи хтось хотів би щось додати?
   – Чи хтось хотів би щось запитати?
   – Що вас вразило з почутого?
   – Що було важливим, несподіваним, новим?

5. **Вибір ведучого на наступну зустріч.** «Хто хотів би провести зустріч наступного тижня?».

6. **Завершення зустрічі.** «Як ви себе почуваєте після сьогоднішньої зустрічі? На яку тему хотіли б поспілкуватися через тиждень?».

Життєвий цикл групи

Групи проходять різні етапи розвитку. Фасилітатор має знати й усвідомлювати, на якій стадії розвитку знаходиться група; вміло використовувати переваги кожного періоду для сприяння розвитку учасників і не розгублюватися, коли негативні тенденції в поведінці учасників обумовлені закономірностями групової динаміки.

ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП

УЧАСНИКИ:	**ЗАВДАННЯ ФАСИЛІТАТОРА:**
▪ мають різні очікування; ▪ схильні більше говорити про інших, ніж про себе; ▪ намагаються вплинути на ведучого; ▪ пасивні – більше спостерігають за тим, що відбувається; відчувають невпевненість та страх, що їх висміють	▪ ініціювати, запрошувати, спонукати до обговорення, створювати атмосферу доброзичливості та безпеки; ▪ запроваджувати й обговорювати правила; ▪ бути чутливим стосовно очікувань; ▪ ставити відкриті запитання; ▪ заохочувати учасників висловлювати свої думки

МОЖЛИВІ ТРУДНОЩІ:	**ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ:**
■ психологічний опір. Під час фази орієнтації часто з'являються захисні реакції; ■ страх розповісти про свої проблеми, відкритися перед незнайомими людьми; ■ самовпевненість та всезнайство, як правило, за цим стоїть розпач і страх; ■ невдалі жарти, сміх; ■ невдоволення тим, що відбувається; ■ сумніви; ■ демонстративна байдужість та незацікавленість	■ створення атмосфери відкритості і прийняття; ■ заохочення до відкритості; ■ сприяння концентруванню учасників на собі; ■ заохочення до активності; ■ неконфліктність ведучого; ■ нагадування мети, задля якої зібралися

Примітка. Велике хвилювання на етапі формування не вплине істотно на фазу конструктивної роботи. Але фасилітатор має розуміти, що дехто з учасників на цій стадії може покинути групу.

Люди не залишаються в групі, якщо:

- у них немає проблеми, яку група намагається вирішити;
- не відбулася ідентифікація з проблемою;
- ведучого не сприймають як «свого» в цій проблемі;
- фасилітатор не зміг подолати власний психологічний опір: не усвідомлює заявлену проблему як власну або витісняє це тощо.

ФАЗА КОНФЛІКТУ

УЧАСНИКИ:	**ЗАВДАННЯ ФАСИЛІТАТОРА:**
■ акцентують увагу лише на своїх індивідуальних потребах – кожен хоче говорити тільки про себе; ■ дбають більше про себе і свої інтереси, ніж про інших; ■ намагаються грати роль ведучого; ■ специфічно реагують на труднощі – сміх, втеча в інші теми, різка конфронтація з групою; ■ демонструють власні особливості та світогляд	■ ведучий на цій стадії має реагувати конфронтацію учасників незалежно і спокійно; ■ знати закономірні етапи перебігу конфлікту (дрібні образи і непорозуміння, взаємна ворожнеча, кульмінація конфлікту, спад напруження; раціональне порозуміння)

МОЖЛИВІ ТРУДНОЩІ:	ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ:
■ оскільки у фазі конфлікту зростає відкритість, учасники не зважають на інших, висловлюючи свої думки і потреби; ■ з'являється потреба визначення свого місця в групі й боротьба за відмінність у своїх поглядах чи можливість діяльності; ■ нав'язування своєї думки одними учасниками іншим; ■ можливий поділ учасників на окремі групи та відкриті конфлікти між групами	■ бути спокійним; ■ усвідомлювати різницю між учасниками і визначати її; ■ говорити про те, що об'єднує групу, для чого її учасники зустрічаються; ■ приймати відкрито критику; ■ бути посередником між учасниками, не залишатись осторонь; ■ поводитися згідно з прийнятими правилами; ■ підкреслювати користь зустрічей і роботи в групі

Вдало пережита фаза конфлікту сприятиме:

- ефективному розвитку групи надалі;
- більшій зацікавленості учасників щодо вирішення нових завдань;
- формуванню спільної структури і хорошої атмосфери в групі.

Дехто з учасники може покинути групу, це – нормально.

ФАЗА НОРМУВАННЯ

УЧАСНИКИ:	ЗАВДАННЯ ФАСИЛІТАТОРА:
■ більш відкриті, справжні; ■ усвідомлюють та осмислюють узяті на себе ролі; ■ самі намагаються дотримуватися прийнятих раніше правил; ■ роль ведучого обмежується активністю як ініціатора, є підтримка всієї групи під час важких ситуацій; ■ фасилітатор надихає і заохочує групу на виконання нових завдань	■ заохочувати учасників до прийняття спільної відповідальності за функціонування групи; ■ пропонувати їм рішення можливих (потенційних) проблем; ■ нагадувати про завдання

МОЖЛИВІ ТРУДНОЩІ:	ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ:
■ на цьому етапі іноді учасники намагаються уникати ситуацій, які можуть спричинити конфлікт	■ варто обмежити свою активність як ініціатора, надаючи групі більше можливостей і умов для роботи

Примітка: утворюється нова структура! Група створює спільну структуру і починає повноцінно функціонувати. Це фаза відновлення сил групи після фази конфлікту. Група демонструє одностайність, хоча й не завжди учасники поділяють одну і ту точку зору.

ФАЗА КОНСТРУКТИВНОЇ РОБОТИ

УЧАСНИКИ:	ЗАВДАННЯ ФАСИЛІТАТОРА:
■ відкриті: говорять, що думають, слухають одне одного і розповідають про себе; ■ є мотивація до роботи і подальшої участі в групі; ■ самі ініціюють діяльність; ■ у групі стабільна структура; ■ група може функціонувати без ведучого	■ передати свої обов'язки членам групи, стати спостерігачем, особою, що підтримує групу і врегульовує, якщо це необхідно, конфлікти; ■ стати «швидкою допомогою» у загрозливі моменти існування групи або якщо до нього звертаються учасники із серйозними проблемами
МОЖЛИВІ ТРУДНОЩІ:	**ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ:**
■ може ослабнути сила об'єднання, збільшитися дистанція між членами групи	■ важливо, щоб ведучий дозволив групі самостійно функціонувати, не перешкоджав діяльності, що ініціюється самими учасниками

Досягнення фази конструктивної роботи – це справжній **успіх** для фасилітатора й учасників.

Оцінка результатів

Група, що дійшла до етапу конструктивної роботи, може й далі розвиватися, але це не означає, що група функціонуватиме завжди. На якомусь етапі учасники можуть відчути, що взаємна допомога та підтримка їм уже не потрібна – проблему вирішено. Настав час оцінити роботу групи та обговорити те, що може бути в майбутньому.

Під час оцінки ефективності групи головним критерієм має бути досягнення мети та розв'язання проблеми кожним учасником групи. Можна оцінювати як ефективність групи загалом, так і особисті досягнення кожного учасника.

У той момент, коли учасники вирішать, що мети, заради якої вони об'єдналися, досягнуто, група взаємодопомоги може припинити своє функціонування або трансформуватися в іншу групу для вирішення нової проблеми.

Учасники групи, що припинила своє функціонування можуть продовжувати діяльність у таких напрямках:

- створення нових груп для вирішення нових проблем;
- створення мережі груп взаємодопомоги;
- передача зацікавленим досвіду зі створення та діяльності груп взаємодопомоги.

ЗАПИТАННЯ ТА ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 5

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Які, на вашу думку, є ризики в діяльності груп підтримки та груп взаємодопомоги для учасників? Що можна запропонувати для мінімізації цих ризиків?
2. Яким чином можна зацікавити учасників бойових дій у відвідуванні груп підтримки та груп взаємодопомоги?
3. Обміркуйте та презентуйте пропозиції щодо методів зацікавлення учасників бойових дій та капеланів для навчання за принципом «рівний-рівному».

ЗАДАЧА

Уявіть, що ви вирішили організувати групу взаємодопомоги психологів-волонтерів, які тривалий час перебували в зоні бойових дій. Яку б форму роботи ви обрали? Яким чином зацікавили б психологів до участі в цій групі? На що була б спрямована групова взаємодія?

Умови виконання задачі: група поділяється на підгрупи. Кожна підгрупа має представити власну стратегію організації групи взаємодопомоги психологів-волонтерів. Презентація ідеї має бути подана як проект на отримання гранду.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Назвіть особливості функціонування та принципи взаємодії в групах взаємодопомоги.
2. Що спільне, а що відмінне в діяльності груп взаємодопомоги та груп підтримки?
3. Назвіть типи груп взаємодопомоги з терапевтичною орієнтацією (за Л. Леві).
4. Які є складні моменти в організації діяльності груп взаємодопомоги та які методи їхнього подолання?

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Розробіть стратегію організації групи підтримки для учасників бойових дій з ампутацією. Представте розробку у формі презентації.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Лещук Н. О. Методика освіти «рівний-рівному»: навч. метод. посіб. Київ : Наш час, 2007. 104 с.
2. Бойко І. Групи взаємодопомоги та духовний супровід / Третя Міжнародна науково-практична конференція з християнської психології / 23–24 травня 2015 р., Київ. URL: Відео. https://www.youtube.com/watch?v-SAsmuNg7KT0
3. Собрание группы Анонимных Алкоголиков «Возрождение». Відео. URL: https://www.youtube.com/watch?v-2hx4lICZaus

ГЛОСАРІЙ

АДАПТАЦІЙНИЙ СИНДРОМ	сукупність неспецифічних змін у діяльності організму (реакція захисту), викликаних впливом зовнішніх патогенних подразників (стресорів), спрямованих на підтримку стану фізичного і психічного гомеостазу. Виділяють три стадії адаптаційного синдрому: • стадія тривоги: мобілізація компенсаторних можливостей організму з метою відновлення порушеного гомеостазу; • стадія опору (стабілізації), резистентності: формування певного гомеостазу (інколи завдяки патологічному функціонуванню) в умовах впливу стресорів; • стадія виснаження адаптаційних можливостей (дистрес): організм переходить до патологічного функціонування (зокрема, це може спричинити психотичні розлади); повне виснаження адаптаційних можливостей призводить до загибелі організму. На цій стадії велика небезпека суїциду.
АДАПТАЦІЯ	Здатність живого організму пристосовуватися до змін навколишнього середовища, зовнішніх (внутрішніх) умов існування шляхом збереження і підтримання фізичного гомеостазу. Адаптація – основний спосіб життєдіяльності й виживання організму (виду).
АДАПТАЦІЯ ПСИХІЧНА	Пристосування психічної діяльності людини до мінливих умов середовища шляхом збереження психічного гомеостазу. Одним із її варіантів є соціально-психологічна адаптація, що впливає на трансформаційну, пізнавальну, ціннісно-орієнтовану і комунікативну функції життєдіяльності людини.
АДАПТАЦІЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА	Специфічно людська форма адаптації, що забезпечує особистісний розвиток шляхом спрямованої, активної взаємодії з природними і соціальними умовами життєдіяльності. В процесі соціально-психологічної адаптації реалізуються освітня, пізнавальна, ціннісно-орієнтувальна, трансформаційна і комунікативна функції життєдіяльності людини.

АДИКЦІЯ (*Лат. addictus – приречений, по-рабськи зобов'язаний*)	Симптом деформації духовної природи людини, що проектується на соматичний, психічний та соціально-психологічний рівні життєздійснення людини та породжує деструктивні форми стосунків та адаптації.
АНТИСОЦІАЛЬНА (ДЕЛІНКВЕНТНА) ПОВЕДІНКА	Це поведінка, що суперечить правовим нормам, загрожує соціальному порядку і благополуччю оточення. Вона включає будь-які дії (або бездіяльність), заборонені законодавством.
АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА	Дії, спрямовані на завдання шкоди своєму соматичному чи психічному здоров'ю. Варіант агресивної поведінки, коли суб'єкт і об'єкт агресії збігаються. В агресії й аутоагресії однакові патогенетичні механізми, але агресивна поведінка може спрямовуватися на інших або на себе.
АФЕКТ	Короткотривала бурхлива, позитивно чи негативно забарвлена емоційна психогенна реакція.
АФЕКТИВНА РОЗРЯДКА	Дії, спрямовані на емоційне вираження негативних, важких для особистості переживань. Аутоагресивні дії часто є формою афективної розрядки.
ВІДНОВНЕ КОЛО	Метод ненасильницького спілкування, процес підтримки спільнотою тих, хто перебуває у стані конфлікту.
ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС	Розлад, що з'являється в людини без якихось інших проявів психічних розладів, у відповідь на незвичайний фізичний чи психічний стрес / психотравму і, зазвичай, минає через кілька годин чи днів.

ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ГСР)	Може бути одним із наслідків травмівної події. Гострий стресовий розлад, як і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), характеризують чотири типи симптомів: 1) симптоми повторного переживання травматичної події (нав'язливі спогади чи сни); 2) симптоми уникання (уникання думок, почуттів і місць, пов'язаних із травмівною подією); 3) симптоми заціпеніння (зокрема, почуття відокремленості, відстороненості, відірваності від інших); 4) симптоми підвищеної збудливості (дратівливість, поганий сон, підвищена настороженість). Між ГСР та ПТСР є дві ключові відмінності: а) тривалість симптомів: ГСР діагностується у період від двох днів **до одного місяця** після впливу травмівної події, в той час як ПТСР діагностується, коли симптоми (які стосуються ПТСР) тривають **більше, ніж місяць** після травмівної події; б) при ГСР особливого значення набувають симптоми дисоціації (а саме: відчуження, відірваності та приголомшеності; деперсоналізація і дереалізація).
ГРУПОВА РОБОТА	Проведення психологічних тренінгів, груп підтримки засобами стандартизованих процедур, спрямованих на безпечне саморозкриття учасників, актуалізацію наявного досвіду і пошук шляхів вирішення власних психологічних проблем, формування навичок самопізнання і саморозвитку, засвоєння нової інформації і збагачення репертуару комунікативних та поведінкових стратегій.
ДЕБРИФІНГ; ПСИХОЛОГІЧНИЙ ДЕБРИФІНГ	Одноразова слабоструктурована психологічна бесіда з людиною (чи групою людей) після екстремальної / надзвичайної ситуації (після терактів, стихійних бід, катастроф, травмівних подій); засіб надання першої психологічної допомоги (Critical Incident Stress Debriefing) з метою зменшення ймовірності виникнення посттравматичного стресового розладу та інших психологічних проблем шляхом надання можливості виговоритися.
ДЕЗАДАПТАЦІЯ	Порушення адаптації, пристосування організму до мінливих умов зовнішнього чи внутрішнього середовища. Стан невідповідності між потребами організму і зовнішніми умовами його функціонування, що спричиняє порушення фізіологічного функціонування, зміни форм поведінки, розвиток патологічних процесів. Повна невідповідність несумісна з життєдіяльністю.

ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ	Сприйняття себе як стороннього спостерігача або віддаленість від себе (наприклад, «це відбувається не зі мною» або «це мені сниться»).
ДЕРЕАЛІЗАЦІЯ	Відчуття нереальності, віддаленості чи спотворення сприйняття (наприклад, «це все не насправді»).
ДЕФЬЮЗІНГ («ВИПУСКАННЯ ПАРИ»)	Робота з малими групами, що проводиться одразу після травмівних ситуацій або протягом перших 12 годин із метою діагностики і визначення осіб, що входять до групи ризику, для пом'якшення проявів гострої реакції на стрес та запобігання гострому стресовому розладу.
ДІАГНОСТИЧНИЙ І СТАТИСТИЧНИЙ ПОСІБНИК З ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ (DSM) (*DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FIFTH EDITION*)	Довідник DSM розробляє і публікує Американська психіатрична асоціація (*American Psychiatric Association (APA*). У довіднику містяться реєстри і опис психіатричних діагнозів, як і в МКХ (Міжнародній класифікації хвороб). У Сполучених Штатах рекомендації з лікування психічних розладів, а також оплата надавачам медичних послуг часто визначаються згідно класифікацій DSM. З 2013 року в США використовується DSM 5-го видання (в Україні використовується DSM 4-го видання). У посібнику DSM-5 враховано нові дослідження в галузі психіатрії та нейронаук, а також громадські запити. 5 видання більше, ніж попередні, узгоджене з Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), яка буде подана на затвердження Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я в січні 2019 року, а в повну силу вступить з 1 січня 2022 року.
ЕКСТРЕМАЛЬНІСТЬ СИТУАЦІЇ	Екстремальність ситуації визначають такі чинники: різні впливи на емоційний стан людини у зв'язку з небезпекою, труднощами, новизною, відповідальністю; дефіцит необхідної інформації чи надмір суперечливої інформації; надмірне фізичне і психічне напруження; голод, спрага, вплив несприятливих умов життя, зокрема кліматичних (спека, холод, гіподинамія, киснева недостатність, відсутність елементарних зручностей тощо).

КРИЗА ЕКЗИСТЕНЦІЙНА	Психологічний стан втрати сенсу життя, обумовлений різкою зміною (руйнуванням) способу життя чи картини себе і світу. У стані екзистенційної кризи висока суїцидальна небезпека.
КРИЗОВА ПСИХОТЕРАПІЯ	Невідкладна психотерапевтична допомога людям, що перебувають у кризовому стані, спрямована на виявлення і корекцію неадаптивних настановлень, а також на пошук і тренування адаптивних стратегій виходу з кризи. Виділяють індивідуальну, сімейну та групову терапію. Містить етапи: • кризової підтримки, спрямованої на встановлення терапевтичного контакту, розкриття суїцидонебезпечних переживань, мобілізацію особистісного захисту й укладення терапевтичного договору (визначення кризової проблеми і форм її корекції, поділ відповідальності за результат спільної роботи); • кризового втручання, спрямованого на виявлення і корекцію неадаптивних настановлень, що блокують оптимальні способи вирішення кризи; • підвищення рівня адаптації, спрямованого на формування і тренінг нових способів адаптації, що сприяють вирішенню психотравмівного конфлікту.
КРИЗОВИЙ СТАН	Психічний (психологічний) стан людини, яка пережила психічну травму чи перебуває під загрозою можливості психотравмівної події. Стан характеризується відчуттям хвилювання, тривоги різної інтенсивності; фіксацією на психотравмівній ситуації; переживанням безпомічності, безнадії; песимістичним оцінюванням себе, актуальної ситуації і майбутнього; утрудненням у плануванні діяльності.

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ПТСР

Постійно вдосконалюються та уточнюються, оскільки діагностика цього розладу є складним завданням. Згідно із DSM-V, міжнародно визнаною системою класифікації захворювань, виокремлюють такі основні критерії діагностики ПТСР (у реальній діагностиці з перелічених умов чи особливостей, які входять у кожний критерій, має бути дотримана принаймні одна-дві): критерій А – історія впливу травмівної події на людину, критерій В – повторювання травмівної події, критерій С – уникання: постійні намагання уникнути гнітючих, пов'язаних із травмою стимулів після події; критерій D – негативні зміни когнітивної сфери і настрою; критерій Е – зміни збудження і реактивності; критерій F – тривалість симптомів (описаних у критеріях B, C, D та E) більше, ніж місяць.

МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБ. МКХ

(*INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (ICD)*)

Міжнародна класифікація хвороб – стандартна для всього світу методика, якою користуються лікарі, медичні сестри, науковці, статистики та кодувальники медичної інформації, оператори інформаційних технологій, страхові компанії, організації та офіційні спільноти пацієнтів, інші надавачі медичної і психологічної допомоги.

МКХ має колосальне значення завдяки забезпеченню спільної мови звітності та моніторингу захворювань у всьому світі. МКХ сприяє порівнянню даних у світовій спільноті, полегшуючи обмін інформацією стандартизованим способом між окремими лікарнями, населеними пунктами і цілими країнами. Також МКХ спрощує збір і зберігання інформації з метою подальшої обробки, статистичного аналізу та створення методів вирішення різних питань охорони здоров'я.

З 1992 року (і дотепер) функціонувала МКХ-10, яку переглядали раз на десять років. У червні 2018 року Всесвітня організація охорони здоров'я (*ВООЗ*) опублікувала Міжнародну класифікацію хвороб 11-го перегляду (*МКХ-11*). Передбачається, що нове видання МКХ у повну силу вступить із 1 січня 2022 року.

МУЛЬТИ-ДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА	Група фахівців з реабілітації (лікарі, фахівці з фізичної терапії, ерготерапії, логотерапії, психологи, соціальні працівники та ін.), які тривалий час працюють разом та паралельно надають реабілітаційні послуги особі, що реабілітується, відповідно до лімітованих у часі цілей та завдань щодо забезпечення відновлення або компенсації обмежень життєдіяльності особи.
НЕНАСИЛЬНИЦЬКЕ СПІЛКУВАННЯ	Спілкування, що здійснюється в стані не насилля, тобто притаманного людині від природи стану співпереживання, стану, коли внутрішній вчинок вільний від бажання насильства.
ПОДІЯ СТРЕСОВА	Будь-яка подія, що порушує звичний перебіг життя. Це надто сильні подразники – нещастя, зневажливе ставлення, незаслужена образа, неправда, втрати, несподівані перепони і брак подразників – монотонність, самотність, брак руху, інформації, ізоляція тощо.
ПОДІЯ ТРАВМІВНА	Характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю. Це подія, пов'язана з фактом або загрозою смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства, несе абсолютно нову інформацію, яку людина має інтегрувати в попередній життєвий досвід. Травмівну подію можна пережити особисто, можна стати її свідком чи отримати звістку про важку фізичну травму або смерть близької людини. Реакцією на травматичну подію є фізичний і/або емоційний травмівний стрес.
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР)	Стійка реакція на травмівну подію. ПТСР може розвитися після випробування (травмівної події), під час якого людина зазнала фізичної чи психічної шкоди, відчувала загрозу своєму життю чи життю іншої людини. ПТСР може також формуватися в особи, що втратила близьку людину. ПТСР може виникати у будь-кого і в будь-якому віці (й удитини). Але не в кожної особи, яка зазнала травми, розвивається різко виражений або навіть незначний ПТСР. Ступінь розвитку цього розладу та рівень його переживання, часто залежить від тривалості й інтенсивності травмівного досвіду. Симптоми вважають проявами ПТСР, якщо вони тривають більше, ніж місяць.

ПРИНЦИП (*лат. principium – начало, основа*)	Твердження, що сприймаються як головні; важливе, суттєве, неодмінне або бажане.
ПРУЖНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНА (РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ)	Здатність швидко відновлювати фізичне і психічне здоров'я після стресових та травмівних подій. Психологічна пружність характеризується відсутністю надмірної самокритики й негативних уявлень про себе; здатністю до усвідомлюваних дій у будь-якій ситуації; вмінням упоратися з горем і занепокоєнням; готовністю долати перешкоди у стосунках; діями, спрямованими на досягнення кращого фізичного здоров'я і психічного стану; оптимістичністю; вмінням використовувати позитивні шанси.
ПСИХІЧНА ДЕПРИВАЦІЯ (*англ. deprivation – втрата, позбавлення*)	Стан психічної дезадаптації, коли людина не може задовольнити основні особистісні потреби протягом тривалого часу (фрустрація ціннісних настановлень). Виникає після пережитих (як правило, численних) психотравмівних ситуацій. Характеризується широким діапазоном відхилень психічної діяльності: від незначних змін соціального функціонування до виражених патохарактерологічних чи психопатологічних порушень (реактивні стани, неврози, розлади особистості).
ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я (ЗА ВООЗ)	Стан благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти.
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА	• Область практичного застосування психології, орієнтована на підвищення соціально-психологічної компетентності людей і надання психологічної допомоги як окремій людині, так і групі чи організації; будь-яка цілеспрямована активність, спрямована на розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному й соціальному функціонуванні; вид допомоги, що надається психологом особі чи групі осіб для відновлення необхідних якостей особистості, психологічного стану, покращення психічних процесів, поведінки, спілкування.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА	• Область практичного застосування психології, орієнтована на підвищення соціально-психологічної компетентності людей і надання психологічної допомоги як окремій людині, так і групі чи організації; • будь-яка цілеспрямована активність, спрямована на розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному й соціальному функціонуванні; • вид допомоги, що надається психологом особі чи групі осіб для відновлення необхідних якостей особистості, психологічного стану, покращення психічних процесів, поведінки, спілкування.
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦЯМ	Комплекс організаційних, психологічних, медичних та інших заходів, спрямованих на забезпечення успішного подолання воїнами обставин сучасного бою, що травмують психіку, задля збереження боєздатності та запобігання розвитку в них посттравматичних психічних розладів. Психологічна допомога військовослужбовцям включає психологічну підтримку і психологічну реабілітацію.
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЗА ПРИНЦИПОМ «РІВНИЙ-РІВНОМУ»	Надання спеціально підготовленими особами, з числа представників цільової групи, необхідних знань, психологічної підтримки та сприяння формуванню конструктивних комунікативних та поведінкових навичок, стратегій самодопомоги та взаємопідтримки, що здійснюється в індивідуальній чи груповій формі серед осіб, рівних собі за певною ознакою, або таких, що мають подібні утруднення.

ПСИХО-ДІАГНОСТИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ	Діяльність психолога, кінцевим результатом якої є психологічний діагноз. Збір даних у психологічному обстеженні відбувається з використанням психологічних методик (тестів). У процесі обробки й інтерпретації діагностичних даних традиційно виділяються два шляхи: клінічний і статистичний. Клінічний – орієнтований насамперед на досвід психолога, на його інтуїцію; особливістю цього підходу є довіра до суб'єктивного судження. Статистичний підхід передбачає врахування об'єктивних (кількісних) показників та їхню статистичну обробку. Психодіагностичне обстеження завершується розробкою програми дій (наприклад, для корекції, оптимізації психологічного розвитку тощо). При організації і проведенні психологічного обстеження є обов'язковим виконання етичних норм психодіагностики.
ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА (ГАЛУЗЕВО)	Галузь психологічної науки, що створює методи розпізнавання і вимірювання індивідуально-психологічних особливостей особистості.
ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА (ПРОЦЕСУАЛЬНО)	Визначення психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей людини шляхом застосування сукупності стандартизованих валідних інструментів та процедур вимірювання, опрацювання та інтерпретації результатів, а також встановлення необхідності та оптимальних шляхів психологічного чи психотерапевтичного втручання Психологічна діагностика здійснюється в груповій або індивідуальній формі.
ПСИХОЛОГІЧНА КРИЗА	Порушення аффективно-когнітивної рівноваги психічної діяльності, спричинене зовнішніми обставинами. Характеризується дезорганізацією життя, рівень якої пропорційний мірі порушення адаптаційних можливостей людини; дисбалансом конструктивних і руйнівних тенденцій у психічній діяльності, що обумовлює формування агресивної чи аутоагресивної форми поведінки.

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ	Комплекс заходів, що здійснюються з метою збереження, відновлення або компенсації порушених психічних функцій, якостей, особистого та соціального статусу особи, сприяння психосоціальній адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, та застосування його в житті.
ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА	Система заходів, спрямованих на активізацію наявних психічних ресурсів та на створення додаткових ресурсів для забезпечення боєздатності / працездатності та конструктивного функціонування в соціумі. Здебільшого психологічна підтримка має профілактичний характер і скерована на попередження розвитку негативних психічних явищ.
ПСИХОЛОГІЧНА ПРОСВІТА ТА ІНФОРМУВАННЯ	Донесення отримувачам інформації щодо особливостей психічних станів, міжособистісних стосунків, а також стосовно специфіки актуальної соціальної ситуації, ознайомлення отримувачів психологічних послуг з основами психогігієни, формування навичок самодопомоги та взаємопідтримки, а також інформування клієнтів з питань отримання психосоціальної підтримки. Психологічна просвіта здійснюється в індивідуальній, сімейній та груповій формі.
ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ	Суб'єктивне переживання особистості, які ґрунтуються на позитивному ставленні до себе і свого минулого, наявності цілей та занять, що додають життю сенсу, а також на здатності виконувати вимоги повсякденного життя, відчувати задоволення від розвитку і самореалізації та від стосунків із іншими людьми, пронизаними турботою і довірою при збережені здатності наслідувати власні переконання.
ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ	Надання клієнту психологічної допомоги з метою вирішення його проблемної ситуації, сприяння осмисленню нового досвіду та особистісному розвитку, налагодженню міжособистісних стосунків, що може проводитися в індивідуальній, сімейній, парній або груповій формі.

ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА	Це емоційно болючий стресовий досвід (може включати фізичну травму, а може бути і без неї), що іноді створює загрозу для життя і здоров'я (зокрема, коли особа є свідком подій); це унікальне індивідуальне переживання певної події чи тривалих обставин, за яких здатність особи інтегрувати емоційні переживання (досвід) виявляється недостатньою.
ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА	Будь-яка форма місцевої або зовнішньої підтримки, спрямованої на захист або сприяння психосоціальному благополуччю і/чи запобігання або лікування психічних розладів.
ПСИХОТЕРАПІЯ	Цілеспрямоване впорядкування психологічними засобами, через професійні стандартизовані процедури, порушеної діяльності організму та психіки клієнта з метою відновлення або компенсації його психічних функцій, особистісних властивостей, міжособистісних стосунків, а також поліпшення фізичного стану та якості життя. Психотерапія може проводитися в індивідуальній, сімейній чи груповій формі.
РЕАБІЛІТАЦІЯ	Використання всіх можливостей із метою зниження впливу станів, що обмежують життєдіяльність або призводять до інвалідизації, та забезпечення особам із обмеженнями життєдіяльності можливості досягнення оптимальної соціальної інтеграції.
САМОГУБСТВО (СУЇЦИД)	Усвідомлені дії, спрямовані на добровільне позбавлення себе життя, що спричиняють смерть.
САМОРУЙНІВНА ПОВЕДІНКА	Різні форми поведінки людини, що спричиняють соціальну, психологічну і фізичну дезадаптацію, деградацію особистості, погіршення психічного і фізичного здоров'я (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, схильність до невиправданого ризику; асоціальна поведінка тощо).

СИНДРОМ ВТРАТИ	Стан, зумовлений втратою значущої людини через її смерть чи розрив стосунків. Поняття «синдром втрати» стосується й ситуації різкої зміни способу життя через втрату чогось або суб'єктивне відчуття і переживання такої втрати (наприклад, втрата професії, місця проживання, непрацездатність внаслідок інвалідизації). Може бути причиною психогенних та психосоматичних розладів, великий ризик суїциду.
СИНДРОМ ГОСТРОГО ГОРЯ	Психологічний симптомокомплекс, що розвивається після смерті особливо значимої людини. Проявляється: • інтенсивним відчуттям фізичного страждання (нападами задухи, прискореного серцебиття, м'язової слабкості, втрати апетиту), емоційним напруженням із можливим розвитком шокової реакції; • захопленістю образом втрати з можливим ілюзорним сприйняттям реальності; • відчуттям провини стосовно померлого; • агресивністю, ворожістю до інших людей; • зміною поведінки, недоцільними діями, обумовленими звуженням мотиваційної сфери; • ідентифікацією з утратою.
СИТУАЦІЯ ГІПЕР-ЕКСТРЕМАЛЬНА	Ситуація екстремальна виходить за межі звичайного, «нормального» людського досвіду, загрожує (чи так сприймається) життю, здоров'ю, цілісності, благополуччю людини. Джерело травматизації – людина чи суспільство.
СИТУАЦІЯ НАДЗВИЧАЙНА	Ситуація надзвичайна виникає внаслідок аварії, небезпечного природного явища, стихійної чи техногенної катастрофи; може спричинити людські жертви, шкоду для здоров'я, значні матеріальні втрати і порушення умов життєдіяльності людей.

СКРИНІНГ (ВІДСІЮВАННЯ, ВІДБІР, СОРТУВАННЯ)	Психодіагностична процедура попереднього, орієнтовного відбору досліджуваних за критерієм належності їх до тієї чи іншої групи діагностованих. Для скринінгу можуть обиратися різні критерії, зокрема, критерій імовірного психічного захворювання. Цей термін широко вживають у медицині, де він означає систему первинного обстеження груп осіб без клінічних симптомів із метою встановлення наявності чи відсутності певного захворювання.
СТРЕС	Неспецифічна реакція організму на різні подразники, що допомагає людині пристосуватися до мінливих умов.
СТРЕС ЕМОЦІЙНИЙ	Захисна реакція організму, спрямована на захист від впливу психічних чинників, що викликають сильні емоції.
СТРЕС ТРАВМІВНИЙ (ПСИХОТРАВМА)	Переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їхнього подолання: людина не може ні втекти, ні протистояти тому, що відбувається. Цей стан супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю; фізіологічними, когнітивними змінами та змінами способу регуляції афектів, що спричиняє іноді тривалі фізичні, психічні й особистісні розлади.
СТРЕС ФІЗИЧНИЙ	Реакція організму, спрямована на захист від фізичних впливів зовнішніх чинників, що викликають ушкодження, опіки, отруєння, захворювання тощо.
СУПЕРВІЗІЯ	Консультування з питань професійної діяльності психолога / психотерапевта (супервізанта) більш досвідченим колегою, що дозволяє супервізантам усвідомлювати й аналізувати власні професійні дії і власну професійну поведінку, отримувати психологічну підтримку та вдосконалювати фахову компетентність. Супервізія проводиться / надається в індивідуальній або груповій формі.

ТЕЛЕФОН ДОВІРИ	Невідкладна анонімна психотерапевтична допомога, що надається по телефону.
ТЕСТ (У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ)	Стандартизоване, часто обмежене у часі випробування, спрямоване на встановлення кількісних і якісних індивідуально-психологічних відмінностей. Тест є основним інструментом психодіагностичного обстеження, за допомогою якого здійснюється психологічний діагноз. У психодіагностиці (залежно від тестових задач) існують різні класифікації тестів (зокрема: тести вербальні й практичні, групові та індивідуальні, тести інтелекту й особистості тощо).
ТИПИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ	Виокремлюють п'ять типів травм (за характеристиками самої травми, її інтенсивності, складності, тривалості, частоти, походження; та індивідуальних особливостей переживання й життєвого досвіду людини): 1) монотравма – пов'язана з неочікуваною чи приголомшливою подією, такою як аварія, природна катастрофа, одиничний епізод насильства, раптова втрата близької людини; 2) повторювана травма – пов'язана з тривалим жорстоким ставленням, домашнім насильством, війною, постійною зрадою тощо; 3) травма розвитку – виникає в дитинстві внаслідок тривалої чи повторюваної травми – фізичного, емоційного насильства тощо; 4) вторинна травма («втома від співчуття») – характеризує психологічний чи емоційний ефект, який відчувають люди, що мешкають поряд із тими, хто пережив травму; 5) історична травма – сукупна емоційна та психологічна «рана», що відчувається впродовж життя одного покоління чи кількох поколінь; випливає з масової групової травми.
ТРИВОЖНІСТЬ	Особистісне утворення, комплекс емоцій страху, гніву, роздратованості, хвилювання тощо. Такі емоції призводять до різних психосоматичних і вегетативних змін, які мають несприятливий вплив на формування і розвиток особистості. Причинами тривожності можуть бути несприятливі психологічні, соціально-педагогічні, соціальні умови, в яких перебуває людина.

ДОДАТКИ

Додаток 1.

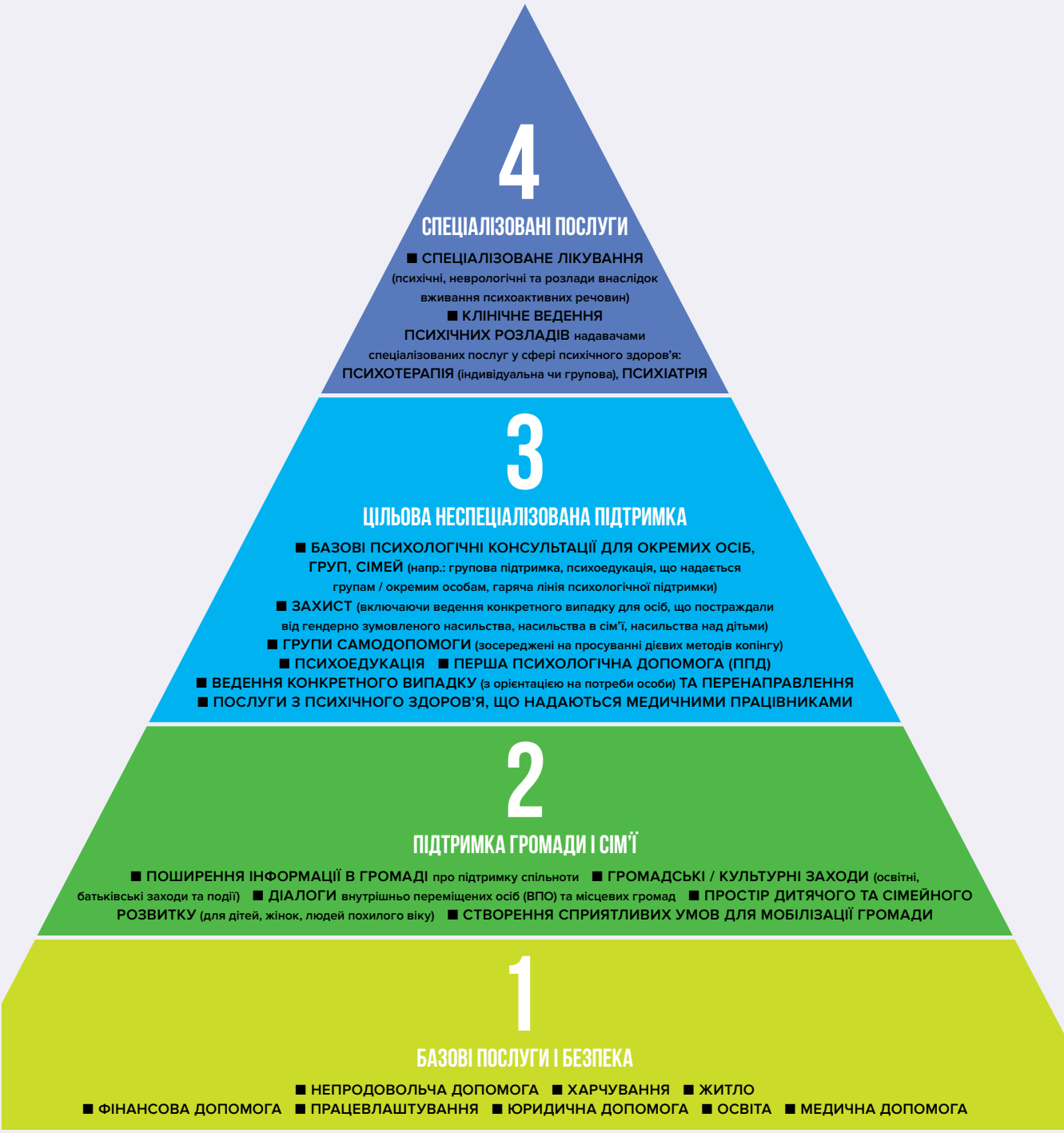
ПІРАМІДА ПЕРЕНАПРАВЛЕНЬ

ДЛЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ, ЩО ПОСТРАЖДАЛО ВІД КОНФЛІКТУ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

Піраміда інтервенцій базується на підході багаторівневої підтримки: під час надзвичайної ситуації, в тому числі збройних конфліктів, населення зазнає різного впливу і, відповідно, потребує різних видів підтримки. Основною передумовою організації психічного здоров'я і психосоціальної підтримки є розробка багаторівневої системи взаємодоповнюючих підтримок для задоволення потреб різних груп. Всі рівні піраміди однаково важливі і в ідеалі повинні реалізовуватись узгоджено в залежності від потреб окремої особи чи сім'ї.

Модель піраміди інтервенцій у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації розроблена Міжвідомчим постійним комітетом (МПК) та відображає багаторівневий підхід Керівництва МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації.

Міжвідомчий постійний комітет (МПК) (2007). Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Женева: МПК. Опубліковано на сайті:
interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings


4
СПЕЦІАЛІЗОВАНІ ПОСЛУГИ
■ СПЕЦІАЛІЗОВАНЕ ЛІКУВАННЯ (психічні, неврологічні та розлади внаслідок вживання психоактивних речовин)
■ КЛІНІЧНЕ ВЕДЕННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ надавачами спеціалізованих послуг у сфері психічного здоров'я: ПСИХОТЕРАПІЯ (індивідуальна чи групова), ПСИХІАТРІЯ
3
ЦІЛЬОВА НЕСПЕЦІАЛІЗОВАНА ПІДТРИМКА
■ БАЗОВІ ПСИХОЛОГІЧНІ КОНСУЛЬТАЦІЇ ДЛЯ ОКРЕМИХ ОСІБ, ГРУП, СІМЕЙ (напр.: групова підтримка, психоедукація, що надається групам / окремим особам, гаряча лінія психологічної підтримки)
■ ЗАХИСТ (включаючи ведення конкретного випадку для осіб, що постраждали від гендерно зумовленого насильства, насильства в сім'ї, насильства над дітьми)
■ ГРУПИ САМОДОПОМОГИ (зосереджені на просуванні дієвих методів копінгу)
■ ПСИХОЕДУКАЦІЯ ■ ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА (ППД)
■ ВЕДЕННЯ КОНКРЕТНОГО ВИПАДКУ (з орієнтацією на потреби особи) ТА ПЕРЕНАПРАВЛЕННЯ
■ ПОСЛУГИ З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬСЯ МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ
2
ПІДТРИМКА ГРОМАДИ І СІМ'Ї
■ ПОШИРЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ В ГРОМАДІ про підтримку спільноти ■ ГРОМАДСЬКІ / КУЛЬТУРНІ ЗАХОДИ (освітні, батьківські заходи та події) ■ ДІАЛОГИ внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та місцевих громад ■ ПРОСТІР ДИТЯЧОГО ТА СІМЕЙНОГО РОЗВИТКУ (для дітей, жінок, людей похилого віку) ■ СТВОРЕННЯ СПРИЯТЛИВИХ УМОВ ДЛЯ МОБІЛІЗАЦІЇ ГРОМАДИ
1
БАЗОВІ ПОСЛУГИ І БЕЗПЕКА
■ НЕПРОДОВОЛЬЧА ДОПОМОГА ■ ХАРЧУВАННЯ ■ ЖИТЛО
■ ФІНАНСОВА ДОПОМОГА ■ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ■ ЮРИДИЧНА ДОПОМОГА ■ ОСВІТА ■ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

1 БАЗОВІ ПОСЛУГИ І БЕЗПЕКА

Потрібно гарантувати благополуччя населення шляхом встановлення та відновлення відчуття безпеки, забезпечення належної системи управління і надання послуг, що задовольняють базові фізичні потреби: в їжі, житлі, підтримці здоров'я (медична допомога), юридичній підтримці і непродовольчій підтримці. Ці базові послуги мають надаватися у спосіб, що сприяє покращенню психічного здоров'я та психосоціального благополуччя.

2 ПІДТРИМКА ГРОМАДИ І СІМ'Ї

Програма реагування за умов надзвичайної ситуації для меншої кількості осіб, які здатні підтримувати власне психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя за умови, що вони отримують допомогу та мають доступ до основних видів підтримки на рівні громади та сім'ї. Під час більшості надзвичайних ситуацій спостерігаються значні порушення нормального функціонування родинних та суспільних зв'язків через переміщення, втрату зв'язку між членами родини, суспільні страхи і недовіру. Крім того, навіть якщо родинні й суспільні зв'язки не порушені, в надзвичайних ситуаціях люди виграють від більшої підтримки від громади і сім'ї. Ефективне реагування на цьому рівні передбачає пошук та возз'єднання сім'ї, офіційні і неофіційні заходи, інформацію про можливість працевлаштування, безпечні місця для дітей та їхніх родин, жіночі організації та молодіжні клуби.

3 ЦІЛЬОВА НЕСПЕЦІАЛІЗОВАНА ПІДТРИМКА

Підтримка, якої потребує ще менша кількість осіб, яким додатково необхідні більш цільові, індивідуальні, сімейні та групові інтервенції, що проводяться компетентними працівниками під відповідним наглядом (проте в таких працівників може і не бути багаторічного досвіду чи навчання по наданню спеціалізованої допомоги). До цього рівня також належить надання першої психологічної допомоги (ППД), базової психіатричної допомоги працівниками первинної охорони здоров'я.

4 СПЕЦІАЛІЗОВАНІ ПОСЛУГИ

Додаткова підтримка, якої потребує невеликий відсоток постраждалого населення, на додачу до вже згаданих видів підтримки; така група населення може зазнавати значних труднощів у щоденному базовому функціонуванні. Ця допомога повинна включати психологічну або психіатричну підтримку осіб з тяжкими психічними розладами у випадку, коли їх потреби перевищують обсяг послуг неспеціалізованої підтримки (що надаються працівниками сфери охорони здоров'я і соціальними працівниками). Такі проблеми вимагають (а) перенаправлення для отримання спеціалізованих послуг, якщо такі є в наявності, або ж (б) ініціювання довготривалого навчання та контролю (супервізії) надавачів загальних послуг з охорони здоров'я та соціальних послуг. Хоча спеціалізовані послуги необхідні лише для невеликого відсотка населення, в більшості масштабних надзвичайних ситуаціях ця група може нараховувати тисячі людей.







Ця публікація була розроблена за підтримки основних зацікавлених організацій (урядових, волонтерських, неурядових і міжнародних), безпосередньо залучених у прямий процес надання послуг у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки постраждалому населенню, в тому числі ВПО, ветеранам та їх сім'ям, а також місцевому населенню в Запорізькій області. Дані, надані зацікавленими сторонами, збиралися Міжнародним Медичним Корпусом в рамках проекту «Налагодження психосоціальної підтримки та забезпечення психічного здоров'я в Україні» впродовж періоду з травня 2016 року по серпень 2017 року. В межах даного проекту Міжнародний Медичний Корпус співпрацює з українськими зацікавленими сторонами з метою перекладу Керівництва МПК з ПЗПСП в умовах надзвичайної ситуації українською та російською мовами, а також розробки ряду настанов, необхідних для практичного застосування Керівництва МПК в Україні.

Для надсилання питань/
коментарів чи запитів
на отримання копії матеріалів,
будь ласка, зв'яжіться
за наступною адресою:
**IASC-MHPSS-Feedback@
InternationalMedicalCorps.org**

Ця публікація була створена Міжнародним медичним корпусом в межах договору номер 0076 за сприяння Асоціації підтримки партнерів та громадських ініціатив (АРС), асоціації дійсної протягом п'яти років, що фінансується Агентством США з міжнародного розвитку згідно договору N° AID-AOO-A-12-00047 від 1 жовтня 2012 року.

ПЕРЕНАПРАВЛЕННЯ

Контактна інформація організацій та структур, що надають підтримку

ЦИКЛ ПЕРЕНАПРАВЛЕННЯ



USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

International Medical Corps

ADVANCING PARTNERS & COMMUNITIES

Інформація станом на серпень 2017 року

1 Базові послуги і безпека

Недержавні структури

БФ «Карітас»

caritas-zp@ukr.net
agapowa.marina@yandex.ru
38 (050) 459 02 04
38 (063) 515 93 36
38 (067) 612 29 55

- **Непродовольча допомога**
- **Харчування**
- **Житло**
- **Працевлаштування**

БФ «Об'єднання волонтерів Запоріжжя»

zakharovaninok@gmail.com
38 (093) 061 21 52
38 (066) 489 09 02

- **Соціальні послуги та захист**
- **Непродовольча допомога**
- **Юридичні послуги**
- **Медичні послуги** (пересувні медичні, стоматологічні бригади)

БФ «Право на Захист»

facebook.com/
right2protection/
38 (096) 776 96 32
38 (066) 307 24 35

- **Юридична допомога**

БФ «Сантіс»

santa-dopomoga@ukr.net
pom-dep@ukr.net
38 (096) 791 56 68
38 (095) 020 43 92

- **Непродовольча допомога**
- **Харчування**

ГО «Егіда Запоріжжя»

deti.zp.ua
38 (0612) 220 74 03

- **Юридична допомога**

ГО «Переселенці та громади разом» м. Бердянськ

elenakonovalova2412
@gmail.com
38 (099) 550 67 09

- **Непродовольча допомога**
- **Харчування**
- **Юридична допомога**

Запорізька обласна організація «Товариство Червоного Хреста України»

recross.vuice@gmail.com
38 (061) 764 28 92
38 (061) 224 43 28

- **Непродовольча допомога**
- **Харчування**
- **Фінансова допомога**
- **Медична допомога:** медико-патронажна служба, перенаправлення

Запорізький обласний БФ «Посмішка дитини»

childsmile.zp@gmail.com
38 (050) 321 14 78
38 (099) 782 37 96

- **Непродовольча допомога**

Міський Центр Допомоги

matdima77@gmail.com
38 (067) 611 16 80
38 (0612) 207 60 00

- **Непродовольча допомога**
- **Продовольча допомога**
- **Юридична допомога**

НУО «Ресурс»

Resource14zp@gmail.com
38 (067) 618 21 36

- **Юридична допомога**

Державні структури

Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня

zokdl@ukr.net
38 (0612) 769 81 81

- ▶ **Медична допомога**

Запорізький міський центр зайнятості

zp.gorcz@mail.ru
38 (0612) 284 90 98
38 (0612) 284 99 30

- ▶ **Фінансова допомога**
- ▶ **Працевлаштування**
- ▶ **Освіта**

Запорізький міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

zmcsssdm@ukr.net
38 (061) 244 70 09
38 (061) 239 81 81

- ▶ **Юридична допомога**
- ▶ **Соціальні послуги**

КУ «Запорізький геріатричний пансіонат Запорізької обласної ради»

ku.zgp@yandex.ua
38 (0612) 95 04 63

- ▶ **Непродовольча допомога**
- ▶ **Житло**
- ▶ **Медична допомога**

Регіональний штаб ГУ ДСНС

ods@zp.dsns.gov.ua
redcross.stab@gmail.com
38 (061) 787 94 31
38 (061) 787 94 97
101
112

- ▶ **Непродовольча допомога**
- ▶ **Медична допомога**
- ▶ **Фінансова допомога**

Центр медичної допомоги підліткам та молоді «Клініки дружні до молоді» (КДМ)

caremed.jimdo.com
38 (061) 764 18 72
38 (061) 764 23 07
38 (066) 354 93 78
38 (093) 401 31 73

- ▶ **Медична допомога**

КУ «Центр СНІД» ЗОР

m-aids_zp@ukr.net
38 (061) 236 83 05
38 (061) 233 63 36

- ▶ **Медична допомога:** діагностика, лікування, профілактика ВІЛ-інфекції

2

Підтримка громади і сім'ї

Недержавні структури

БО ЗГБФ «Мазаль Тов» (Єврейський общинний центр імені Макса Гранта)

inessanosenko@gmail.com
38 (061) 213 80 90

- Громадські / культурні заходи
- Простір дитячого та сімейного розвитку (для дітей, жінок, людей похилого віку)

БФ «Галар»

bfgalar@ukr.net
38 (066) 237 15 34

- Громадські / культурні заходи

ГО «Переселенці та громади разом»

elenakonovalova2412@gmail.com
38 (099) 443 27 29

- Громадські / культурні заходи

Дитячий фонд ООН ЮНІСЕФ Представництво в Україні

t_sklyarenko@ukr.net
38 (095) 396 47 90

- Громадські / культурні заходи

Запорізький обласний БФ «Посмішка дитини»

childsmile.zp@gmail.com
38 (050) 321 14 78
38 (099) 782 37 96

- Громадські / культурні заходи
- Простір дитячого та сімейного розвитку

НУО «Олександра»

deila66@mail.ru
38 (099) 793 31 99

- Громадські / культурні заходи

НУО «Ресурс»

Resource14zp@gmail.com
38 (067) 618 21 36

- Громадські / культурні заходи
- Діалоги ВПО та місцевих громад

Фонд Народонаселення ООН

boichuk@unfpa.org
38 (095) 262 74 96

- Громадські / культурні заходи
- Поширення інформації в громаді

GIZ

kateryna.minakova@giz.de

- Громадські / культурні заходи

Державні структури

Запорізький міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

zmcsssdm@ukr.net
38 (061) 244 70 09
38 (061) 239 81 81
1584
(Телефон довіри ЗМЦСССДМ)

- Громадські / культурні заходи
- Поширення інформації в громаді

Обласний центр соціально-психологічної допомоги

crisiscentr@ukr.net
38 (061) 213 88 20

- Координація робіт з ВПО

Центр допомоги учасникам АТО при ЗОДА

atozpua@gmail.com
38 (050) 070 04 06

- Координація роботи з ВПО, ветеранами АТО та членами їх сімей

3 Цільова неспеціалізована підтримка

Недержавні структури

Агенство ООН у справах біженців (УВКБ ООН)

0 800 307 711
(Гаряча лінія)

БО «Храм»

hram.zp@gmail.com
38 (061) 270 44 60
38 (066) 470 03 35

- **Базові психологічні консультації для окремих осіб, груп, сімей**

БФ «Карітас»

caritas-zp@ukr.net
agapowa.marina@yandex.ru
38 (067) 612 29 55
38 (050) 344 30 80
38 (063) 459 58 49

- **Психологічне консультування**

БФ «Сантіс»

santa-dopomoga@ukr.net
38 (096) 791 56 68
38 (095) 02 04 392

- **Психологічне консультування**

БФ «Сподівання»

spodivannia@gmail.com
spodivannya.at.ua
38 (061) 270 10 98
38 (061) 220 73 98

- **Захист** (включаючи ведення конкретного випадку для осіб, що постраждали від гендерно зумовленого насильства, насильства в сім'ї, насильства над дітьми)
- **Базові психологічні консультації для окремих осіб, груп, сімей**
- **Психологічна підтримка:** групи самодопомоги для ВПО та їх сімей

Всеукраїнська мережа ЛЖВ

network.zp@gmail.com
38 (061) 232 25 91
38 (061) 212 78 76

- **Базові психологічні консультації для окремих осіб, груп, сімей, групова підтримка осіб з ВІЛ-статусом**

ГО «Егіда Запоріжжя»

www.deti.zp.ua
38 (0612) 220 74 03

- **Захист** (включаючи ведення конкретного випадку для осіб, що постраждали від гендерно зумовленого насильства, насильства в сім'ї, насильства над дітьми)

ГО «Крок до людей»

krok737@ukr.net
38 (050) 944 03 13

- **Соціально-психологічний супровід осіб з психічними порушеннями та консультування їх сімей**
- **Психоедукація**

Гуманітарний штаб Фонд Ріната Ахметова

helpdonbass@fdu.org.ua
0 800 509 001
(Гаряча лінія)

- **Захист** (включаючи ведення конкретного випадку для осіб, що постраждали від гендерно зумовленого насильства, насильства в сім'ї, насильства над дітьми)

Дитячий фонд ООН ЮНІСЕФ Представництво в Україні

t_sklyarenko@ukr.net
38 (095) 396 47 90

- **Психоедукація**

Запорізька обласна організація «Товариство Червоного Хреста України»

recross.vuice@gmail.com
38 (061) 764 28 92

- **Захист** (включаючи ведення конкретного випадку для осіб, що постраждали від гендерно зумовленого насильства, насильства в сім'ї, насильства над дітьми)

Запорізька психологічна кризова служба

allex69@ukr.net

- **Психологічна підтримка:** групи самодопомоги для ветеранів та їх сімей, ВПО та їх дітей
- **Захист** (включаючи ведення конкретного випадку для осіб, що постраждали від гендерно зумовленого насильства, насильства в сім'ї, насильства над дітьми)

Запорізький обласний БФ «Посмішка дитини»

childsmile.zp@gmail.com
38 (050) 321 14 78
38 (099) 782 37 96

- **Психологічне консультування**

ЗОГО «Взаємодія»

info@vzayemodiya.net
38 (061) 270 92 91
38 (067) 393 80 65

- **Психологічне консультування**
- **Захист** (включаючи ведення конкретного випадку для осіб, що постраждали від гендерно зумовленого насильства, насильства в сім'ї, насильства над дітьми)

Міжнародний жіночий правозахисний фонд Ла Страда — Україна

info@la-strada.org.ua
38 (095) 346 91 36
38 (044) 205 36 95

- **Захист** (включаючи ведення конкретного випадку для осіб, що постраждали від гендерно зумовленого насильства, насильства в сім'ї, насильства над дітьми)

НУО «Олександра»

deila66@mail.ru
38 (099) 793 31 99

- **Психологічна підтримка ВПО, ветеранів АТО та членів їх сімей**
- **Індивідуальна / групова робота**
- **Психоедукація**
- **Захист** (включаючи ведення конкретного випадку для осіб, що постраждали від гендерно зумовленого насильства, насильства в сім'ї, насильства над дітьми)

НУО «Ресурс»

Resource14zp@gmail.com
38 (067) 618 21 36

- **Психологічна підтримка:** групи самодопомоги для ветеранів та їх сімей, перша психологічна допомога

Development Foundation

selena-0@yandex.ua
38 (068) 575 81 75

- **Базові психологічні консультації для окремих осіб, груп, сімей**
- **Психоедукація:** семінари, тренінги для психологів

Державні структури

Запорізький геріатричний пансіонат ЗОР

ku.zgp@yandex.ua
38 (0612) 286 96 67

- **Базові психологічні консультації для окремих осіб, груп, сімей**

Запорізький міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

zmcsssdm@ukr.net
38 (061) 236 22 65
38 (067) 515 15 84
38 (095) 845 15 84
38 (063) 404 92 84

- **Психологічна підтримка**
- **Служба екстреної психологічної допомоги**
- **Базові психологічні консультації для окремих осіб, груп, сімей**

Запорізький національний університет Кафедра практичної психології

practpsy@ukr.net

- **Психологічна просвіта**
- **Базові психологічні консультації для окремих осіб, груп, сімей**

Обласний центр соціально-психологічної допомоги

crisiscentr@ukr.net
38 (061) 213 88 20

- **Психологічна підтримка:** групова робота і психоедукація
- **Базові психологічні консультації для окремих осіб, груп, сімей**

Служба у справах дітей ОДА

zoda.gov.ua
38 (061) 239 02 51

- **Захист** (включаючи ведення конкретного випадку для осіб, що постраждали від гендерно зумовленого насильства, насильства в сім'ї, насильства над дітьми)

Центр медичної допомоги підліткам та молоді «Клініки дружні до молоді» (КДМ)

caremed.jimdo.com
38 (061) 764 23 07
38 (066) 354 93 78
38 (093) 401 31 73

- **Базові психологічні консультації для окремих осіб, груп, сімей**

Центр психологічного здоров'я та психосоціального супроводу ЗНУ

38 (095) 161 23 20

- **Базові психологічні консультації для окремих осіб, груп, сімей**
- **Психоедукація** (тренінги)

4 Спеціалізовані послуги

Недержавні структури

БО «Храм»

hram.zp@gmail.com
38 (061) 270 44 60

- Психотерапія

Запорізька психологічна кризова служба

allex69@ukr.net
38 (093) 585 33 69

- Психіатрія

ЗОГО «Взаємодія»

info@vzayemodiya.net
38 (061) 270 92 91
38 (067) 393 80 65

- Психотерапія (індивідуальна)

НУО «Ресурс»

Resource14zp@gmail.com
38 (067) 618 21 36

- Психотерапія

Обласний центр соціально-психологічної допомоги

crisiscentr@ukr.net
38 (061) 213 88 20

- Психотерапія

Реабілітаційний центр «РИД-Рікавері»

mfranc74@gmail.com
38 (097) 850 21 91

- Психотерапія
- Спеціалізоване лікування розладів внаслідок вживання психоактивних речовин

Спеціалізована коротко-строкова програма психологічної допомоги «СЕТА» (Києво-Могилянська Академія та Університет Джонса Хопкінса) Безкоштовна програма немедичної психотерапії депресії, ПТСР, тривоги

ceta.ukraine@gmail.com
38 (066) 147 43 17
38 (068) 283 20 98

Державні структури

Госпітальне відділення обласної лікарні

vlada_dj@ukr.net
38 (096) 201 22 94

- Психотерапія
- Психологічне консультування

КУ «Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»

m-aids_zp@ukr.net
38 (061) 236 83 05
38 (061) 233 63 36

- Психотерапія
- Психосоціальний супровід осіб зі СНІД та ВІЛ-інфекцією

КУ Запорізький протитуберкульозний диспансер № 1

gptd1@med.zp.ua
38 (061) 764 42 52
38 (061) 764 42 52
38 (067) 963 20 76

- Психотерапія
- Психосоціальна підтримка осіб з туберкульозом та ВІЛ-інфекцією

Обласна клінічна психіатрична лікарня (поліклінічне відділення)

zopb@meta.ua
38 (0612) 96 78 08

- Психіатрія

Обласна клінічна психіатрична лікарня (10 відділення)

zopb@meta.ua
38 (0612) 96 78 08

- Психіатрія

ОКМД (обласний клініч-ний наркодиспансер)

38 (061) 233 40 23

- **Спеціалізоване лікування розладів внаслідок вживання психоактивних речовин**

Психіатрична МСЕК № 2 Обласного центру медико-соціальної експертизи

astra_net@mail.ru
38 (099) 194 22 77

- **Психіатрія**
- **Соціальний захист**

Центр здорової молоді

czm.kiev@gmail.com
38 (0612) 327 37 57

- **Спеціалізоване лікування розладів внаслідок вживання психоактивних речовин**

Перенаправлення в інші структури

Недержавні структури

БФ «Об'єднання волонтерів Запоріжжя»

zahkarovaninok@gmail.com
38 (093) 061 21 52
38 (066) 489 09 02

Громадське радіо

mail@hromadskeradio.org
38 (044) 279 72 09
38 (067) 220 16 74

Данська Рада у справах біженців Допомога населенню, постраждалому від конфлікту Дніпровський (і Запорізький) відділ правової допомоги

ahtem.zeytullaev@
drc-ukraine.org
38 (093) 101 29 19
38 (063) 959 74 09

Реабілітаційний центр «РИД-Рікавері»

mfranc74@gmail.com
38 (097) 850 21 91

Державні структури

Головне управління пенсійного фонду України в Запорізькій області

avt@zp.pfu.gov.ua
38 (0612) 213 23 63

Департамент освіти і науки ЗОДА

obulon@zp.ukrtel.net
38 (061) 239 02 60

Департамент соціального захисту населення ЗОДА

internats@ukr.net
vsdzp@ukr.net
38 (067) 991 59 54
38 (061) 764 42 65

Запорізький міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

zmcsssdm@ukr.net
38 (066) 477 66 63

Запорізький національний університет Кафедра практичної психології

practpsy@ukr.net
38 (093) 891 48 11

Запорізький обласний центр соціальних служб

css@ukrpost.ua
38 (061) 224 70 09

КУ «Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»

m-aids_zp@ukr.net
38 (061) 236 83 05
38 (061) 233 63 36

КУ Обласний дитячий психоневрологічний санаторій ЗОР

mike217@rambler.ru
38 (096) 954 64 28

КУ «Обласнийклінічний наркологічний диспансер»

dubovskoy.roman@gmail.com
38 (096) 058 45 41

Радники Міністерства соціальної політики з питань ВПО у Запорізькій області

aperepelitsia@radnyk.org
gdvorna@radnyk.org
38 (050) 425 01 21
38 (099) 372 72 80

Регіональний штаб ГУ ДСНС

ods@zp.dsns.gov.ua
38 (061) 787 94 00
38 (061) 787 94 68

Управління соціального захисту населення Запорізької міської ради

utsznzgizp@ukr.net
38 (061) 236 15 90

Центр допомоги учасникам АТО при ЗОДА

atozpua@gmail.com
38 (0612) 36 25 25
38 (050) 070 04 06

Додаток 2.

ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (згідно DSM-5)

Гострий стресовий розлад (ГСР) (за DSM-5) за своєю симптоматикою схожий на ПТСР. Однак для діагнозу ГСР мають бути наявними 9 симптомів і більше, що тривають не менше, ніж 3 дні, але не більше, ніж 4 тижні [Цит. за 9].

ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД. ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

A. Експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження чи сексуального насильства, в один (чи більше) з таких способів:

1. Безпосереднє переживання травмівної події (подій).
2. Перебування свідком подій, які трапились з іншими.
3. Знання того, що травмівна подія (події) трапилася з близьким членом сім'ї чи другом.

Примітка. У разі смерті чи загрози життю членові сім'ї чи другові, якщо ця подія (події) була насильницькою або непередбаченою.

4. Переживання багаторазової чи надмірної експозиції до нестерпних деталей травмівної події (подій) (наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки; офіцери поліції, що неодноразово стикаються з деталями скривдження дітей).

Примітка. Критерії А4 не поширюються на експозицію через електронні засоби масової інформації, телебачення, кіно чи фотографій, за винятком того, що ця експозиція була пов'язана з фаховою діяльністю.

B. Наявність дев'яти (чи більше) таких симптомів із будь-якої з п'яти категорій інтрузій, негативного настрою, дисоціацій, уникнення та збудження, які виникли чи погіршилися після того, як трапилася травмівна подія.

Інтрузивні симптоми

1. Періодичні, мимовільні та нав'язливі неприємні спогади про травмівну подію (події). Примітка. У дітей повторювані ігри можуть виражати зміст або інші аспекти травмівної події (подій).
2. Періодичні неприємні сни, зміст та/або емоції, які пов'язані з травмівною подією (подіями). Примітка. У дітей можуть бути страшні сни без впізнаваного змісту.

Дисоціативні реакції (наприклад флешбеки), при яких особа поводиться чи почувається так, ніби подія відбувається знову. (Такі реакції можуть виникати на континуумі, аж до найсильнішого вираження, при якому повністю втрачається усвідомлення теперішнього середовища.) Примітка. У дітей відтворення травмівних подій може відбуватися у грі.

Інтенсивний чи тривалий психологічний дистрес або помітні фізіологічні реакції на внутрішні чи зовнішні стимули, що символізують або нагадують певний аспект травмівної події (подій).

Негативний настрій

1. Стійка нездатність переживати позитивні емоції (наприклад, нездатність переживати щастя, задоволення чи почуття любові).

Дисоціативні симптоми

1. Змінене відчуття реальності свого оточення чи себе (наприклад, спостереження за собою збоку, заціпеніння, сповільнення часу).
2. Нездатність пригадати важливі аспекти травмівної події (подій) (зазвичай через дисоціативну амнезію, а не через інші чинники, такі як травма голови, алкоголь чи наркотики).

Симптоми уникнення

1. Спроба уникнути неприємних спогадів, думок чи почуттів про травмівну подію або тісно пов'язаних з нею.
2. Спроба уникнути зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, діяльності, об'єктів, ситуацій), що викликають неприємні спогади, думки чи почуття, що стосуються безпосередньо травмівної події (подій) або тісно пов'язані з нею (ними).

Симптоми збудження

1. Порушення сну (наприклад, труднощі із засинанням, нетривалий чи неспокійний сон).
2. Дратівлива поведінка та спалахи гніву (за малої або ж відсутньої провокації), що типово виражаються через вербальну чи фізичну агресію щодо людей чи предметів.
3. Надмірна настороженість.
4. Проблеми з концентрацією.
5. Перебільшена реакція переляку.

C. Тривалість порушень (симптоми критерію B) від трьох днів до місяця після переживання травми.

Примітка. Зазвичай симптоми з'являються одразу після травми, але мають тривати принаймні від трьох днів до місяця, щоб відповідати критерію.

D. Порушення спричиняють значний дистрес або погіршення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності.

E. Порушення не пов'язані з фізіологічним впливом психоактивних речовин (наприклад, медикаментів чи алкоголю) чи іншими медичними причинами (наприклад, незначна черепно-мозкова травма) та не пояснюються короткочасним психотичним розладом.

Додаток 3.

АЛГОРИТМ ДІЙ В РАЗІ ВИЯВЛЕННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ГЕПАТИТ С

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ



Гепатит С – це інфекційне захворювання, що вражає печінку і є одним з найбільш поширених видів вірусного гепатиту, симптоми якого протягом тривалого часу можуть взагалі не проявлятися.

Основними шляхами передачі вірусу є контакт з кров'ю інфікованої особи через:



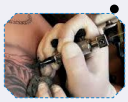
- Вживання наркотиків. Внаслідок використання спільних шприців.



- Статевий контакт. При незахищеному статевому акті.



- Використання бритв, зубної щітки, ножиць та інших предметів, що належать хворому і відносяться до розряду засобів особистої гігієни.



- Зараження при пірсингу та в процесі нанесення татуювань. Один з найбільш поширених способів зараження внаслідок неякісної стерилізації інструментів.

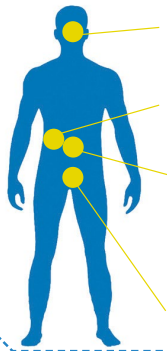


- Зараження при відвідуванні манікюрних кабінетів, стоматологів.



- Передача вірусу при народженні (від матері до дитини).

Основні ознаки наявності захворювання:



!

При наявності тих чи інших ознак варто звернутися:

- Військовослужбовцям – до начальника медичної служби, медичного санітара
- Звільненим зі служби – до поліклініки за місцем проживання

РЕЗУЛЬТАТ ЕКСПРЕС ТЕСТУ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С ПОЗИТИВНИЙ. ЩО РОБИТИ ДАЛІ?



УВАГА!
Позитивний результат експрес-тесту **не є остаточним підтвердженням** наявності захворювання.

Для того, щоб підтвердити (або спростувати) результат швидкого тесту на антитіла до вірусу гепатиту С слід:

УВАГА!
Учасники бойових дій мають право на позачергове медичне обслуговування та лікування.

Звернутися до лабораторії та здати кров на **аналіз для визначення РНК вірусу гепатиту С** методом ПЛР (якісний)

Аналіз позитивний

Аналіз негативний

Зверніться до гепатолога (інфекціоніста, гастроентеролога)

Повторіть аналіз через 2-3 місяці

Бажано звертатись до лікаря за місцем реєстрації (прописки) або до лікаря частини (по команді), щоб одразу стати на облік та в чергу на безкоштовне лікування.

Аналіз позитивний

Аналіз негативний

Ви НЕ хворієте на ВГС

Лікар призначає додаткові обстеження*, встановлює діагноз, визначає стадію захворювання, стан організму

Стати на диспансерний облік

Подати заяву головному лікарю про отримання лікування за рахунок коштів державного або місцевого бюджету.Заяву краще подати в двох примірни ках, один з яких залишити собі з відміткою про подання. До заяви додається висновок лікаря.

Отримати безкоштовне лікування в закладі охорони здоров'я, який реалізує Державну програму за місцем реєстрації (прописки) до 2016 року, в подальшому – в лікувальному закладі за місцем реєстрації

Якщо місце реєстрації відрізняється від місця фактичного проживання, необхідно отримати тимчасову реєстрацію у відповідних державних органах

ЩО СПИТАТИ У ЛІКАРЯ?

- обов'язково уточніть імовірний час зараження на ВГС
- наскільки прогресує інфекція в організмі та терміновість лікування
- обговоріть подальші дії щодо постановки на диспансерний облік та наявні можливості лікування

УВАГА!

Ця хвороба підступна своїми ускладненнями — якщо вчасно не розпочати лікування, можливий розвиток цирозу печінки, а в найбільш запущених випадках — раку печінки. Своєчасно проведений курс антивірусної терапії в 50-90% випадків призводить до одужання і зводить нанівець ризик розвитку цирозу печінки.

Інформація про діагноз хворого є конфіденційною. Персональні дані про пацієнтів не публікуються. Медичний заклад може надавати лише статистичні дані про кількість захворювань без оприлюднення даних про особу.

ОРІЄНТОВНИЙ ПЕРЕЛІК АНАЛІЗІВ

(перелік може бути більшим)

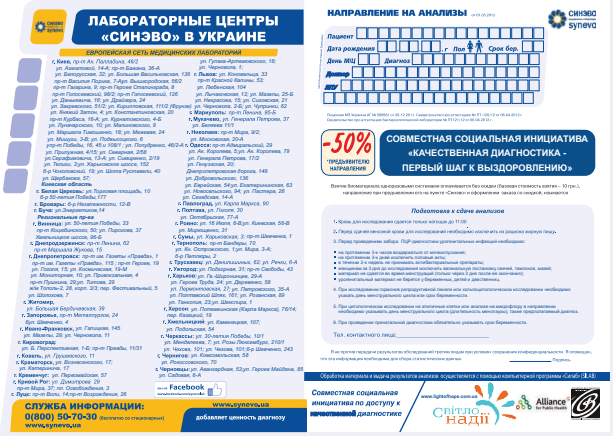
- аналіз крові для визначення РНК вірусу гепатиту С методом ПЛР (якісний)
- генотипування вірусу гепатиту С
- аналіз крові загальний
- розгорнутий біохімічний аналіз крові
- визначення рівня глюкози в крові
- тестування на наявність вірусного гепатиту В і ВІЛ-інфекції
- аналіз сечі загальний
- електрокардіографія
- ультразвукове обстеження печінки (еластометрія печінки, таке обстеження ще називають фіброскан) або фібротест (робиться шляхом математичного обчислення результатів біохімічного аналізу крові), можна пройти самостійно http://gepatit-s.ru/fibrotest.html)



УВАГА!

Біопсія печінки сьогодні не є обов'язковою. Для визначення стану печінки достатньо одного з двох зазначених вище методів обстеження.

Пройти обстеження можна також у приватних клініках. Зокрема, на аналізи в лабораторії «Синево» діють знижки



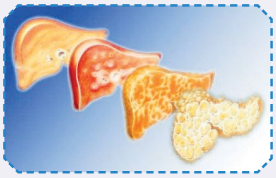
ПРОГРАМИ ЛІКУВАННЯ

Наразі в Україні діють декілька програм безкоштовного лікування вірусних гепатитів:

- Державна цільова соціальна програма профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів. Діє на території всієї країни до кінця 2016 року.
- В деяких областях існують регіональні програми боротьби з гепатитами. Чи діє така програма у Вашому регіоні уточніть у лікаря.
- Пілотна програма лікування «Альянсу-Україна». Інформацію щодо установ, які приймають пацієнтів та медичні критерії відбору можна отримати на сторінці: http://www.aph.org.ua/hepc.

УВАГА!

Наявність захворювання не завжди передбачає терміновість лікування.



Пріоритет для початку лікування в рамках Державної програми боротьби з гепатитами мають хворі зі стадією фіброзу F3-F4 (Програма дійсна до кінця 2016 року).

У лікуванні ВГС використовуються ПЕГІНТЕРФЕРОНОВІ СХЕМИ ПОДВІЙНОЇ ТЕРАПІЇ (з додаванням РБВ) та ПОТРІЙНОЇ ТЕРАПІЇ (з додаванням до схем подвійної терапії інгібіторів протеази чи інших препаратів з прямою противірусною дією).

Також використовуються БЕЗІНТЕРФЕРОНОВІ СХЕМИ із застосуванням препаратів з прямою противірусною дією.

Схеми лікування залежать від генотипу, стадії та вираженості захворювання, супутніх захворювань тощо (схему визначає лікар-гепатолог).

Більш детальну інформацію про схеми лікування можна знайти у Наказі МОЗ України від 18.07.2016 № 729
http://www.dec.gov.ua/mtd/_VirysGepatytC.html

ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО МОЖЛИВИХ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ПЕГІНТЕРФЕРОНУ

1. **Анемія.**
   Застосування рибавірину може призвести до анемії — зменшення кількості червоних кров'яних клітин.
2. **Порушення функцій щитовидної залози.**
   До порушення функцій щитовидної залози призводить пегілінірованний інтерферон. Він може викликати як підвищену, так і знижену активність щитовидки.
3. **Випадання волосся.**
   Противірусна терапія може призвести до помірного випадання волосся. Випадання волосся симптом тимчасовий, після завершення терапії ріст волосся відновлюється.
4. **Грипоподібні симптоми.**
   На початку терапії можуть з'явиться симптоми, що нагадують грип.
   Пацієнта починає турбувати головний біль, озноб, жар, слабкість, біль у м'язах.
5. **Безсоння.**
   Багато пацієнтів, що проходять курс комбінованої терапії скаржаться на безсоння. Про це слід відразу повідомити лікаря, оскільки безсоння значно погіршує якість життя і призводить до дратівливості, підвищеної тривожності і депресії.
6. **Депресивний стан.**
   Найчастіше пацієнти відмовляються від терапії через появу нейропсихіатричних симптомів, зокрема, депресії. Вона виникає в будь-який момент, майже в кожному 3 випадку, зазвичай її ознаки з'являються в перший місяць терапії — пригнічений настрій, апатія, безсоння, втрата апетиту, дратівливість, зниження лібідо, думки про самогубство, відчуття безнадійності і безвихідності.
7. **Підвищена дратівливість.**
8. **Важке дихання.**
9. **Проблеми із зором.**

УВАГА!

Самолікування може бути шкідливим для вашого здоров'я.

ПРАВИЛА ЖИТТЯ З ГЕПАТИТОМ С

Скільки років живуть з гепатитом С люди, які ведуть здоровий спосіб життя?

Сам вірус не є 100% вбивцею людини, він тільки сприяє розвитку патологічних процесів, що скорочують життя інфікованої людини. Неможливо говорити про те, що існує конкретний період, протягом якого відбуваються руйнування в організмі, що призводять до смерті. Все дуже індивідуально і залежить від багатьох чинників, у першу чергу від:

- здорового способу життя
- вживання алкоголю і куріння
- адекватного своєчасного лікування
- супутніх хронічних захворювань – цукровий діабет, ожиріння

УВАГА!
При гепатиті С **алкоголь** діє як найсильніший чинник, який впливає на **прогресування** захворювання



Харчування: особам із Гепатитом С рекомендовано дотримуватися **дієти №5**.

У **30%** інфікованих на прогресування гепатиту може знадобитися близько **30 років**.

А якщо при цьому захворюванні повністю відмовитися від вживання алкоголю, дотримуватися дієти, приймати підтримуюче лікування, дотримуватися всіх рекомендацій лікарів, то цей процес можна значно сповільнити.

Для захисту печінки повністю виключіть будь-який алкоголь.

Мінімум раз на півроку консультуйтесь у лікаря-гепатолога,

Не приймайте будь-які нові ліки без рекомендації лікаря-гепатолога.

Зробіть щеплення проти гепатитів А і В.



Для попередження розповсюдження вірусу серед тих, хто Вас оточує:

- Не будьте донором крові, органів, інших тканин, сперми.
- Не користуйтеся зубними щітками, бритвами, манікюрними наборами, гребінцями, тощо сумісно з кимось ще.
- Якщо Ви поранились – відразу закрийте рану пластирем.
- Практикуйте виключно захищений секс.

КУДИ ЗВЕРТАТИСЯ ЗА ДОДАТКОВОЮ ДОПОМОГОЮ?



Інформацію стосовно участі у програмах лікування Ви можете отримати у лікарів-інфекціоністів за місцем проживання/ перебування. У разі переведення на лікування з одного закладу у інший, рекомендуємо Вам просити виписку з історії хвороби та робити копії усіх аналізів, які Ви здавали



Додаткові консультації та підтримку можна отримати:

Юридична Сотня
http://legal100.org.ua/
0 800 308 100

МБФ «Альянс громадського здоров'я»
http://www.aph.org.ua
0 800 507 727

ВГО «Зупинимо гепатит»
http://hvstop.org/

Психологічна допомога
http://help.4uth.gov.ua/
0 800 500 225

ПЕРЕЛІК ЗАКЛАДІВ, ЩО РЕАЛІЗУЮТЬ ПРОГРАМУ ЩОДО ЛІКУВАННЯ ГЕПАТИТІВ

1. **Гепатологічний центр**
(науковий керівник професор, зав. кафедри ВНМУ ім. М.І.Пірогова Мороз Лариса Василівна)
Міська лікарня, №1, інфекційне відділення, Хмельницьке шосе 96, м. Вінниця, 21021
+38 0432 43 58 13
Головний позаштатний спеціаліст
Мороз Лариса Василівна

2. **КЗ «Вінницький обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом»**
Контактна особа: Мохній Галина Олександрівна
0432 566-406
Головний лікар: Матковський Ігор Анатолійович
(0432) 566 406
positiv@ukr.net

3. Волинська обл. Гепатологічний центр
(зав. центром к.мед.н. Морочковський Р.С.)
Волинська обласна інфекційна лікарня,
вул. Шевченка, 30,
м. Луцьк, 43001
+ 38 0332 24-999-7
Головний позаштатний спеціаліст
Морочковська Галина Василівна

4. Дніпропетровська обл. Інфекційна лікарня
(кафедра інфекційних хвороб
Дніпропетровської державної медичної
академії,
зав. кафедри професор
Шостакович-Корецька Людмила Романівна)
м. Дніпропетровська ,
вул. Канатна , 17
+38 067 563 8335
Головний позаштатний спеціаліст Ткаченко
Валентина Дмитрівна

5. КЗ «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»
Світлана Костянтинівна
056-753-40-06;
Контактна особа: Маргитич Ірина Миколаївна
-зав. стаціонаром,
056-753-40-62
Інфекціоніст: Кравчук Марія Володимирівна
Головний лікар: Чухалова Ірина Віталіївна
056-756-86-00Ю
dneproblaids@gmail.com

6. Донецька обл., Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання
(науковий керівник зав. кафедри
інфекційних хвороб Донецького НМУ
ім. Максима Горького, професор Зайцев Ігор
Анатолійович),
м. Донецьк,
проспект Ілліча 14
+38 062 381 1665
Головний позаштатний спеціаліст
Домашенко О.М.

7. Житомирська обл., Поліклініка КУ ЦМЛ №1 м. Житомира
(обласний позаштатний інфекціоніст
департаменту охорони здоров'я Житомирської
ОДА Бреднева Лариса Юріївна)
м. Житомир,
вул. В. Бердичівська 32
0412 22-98-31
Головний позаштатний спеціаліст Бреднева
Лариса Юріївна

8. Закарпатська обл., Обласна клінічна інфекційна лікарня, відділення вірусних гепатитів
(головний лікар обласної інфекційної лікарні
Поляк Михайло Амброзійович)
м. Ужгород,
вул. Грибоєдова 20-А, 88017,
0312 64-23-17
Головний позаштатний спеціаліст Поляк
Михайло Амброзійович

9. Ужгородська міська поліклініка

м. Ужгород, вул Грибоєдова 20В
кабінет 58А, І поверх
тел. 095 812-14-15
тел. 03122 66-22-71
Лікар інфекціоніст Петров Віктор Олександрович

10. Запорізька обл., Гепатологічний центр

(науковий керівник, зав. кафедри інфекційних хвороб Запорізького ДМУ, професор Рябоконь О.В.)
Запорізька обласна інфекційна клінічна лікарня, буд. Гвардійський, 142)
+38 061 224 07 92,
+38 061 224-07-84
м. Запоріжжя, 69035
Головний позаштатний спеціаліст Іванова Ірина Борисівна

11. Івано-Франківська обл Гепатологічний центр

(науковий керівник, зав. кафедри інфекційних хвороб Івано-Франківського НМУ, професор Пришляк О.Я)
Обласна Клінічна інфекційна лікарня (ОКІЛ)
вул. Сагайдачного, 66
м. Івано-Франківськ, 76000
Головний позаштатний спеціаліст Остяк Роман Степанович

12. м. Київ. Обласна лікарня, гепатологічний центр

Боговутівська, 1, м. Київ
Головний позаштатний спеціаліст Архіпенко Олександр Борисович

13. м. Київ. Гепатологічний центр

(науковий керівник, зав. кафедри інфекційних хвороб Київського НМУ імені О.О.Богомольця, професор Голубовська О.А.(головний інфекціоніст МОЗ України)
Міська клінічна лікарня № 15,
вул. Фрунзе 107
м. Київ,
044 417 21 96
Завідуюча відділенням Єлізарова Тетяна Олександрівна

14. м. Київ, КМКЛ №5, Київський міський центр СНІДу

Головний позаштатний спеціаліст Єгорова Тетяна Андріївна;
Контактна особа: Гребинська Ольга Петрівна, olya0109p@gmail.com
Інфекціоніст: Мартиненко Олена gelena9@ukr.net
Головний лікар: Юрченко Олександр Володимирович,
прийомна 450 82 55
(044) 409-20-84; 409-20-80;
fax 044 483 41 93
Al.Yurchenko@post.com

15. м. Київ ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»

Директор: Задорожна Вікторія Іванівна
(044) 275 37 11 – приймальня.
epidemics@ukr.net
044 254-41-44, 044 254-21-44

16. МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

По лікуванню в Альянсі:
Менеджер програм лікування Барнард Тетяна
Тел.: (+38044) 490-54-85
вн. 145
Barnard@aidsalliance.org.ua
Спеціаліст проекту лікування гепатиту С
Еременка Анна,
Тел.: (+38044) 490-54-85
вн. 202
Eremina@ aidsalliance.org.ua
вул. Ділова (Димитрова) 5, корпус 10А, 9-й поверх,
03680, Київ, Україна

17. Кіровоградська обл., Кіровоградська обласна лікарня, інфекційне відділення

(зав. відділенням Смірнова Олена Георгіївна)
м. Кіровоград,
проспект Університетський, 2/5
0522 39 71 07
м. Кіровоград, 25030
Головний позаштатний спеціаліст Смірнова Олена Георгіївна

18. Львівська обл., Львівська обласна клінічна інфекційна лікарня

(науковий керівник, зав. кафедри інфекційних хвороб Львівського НМУ ім. Данила Галицького, професор Герасун Борис Абрамович),
+38 068 500 1134
м. Львів,
вул. Пекарська 54, 79010
Головний позаштатний спеціаліст Федоренко Сергій Мирославович

19. Луганська обл., Луганська міська багатопрофільна лікарня № 4, інфекційне відділення

(кафедра інфекційних хвороб та епідеміології Луганського ДМУ. зав. кафедрою, професор Терьошик Вадим Олександрович)
+38 050 910 2476
м. Луганськ,
вул. Ляпіна 2, 91002
Головний позаштатний спеціаліст Єрошова Ірина Борисівна

20. Миколаївська обл.,

Миколаївська обласна інфекційна лікарня
(зав. відділення Брядко Наталія Володимирівна)
м. Миколаїв, вул. Космонавтів 43
0512 22-13-15
м. Миколаїв, 54018
Головний позаштатний спеціаліст Брядко Наталія Володимирівна

21. «Миколаївський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом»

Нечипуренко Поліна Василівна
063 531 86 28
Інфекціоніст: Дейкун Юрій Володимирович
Головний лікар: Черненко Оксана Іванівна
(0512) 48-97-19
nikaids@ukr.net; k.i.s@mail.ru

22. Одеська обл., Гепатологічний центр

(зав. центром Мозгова В.О.,
науковий керівник зав. кафедрою інфекційних хвороб Одеського НМУ,
професор Сервецький К.Л.)
Міська клінічна інфекційна лікарня
вул. Пастера, 7, м. Одеса, 65000
Головний позаштатний спеціаліст Титаренко Валерій Валентинович

23. Полтавська обл., Гепатологічний центр

(науковий керівник – зав. каф. інфекційних хвороб з епідеміологією, д.мед.н., професор Дубинська Г.М.)
Обласна Клінічна інфекційна лікарня
м. Полтава, просп. Першотравневий, 22
0532 22 49 95, 0532 22-49-85
Головний позаштатний спеціаліст Войтенко Лідія Леонідівна

24. Рівненська обл., Гепатологічний центр

(зав. центром – к.мед.н. Мартинюк Г.А.)
вул. Мірющенка, 25а
м. Рівне, 33018
0362-23-17-18
Головний позаштатний спеціаліст Мартинюк Галина Андріївна

25. Сумська обл., Гепатологічний центр

(зав. центром – лікар інфекціоніст Сніцарь О.В.; науковий керівник – зав. каф. інфекційних хвороб Сумського ДМУ д.мед.н., професор Чемич М.Д.)
Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені З.Й. Красовицького,
вул. 20 років Перемоги 15,
м. Суми, 40021
0542 60-11-78

26. Харківська обл., Гепатологічний центр

науковий керівник зав. кафедри інфекційних хвороб, Харківського НМУ, д.мед.н., професор Козько Володимир Миколайович
Харківська обласна клінічна інфекційна лікарня
проспект Героїв Сталінграда 160, м. Харків, 61096
0572 97-50-10, 0572 97-41-15, 0572 975018
Головний позаштатний спеціаліст Колодій Микола Андрійович

27. КЗОЗ «Обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом»

Контактна особа: Задорожна Катерина Ігорівна 0507474323
Інфекціоніст: Майстат Тетяна Володимирівна
Головний лікар: Черкасов Олександр Петрович
(057) 392-09-08, aidsic@ukr.net

28. Херсонська обл., Обласна інфекційна лікарня ім. Г.І. Горбачевського

м. Херсон, 73032,
вул . Бегма , 1а
0552 37 25 82
Головний позаштатний спеціаліст Панкратов Сергій Михайлович

29. Хмельницька обл., Хмельницька міська інфекційна лікарня
м. Хмельницький, 29008, вул . Сковороди, 17
0382704381
Головний позаштатний спеціаліст Піддубна Оксана Вікторівна

30. Черкаська обл., Черкаська міська інфекційна лікарня
м. Черкаси, вул . Рози Люксембург , 210/ 1
0472 64 03 52
Головний позаштатний спеціаліст Волгіна Світлана Іванівна

31. Чернівецька обл., Чернівецька обласна клінічна лікарня, інфекційне відділення
(кафедра інфекційних хвороб та епідеміології, зав. кафедри БДМУ,д.мед.н., професор Москалюк В.Д.)
м. Чернівці, 58000, вул. Головна 137,
037 51-47-44
Головний позаштатний спеціаліст Миндреску Валентина Борисівна

32. Чернігівська обл., Чернігівська міська лікарня №2,інфекційне відділення
м. Чернігів,14034, вул.1 Травня 168
0462 95-60-96
0462956211
Головний позаштатний спеціаліст Ворона Світлана Григорівна

33. Тернопільська обл., Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги,
кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами, зав. кафедри, д.мед. н.,професор Андрейчин Михайло Антонович
м. Тернопіль,46001, вул. Шпитальна 2,
вул. Князя Острозького 39,
0352251966,
0352524725
Головний позаштатний спеціаліст Герасименко Олена Анатоліївна

ЮРИДИЧНА СОТНЯ

Альянс громадського здоров'я

ЗУПИНИМО ГЕПАТИТ

Додаток 4.

BASIC Ph

Інструкція. Подумайте про себе, коли Ви знаходитеся в кризі, переживаєте сильний стрес.

Що найчастіше Ви робите, щоб допомогти собі впоратися з цим станом?

Що, на Вашу думку, допомагає найкраще, а що – незначною мірою?

Зважте кожне твердження і поставте хрестик («+») у відповідній клітинці навпроти номера твердження, де цифри означають:

0 – ніколи не користуюся цим способом, щоб упоратися з ситуацією.

1 – я рідко користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

2 – я іноді користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

3 – я періодично користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

4 – я часто користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

5 – я майже завжди користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

6 – я завжди користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

№	ТВЕРДЖЕННЯ	0	1	2	3	4	5	6
1	Я здаюся і покладаюсь на вищі сили чи долю у вирішенні проблеми							
2	Я не говорю про свої емоції прямо, але виражаю їх опосередковано; наприклад, пла́чу, коли думаю про себе							
3	Я шукаю підтримки інших людей							
4	Я фантазую і даю волю своїй уяві, наприклад, уявляю себе у спокійному, безтурботному місці							
5	Я збираю інформацію, щоб бути певним (-ною) у тому, що обираю найкращий варіант вирішення проблеми							
6	Я їм або сплю менше, ніж звичайно, або ж, навпаки, я їм та сплю більше, аніж зазвичай							
7	Я вірю у свої власні сили і свою здатність долати перешкоди							

8	Я висловлюю почуття у власний завуальований спосіб – через натяки, сарказм або навіть флірт							
9	Я бесідую з друзями по телефону							
10	Я згадую свої улюблені історії, байки, притчі або ж казки як спосіб пошуку вирішення проблеми							
11	Я аналізую проблеми, намагаючись знайти їх вирішення							
12	Я постійно займаюсь фізичною працею, наприклад, прибиранням, приготуванням їжі, роботою з деревом, ремонтом автомобіля чи навіть створенням моделі літака							
13	Моє кредо: «Я зможу пережити це, незважаючи ні на що»							
14	Я звільняюсь від почуттів через плач, сміх або крик і не тримаю все це всередині							
15	Я намагаюся знайти підтримку в друга або членів моєї сім'ї							
16	Слухаючи музику, я даю волю своїй уяві							
17	Я створюю спеціальний план і дію згідно з ним крок за кроком							
18	Я використовую вправи для розслаблення							
19	Я прошу допомоги у Бога в молитві							
20	Я накручую себе емоційно, щоб посилити свою мотивацію							
21	Я глибоко занурююсь у стосунки з членами моєї громади або організації, до якої я належу							
22	Я згадую часи, коли мені було набагато краще, ніж зараз, або ж думаю про час, коли все зміниться на краще							
23	Насамперед я намагаюся зрозуміти, що́, власне, відбувається							
24	Я розслабляюся, коли роблю щось: приймаю душ або ванну, йду на прогулянку або бігаю підтюпцем							
25	Я опираюся на свої духовні переконання або на свою життєву філософію							
26	Я розповідаю або слухаю жарти і смішні історії							
27	Я шукаю людей, з якими можна провести час, нічим особливо не займаючись							

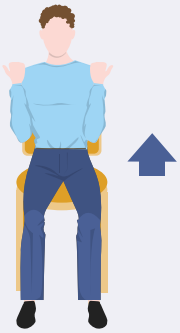
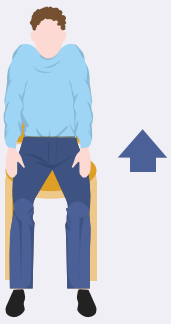
28	Я переглядаю спортивні змагання, фільми або читаю книги, уявляючи себе на місці дійових осіб							
29	Я зважую всі можливі варіанти вирішення проблеми і, якщо це можливо, обираю найкращий з них							
30	Я намагаюся постійно займатись якоюсь фізичною діяльністю							
31	Моє кредо: «Те, що не вбиває мене, робить мене сильнішим»							
32	Я даю вихід своїм емоціям							
33	Я пишу листи та е-мейли до друзів, сподіваючись, що вони дадуть відповідь							
34	Я мрію, думаю про кращі часи, уявляючи собі їх							
35	Я намагаюся знайти вирішення проблеми у найкращий спосіб з тих, які знаю, обмірковуючи кожен з них							
36	Я виходжу з дому або намагаюся бути активним (-ною) для того, щоб позбутися надлишку енергії							

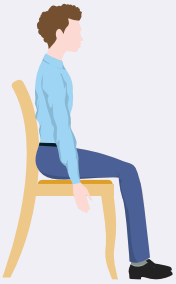
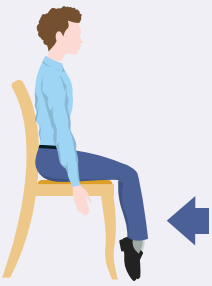
Опрацювання результатів

Підраховується сума балів у кожному стовпчику.

B	A	S	I	C	Ph
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36

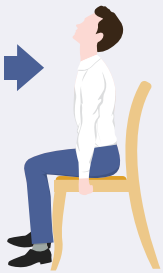
Що більша сума балів, то краще розвинута відповідна стратегія. B – віра, переконання, цінності; A – емоції, почуття; S – соціальні зв'язки, соціальна підтримка; I – уява, мрії, спогади; C – когнітивні стратегії; Ph – тілесні ресурси, діяльність.

	НАПРУЖЕННЯ	РОЗСЛАБЛЕННЯ
		
«КУЛАКИ»	Стисніть пальці в кулаки	Розслабте долоні
		
«ПЛЕЧІ»	Напружте руки, зігніть у ліктях, доторкніться стиснутими кулаками до плечей	Опустіть руки, розслабте долоні
		
«ЧЕРЕПАХА»	Підніміть плечі, втягніть голову	Опустіть плечі, розслабтеся

	НАПРУЖЕННЯ	РОЗСЛАБЛЕННЯ
«ПТАШКА»	 Відведіть плечі назад, напружте лопатки	 Опустіть плечі, розслабтеся
«ПРАСКА»	 Сядьте на стілець, витягніть ноги паралельно підлозі. Напружте ступні, тягніть носки на себе	 Опустіть ноги на підлогу, розслабтеся
«ЗАЗЕМЛЕННЯ»	 Сядьте на стілець, опустіть ступні на підлогу. Напружте ступні, поставте кінчики пальців, навшпиньки	 Опустіть ноги на підлогу, розслабтеся

«ШИЯ»

Плечі тримайте прямо. Вправу виконуйте повільно без різких рухів

НАПРУЖЕННЯ	РОЗСЛАБЛЕННЯ
	
Сядьте на стілець, напружте шию, нахиліть голову вниз. Намагайтеся дістати підборіддям до грудей	Підніміть голову, опустіть плечі, розслабтеся
	
Підніміть голову і тягніться обличчям догори, ніби намагаєтеся підборіддям дістати до неба	Опустіть голову, опустіть плечі, розслабтеся
	
Нахиліть голову вправо/вліво, намагайтеся правим вухом дістати правого плеча	Опустіть голову, опустіть плечі, розслабтеся

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Аналітичний звіт за результатами операційного дослідження «Оцінка ефективності програм профілактики ВІЛ в пенітенціарних установах», 2009. URL: http://sociocon.org/uk/issledovaniya/monitoring/file11.html

2. Асшоер Крістоф. Як працювати з групами самодопомоги для тих, хто пережив психотравматичні події. URL: http://uzv.org.ua/yak-pratsyuvati-z-grupami-samodopomogi-dlya-tih-hto-perezhiv-psihotravmatichni-podiyi/

3. Біль фантомна // Медичний портал. URL: http://www.eurolab.ua/symptomsua/painua/51/

4. Блох: Введение в психотерапию. Под редакцией Сиднея Блоха. Издательство «Сфера». Амстердам-Киев. 280 с.

5. Бокатов В. Заметки после лекции Дитти Марчер (Дания), Киев, 1.04.2014. URL: http://bodynamic-2.by/zametki-posle-lekcii-ditti-marcher-daniya-kiev-1042014

6. Бондаренко Н. Б. Супровід групи самодопомоги осіб, які мають проблеми психічного здоров'я. Наукові записки НаУКМА. Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота. 2015. Т. 175. С. 58–60. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NaUKMApp_2015_175_12

7. Браун А. Групповая работа в Великобритании // Практика социальной работы. Київ, 1996. С. 52–68.

8. Брей Р. Как жить в согласии с собой и миром? Москва, 1992.

9. Бріер Д., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.

10. Вайнола Р. Х. Технологізація соціально-педагогічної роботи: теорія та практика : навч. посіб. / за ред. проф. С. О. Сисоєвої. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2008. 134 с. С. 14–20.

11. Вайтхед М. Консультирование человека в состоянии горя: модель помощи // Психология зрелости и старения. 2002. № 1.

12. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію / пер. з англ. Я. Кремінської. Львів : Свічадо, 2014. 420 с.

13. Военная психология: методология, теория, практика. Учебно-методическое пособие. Москва, 1996. 232 с.

14. Волкан В., Зинтл Э. Жизнь после утраты. Психология горевания. Москва : Когито-Центр, 2014.

15. Всемирная организация здравоохранения (2014). Первая психологическая помощь: руководство для работников на местах. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/45/9789244548202_rus.pdf

16. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.

17. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського Католицького Університету, 2016. 96 с.

18. Гостра реакція на стрес // Бібліотека «Здоров'я в Україні». URL: http://www.dovidnyk.org/dir/25/136/1432.html.

19. Гриценок Л. І. Методика моніторингу та результати дослідження ставлення молоді до здорового способу життя (на прикладі Програми «Сприяння просвітницькій роботі «рівний-рівному» серед молоді України»): метод. рек. / АПН України, Укр. наук.-метод. центр практ. психології і соц. роботи. Київ : Ніка-Центр, 2008. 116 с.

20. Групи самодопомоги (self-help groups) // Психологічна енциклопедія – grou-dan. URL: http://enc.com.ua/psixologichna–enciklopediya/grou-dann/107650-grupisamodopomogiself-helpgroups.html

21. Группы само- и взаимопомощи для людей, уязвимых к ВИЧ. Киев : МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2013. 68 с.

22. Дашкина М. Е. Основы групповой работы с детьми, переживающими утрату близких: на основе опыта Великобритании // Практична психологія та соціальна робота: науково-практичний та освітньо-методичний журнал. 2003. № 10. С. 40–42.

23. Демкин А., Дорофеев И. Концепция первой психологической помощи при профессиональном дистрессе сотрудников правоохранительных органов. URL: www.town812.ru/psichologicheskaya-pomosh.shtml

24. Дитяча та юнацька психотерапія. Теорія і практика в сучасних наукових дослідженнях / За заг. ред. Г. Католик. Колективна монографія. Львів : Астролябія, 2012. 312 с.

25. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації. Київ; Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014.

26. Довідник учителя початкової школи: допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту / Н. В. Пророк, О. В. Бурлака та ін. / за ред. Н. В. Пророк. Слов'янськ : ПП «Канцлер», 2016. 108 с.

27. Заверико Н. В. Групи взаємодопомоги в системі соціально-педагогічної роботи з населенням // Вісник Запорізького національного університету: збірник наукових праць. Педагогічні науки. Запоріжжя : Запорізький нац. ун-т., 2011. С. 25–129.

28. Зимівець Н. В. Використання методу «рівний-рівному» при організації просвітницької роботи у виховних колоніях для неповнолітніх / Активні методи просвітницької діяльності у профілактиці ВІЛ/СНІДу та ризикованої поведінки: посіб. для спец. приймальників-розподільників, притулків для неповнолітніх та виховних колоній / за заг. ред. Р. Х. Вайноли, Т. Л. Лях; авт.-упор. Безпалько О. В. та ін. Київ : ТОВ «ДКБ «РОТЕКС», 2007. С. 54–59.

29. EMDR. Подолання наслідків психотравми. Практичний посібник / за ред. Арне Гофмана. Львів : ТзОВ Видавництво «Свічадо», 2017. 259 с.

30. Інститут оздоровлення і відродження народів України. URL: http://www.potopalsky.kiev.ua/ua/index.html

31. Интервью Стефана Поджерса о его поливагальной теории. URL: https://vlada-nat.livejournal.com/132305.html

32. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие. СПб. : Речь, 2012. 448 с.

33. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Е. Купер / под ред. Дж. Е. Купера. К. : Сфера, 2000. 464 с.

34. Карпович К. Многомерная модель BASIC Ph в психологической практике. URL: https://www.b17.ru/article/16382/

35. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ : Унів. вид-во Пульсари, 2017. 216 с.

36. Комісія УГКЦ у справах душепастирства охорони здоров'я. Перша психологічна допомога. Львів: Друкарські куншти, 2015. 184 с. URL: http://patriotdefence.org

37. Комплексная реабилитация лиц, переживших пытки. Создатель и разработчик программы: Тина Пёеар. Октябрь, 2005. URL: https://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/05/Content_Manual_RusV.pdf

38. Кондратенко Л. О., Манилова Л. М., Чекстере О. Ю. Вплив психологічного стресу, викликаного гібридною війною в Україні, на професійні спроможності педагогів // Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools. 2016. № 1 (13). С. 275–284 URL: http://orcid.org/0000–0003–4037–9652 275

39. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. URL: zakon.rada.gov.ua/go/1018-2017-р

40. Крахмалев А. В, Кучер А. А. Боевая психическая травма: причины, проявления, первая помощь. URL: http://kiev-security.org.ua/box/13/79.shtml

41. Крок за кроком: профілактична робота громадських організацій в установах виконання покарань». Посібник. URL: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/stepbystep/pdf/stepbystep.pdf

42. Крок за кроком: тренінговий модуль з підготовки волонтерів в установах виконання покарань. URL: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2011/module.pdf

43. Крукович Е. И., Ромек В. Г. Кризисное вмешательство: учеб.-метод. пособие. Минск : ЕГУ, 2003. 92 с.

44. Кутько И. И., Панченко О. А., Линев А. Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у перенесших вооруженный конфликт. Клиническая динамика, диагностика, лечение и реабилитация. URL: http://www.umj.com.ua/article/93343/posttravmaticheskoe-stressovoe-rasstrojstvo-u-perenesshix-vooruzhennyj-konflikt-klinicheskaya-dinamika-diagnostika-lechenie-i-reabilitaciya

45. Кюблер-Росс Элизабет. О смерти и умирании. Москва : София, 2001. URL: http://www.e–reading.club/bookreader.php/94233/Kyubler–Ross__O_smerti_i_umiranii.html

46. Линдеманн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты / под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. Москва : МГУ, 1984. С. 212–220.

47. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. Москва : Изд-во Эксмо, 2005. 960 с.

48. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуаціях. Москва, 2010. 529 с.

49. Медсанбат: бойовий стрес. URL: http://www.medsanbat.info/medsanbat-boyoviy-stres/

50. Меновщиков В. Ю. Робота с кризисными и проблемными ситуаціями. Москва : Смысл, 2005.

51. Меняйло В. Ю. Психологическое консультирование. Работа с кризисными и проблемными ситуациями. Москва : Смысл, 2002.

52. Методичні рекомендації по проведенню тренінгу-курсу для підлітків з питань просвітницької роботи щодо здорового способу життя. Київ : Навчальна книга, 2002. 47 с.

53. Міжнародний семінар по оцінці програм «Рівний навчає рівного» у країнах Центральної й Східної Європи, Співдружності Незалежних Держав і Балтійських країнах: Робочі матеріали. Юрмала, 1999.

54. Мінімальний державний стандарт психологічної підтримки і супроводу сім'ї // Збірник державних стандартів соціальних послуг з реабілітації/абілітації інвалідів, дітей-інвалідів та осіб з розумовою відсталістю. Рекомендовано Методичною радою з питань реабілітації інвалідів та дітей-інвалідів при Міністерстві праці та соціальної політики України. Протокол № 5 від 28.05.2008 р.

55. Міноборони придумало, як подолати алкоголізм в АТО / НТВ. 8.07.2016. URL: http://nv.ua/ukr/ukraine/politics/minoboroni–pridumalo-sposib-jak-poboroti-alkogolizm-v-ato-143321.html

56. Місія Peer-To-Peer мережі Саркома Альянс. URL: http://sarcomaalliance.org/peer-to-peer/

57. МКБ 10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра. URL: http://mkb-10.com/index.php?pid-4257

58. Мобільна психологічна допомога. Канадсько-українська фундація. URL: http://psy-service.org

59. Мороз А., Цыганков В. Исцели меня, Господи: преодоление патологических зависимостей. Москва : изд. «Смирение», 2015. 352 с.

60. Моховиков А. Н., Дыхне Е. А. Кризисы и травмы. Методические материалы к учебному курсу «Теория и практика гештальт-терапии». Москва, 2011.

61. Мультидисциплінарний підхід у наданні послуг. URL: https://stud.com.ua/48100/sotsiologiya/mizhdistsiplinarne_vzayemodiya_multidistsiplinarniy_pidhid_nadanni_poslug

62. Мюллендер О. Самокерована групова робота: діяльність користувачів з метою насна-ження / пер. С. Пархоменко. Амстердам, Київ : АПУ, 1996. 176 с.

63. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / пер. з англ. Діана Бусько; наук. ред. Катерина Явна. (Серія «Сам собі психотерапевт»). Львів : Видавництво Українського католицького університету, 2014. 120 с.

64. Надання медико-соціальних послуг дітям та молоді на основі дружнього підходу: Методичні рекомендації / О. А. Голоцван, С. І. Осташко, О. М. Мешкова та ін. Київ : Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), 2008. 179 с.

65. Найдьонов М. І. Психологія травмівних ситуацій. Презентація онлайн. URL: science.radioritual.ru/5957669472195397.html

66. Онлайн-інструмент з організації груп самодопомоги / Ресурсний центр ГУРТ, 2013. URL: http://tools.gurt.org.ua/tools/selfhelp

67. Первая психологическая помощь: руководство для работников на местах. Всемирная Организация Здравоохранения, 2014. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/45/9789244548202_rus.pdf

68. Перша психологічна допомога. Керівництво щодо роботи. Львів : Видавництво «Друкарські куншти». 2015.

69. Погодин И. А. Суицидальное поведение: психологические аспекты учеб. пособие. Москва : Флинта: МПСИ, 2008.

70. Попович Л. Жестокое обращение и пытки, последствие и помощь. Москва, 2010. 88 с.

71. Потенціал волонтерства та лідерства у здійсненні профілактики ВІЛ та ризикованої поведінки на базі професійно-технічних навчальних закладів : навч.-метод. посібник // Журавель Т. В., Лях Т. Л., Спіріна Т. П. та ін.; за ред. Т. В. Журавель, Т. Л. Лях. Київ : ФОП Буря О. Д., 2014. 224 с.

72. Програма факультативного курсу «Сприяння просвітницькій роботі «рівний-рівному» серед молоді України щодо здорового способу життя»: навч.-метод, посіб. / Н. О. Лещук, Ж. В. Савич. Київ : Наш час, 2007. 52 с.

73. Пророк Н. В., Кондратенко Л. О. Психологічні особливості роботи вчителя початкової школи з дітьми, постраждалими внаслідок бойових дій // Досвід України та країн Європейського Союзу у вирішенні актуальних проблем психології в сучасних соціально-політичних умовах: збірник наукових статей / за ред. С. Д. Максименка та ін. Київ-Люблін : Ін-т. психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, Інститут Наук про Родину і Працю Соціальну Католицького Університету Любліна Яна Павла II, 2016. С. 105–110.

74. Просвещение по методу «равный-равному» и ВИЧ/СПИД. Концепции, применение и проблемы. ЮНЭЙДС. Женева. 2006. 207 с.

75. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : ТОВ Видавництво «Логос». 207 с.

76. Психологія поведінки на війні: практичний порадник. Навчальний посібник / за заг. ред. В. І. Осьодла. Київ : НУОУ, 2014. 125 с.

77. Ресурсний центр ГУРТ, 2013. URL: http://www.gurt.org.ua/

78. Решетников М. М. и др. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия // Психологический журнал. Москва, 1989. Т. 10. № 4. URL: http://www.aquarun.ru/psih/extrem/extrem7.html

79. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. Москва : Прогресс-Универс, 1994.

80. Родинне коло. Сторінка у ФБ. URL: https://www.facebook.com/rodynnekolo/posts/548024198631439

81. Розенберг Маршалл. Язык жизни. Ненасильственное общение. София, 2009.

82. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf

83. Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуаціях. Санкт-Петербург : Речь, 2004.

84. Самодопомога: технологія соціальних змін. Посібник / Кол. авт.: Єжи Шмагалскі, Йоанна Маршал, Павел Йордан. Упоряд. Богдан Маслич. Ресурсний центр «Гурт». Київ : СПД Мартинова Ю. Я., 2008. 77 с. URL: http://gurt.org.ua/uploads/news/2009/01/13/samodopomoga.pdf

85. Самоактуализированные люди: исследование психологического здоровья (Маслоу). URL: https://www.psychologos.ru/.../samoaktualizirovannye-lyudi.

86. Сельє Ганс. Стрес без дистресу. Недільні нотатки. URL: www.notabe.net/hans-selje-stres-bez-dystresu-zavershennya.html

87. Сильверман Ф. Р. Группы взаимной помощи // Энциклопедия социальной работы в 3-х тт. Москва : Центр общечеловеческих ценностей, 1996. Т. 1. С. 158–179.

88. Смычёк В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Минск : Юнипак, 2005. 420 с.

89. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. Москва : Когито-центр, 2005.

90. Старшенбаум Г. В. Формы и методы кризисной психотерапии. Метод. рек. Москва, 1987. URL: www.medpsy.ru/library/library164.pdf

91. Сыропятов О. Г. Медико-психологическое сопровождение специальных операций. Издательство Litres, 2013. 270 с.

92. Тренінг післятравматичного росту «Серце воїна». URL: https://www.facebook.com/events/1676486462621257

93. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. Available at: http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_ 121_ PTSR/2016_121_ YKPMD_PTSR. doc (accessed: 01.03.2016)

94. Хэнсон Хайди. 21 способ помочь человеку с ПТСР. URL: https://www.b17.ru/article/69447/

95. Царенко Л. Г. Екстремальні чинники розладів адаптації у військовослужбовців, які беруть участь в антитерористичній операції // Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції: матеріали міжвідом. наук.-практ. конф. (Київ, 30 березня, 2016 р.): у 2 ч. / Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2016. С. 220–223.

96. Царенко Л. Г. Принципи реабілітації учасників антитерористичної операції // Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції: матеріали міжвідом. наук.-практ. конф. (Київ, 26 травня 2016 р.) / Міністерство оборони України, Нац. ун-т оборони України ім. Івана Черняховського. Київ : НУОУ, 2016. С. 358–360.

97. Царенко Л. Г. Психологічна допомога військовослужбовцям в екстремальних ситуаціях // Перспективні питання психології: зб. наук. праць: за матеріалами Всеукраїнської міжвузівської науково-практичної інтернет-конференції «Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєздійснення» (Слов'янськ, 21 січня 2016 р.) / ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет». Слов'янськ : Вид-во Б. І. Маторіна, 2016. Вип. 1. С. 276–290.

98. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів. Уроки життя крізь призму страждань. Київ : «Здоров'я», 2005.

99. Щербак К. П. Боевой стресс и его психологические последствия. URL: www.scienceforum.ru/2013/300/6667

100. Эдсит Крис. Боевые травмы: Руководство по выздоровлению. Христоцентричное решение боевой травмы. Чернигов : In Lumine Media, 2015. 168 с.

101. Ягупов В. Військова психологія: підручник. Київ : Тандем, 2004. 656 с.

102. CNVC Founder Marshall Rosenberg's Response to the Events of September 11.2001 «Retaliation will not bring lasting Safety and Peace!» September 27. 2001. URL: http://www.openkhata.org/

103. Munn-Giddings C. Mutuality and Movement: An Exploration of the Relationship of Self Help/Mutual Aid to Social Policy : PhD thesis / C. Munn–Giddings. – Loughborough : Loughborough University, 2003. 158 p.

104. Nonviolent Communication Companion Workbook: A Practical Guide for Individual, Group, or Classroom Study Paperback. – September 1, 2003.

105. Wilson J. How to Work with Self Help Groups: Guidelines for Professionals / J. Wilson. – Aldershot, Hants, England : Arena, 1995. – 164 p.

106. WWU.Серце Воїна // Цензор.Нет. URL: http://censor.net.ua/blogs/2016/uchasnik_trenngu_quotsertse_vonaquot_andryi_sinyakov

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

ЦАРЕНКО ЛЮДМИЛА ГРИГОРІВНА – старший науковий співробітник лабораторії психодіагностики та науково-психологічної інформації Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Психолог, учасник бойових дій.

ВЕБЕР ТОМАС – магістр, психолог, психотерапевт. Директор Інституту нейропсихотерапії (м. Відень, Австрія). Міжнародний тренер із травмафокусу.

ВОЙТОВИЧ МАРІЯ ВОЛОДИМИРІВНА – науковий співробітник лабораторії психофізіології Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

ГРИДКОВЕЦЬ ЛЮДМИЛА МИХАЙЛІВНА – кандидат психологічних наук, завідувач кафедри психології Київського інституту бізнесу та технологій.

ГРИЦЕНОК ЛЮДМИЛА ІВАНІВНА – науковий співробітник Інституту проблем виховання НАПН України.

КОЧУБЕЙ ВІКТОРІЯ АНАТОЛІЇВНА – керівник центру «РОДИННЕ КОЛО».

Follow OSCE Project Co-ordinator in Ukraine



Україна, 01030, Київ,
вул. Стрілецька, 16
info-pcu@osce.org
www.osce.org/ukraine

ОБСЄ Організація з безпеки та співробітництва в Європі
Координатор проектів в Україні