

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ ЦЕНТР
ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ І СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Музиченко І.В.

Ткачук І.І.

**ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ДИТЯЧОЇ
ПСИХОТРАВМИ В ДІЯЛЬНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ
ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ**

Методичні рекомендації

Київ
УНМЦ
практичної психології і соціальної роботи
2017

УДК 159.922.7:159.96

ББК 88.374+88.4

М89

*Рекомендовано до друку Вченою радою Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи НАПН України
(протокол № 4 від 25.05.2017 р.)*

Рецензенти:

Т.Д. Ілляшенко - кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник лабораторії методичного забезпечення психолого-медико-педагогічних консультацій УНМЦ практичної психології і соціальної роботи;

Н.В. Лунченко - науковий співробітник лабораторії прикладної психології освіти УНМЦ практичної психології і соціальної роботи.

М89 Музиченко І. В.

Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби : [метод. рек.] / Музиченко І.В., Ткачук І.І. - Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. - 88 с.

ISBN 978-617-7118-26-7

Методичні рекомендації присвячено розгляду питань теоретико-прикладного характеру, які стосуються психологічної травми. Проаналізовано її види, чинники та реакції, які вона викликає. Надано методичні рекомендації щодо подолання дитячої психотравми. В основу методичних рекомендацій покладено праці вітчизняних та зарубіжних психологів, які займалися дослідженням цієї проблеми.

Методичні рекомендації можуть бути використані практичними психологами, викладачами психології, студентами вищих навчальних закладів, які навчаються за спеціальністю «Психологія» та фахівцями у галузі психології.

УДК 159.922.7:159.96

ISBN 978-617-7118-26-7

© УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ I. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ (Музиченко І.В.).....	6
1.1. Психологічна травма як наслідок пережитої людиною психотравмуючої ситуації.....	6
1.2. Психологічні особливості дитячого та підліткового суїциду.....	17
РОЗДІЛ II. ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ НА ОСОБИСТІТЬ (Ткачук І.І.).....	28
2. 1 Психологічна та соціально-педагогічна допомога дітям і підліткам, які пережили психотравму.....	28
2. 2. Психологія переживання дітьми горя, як особливого виду психотравми.....	53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	62
ДОДАТКИ	69
ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ	87

ВСТУП

Проблема подолання дитячої психотравми є актуальною та своєчасною для українського суспільства. Події останніх років показали, що найвразливішою категорією населення до суспільних потрясінь є діти. Психотравма є небезпечною тим, що руйнує уявлення дитини про життя, його цінності та ідеали. В результаті травми в особистості різко змінюється звична картина світу, зникає довіра до нього, деформується система відносин з оточуючими людьми, зникає довіра до дорослих, втрачається позитивна перспектива на майбутнє. Тому видається нагальною проблема подолання дитячої психотравми. Методичні рекомендації «Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби» спрямованні на допомогу у роботі практичних психологів, педагогічних та соціальних працівників.

Рекомендації складаються з двох розділів. Перший розділ присвячено психологічним особливостям психотравмуючих ситуацій. Розглядаються критерії визначення психотрами, аналізуються види травматизації, фактори розвитку та ознаки психотрами. Особливе місце у роботі відведено особливостям дитячої психотравми. А також проаналізовано методи надання психологічної допомоги дітям.

Висвітлено питання дитячого та підліткового суїциду як реакція на травмуючу подію. Охарактеризовано структуру суїцидальної поведінки дітей та підлітків. Значна увага зосереджена на причинах вчинення акта самогубства. Надано методичні рекомендації психологам, батькам, педагогічним та соціальним працівникам.

Другий розділ присвячено особливостям впливу психотравмуючих ситуацій на особистість. Розглянуто засоби

психолого-педагогічної допомоги дітям, які пережили психотравму. Представлено рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги особам, які зазнали психічного травмування. Визначена мета, представлені принципи і завдання, розкрито форми і методи психолого-педагогічної допомоги дітям, які пережили психотравму. Охарактеризовано процес терапії посттравматичного стресового розладу у людини.

У другому розділі також висвітлено питання переживання дітьми горя, як особливого виду психотравми. Визначено етапи переживання горя людиною, охарактеризовано особливості проходження цих етапів дитиною, розглянуто вікові особливості переживання горя дітьми.

РОЗДІЛ І ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ

1.1. Психологічна травма як наслідок пережитої людиною психотравмуючої ситуації

У житті людина хоча б один раз опинялись у ситуації, яка викликала за собою психологічну травму. Це могла бути втрата близької людини, аварія, землетрус, війна чи психотравмуюча ситуація, яка мала місце ще в ранньому дитинстві, та справила значний вплив на становлення особистості. Крім того, події, які останнім часом відбуваються в нашій державі, впевнено можна назвати травмуючими. Певна частина таких людей змогла самотійно та успішно вийти з психотравмуючої ситуації, користуючись допомогою власних внутрішніх ресурсів та часу. Але для інших вплив психотравми виявився настільки сильним та нездоланим, що викликав дисгармонію, розлад у психологічному стані особистості.

Подолання психологічної травми не нова для психологічної науки. Існує велика кількість різноманітних досліджень, присвячених наслідкам перенесеної людиною психічної травми (А. Аллен, С. Блум, І. Борднік, А. Венгера, Д. Джонсон, В. Дубровіна, С. Ільїна, О. Лазебна, Н. Лисіна, Т. Магомед-Емінов, М. Мазур, Л. Михайлова, Я. Овсяннікова, М. Падун, Ю. Семенова, Д. Сміт, І. Мамайчук, Н. Тарабрїна, М. Решетніков, К. Хорні, К. Флейк-Хопсон, В. Фруе та ін.). Зазначимо, що дослідження психічної травми бере початок з психоаналітичних розвідок (З. Фройд, А. Фройд, Х. Хартман, Б.-Д. Фурст та ін.). Проте ґрунтовні дослідження психічної

травми стали з'являтися після завершення Другої світової війни (В. Бондарев, С. Давиденков, Ф. Іванов, А. Синенченко, В. Шамрей, А. Чудиновских, М. Фрідман та ін.). У вітчизняній психологічній науці проблеми психічної травмизації стали активно вивчатись після трагедії, яка відбулась на Чорнобильській АЕС (В. Лисенко, С. Яковенко). Також все більше уваги приділяється питанням психотравми у людей, які постраждали від надзвичайних ситуацій різного походження [5, 9, 12, 21, 25, 27, 29].

Зазначимо, що у науковій літературі вчені використовують поняття психічної та психологічної травм. У нашій роботі ми також будемо вживати ці два поняття. Крім того, нині у вітчизняній психології мова йде про здатність особистості уникати психічних травм як вияв психологічної гнучкості, уміння ефективно вирішувати потенційно травматичні життєві проблеми, здатність адаптуватися передбачати, вгадувати, інтуїтивно прогнозувати можливі психотравмуючі впливи навколишнього середовища і вчасно вживати відповідних заходів (Т. Яценко, В. Романовський та ін.). Для визначення психотравми, як правило, йдуть по одному з двох шляхів: або визначають травму через події, які її викликають, а також через певні емоції, переживання, викликані цією подією, або через наслідки, які проявляються через певний час.

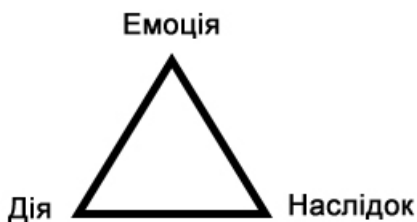


Рис. 1.1. Визначення психотравми

Практика роботи з психотравмою дає змогу говорити про види травмизації: пряму й опосередковану травмизації.

Пряма травматизація – це критична подія, яка стосується особи, і пригнічує її здатність контролювати ситуацію, а також ставить під сумнів поняття безпеки, уміння і значення. Опосередкована травматизація – це критична подія, яка стосується клієнта, породжує травматичні наслідки для рятувальників і соціальних працівників, які мають своє коріння в характері події або в передачі емоцій [12, с. 382].

Можемо виділити первинну травматизацію (коли людина була безпосереднім учасником або свідком події) і вторинну травматизацію (коли людина перетворилася на свідка події через розповіді інших людей, перегляд хроніки подій, читання газет і т.д.). Останнім часом така вторинна травматизація привертає все більше уваги. Вторинна травматизація часто спостерігається серед телеглядачів при неадекватних діях засобів масової інформації після аварій, терористичних актів і т.д. Вторинна травматизація характеризується «травмою уяви», коли людина «придумує» собі можливу травмуючу подію, і потім реагує на неї як на реальну травму. Зазвичай така реакція менш сильна, ніж реакція на реальну подію.

Крім фізичної загрози не менш травматичні можуть бути події, що викликають у людини розрив уявлень про себе і ситуацію, в якій можливе її існування. В основному це можуть бути події, пов'язані з приниженням або з позбавленням надій на майбутнє. Таким чином, переживання психологічної травми – це процес, що виникає внаслідок впливу на людину події, що включає об'єктивну або суб'єктивну загрозу життю або фізичної та психічної цілісності [53, с. 263].

Згідно керівництву з діагностики та статистики психічних розладів DSM-III вказується, що психотравма підтверджується, коли подія:

- 1) несподівано і явно перебуває за межами повсякденного досвіду людини;
- 2) стійко переживається людиною;
- 3) здатна викликати стійке уникнення стимулів, пов'яза-

них з травмою, або заціпеніння загальної чутливості;

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

Тобто визначення поняття психотравми відбувається через наслідки події.

Психологічна травма – це емоційна дія, яка викликала психічний розлад; нервові потрясіння; шкода, нанесена психічному здоров'ю людини в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або гостроемоційних, стресових впливів інших людей на її психіку.

Таким чином, психотравма визначається через тріаду явищ: певну емоційну дію, переживання, які вона викликала, та результат, або наслідок.

Враховуючи зазначене вище, можна виділити фактори розвитку психотравми:

- 1) характер (вид) психотравмуючої ситуації;
- 2) швидкість і сила впливу психогенного фактора;
- 3) значеннєвий зміст психотравми для особистості;
- 4) психологічні особливості особистості.

Психотравма характеризується тим, що змінює звичний спосіб життя людини (наприклад, неможливо підтримувати колишній рівень життя після банкрутства, або ж вести колишній активний спосіб життя після втрати кінцівок в автотранспорті). Ще однією істотною ознакою психотравми є переживання людиною жаху і одночасно безпорадності, безсилля перед подіями, що відбулися. Руйнівна сила психічної травми залежить від індивідуальної значущості травмуючої події для людини, ступеня її психологічної захищеності (сили духу) і стійкості до ударів долі.

Оскільки чітких критеріїв психотравми не має, дослідники виділяють основні її ознаки, які представляються як наявність події, яка оцінюється як сильний удар. Це може бути:

1) Несподівана втрата дуже дорогої людини, для дитини – це може бути несподіване розлучення батьків (за наявності

дуже тісних емоційних зв'язків з обома); нав'язливість спогадів (людина, що одержала психотравму знову і знову повертається до пережитого, не може про це не думати, це згадується знову і знову). При цьому – люди, які не знають, чим себе зайняти, постійно займають себе спогадами, для них це природний спосіб життя. А люди зі звичкою до негативного світосприйняття все сприймають через призму негативу без всяких психотравм.

2) Залучення. Людина не розділяє себе і ситуацію, яка призвела до психотравми, не може від неї дистанціюватися, подивитися на подію спокійно, з боку. Сприймає все особисто, думаючи про ситуацію людина думає про себе і навпаки. При цьому – багато хто живе так постійно, у них в принципі немає звички розглядати ситуацію, з боку.

3) Серйозні труднощі в звичайному душевному функціонуванні, зупинка розвитку особистості.

4) Схильність реалізовувати життєві сценарії, спрямовані на само-руйнування (схильність до суїциду, алкоголізм, наркотики) [53, с. 261-262].

Психологічна травма є результатом перебування людини в певній ситуації, яку можна визначати як психотравмуючу.

Психотравмуюча ситуація – це ситуація, зумовлена впливом природних, соціальних, інформаційних, особистісних та інших чинників на людину, яка супроводжується зростанням психологічного напруження, порушенням механізмів адаптації, частковим або повним руйнуванням психологічного світу особистості.

У той же час, важливо зазначити, що психотравмуючі ситуації, які переживає особистість, критичні моменти зміни її внутрішнього світу, найчастіше пов'язані з напруженими і глибокими переживаннями, що розширюють її емоційний досвід і можуть призвести до нового етапу розвитку, або, навпаки, до деградації. Часто горе стає поштовхом до переосмислення людиною свого життя. Запитуючи «За що мені

це?», людина намагається віднайти у пам'яті всі свої гріхи, оплакує їх і розкаюється в них. Через сльози та каяття приходить катарсис – очищення душі.

Необхідно відмітити, що важче людина переносить психотравмуючі ситуації, пов'язані з кримінальними діями над нею чи її близькими, оскільки вони стосуються насильства людини над людиною, посягають на честь і гідність особистості. Легше людиною переносяться масові психотравмуючі ситуації, оскільки вона відчуває підтримку групи чи цілого народу, з яким проживає одне випробування. Переживання у такому випадку ніби діляться між усіма, не заповнюючи особистість цілком та повністю.

Психотравмуюча ситуація характеризується суб'єктивністю та можливістю віддаленості в часі її наслідків.

Суб'єктивний характер психотравмуючої ситуації означає, що та подія, яка для однієї людини матиме психотравмуючі наслідки, для іншої пройде безслідно. Це вказує на те, що ситуація, яка сталася, не має особливого значення для людини, не несе у собі особистісного змісту для неї.

Віддаленість наслідків психотравмуючої ситуації в часі означає, що вони наступають не завжди відразу ж після її настання. Відомий американський психолог, психотерапевт Пітер Левін, який понад 30 років свого життя присвятив вивченню стресу та психологічної травми, наводить приклад зі своєї практики. «П'ятирічний Джон з гордістю їде на своєму першому велосипеді, наїжджає на камінь, падає і вдаряється об дерево. На короткий час він втрачає свідомість. Коли, весь у сльозах, він піднімається, то насилу орієнтується і відчуває себе не зовсім звичайно. Батьки обіймають, втішають сина і садять назад на велосипед, хвалячи його за хоробрість. Вони не розуміють, наскільки він приголомшений і переляканий. Через роки після швидко забутої події Джон, керуючи машиною, в якій їдуть його дружина і діти, повертає у сторону, щоб уникнути зіткнення із зустрічним автомобілем, і завмирає у

процесі повороту. На щастя, іншому водієві вдається успішно зманеврувати й уникнути зіткнення. Вранці, кількома днями пізніше, Джон впадає в стан занепокоєння, добираючись на машині до роботи. Серце скаженно б'ється, руки холонуть і стають вологими. З'являється відчуття, що на нього чекає небезпека, він хоче вискочити з машини та побігти. Серед ночі прокидається наляканий і пригадує сон, в якому автомобіль перестає його слухатися. За цією першою настали інші, не менш неспокійні ночі. Таким чином, Джон переживає відстрочену реакцію на подію з велосипедом, що трапилася з ним у дитинстві» [57].

П. Левін вказує, що принаймні у 75 % його клієнтів симптоми психотравми не виявлялися протягом досить тривалого часу. У більшості людей вони виникають через 6-18 місяців після події; у інших же прихований період може тривати роками та навіть десятиліттями. В обох випадках ці реакції нерідко запускаються незначними подіями [57].

Зрозуміло, не кожна подія викликає відстрочену травматичну реакцію. Деякі з них проходять безслідно, але інші, в тому числі ті, які розглядалися як незначні та давно забуті епізоди дитинства, можуть мати серйозні наслідки. Подія має або не має наслідків залежно від того, як людина її переживала в момент, коли вона відбулася.

У психологічній літературі виділяють види психотравмуючих ситуацій за певними класифікаціями:

I. За тривалістю впливу:

1) шоківі психічні травми – пов'язані із загрозою життям та благополуччям людини, діючи безпосередньо на інстинкт самозбереження. До факторів цієї групи відносять неочікувані напади на людину, неочікуване падіння або травму (соматичну), різкий звук, наприклад сигнал поїзда чи автомобіля, неочікувану появу незнайомої людини чи великої тварини. На основі безпосередньої дії на інстинктивну і афективну сферу шоківі психотравмуючі фактори не усвідомлюються у

повній мірі та в наслідок швидкості дії не викликають свідомої обробки їх змісту і значення. Але, діючи певним чином на підсвідомість, вони здатні викликати різного роду фобії.

2) ситуаційні психічні травми – на відміну від шоккових, діють на більш високі, свідомі рівні психіки. Ситуаційні психотравмуючі ситуації можуть бути відносно короткочасними, хоча у той же час суб'єктивно сильними і значущими. До них відносяться: важка хвороба або смерть близької людини, розлучення, викрадення тощо.

3) хронічно діючі психотравмуючі ситуації – це такі, що впливають на людину постійно. Наприклад, затяжна важко виліковна чи невиліковна хвороба, власна або близької людини. Хронічну психотравму може переживати дитина, яка проживає у сім'ї, що схильна до алкоголізації чи сімейного насильства тощо. Тривала психотравмуюча ситуація поступово нарощує афективне напруження, на тлі якого незначна стресова подія за механізмом «останньої краплі» може призвести до гострої афективної реакції.

II. За причинами, які викликали психотравму:

- 1) стихійні лиха – повені, пожежі, землетруси;
- 2) дорожньо-транспортні катастрофи – на залізниці, в авто-, авіатранспорті;
- 3) техногенні катастрофи – переживання радіоактивного зараження або викиду токсичних речовин у результаті аварій або витоків на промислових об'єктах;
- 4) військові події – війна, облога;
- 5) кримінальні дії – сексуальне насильство, фізичні тури, викрадення, напад з метою пограбування, насильство в сім'ї;
- 6) втрата – здоров'я, близької людини чи цінного майна.

III. За масштабністю дії:

- 1) масові – ситуації, які переживає група людей чи цілий народ;
- 2) одиничні – ситуації, які переживає одна людина.

IV. За соціально-значущими наслідками:

1) вузько направлені – при яких страждає якийсь один параметр життя людини (наприклад, економічний);

2) багатопланової дії – при яких страждають різні параметри життя людини (соціальний престиж, можливість самоствердження, поваги оточуючих і близьких людей і т. п.);

V. За інтимно-особистісними наслідками:

1) біологічно значимі – призводять до втрати здоров'я (психосоматичних захворювань, неврозів);

2) особистісно значимі – призводять до зміни в структурі особистості (характер, спрямованість тощо) [28].

Особливо наголосимо на дитячій психотравмі. Її наслідки проявляються в різних сферах життєдіяльності дитини. На емоційному рівні: перша реакція на пережиту травму – страх, фобії. З часом у дітей можуть спостерігатися фобії спати на самоті, боязнь розлуки з дорослими, спостерігається емоційна нестійкість, зростає недовіра та підозріливість, пригнічений стан, тривожність, депресія.

На когнітивному рівні: погіршується концентрація, виключення уваги, порушення пам'яті (з'являється «дисоціативна fuga» – нездатність згадати минуле), затримка інтелектуального розвитку.

На поведінковому рівні: впертість, агресивність, ворожість та конфліктність до оточуючих людей, регресія (повернення до форм поведінки, яка характерна для більш раннього вікового періоду – втрачаються навички охайності, смоктання пальців), змінюється система відносин підлітка, зникають навички та вміння налагодження взаємовідносин з людьми, з'являється дезадаптація у спілкуванні та в поведінці [52, с. 195].

Якщо дитині не надати психологічну допомогу, її особистість починає формуватися з урахуванням хворобливих переживань. Як свідчить практика, у цьому разі дитина стає емоційно вибуховою, некеровано агресивною, мстивою,

підозрілою, замкнутою. Її ставлення до світу і оточуючих людей обтяжується болючим досвідом, а тому апріорі негативне. Часто у пошуках компенсації душевного болю дитина може мати девіантні форми поведінки. З іншого боку, в дитини розвивається комплекс «вимкненого тіла»: фізичний та емоційний біль породжують м'язовий панцир, дитина стає байдужою, цинічною.

Тому психологічна допомога повинна базуватись на емпатійності та співпереживанні, важливо розуміти почуття дитини і поступово виводити її з травматичного стану. У спілкуванні з дітьми необхідно демонструвати оптимізм, бо це допоможе дитині подолати свої страхи, впоратись з психологічною травмою.

При подоланні наслідків впливу психологічної травми у дітей психологу можна використати такі методи психологічної допомоги та психотерапії як арт-терапія, пісочна терапія, тілесна терапія, соматична терапія П. Левіна, екзистенціальна терапія І. Ялома тощо. Коротко охарактеризуємо деякі з них.

Дитяча арт-терапія – це ефективний спосіб психологічної допомоги, що базується на творчості та грі. Іншими словами, це – лікування творчістю. Арт-терапія ненав'язливо зцілює психіку, знайомить з навколишнім світом, що дозволяє побачити світ навколо себе прекрасним і гостинним. Вона пропонує дитині висловити свої емоції, почуття за допомогою ліплення, малювання, конструювання з природних матеріалів тощо.

Цінність арт-терапії полягає в тому, що це найбільш «м'який» метод роботи, контакту з важкими проблемами. Дитина часто може не говорити, або не може визнати свої проблеми, але результати ліплення, малюнків, конструювання дадуть психологу сигнал про проблему.

У занятті мистецтвом дуже важливо, щоб дитина відчувала свій успіх в цій справі. Якщо вона бачить, що має успіх

у виявленні і відображенні своїх емоцій, створенні унікальних виробів, малюнків, то до неї приходиться успіх у спілкуванні, а взаємодія зі світом стає конструктивнішою. Успіх у творчості в її психіці несвідомо переноситься і на звичайне життя. Саме тому техніки арт-терапії є ефективним методом у подоланні наслідків психологічної травми у дітей.

Пісочна терапія («sandplay») – ігри з піском) – одна з найбільш цікавих і перспективних методик психотерапії. Заснована на юнгіанському психоаналітичному підході, який вважає, що психіка людини володіє власним внутрішнім імунітетом і має в собі всі необхідні ресурси до самовідновлення після психологічних травм. Це стосується і дитини. Часто після потужної негативної події дитина може замкнутись у собі, не розповідати дорослим, що її турбує, адже часто маленьким дітям складно висловлювати свої думки словами. За допомогою пісочної терапії дитина вибудовує на піску власні внутрішні конфлікти, оскільки через гру дитина «програє» неприємні ситуації і просто знімає напругу.

Тілесна психотерапія є одним з основних напрямів сучасної практичної психології, її називають також соматичною психологією. Це синтетичний метод «зцілення душі через роботу з тілом», з відображеними в тілі переживаннями і проблемами людини. У тілесній психотерапії основна увага приділяється глибинним тілесним відчуттям і дослідженню того, як потреби і почуття кодуються в стані тіла, її кінцевою метою є розробка більш реалістичних підходів до розв'язання конфліктів, які пов'язані з цими потребами. Тілесна терапія звертається до глибинних взаємозв'язків психотелесних процесів, визнаючи при цьому рівну цінність тілесного і психічного компонентів, які беруть участь у становленні та життєдіяльності людини. Робота з тілом створює унікальні можливості для терапевтичного впливу «поза цензури свідомості», що дозволяє виявити справжні витоки проблем, отримати доступ до глибинних рівнів несвідомого, представленим в тілі.

Звичайно психотравма змінює звичний спосіб життя дитини та викликає переживання жаху і одночасно безпорадності, безсилля перед подіями, що відбулися. Важливою ознакою психотравмуючої ситуації є віддаленість наслідків в часі означає, що вони настають не завжди відразу ж після її настання. Тому надання вчасно психологічної допомоги є запорукою для гармонійного розвитку дитини.

1.2. Психологічні особливості дитячого та підліткового суїциду

Дитячий і підлітковий суїцид є зараз надзвичайно актуальною проблемою для України. За даними ВООЗ Україна увійшла до групи країн з високим рівнем суїцидальної активності (більше 20 самогубств на 100 тисяч населення), значна кількість яких є діти та підлітки. Насамперед, це пов'язано з тим, що діти дуже рано дорослішають і відповідно до своїх не за віком дорослих мрій хочуть самоствердитись, отримати більше від життя. Зрозуміло, що внаслідок різних причин зрозуміти й пристосуватися до дорослих проблем діти й підлітки ще не можуть. Тут дуже велику роль відіграє юнацький максималізм, і, на жаль, іноді діти, які не знаходять виходу з складної ситуації закінчують життя самогубством.

Основні концепції, що пояснюють суїцидальну поведінку, можна умовно поділити на три групи: соціологічну, психопатологічну та соціально – психологічну. У рамках соціологічного ходу декларується зв'язок між суїцидальною поведінкою та соціальними умовами (Е. Дюркгейм, В. Тихоненко). Так, Е. Дюркгейм вважав, що причиною суїциду є виключно соціальні причини. Вчений стверджував, що в соціумі існує суспільна свідомість, яка пропагує ідею самогубства. Оскільки, у людини немає сім'ї, дітей, роботи, то вона не приносить користі суспільству. Головна причина са-

моубийства за Е.Дюркгеймом – це самотність [14].

Другий психопатологічний підхід розглядає суїцид як прояв гострих або хронічних психічних розладів (А. Бачериков, Н. Марута, Е. Матузок, І. Явдак та ін.). Щодо соціально-психологічного підходу, він полягає у визначенні соціально-психологічних причин, що обумовлюють суїцидальну активність особи (А. Адлер, В. Лісова, К. Меннінгер, В. Москалець, В. Рибалка, Н. Фарбероу, Р. Федоренко, З. Фрейд, Е. Шнейдман та ін.).

Суїцид (від лат. вбивати себе) – навмисне самоушкодження зі смертельним фіналом. Замах людини на власне життя кваліфікують як самогубство за умови, що вона усвідомлює значення своїх дій і керує ними. У всіх інших випадках здійснення людиною дій, які завдають шкоди її психічному чи фізичному здоров'ю, кваліфікується як аутоагресивна поведінка або нещасний випадок.

Аутоагресивна поведінка (від грец. напад на себе) – специфічна форма особистісної активності, спрямована на завдання шкоди своєму соматичному здоров'ю. Розрізняють такі види аутоагресивної поведінки: суїцидальна поведінка – усвідомлені цілеспрямовані дії, метою яких є позбавлення себе життя; суїцидальні еквіваленти – неусвідомлювані дії та зумисні вчинки, які призводять до фізичного/психічного саморуйнування або самознищення, хоча на це не розраховані; несуїцидальна аутоагресивна поведінка – різні форми навмисних самоушкоджень, метою яких не є добровільна смерть, або реалізація яких безпечна для життя. Отже, суїцид є крайнім проявом аутоагресивної поведінки.

Суїцидальна поведінка – це думки про самогубство, бажання і наміри вбити себе, суїцидальні мотиви, відповідні емоційні переживання (туга, безнадія, тривога, почуття провини), а також конкретні вчинки, спрямовані на заподіяння собі смерті. У структурі суїцидальної поведінки виокремлюють внутрішню (психічну) та зовнішню (дієву) форми.

До внутрішніх форм суїцидальної поведінки зараховують: суїцидальні думки – міркування суб'єкта про відсутність цінності і сенсу життя, обґрунтування доцільності власної смерті, обмірковування способів і засобів самогубства; суїцидальні задуми – мисленнєві операції, в яких формується суїцидальний намір, обирається спосіб, визначаються засоби, час скоєння самогубства; суїцидальний намір – утворення із задумів і вольового рішення мотиваційний феномен, який пов'язує внутрішньо-психічну і зовнішньо-дієву складові вчинку самогубства.

Зовнішніми формами суїцидальної поведінки є: завершений суїцид – цілеспрямований вчинок самогубства, який мав летальний фінал та суїцидальна спроба (парасуїцид) – цілеспрямоване оперування засобами самогубства, яке внаслідок певних обставин не завершується смертю.

Структуру суїцидальної поведінки можна відобразити наступним чином (див. рис.1.2).

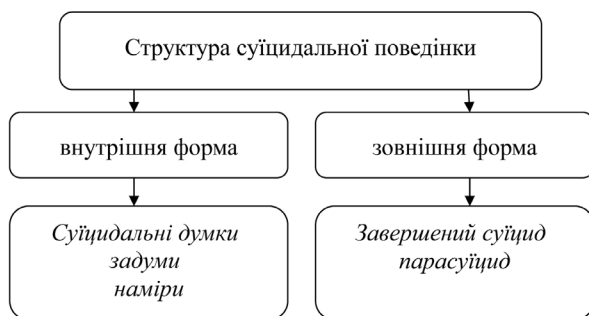


Рис. 1.2. Структура суїцидальної поведінки

Суїцидальна поведінка – це поведінка, що включає різні форми активності, які служать деструктивним засобом вирішення особистісних проблем в умовах конфліктної ситуації. Це прояв суїцидальної активності – думки, наміри, висловлювання, погрози, спроби. Суїцидальна поведінка будується

так, щоб суїцидальна спроба вдалася [51].

Якщо аналізувати дитячі суїциди, то частіше за все – це реакція на ситуацію: побили, в тому числі й батьки, отримав погану оцінку, різні форми булінгу тощо. Уявлення про цінність життя у дітей і підлітків абсолютно інше ніж у дорослих. Життєвий досвід у них дуже малий і обмежується часто враженнями від телевізійних фільмів, коли герої оживають або живуть в іншому вимірі і навіть намагаються втручатися в справжнє життя. Тому дуже багато хто з підлітків, які здійснюють самогубство, впевнені, що: 1) їх врятують; 2) якщо їх не врятують, то все одно вони будуть жити далі, тільки в іншій формі [46].

Суїцидальна поведінка підлітків, маючи подібність з діями дорослих, відрізняється віковою своєрідністю. Підліткам характерна підвищена вразливість і навіюваність, здатність яскраво відчувати і переживати, схильність до коливань настрою, слабкість критики, егоцентрична спрямованість, імпульсивність в ухваленні рішення. Досить часто самогубство підлітків викликається гнівом, протестом, злістю або бажанням покарати себе і інших. При переході до підліткового віку виникає підвищена схильність до самоаналізу, песимістичної оцінки навколишнього оточення і своєї особистості.

Існує три групи причин дитячих і підліткових суїцидів. Перша й, напевно, найважливіша в таких випадках – це характерологічні особливості. Друга – це сам підлітковий вік. Є навіть термін «підліткові та юнацькі самогубства». І третя причина – це складні, психотравмуючі ситуації (сексуальне насилля, військові дії, дорожньо-транспортна пригода тощо) [46].

У підлітковому віці саме характер є найбільш значущим показником психологічного розвитку особистості. Схильність до суїцидальної поведінки досить висока при наявності таких типів акцентуацій характеру: сензитивний тип – підвищена вразливість, тривожність і боязкість, труднощі у спілку-

ванні, почуття власної неповноцінності, сильне переживання невдач, підвищена стомлюваність. Суїцидальна поведінка сенситивних підлітків відрізняється двома особливостями. По-перше, повторними спалахами суїцидних думок без здійснення будь-яких спроб. Поява подібних думок завжди зумовлена «ударами долі» по слабких місцях сенситивного типу, крім того підігривають уявлення про власну неповноцінність. По-друге, в критичних ситуаціях істинні суїцидні дії позбавлені демонстративності. Суїцидні дії зазвичай відбуваються під впливом ланцюга невдач, розчарувань, причому останньою краплею може послужити досить незначний привід. Такі дії нерідко бувають абсолютно несподіваними для оточуючих.

Циклоїдна акцентуація, коли на зміну хорошему настрою приходять депресивний, серйозні невдачі та нарікання з боку оточення в цей період можуть підсилити депресивний стан, спровокувати суїцид. Це щось на межі норми та патології. При *істероїдному, демонстративному типі характеру* самогубством дитина хоче щось довести, чогось домогтися, приміром, жалості. Звичайно, такі діти насправді не хочуть смерті. Вони часто пишуть передсмертні записки, ставлять ультиматуми, попереджають. Але їхні спроби не завжди закінчуються благополучно. Можна ж не розрахувати дозу таблеток або сусідка не встигне з'явиться вчасно. Основною причиною, що спонукає дітей до настільки страшного кроку, є сім'я, члени якої не завжди розуміють колосальну важливість своєї ролі або мають досить специфічне уявлення про «правильний» виховний процес.

Умовно можна поділити фактори самогубства на наступні групи: 1) фізичні причини (суворе поводження, фізичні страждання, біль, каліцтва сексуальне насильство); 2) проблеми в міжособистісних відносинах (сварки, страхи, втрата батьківської любові, нерозділене кохання, вагітність); 3) соціально-психологічні проблеми (смерть, розлучення, мораль-

на розбещеність, алкоголізм, наркоманія); 4) психолого-емоційна нестабільність (хворобливе самолюбство, неадекватна самооцінка, невпевненість у собі, агресивна поведінка, аутоагресія, гіпертрофовані акцентуації, непорозуміння, що викликає переживання самотності, відчуження [20, 50].

Наголосимо, що на прийняття рішення про суїцид дуже сильно впливає неблагополучна атмосфера в сім'ї. Тобто відсутність уваги з боку батьків та їхня нездатність в тій або іншій мірі зрозуміти дітей. Таким чином, у самогубствах підлітки знаходять уявний вихід з психологічних проблем. Існує шість типів сімей, сприятливих для формування суїцидальності дітей: 1) сім'я, зруйнована розлученням; 2) асоціальна, злочинна; 3) обтяжена суїцидами своїх членів; 4) з патологічною взаємо-залежністю батьків та дітей; 5) з психопатологіями кровних родичів; 6) формально гармонійна сім'я, що маскує свої конфлікти, чим створюється підґрунтя для формування в дітей низької самооцінки, а відтак – сформованим вмінням чинити опір у кризових ситуаціях [50].

У результаті дії цих стресових ситуацій може виникнути психічний розлад [29] – депресія, при цьому в підлітків спостерігаються такі емоційні порушення: соматичні скарги; втрата апетиту або навпаки – надмірний вияв його; раптові приступи гніву, часто спричинені дрібницями; абсолютна байдужість до свого зовнішнього вигляду; постійне відчуття покинутості, самотності, непотрібності, відчуженості, некорисності, провини чи суму; вияв нудьги у звичному оточенні, погіршення якості навчання чи результатів роботи, яка раніше приносила задоволення; уникнення будь-яких контактів, зокрема з батьками, родичами, друзями.

При цьому підліток опиняється в замкнутому колі: депресивний стан призводить до самотності, відчуженості, що в свою чергу породжує тугу. Виникнення туги призводить до нового витка депресії (див. рис.1.3).

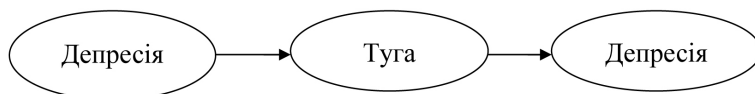


Рис. 1.3. Особливості депресивного стану підлітка

Проблему суїциду, суїцидальної поведінки дітей та підлітків ефективно вирішувати спільно з батьками, вчителями, практичними психологами та соціальними працівниками.

Батькам варто звернути увагу на такі симптоми підлітка. До них відносяться:

1. Словесні погрози: деякі суїциданти досить чітко говорять про свої наміри. Існують прямі твердження: «Я не можу цього витримати», «Я не хочу більше жити», «Я хочу покінчити з собою». Часто вислови можуть бути замасковані: «Ви не повинні про мене турбуватися», «Я не хочу створювати вам проблеми», «Скоро, дуже скоро цей біль буде позаду», «Вони дуже скоро пожалкують, коли я їх залишу» тощо. Такі погрози батьки повинні сприймати серйозно.

2. Різка зміна в поведінці: наприклад, активний підліток може стати замкнутим та заглибитись у себе; нерішучий може здійснювати надзвичайно ризиковані вчинки. Сюди відносяться і незвичні покупки: підліток може прагнути купити, наприклад, мотузку та інші речі, які можуть асоціюватися з суїцидом.

3. Різного роду адикції: токсикоманія, наркоманія, алкоголізм, ігроманія тощо.

4. Відмова та роздавання власних речей: той, хто вирішив здійснити самогубство, може роздавати речі.

5. Ознаки депресії: зміни у вживанні їжі, порушення сну, тривожність, неврівноваженість, втрата інтересу до діяльності.

6. Проблеми в школі: пропуски уроків, емоційні вибухи чи інша поведінка, не властива дитині.

7. Теми смерті: бажання закінчити своє життя може проявлятися у малюнках, поезії, записах у щоденнику, прослуховуванні траурної музики тощо.

8. Раптові (неочікувані) стани ейфорії: підліток має щасливий вигляд після тривалого депресивного стану – це означає, що він відчуває полегшення від остаточно прийнятого рішення про скоєння самогубства.

9. Інші ознаки: часті інциденти, скарги на фізичний стан організму, гіперактивність, агресивність, неадекватна поведінка з метою привернення уваги або досить тривале переживання горя після втрати близької людини [8, 13, 25].

Педагогічним працівникам можна рекомендувати у випадку виникнення ознак суїцидальної поведінки у підлітків здійснювати наступні види допомоги [24]:

- підбирайте ключі до розгадки суїциду;
- приймайте суїцидента як особистість;
- налагодьте турботливі стосунки;
- не сперечайтесь;
- запитуйте;
- не пропонуйте невинуватих утіх;
- пропонуйте конструктивні підходи; вселяйте надію;
- оцініть міру ризику самогубства;
- не залишайте людину одну у випадку високого суїцидального ризику;
- зверніться за допомогою до спеціалістів;
- важливо якомога довше зберігати турботу і підтримку підлітка;
- використовуйте засоби піднесення цінності особистості дитини, її життя.

Існують певні правила психологічної допомоги особам, які мають намір вчинити самогубство:

1. З такими особами потрібно частіше зустрічатися.
2. Психолог повинен звертати увагу суїцидального клієнта на позитивні аспекти в його житті. Наприклад: «Ви згаду-

вали, що раніше багато-чим цікавилися. Розкажіть про свої захоплення» або «Завжди є заради чого жити. Що Ви думаєте про це?». Такі питання допомагають клієнту знайти ресурси для подолання важкого етапу життя.

3. Дізнавшись про намір особи вчинити самогубство, не слід панікувати, намагатися відвернути його якимсь заняттям і вдаватися до моралізування та наставляння. Така тактика лише переконає особу, що його ніхто не розуміє і консультант – теж.

4. Фахівець повинен залучити до роботи з клієнтом між консультативними зустрічами важливих для нього людей (близьких, друзів).

6. При високій вірогідності самогубства слід вжити заходів обережності – проінформувати близьких клієнта, обговорити питання про госпіталізацію. Виконати це не легко, адже особа нерідко починає заперечувати свої наміри і стверджує, що нічого за нього турбуватися. Проте необхідно врахувати небезпечні ознаки в поведінці особи, оскільки за спокійливі заяви можуть носити відволікаючий характер.

7. Психолог не повинен дозволяти клієнту маніпулювати собою за допомогою загрози самогубства.

8. Психолог зобов'язаний детально, у письмовій формі, документувати свої дії, щоб у разі нещастя він зміг довести собі та іншим, що діяв професійно і вжив усіх заходів для уникнення катастрофи [19].

Крім того, для дослідження схильності підлітка до суїцидальної поведінки психолог може використати наступні методики: методика «Карта ризику суїциду» (додаток А), Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська) (додаток Б), проєктивна методика «Незакінчені речення» (додаток В), «Діагностична анкета критичних ситуацій підлітків» та ін. З метою визначення «слабких» сторін підлітка під час травмуючих ситуацій можна корисними будуть такі методики: «Методика діагностики показників і

форм агресії Басса-Дарки», Анкета «Вихід є!» (Ю. Калініна) (додаток Г), Методика «Депресія» (Е. Бек) (додаток Д), «Патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО)» (А. Лічко та Н. Іванова) та ін.

Алгоритм дій психолога, якщо сталася спроба суїциду.

Перший етап. Аналіз стресової ситуації

Психолог з'ясовує причини та обставини, які спонукали позбавити себе життя (психологічна бесіда).

Вимоги до психолога: максимум уваги, емпатія, відсутність будь-якої критики, бесіда у вигляді монологу з елементами методики активного вислуховування.

Основні правила проведення бесіди з суїцидентами:

1. Слухати дуже уважно. Схоплювати не тільки те, що говорить підліток але і як він це робить (тембр, ритм, паузи). Це допоможе правильно зрозуміти його емоційний стан.

2. Визначити головні проблеми. Дати можливість відверто розкрити істинну проблему. Запитайте: «Як це трапилось?» Уточніть деталі. Дайте зрозуміти, що вам дещо відомо. Використайте відкриті та закриті запитання.

3. Зверніть увагу на бажання накласти на себе руки, не бійтеся цього робити. Запитайте: «Ви вирішили вбити себе? Як це Ви зробили?» Суїцидент почує те, що він бажає, і це розрядить обстановку.

4. Розмова повинна відбутися сам на сам.

5. Завдання психолога – зібрати інформацію у ході розмови, яка була б корисна для подальшої корекційної роботи.

Другий етап. Корекція особистих установок суїцидента.

Психолог займає активну позицію, підказує, звертає увагу на ті речі, які суїцидент не помічав раніше. Необхідно зробити все, щоб людина побачила себе і власну проблему по-іншому.

Корекція проводиться залежно від проблем, що турбують:

1. Коли підліток відчуває себе самотнім, корекцію кра-

ще проводити у вигляді групової терапії, яка спрямована на об'єднання учасників тренінгу та на розвиток міжособистісної довіри;

2. Якщо були проблеми у стосунках з батьками, або однокласниками, то всі травмуючі моменти потрібно корегувати в ході рольового тренінгу;

3. Проблеми, пов'язані зі станом здоров'я, необхідно вирішувати разом з медичними працівниками, оскільки більшість захворювань мають психогенну природу.

При потребі – переадресувати суїцидальну справу спеціалістам медичного профілю.

Особливість роботи *соціального працівника* полягає у тому, щоб підліток сам розповів про свої проблеми і відчув, що його сприймають, розуміють, надають підтримку. Поради, рекомендації чи контроль – неефективні способи. Суїцидента слід підштовхнути на відверту розмову, намагаючись не впустити бодай найменшої інформації. Як правило, в суїцидента в такому стані втрачена надія. Розмова має бути побудована таким чином, щоб показати альтернативу, відродивши надію. Для того, щоб визначити істину проблему людини, слід наштовхнути на визначення сутності проблеми. Спрацьовує і фраза соціального працівника: «Я не хочу, щоб ви це робили». Це проста, банальна фраза часто відіграє вирішальну роль не тільки у встановленні контакту, а стає ключовою у поверненні підлітка до життя. Дитина звертається за допомогою для того, щоб хтось зупинив її, підтримав, розкрив сутність її проблеми, вислухав і т.д. Підлітки, як правило, не знають, як жити далі.

РОЗДІЛ II ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ НА ОСОБИСТІТЬ

2.1. Психолого-педагогічна допомога дітям, які пережили психотравму

Зміст та завдання психологічної допомоги дітям, які пережили психічну травму, визначається відповідно до моменту здійснення цієї допомоги, відбувається вона безпосередньо після травми, кілька тижнів, місяців або кілька років після травмуючої події. В залежності від часу надання допомоги умовно виокремлюють першу (екстрену), короткострокову і пролонговану психологічну допомогу [45, с. 9]. Перша допомога надається безпосередньо після травмуючої події або в перші кілька днів після неї, короткострокова – протягом перших тижнів, місяців, пролонгована ж допомога може, за необхідністю, здійснюватись навіть протягом декількох років після отримання людиною психічної травми.

Надання першої психологічної допомоги особам, які пережили психологічну травму. Автори багатьох робіт з питань організації допомоги особам, які зазнали психологічного травмування стверджують, що саме рання психологічна допомога може запобігти розвитку у людини післятравматичного стресового розладу. Рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги наголошують на гуманному, підтримуючому спілкуванні з людиною, яка постраждала і яка може потребувати допомоги. Головними принципами надання першої психологічної допомоги особам, які перенесли

психотравму є: невідкладність; наближеність до місця подій; очікування, що нормальний стан відновиться; єдність і простота психологічного впливу.

Перша психологічна допомога передбачає такі дії психолога:

- надання практичної допомоги і підтримки, не нав'язуючи її;
- оцінка потреб і проблем постраждалої людини;
- допомога у задоволенні базових потреб (наприклад, їжа, вода, інформація);
- активне слухання людини (не схилиючи її до розмови);
- допомога в адаптації шляхом підключення до інформації, послуг, соціальної підтримки [4, 7, 15, 26, 45].

За свідченням психологів, які брали участь у організації психологічної допомоги постраждалим під час травматичних подій, довели свою ефективність правила першої психологічної допомоги, які сформулювали німецькі психологи Б. Гаш та Ф. Ласогга.

Правило 1. У кризовій ситуації потерпілий завжди знаходиться в стані психічного збудження. Це нормально. Оптимальним вважається середній рівень збудження. Відразу скажіть потерпілому, що ви очікуєте від терапії і як скоро можна очікувати успіх. Надія на успіх краща, ніж страх невдачі.

Правило 2. Не приступайте до дій відразу. Огляньтесь і прийміть рішення, яка допомога, крім психологічної, потрібна; хто з постраждалих найбільше потребує допомоги. Приділіть цьому секунд 30 при одному постраждалому, близько 5 хвилин при декількох постраждалих.

Правило 3. Точно скажіть, хто ви і які функції виконуєте. Дізнайтесь імена людей, які потребують допомоги. Скажіть постраждалим, що допомога скоро прибуде: що ви про це подбаєте.

Правило 4. Візьміть постраждалого за руку або попле-

скайте по плечу. *Торкатися голови або інших частин тіла не рекомендується.* Займіть положення на тому ж рівні, що і постраждалий. Не повертайтеся до постраждалого спиною.

Правило 5. Ніколи не звинувачуйте постраждалого. Розкажіть, які заходи будуть потрібні для надання допомоги в його випадку.

Правило 6. Професійна компетентність заспокоює. Розкажіть про вашу кваліфікацію та досвід.

Правило 7. Дайте постраждалому повірити в його власну компетентність. Дайте йому доручення, з яким він впорається. Використовуйте цей факт для того, щоб переконати постраждалого у власних можливостях, для того, щоб в нього виникло почуття самоконтролю.

Правило 8. Дайте постраждалому можливість поговорити. Слухайте його активно, будьте уважними до його думок і почуттів.

Правило 9. Скажіть постраждалому, що ви залишитесь з ним. При розставанні знайдіть собі заступника і проінструктуйте його про те, що потрібно робити.

Правило 10. Залучайте людей з найближчого оточення постраждалого для надання допомоги. Інструктує їх і давайте прості доручення. Уникайте будь-яких слів, які можуть викликати у когось почуття провини.

Правило 11. Постарайтеся захистити постраждалого від зайвої уваги. Дайте цікавим конкретні завдання [23, с. 21].

У роботі І. Малкіної-Пих «Психологічна допомога у кризових ситуаціях» виділено найпоширеніші симптоми, які виникають у людини в екстремальній ситуації (агресія, апатія, істерика, марення і галюцинації, нервово тремтіння, плач, рухове збудження, страх, ступор), а також представлено *техніки екстреної психологічної допомоги.*

Агресія. Агресивна поведінка – один з мимовільних способів, яким психіка людини намагається знизити високе внутрішнє напруження. Прояв злості або агресії може зберігати-

ся досить тривалий час і заважати самому постраждалому і оточуючим.

У такому випадку:

1. Зведіть до мінімуму кількість оточуючих.
2. Дайте постраждалому можливість «випустити пар» (наприклад, поговорити або побити подушку).
3. Доручіть постраждалому роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням.

4. Демонструйте доброзичливість. Навіть якщо ви не згодні з постраждалим, не звинувачуйте *його самого*, а висловлюйтеся з приводу *його дій*, інакше агресивна поведінка буде спрямована на вас. Не можна говорити: «Що ж ти за людина!» Слід сказати: «Ти жахливо злився, тобі хочеться все рознести вщент. Давай разом спробуємо знайти вихід з цієї ситуації».

5. Намагайтеся розрядити обстановку веселими коментарями або діями.

6. Агресія може бути погашена страхом покарання: якщо у постраждалого немає мети отримати вигоду від агресивної поведінки і якщо покарання суворе і ймовірність його здійснення велика.

7. Якщо не надати допомогу розлюченій людині, це призведе до небезпечних наслідків: через зниження контролю за своїми діями людина буде робити необдумані вчинки, може нанести каліцтва собі і іншим.

Апатія може виникнути у таких ситуаціях: після тривалої напруженої, але безуспішної роботи; в ситуації, коли людина зазнала серйозної невдачі і перестає бачити сенс своєї діяльності; коли їй не вдалося врятувати близьку людину, яка потрапила в біду і загинула.

У стані апатії людина може перебувати від кількох годин до кількох тижнів. Основними ознаками апатії є: байдуже ставлення до оточуючого; млявість, загальмованість; повільне, з довгими паузами, мовлення.

У такому випадку:

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

2. Проведіть постраждалого до місця відпочинку, допоможіть йому зручно влаштуватися (можна запропонувати йому зняти взуття).

3. Візьміть постраждалого за руку.

4. Дайте постраждалому можливість поспати або просто полежати.

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

Істерика. Істеричний напад триває від кількох хвилин до кількох годин. основні ознаки: зберігається свідомість; надмірне збудження, безліч рухів, театральні пози; мовлення емоційно насичене, швидке; крики, ридання.

У такому випадку:

1. Видаліть глядачів, створіть спокійну обстановку. Знаходьтеся з потерпілим наодинці (якщо це не небезпечно для вас).

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

3. Говоріть з потерпілим короткими фразами, впевненим тоном («Випий води», «Умийся»).

4. Після істерики настає виснаження. Покладіть постраждалого спати. До прибуття фахівця спостерігайте за його станом.

5. Не потурайте бажанням постраждалого.

Марення і галюцинації. До основних ознак марення належать хибні уявлення чи умовиводи, в помилковості яких постраждалого неможливо переконати. Галюцинації характеризуються тим, що постраждалий відчуває присутність уявних

об'єктів, які в даний момент не впливають на відповідні органи чуття (чує голоси, бачить людей, відчуває запахи та інше).

У такому випадку:

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

2. До прибуття фахівців стежте за тим, щоб потерпілий не нашкодив собі і оточуючим. Приберіть від нього предмети, які створюють потенційну небезпеку.

3. Іzolуйте потерпілого і не залишайте його на самоті.

4. Говоріть з потерпілим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним, не намагайтеся його переконати. Пам'ятайте, що в такій ситуації переконати його неможливо.

Нервове тремтіння. Після екстремальної ситуації з'являється неконтрольоване нервово тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Так організм «скидає» напругу. Основні ознаки даного стану: тремтіння починається раптово – відразу після інциденту або через якийсь час; виникає сильне тремтіння всього тіла або окремих його частин (людина не може утримати в руках дрібні речі); реакція може тривати досить довго (до кількох годин).

У такому випадку:

1. Візьміть постраждалого за плечі і сильно, різко потрясіть протягом 10-15 секунд.

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

3. Після завершення реакції необхідно дати постраждалому можливість відпочити. Бажано укласти його спати.

Не можна: обіймати постраждалого або притискати його до себе; вкривати чимось теплим; заспокоювати, казати, щоб він взяв себе в руки.

Плач. Коли людина плаче, у його організмі виділяються речовини, що мають заспокійливу дію. Якщо людина стримує сльози, то не відбувається емоційної розрядки, полегшення. Коли ситуація затягується, внутрішнє напруження

може завдати шкоди фізичному та психічному здоров'ю людини. У даному випадку:

1. Не залишайте постраждалого на самоті.
2. Встановіть фізичний контакт з потерпілим (візьміть за руку, покладіть свою руку йому на плече). Дайте йому відчувати, що ви поруч.
3. Застосовуйте прийоми активного слухання, вони допоможуть постраждалому виплеснути своє горе.
4. Не намагайтеся заспокоїти постраждалого. Дайте йому можливість виплакати і виговоритися, «виплеснути» з себе горе, страх, образ.
5. Не ставте питань, не давайте порад. Ваше завдання – вислухати.

Рухове збудження. Іноді потрясіння від критичної ситуації настільки сильне, що людина просто перестає розуміти, що відбувається навколо неї. Основними ознаками рухового збудження є: різкі рухи, безцільні і безглузді дії; ненормальне голосне мовлення або підвищена мовленнєва активність (людина говорить без зупинки, іноді абсолютно безглузді речі); відсутня реакція на оточуючих.

У такому випадку:

1. Ізольуйте потерпілого від оточуючих.
2. Говоріть спокійним голосом про почуття, які він відчуває («Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося? Ти хочеш втекти, сховатися від того, що відбувається?»).
3. Не сперечайтесь з потерпілим, не ставте запитань, в розмові *унікайте* фраз з часткою «не», що належать до небажаних дій (наприклад: «не біжи», «не кричи»).
4. Пам'ятайте, що потерпілий може заподіяти шкоду собі та іншим.

Страх. До основних ознак страху належать такі прояви: напруга м'язів (особливо обличчя); сильне серцебиття; прискорене поверхнєве дихання; знижений контроль над власною поведінкою. Панічний страх, жах може спонукати

людину до втечі, викликати заціпеніння або, навпаки, збудження, агресивну поведінку. При цьому людина погано контролює себе, не усвідомлює, що вона робить і що відбувається навколо.

У цій ситуації:

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

2. Дихайте глибоко і рівно. Спонукайте постраждалого дихати в одному з вами ритмі.

3. Якщо постраждалий говорить, слухайте його, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття.

4. Можна (якщо це доречно) зробити постраждалому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

Ступор – одна з найсильніших захисних реакцій організму. Вона настає після найсильніших нервових потрясінь, коли людина витратила на виживання стільки енергії, що сил на контакт з навколишнім світом вже немає. Ступор може тривати від декількох хвилин до декількох годин. тому, якщо не надати допомогу і постраждалий перебуватиме в такому стані досить довго, це призведе до його фізичного виснаження, а оскільки контакту з навколишнім світом немає, постраждалий не помітить небезпеку і не зробить дій, щоб її уникнути. Основними ознаками ступору є такі прояви: різке зниження або відсутність довільних рухів і мовлення; відсутність реакцій на зовнішні подразники (шум, світло, дотики); заціпеніння, стан повної нерухомості; можлива напруга окремих груп м'язів.

У такій ситуації:

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

2. Кінчиками великого і вказівного пальців масажуйте постраждалому точки, розташовані на лобі, над очима рівно

посередині між лінією росту волосся і бровами, чітко над зіницями.

3. Долоню вільної руки покладіть на груди постраждалого. Підлаштуйте своє дихання під ритм його дихання.

4. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути і бачити, тому говоріть їй на вухо тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні). Необхідно будь-якими засобами домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння [23, с. 18-23].

Психолого-педагогічна допомога дітям, які пережили психологічну травму в діяльності працівників психологічної служби навчального закладу. Головною метою здійснення корекційно-розвивальної психолого-педагогічної роботи щодо допомоги дитині, яка пережила психотравму, в першу чергу, має бути допомога їй у переробці і подоланні травматичного досвіду, але слід наголосити на тому, що робота з наслідками травми має вестись у більш широкій стратегічній рамці – відновлення дитини в статусі продуктивного суб'єкта діяльності, особистості та індивідуальності, здатної до позитивної взаємодії зі світом, людьми і собою.

Визначена мета досягається шляхом вирішення ряду конкретних завдань. У роботі з дитиною мають реалізовуватись такі завдання:

- сприяння стабілізації емоційного стану та раціональному сприйняттю своєї життєвої ситуації;
- формування конструктивних способів вирішення складних життєвих ситуацій та адаптивних копінг-стратегій;
- активізація процесів самопізнання, самоприйняття, саморегуляції і самоконтролю;
- надання допомоги у побудові позитивного образу майбутнього;
- сприяння прийняттю на себе відповідальності за власне майбутнє;

- розвиток соціальної компетентності та соціальної активності, оволодіння стратегіями успішної поведінки;
- формування спрямованості на особистісний розвиток і соціальну реалізацію.

Психолого-педагогічна допомога дітям, які пережили психічну травму передбачає також і роботу з педагогами та батьками в ході якої мають вирішуватись такі завдання:

- підвищення рівня соціально-психологічної компетентності батьків та педагогів;
- сформованість у батьків і педагогів навичок психологічної підтримки дитини.

Психологічна і соціальна-педагогічна допомога дітям, які пережили психотравму має ґрунтуватися на деяких основних принципах, які перевірені досвідом психологічної допомоги постраждалим від травматичних подій, постійно уточнюються і поповнюються відповідно до розвитку цього напрямку психологічної практики [3, 4, 45].

1. *Принцип орієнтації на особистісне зростання і розвиток.* Кризовий стан, в якому знаходиться дитина, має розглядатися не як хвороба, патологія, а як нормальна реакція індивіда на ненормальні обставини. Крім того, криза – це процес особистісного становлення і якщо він буде подоланий позитивно, особистість переходить на якісно новий щабель розвитку. Виходячи з цього, корекційно-розвивальну роботу можна розглядати як допомогу процесу особистісного становлення дитини.

2. *Принцип безумовної позитивної уваги.* В основі спілкування з дітьми має бути взаємна довіра і повага. Важливо, щоб в процесі корекційно-розвивальної роботи створювалася безпечна атмосфера, яка сприяє самовираженню і розкриттю дитини. Досягти цього можна лише в тому випадку, якщо приймати дитину такою, якою вона є. Якщо ж обставини вимагають корекції деструктивної поведінки дитини, оцінюється тільки поведінка, вчинок, а не її особистість.

3. *Принцип врахування вікових особливостей.* Специфіка роботи повинна бути диференційованою, відповідно до вікових особливостей дітей (мають бути враховані психо-фізичний розвиток, провідна форма активності, інтереси дитини). Виходячи з цього, доцільно виділення 3-х вікових груп: діти дошкільного віку, діти 6-12 років і підлітки від 13 років. Провідною формою активності дітей дошкільного віку є гра, крім цього у роботі з цією віковою групою доцільно використовувати розповідання казок, малювання спів. У 6-12 років потрібно більше уваги приділяти рольовим іграм, постановці міні-вистав, творчості, фізичній активності. В підлітковому віці можна застосовувати обговорення, спілкування в групах на задані теми, тренінгові заняття, ділові та імітаційні ігри, проектну діяльність.

4. *Принцип орієнтації на громаду.* У роботі над проблемами дітей має бути враховано їхнє соціальне оточення і вони мають розглядатися як складові частини загальної ситуації. Таким чином, працювати слід не тільки безпосередньо з дітьми, але і з їх батьками, дідусями і бабусями, педагогами тощо.

5. *Принцип багатоплановості роботи.* Будь-який корекційний захід має бути, орієнтований на всі рівні функціонування дитини: поведінку, навички, емоції, пізнавальні процеси, систему цінностей, систему переконань, особистісну ідентичність і «Я-концепцію». Така багатоплановість і комплексний характер сприяє розгортанню в повній мірі процесу конструктивних змін.

6. *Принцип мультидисциплінарності.* Виходячи з широкого спектру поставлених завдань і цілей, робота вимагає мультидисциплінарного підходу. До роботи з дітьми, які зазнали психологічного травмування мають бути залучені не тільки працівники психологічної служби, а й інші працівники навчального закладу.

7. *Принцип пролонгування і послідовності роботи.* Такі

робочі цілі, як подолання травматичного досвіду, сприяння психофізичному розвитку і забезпечування особистісного, становлення дитини, вимагають пролонгованої (терміном не менше одного року) роботи, а не разових втручань. Протягом цього одного року дитина має пройти цикл спеціально підібраних корекційних програм. Кожна наступна програма поглибить і збагатить засвоєні дитиною в попередній програмі навички, вміння і отриманий досвід.

8. *Принцип інтеграції з суспільством.* Реабілітаційне втручання повинно бути спрямоване на формування дітей як продуктивних членів суспільства з активною громадянською позицією [4, с. 25].

Одним з ефективних засобів проектування і організації психолого-педагогічної допомоги дітям, які зазнали психологічного травмування, наголошує Н. Лунченко, є використання можливостей психолого-педагогічного консилиуму. Психолого-педагогічний консилиум дозволяє об'єднати зусилля педагогів, працівників психологічної служби та інших суб'єктів навчально-виховного процесу, які зацікавлені в успішному навчанні і повноцінному розвитку дітей і підлітків, намітити цілісну програму індивідуального супроводу та адекватно розподілити обов'язки і відповідальність за її реалізацію. Будь-які відомості про учня та його сім'ю надаються та обговорюються учасниками тільки за тими параметрами, показниками та характеристиками, в яких наявна важлива для роботи консилиуму та супроводження інформація. Рішеннями консилиуму є рекомендації з розробки комплексної програми супроводження, що узгоджуються з усіма учасниками і є обов'язковими для всіх спеціалістів, котрі ведуть навчальну, виховну, корекційну та розвивальну роботу з учнями. Рекомендації мають бути занесені в індивідуальну картку дитини, яку оформляє працівник психологічної служби з перших днів перебування дитини в навчальному закладі [45, с. 10].

Суттєвою особливістю створених програм психолого-педагогічного супроводу зазначеної категорії дітей, які довели свою ефективність на практиці [3, 4, 45], є їхня спрямованість на розвиток всіх рівнів особистісного функціонування дитини. В практичному посібнику, заснованому на досвіді працівників допомоги в Грузії «Травма і психосоціальна допомога» представлено такі, відповідні кожному рівню, специфічні корекційно-розвивальні завдання.

Пізнавальні функції. На цьому рівні робота повинна вестися в двох напрямках. Перший напрям – це розвиток блокованих травматичним досвідом пізнавальних функцій. Мішенями, на які спрямована робота, є здатність до концентрації уваги, активна пам'ять, творче мислення. Останнє особливо важливо для того, щоб діти отримали здатність розглядати явище під різними кутами і, таким чином, розширити особистісний світогляд.

Другий напрям – це корекція уявлень дитини про світ і її місце в ньому, сприяння її раціональному сприйняттю своєї життєвої ситуації, надання допомоги у побудові позитивного образу майбутнього а також сприяння прийняттю на себе відповідальності за власне майбутнє.

Емоції. Важливо допомогти дітям у відреагування власного травматичного досвіду: виплакати горе; звільнитись від агресії, висловивши її; подолати скованість; спонтанно висловлювати і навчитися впізнавати емоції. Також на цьому рівні важливий розвиток емпатії – емоційного співчуття і співпереживання іншій людині.

Система цінностей і смислів. Важливо надати дітям можливість усвідомити моральні цінності, долучитися до національного і світової культурної спадщини, разом з тим не менш важливе виховання громадянської та екологічної свідомості, формування спрямованості на особистісний розвиток та самореалізацію у соціальній і професійній сферах.

Поведінка і навички. Робота на цьому рівні перш за все

має бути спрямована на подолання у дітей неконструктивних стереотипів поведінки, на розвиток соціальної компетентності, збагачення поведінкового репертуару навичками співпраці і кооперації, на вироблення навичок цілеспрямованої діяльності за допомогою організації, рефлексії і регуляції власної активності. Потрібна робота з розвитку у дітей і підлітків соціальної компетентності та соціальної активності, оволодіння стратегіями успішної поведінки.

«Я» і особистісна ідентичність. В процесі корекційно-розвивальної роботи повинна створюватись безпечна атмосфера, яка сприяє самовираженню дітей і, на цій основі, розвитку самосвідомості, адекватної самооцінки і самоповаги. Важливо, щоб дитина усвідомила, визнала і прийняла свою особистість, зрозуміла, що вона володіє свободою волі і багатим особистісним потенціалом. Потрібна робота з активізації процесів самопізнання, самосприйняття, саморегуляції і самоконтролю [4, с. 43-44].

У створених корекційно-розвивальних програмах допомоги дітям, які пережили психотравму можуть бути використані як індивідуальні так і групові форми та широкий спектр методів роботи, в залежності від вікового періоду, соціальної ситуації розвитку і запиту дитини. Зупинимось на деяких з них, які довели на практиці свою ефективність.

Ігрова діяльність є одним з важливих видів діяльності людини. Гра – моделюючая діяльність, яка відтворює, за принципом аналогії з реальною дійсністю, вигадану, уявну, бажану дійсність. В уявних обставинах, створених певними правилами, гра надає дитині можливість пережити успіхи, перемоги, розкрити свої фізичні і розумові здібності.

Суттєвою психологічною ознакою гри є одночасне переживання умовності і реальності створеної ситуації. Людина в грі знає, що грає, і у той же час, діє і відчуває так само, як у відповідальних умовах реальної дійсності, тому гра може ви-

конувати завданням навчання і тренування. Правила гри символізують обмеження і перешкоди, які людина має долати у реальній дійсності, і ці правила і надають грі характер боротьби, робить її цікавою і захоплюючою. Отже, гра – є одним з найбільш ефективних корекційних засобів, вона вчить дітей, внутрішній дисципліні, організовує їхню діяльність, виховує навички самоорганізації та самоконтролю, відповідальність, лідерські якості, а також є джерелом спонтанності, веселощів і взаємодовіри.

За кількістю учасників виділяють такі групи ігор: індивідуальні; ігри, у які грають парами; малими групами (3-4 дитини); цілою групою; змагання між групами. Більшість ігор потребують певним чином організованого середовища. Ведучий може, за своїм бажанням, включитися у процес гри, але частіше він виконує функцію спостерігача або «ресурсного центру».

Для проектування різних ігрових сесій можна використовувати такі основні типи ігор.

1. Інформаційний вакуум. У грі даного типу перший учасник володіє інформацією, яка невідома другому учаснику і він повинен виявити/відгадати приховану від нього інформацію. Ця гра може бути односторонньою або двосторонньою – де обидві сторони володіють певною частиною інформації і для вирішення загальної проблеми необхідно ці частини порівняти.

2. Вгадування. Перший гравець свідомо приховує інформацію, а інші намагаються відгадати, що це, може бути. Використання цієї гри корисно для розвитку творчого мислення дитини.

3. Пошук. Гра охоплює усю групу. Кожний учасник володіє тільки частиною інформації і, одночасно, видає і отримує її. Група повинна знайти всю інформацію або, хоча б, більшу її частину. Така гра вчить учасників, ділитись між собою, що є певним стилем спілкування, а також сприяє от-

риманню учасниками досвіду командної роботи.

4. Ведення. Група допомагає одному учаснику у виконанні важкого завдання. Гра підсилює у дітей почуття команди і взаємодопомоги.

5. Обмін. Гра ґрунтується на принципі обміну. У всіх є певні дані (ідеї, картини, статті, малюнки), яким вони мають обмінюватись з іншими учасниками, Метою є те, щоб обмін задовольнив обидві сторони.

6. Головоломки. Учасники обмінюються, зіставляють, шукають фрагменти для вгадування загальної, картини. До цього типу ігор належать різні кросворди, шаради, ребуси, складовані гри-мозаїки, загадки.

7. Рольові ігри. Для процесу психологічної корекції рольові ігри мають величезне значення. За допомогою рольових ігор дитині надається можливість зіграти нові, можливо, альтернативні для неї ролі, але зробити це не ризикуючи, безболісно. Це в той же час найкращий спосіб дослідити проблеми, мрії, страхи і фантазії дітей, внести позитивні зміни в їхній емоційний стан і допомогти в зміні жорсткої та неефективної моделі поведінки.

Рольова гра надає дітям повну свободу самовираження почуттів, бажань, думок, вчинків. Самовираження на тлі психологічної безпеки дозволяє подолати надмірний самоконтроль, звільнитись від зайвої напруги, підвищує гнучкість, контактність, надає їм більш широкий репертуар можливостей дії і оптимального реагування.

8. Цільові ігри. Можна виділити такі групи цільових ігор: активізуючі ігри; ігри, спрямовані на згуртування групи; ігри, спрямовані на розвиток у дітей різних навичок, здібностей і умінь (увага, пам'ять, мовлення, уява, фантазія тощо).

Малювання - доступна, досить цікава і корисна методика. У процесі її використання реалізується потреба дитини в творчому самовираженні, її бажання і прагнення висловити власні емоції, думки і фантазії, страхи конфлікти і травму на

Дітям, яким важко розібратись у власних почуттях і думках, особливо у разі травми, малюнок може допомогти невербально виразити їх, розрядити внутрішню напруженість і надати матеріал для корекційної роботи.

Ще одна перевага малювання, як корекційно-розвивальної методики, полягає в стимулюванні і заохоченні творчих імпульсів дитини, в підвищенні її самооцінки в результаті отриманого від творчості, задоволення і визнання однолітків.

Не менш важливим є використання малюнка для посилення групового почуття і для, усвідомлення внутрішньогрупових процесів, таких як солідарність, кооперація, змагання. В процесі корекційної роботи заохочується спонтанне безпосереднє творіння, оскільки важливий сам процес, художні якості малюнків не оцінюються. Малюнки, взагалі, не оцінюються за критеріями «добре – погано». Важливо навчити дітей знаходити унікальне навіть в найпростішому малюнку, а не сміятись над однолітками за негарний або на відмінний від інших малюнок.

Малюнок може бути вільним або тематичним, індивідуальним, виконаним парами, загальним або груповим. Ведучий готує простір і намагається бути якомога більш непомітним, хоча і спостерігає за процесом і готовий надати допомогу. Можна щоб сесію малювання супроводжувала музика.

Метафори. Казка, байка, притча, прислів'я – цим різним за формою творам, фольклорним або авторським, властива гострота, лаконічність, і насиченість, тому в процесі корекційної роботи вони успішно, застосовуються для ілюстрації певних ситуацій і положень. Хоча ці історії і створювалися в різних культурах і в різні часи, але них відображені стандартні людські ситуації, сконцентровані дотепність і мудрість, вони глибоко закарбовуються в пам'яті дитини і в процесі її дорослішання розкриваються під різними кутами і з новою

глибиною, збагачуючи її внутрішній світ.

В подоланні травми дитині допомагає усвідомлення життєвої мети, здатність концептуалізації, рухливість емоцій і такі якості як співчутливість, турбота про інших. Метафори допомагають дитині усвідомити основні цінності, такі як, дружба, любов, вірність, відданість. За допомогою метафор можна запропонувати дітям авторитетні постаті, зразки для наслідування ролі до моделі, які можуть слугувати прикладами для інтеріоризації. Метафори розширюють світогляд дітей, збагачують їхні ресурси, полегшають подолання стресів, оскільки допомагають розібратись у своїх почуттях і відповідно їх висловити. Крім того метафори дозволяють індивідуальний персональний досвід дитини перевести в більш широкий контекст.

При роботі з метафоричними історіями ведучому варто бути обережним і делікатним, адже вплив метафори на дитину може виявитись непередбаченим і глибоким.

Кожна історія має розглядатися в групі, хоча в окремих випадках припустимий і її індивідуальний розгляд. Для стимулювання дискусії і роздумів дітям слід задавати запитання. Після певного часу можна знову повернутись і згадати вже розглянуті історії, зв'язавши їх з новою темою, генеруючи цим нові ідеї.

Призначення метафори – надати початковий імпульс внутрішньої роботи дитини, а далі ведучий має бути поруч з дитиною і полегшувати їй подолання «небезпечних поворотів». У роботі з дітьми, які пережили психотравму ефективним виявилось використання таких відомих творів: «Велетень-себелюб» і «Зоряний хлопчина» О. Вайлда, фрагменти з «Маленького принца» А. Екзюпері, «Анекдоти Молли Насреддіна» М. Тахмасиба і, безумовно, народні казки, пісні, прислів'я тощо [4, с. 44-53].

Ефективними напрямками допомоги дитині в подоланні

наслідків психотравмуючої ситуації є активізація і розвиток їхніх власних ресурсів, оволодіння стратегіями успішної поведінки. Для реалізації зазначеного напрямку у роботі з учнями старшої школи доцільно, на нашу думку, використовувати психологічний супровід їхнього професійного самовизначення. Такий супровід має реалізуватися з урахуванням конкретних індивідуальних особливостей старшокласників та умов їх життєдіяльності, його метою має бути формування компетентності у виборі професії, як системи базових характеристик потрібних для успішного планування, коригування і реалізації перспектив власного професійного розвитку.

Ця мета реалізується у процесі вирішення наступних завдань: активізація пізнавально-пошукової профорієнтаційної діяльності учнів; допомога учням в оволодінні способами самооцінювання власних індивідуально-психологічних особливостей, здібностей, інтересів, можливостей; формування в учнів навичок діяльності, пов'язаної з оволодінням майбутньої професії; забезпечення підтримки і організація рефлексії профорієнтаційної діяльності учнів; допомога у конкретному професійному виборі.

Для виконання згаданих завдань можна запропонувати широкий спектр сучасних психологічних і педагогічних методів, які працівники психологічної служби навчального закладу можуть використовувати у роботі.

Активізація пізнавально-пошукової профорієнтаційної діяльності учнів може здійснюватись через: просвітницькі заняття; профорієнтаційні проекти; професіографічно-дослідницьку діяльність; професіографічні екскурсії; зустрічі з фахівцями різних професій; ярмарки професій і різні їх модифікації; використання активізуючих профорієнтаційних опитувальників; використання ціннісно-сміслових опитувальників; використання навчальних фільмів, довідкової літератури, інформаційно-пошукових комп'ютерних систем.

З метою допомоги учням в оволодінні способами само-

оцінювання власних індивідуально-психологічних особливостей, здібностей, інтересів, можливостей доцільно використовувати діагностичні методи такі як: спостереження; аналіз продуктів діяльності; бесіди-інтерв'ю; опитувальники професійних інтересів, мотивації; опитувальники професійних здібностей; особистісні опитувальники; тести для діагностики індивідуально-психологічних особливостей; експертна оцінка сформованості умінь та важливих якостей, необхідних для профорієнтаційної активності; проєктивні техніки; професійні проби; використання різних ігрових і тренінгових ситуацій.

Навички діяльності, пов'язаної з оволодінням майбутньої професії у учнів можуть бути сформовані в процесі виконання: профільних і професійних проб; профорієнтаційних проєктів; також участі у роботі профорієнтаційних тренінгів, профорієнтаційних ігор, імітаційних навчально-тренувальних фірм.

Для забезпечення підтримки і організація рефлексії профорієнтаційної діяльності учнів доцільно використовувати технології: індивідуальний профорієнтаційний супровід (тьюторство, коучинг); професійне консультування; робота з «портфоліо»; кейс-метод.

Допомога у конкретному виборі здійснюється у процесі професійного консультування учнів та індивідуального профорієнтаційного супроводу учнів.

Вважаємо за необхідне звернути увагу на те, що більшість засобів забезпечення професійного самовизначення учнівської молоді має нежорсткий, діагностико-рекомендаційний характер, тобто може використовуватися учнем за бажанням. При цьому допомога психолога має носити адресний індивідуальний характер. Індивідуалізація допомоги забезпечується за допомогою гнучкості, варіативності і діалогічності роботи з учнем.

Ефективною у роботі з старшокласниками, які зазна-

ли психологічного травмування виявилась групова робота з невеликою кількістю учасників. Кількість учасників у групі має бути від трьох до семи чоловік, оптимальним вважається п'ять учасників. Така форма роботи дозволяє старшокласникам зосередитись лише на власних проблемах, інтересах і активності кожного учасника групи, власному шляху до соціальної і професійної самореалізації, вона прив'язана лише до їхньої конкретної ситуації. Поведінка ведучого при організації роботи в групі наближається до партнерського типу. В малих групах старшокласники не бояться обговорювати свої особисті проблеми, їм легше говорити про свої переживання, задоволеність або незадоволеність собою, своїми діями і своїми досягненнями. Крім того, робота в мікрогрупах дозволяє старшокласникам опинитись в ролі вчителя і направляти інших в роботі. Вони надають конкретну допомогу одне одному, обмінюючись знаннями і заохочуючи до роботи.

Представляємо орієнтовну програму такої роботи:

1. Усвідомлення складових власного образу професійного успіху. Старшокласникам пропонується стосовно визначених складових професійного успіху здійснити таку роботу: формулювання, ранжування, відстоювання, порівняння. При підведенні підсумків для них пропонується відобразити ті переживання, які виникали під час обговорення кожної з позицій, а також наслідки для суспільства, які можуть бути викликані реалізацією кожної з них.

2. Виділення образу власного професійного успіху в обраній сфері майбутньої діяльності і його узгодження з іншими важливими життєвими цілями. Виділення найближчих і ближніх професійних цілей (як етапів і шляхів до професійного успіху).

3. Виявлення ресурсів особистості й дефіцитів компетенцій. Старшокласники складають переліки компетенцій, необхідних для досягнення професійного успіху, а потім виділяють з них списки: уже досить в них сформованих і ро-

звинених; сформованих, але тих, що потребують розвитку; практично не сформованих, але необхідних.

4. Виявлення змісту самовиховання. Для кожної з професійно важливих і значимих для них компетенцій складається перелік конкретних завдань, послідовне виконання яких дозволить учню досягти поставлених цілей.

5. Планування. Сформульовані завдання старшокласники розподіляють за графами індивідуального плану розвитку, тим самим розподіляючи час і свої сили на їх виконання. Складання довгострокових планів, річних планів, місячних планів і тижневих планів, планів дня.

6. Складання конкретної програми послідовних дій. Програма послідовних дій містить у собі пошук старшокласником людей (як дорослих, так і однолітків), установ (школа, установа додаткової освіти, Державна служба зайнятості, бібліотека, Інтернет тощо) засобів (паперові або електронні носії та інше), за допомогою яких він зможе виконати призначені ним самому собі завдання.

7. Реалізація конкретної програми послідовних дій. Це етап відбувається не тільки в стінах школи, але й у закладах позашкільної освіти, на підготовчих до вступу у вищі курсах, у стінах спортивних клубів, вдома.

8. Рефлексія процесу реалізації конкретної програми послідовних дій.

Отже, психолого-педагогічна робота з дитиною, яка пережила психічну травму не повинна обмежуватись допомогою їй у переробці і подоланні травматичного досвіду, а має здійснюватись у більш широкій стратегічній рамці – відновлення дитини в статусі продуктивного суб'єкта діяльності, особистості та індивідуальності, здатної до позитивної взаємодії зі світом, людьми і собою. На цьому наголошує і Т. Титаренко, яка зазначає, що базовим критерієм збереження і відновлення психологічного здоров'я є готовність особистості до життєтворчості, життєконструювання,

її здатність активно змінювати, перебудовувати, покращувати свою життя в бажаному напрямку. Допоміжними критеріями є зростання самоефективності особистості (мотивації, продуктивності, креативності, впевненості у собі), розвиток цілеспрямованості (вміння планувати життя, регламентувати час, стимулювати реалізацію цілей), розвиток довірливих стосунків з оточенням (емпатійності, щирості, вміння просити про допомогу), активізація процесів самоідентифікації (саморозуміння, самопідтримки, самоприняття) [48, с. 12].

Лікування посттравматичного стресового розладу.

У більшості випадків психолого-педагогічної допомоги, а також підтримки батьків, інших членів родини, друзів виявляється достатньо для стабілізації емоційного стану дитини, яка зазнала психічного травмування, але, якщо психотравмуюча подія викликала у дитини серйозний психологічний розлад і є підозра про наявність в неї післятравматичного стресового розладу, то потрібна професійна допомога.

У разі наявності у дитини психологічних розладів, з якими вона самотужки не справляється і в процесі надання психолого-педагогічної допомоги в умовах навчального закладу її стан не покращується або погіршується необхідно перенаправити її до медичної установи.

Післятравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це розлад, який виникає як відстрочена і/або затяжна реакція на екстремальну (травматичну) подію чи ситуацію (короткочасну або затяжну) загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати загальний дистрес майже в будь-якої людини Починаючи з 1995 року цей розлад і його клінічні діагностичні критерії були введені в десяту редакцію Міжнародного класифікатора хвороб (МКХ – 10), основного діагностичного стандарту в європейських країнах (шифр 43.1) [15, с. 10-11].

Лікування ПТСР – процес складний, кропіткий і може тривати не один рік. У цьому процесі виділяють наступні аспекти: психофармакологічний; психотерапевтичний; реабілітаційний.

Психофармакологічна терапія. Таку допомогу має надавати *винятково лікар*, її зміст визначається особливостями клінічної картини та провідними в даний момент психопатологічними симптомами. Усуваючи найбільш гострі симптоми, психофармакотерапія полегшує проведення психотерапії і реабілітаційних заходів.

Психотерапія. Зазначимо, що при інтенсивному впливі травматичного стресу страждає саме особистість, тому психотерапевтична допомога передбачає глибоке опрацювання особистісних проблем дитини. Для її проведення потрібен високий професіоналізм психотерапевта, тому ця форма допомоги може надаватися виключно фахівцями, які отримали спеціальну підготовку з даного напрямку, а також мають достатній досвід роботи з дитячою психотравмою.

Докладний огляд психотерапевтичних технологій презентовано у роботі Н. Тарабріної «Практикум з психології післятравматичного стресу» [47], авторка зазначає, що по суті ПТСР являють собою взаємодію особистості з пережитим стресовим досвідом, при цьому феноменологія тих або інших психічних порушень, що виникають внаслідок переживання екстремальної події, відображає певною мірою якість післястресової адаптації особистості. Основна мета психотерапевтичної роботи полягає у тому, щоб максимально повно відновити рівень соціального і особистісного функціонування постраждалих. При цьому психотерапія спрямована на реалізацію таких завдань: створення нової когнітивної моделі життєдіяльності; афективна переоцінка травматичного досвіду; відновлення відчуття цінності власної особистості; відновлення у людини здатності до подальшого існування у світі.

Найпоширенішими методами психотерапії при лікуванні пацієнтів із ПТСР, наголошує Н. Тарабріна, є: когнітивно-біхевіоральна терапія; психологічний дебрифінг; десенсибілізація і опрацювання рухами очей.

Основними принципами проведення психотерапії ПТСР є: обов'язковість психотерапевтичного втручання; максимально ранній початок після психотравми з метою запобігання розвитку і хронізації ПТСР; комплексне тривале психотерапевтичне втручання в поєднанні з фармакотерапією.

За формою проведення психотерапію поділяють на індивідуальну, групову і комбіновану. Останній формі надається найбільша перевага. Виділяють наступні основні психотерапевтичні стратегії: підтримка адаптивних навичок «Я» (з цією метою найчастіше використовують такі психокорекційні техніки: систематична десенсибілізація; тренінги релаксації; зменшення зовнішніх вимог; техніки відновлення ресурсів «Я») та формування «позитивного ставлення» до симптому.

Оскільки люди, які страждають на ПТСР, пережили події, що виходять за рамки звичайного людського досвіду, то у них виникають незрозумілі й тяжкі для них переживання та реакції. Психотерапія спрямована на те, щоб допомогти пацієнтам зрозуміти, що їхні реакції нормальні, а пережите – екстремальне. Це дозволяє запобігти подальшій травматизації людини вже самими хворобливими симптомами, а також допомагає актуалізувати власні особистісні ресурси.

Для пацієнтів із ПТСР характерне завзяте уникання зіткнення з усім, що пов'язано з травмою. Воно відбувається на декількох рівнях: уникання емоцій, спогадів, поведінкове і когнітивне уникання. У зв'язку з наявністю уникання травматичний досвід не переробляється, продовжує залишатися хворобливим, а саме по собі уникання стає додатковою проблемою, що загострює ситуацію.

Домінантою у роботі з такими пацієнтами має бути зміна змісту, який надається травматичній ситуації і її наслідкам.

Необхідною умовою ефективного лікування є формування відчуття «контролю за травмою». Багато авторів розглядають це відчуття, як загальну кінцеву мету, до якої повинні прагнути всі психотерапевтичні втручання. Цілі психотерапевтичного втручання значною мірою визначаються як актуальними переживаннями пацієнта, так і етапом перебігу ПТСР [47, с. 95-111].

2.2. Психологія переживання дітьми горя, як особливого виду психотравми

Переживання смерті значимого дорослого, матері або батька, в дитячому віці набуває особливого значення, оскільки має подвійний вплив: по-перше, дитина стає свідком смерті близької людини, а по-друге, усвідомлює, що вона сама смертна. Вперше страх смерті, зазначає Н. Тарабріна [47] з'являється у дитини у віці приблизно трьох років, вона починає боятися засинати, багато разів питає у батьків, чи не помруть вони. Потім формуються три базові ілюзії, що дозволяють дитині уникати цього страху. Перша ілюзія – ілюзія власного безсмертя («все смертні, але не я»). Руйнування цієї ілюзії може повністю змінити сприйняття дитиною оточуючого світу не як затишного та безпечного, а як повного небезпек і несподіванок. Друга ілюзія – ілюзія справедливості («всі отримують по заслугах. Якщо я буду хорошим, зі мною нічого не трапиться»). Руйнування цієї ілюзії призводить або до уявлення про те, що світ несправедливий і жахливий, або до побудови нових ілюзій. Третя ілюзія – ілюзія простоти побудови оточуючого світу: все ділиться тільки на чорне і біле [47, с. 63 - 64].

Окремо авторка зупиняється на ситуаціях, коли дитина є свідком заподіяння шкоди родичеві або близькій людині (насильство, вбивство, самогубство). Ці ситуації, вважає

Н. Тарабріна, є найбільш травматичними для дітей. Крім таких факторів, як безпосередня загроза здоров'ю або життю близької людини і самої дитини, важливим травмуючим чинником є відчуття дитиною своєї безпорадності. Дітям, які перенесли таку травму, в більшості випадків властива наявність всіх симптомів ПТСР, таких як нав'язливе відтворення травматичної ситуації, уникнення місць, пов'язаних з подією, підвищена фізіологічна збудливість і порушення функціонування [47, с. 63-64].

Зупинимось докладніше на етапах переживання горя людиною. В часі стану горя, наголошує І. Малкіна-Пих [23], властива динаміка, проходження ряду етапів, коли людина здійснює певну роботу. Мета цієї роботи полягає в тому, щоб пережити горе, стати незалежним від втрати, пристосуватися до життя, що змінилося і нові стосунки з людьми і світом.

Початкова стадія горя – *шок і заціпеніння*. Шок від перенесеної втрати і відмова повірити в реальність того, що сталося можуть тривати до декількох тижнів, в середньому 7-9 днів. Фізичний стан людини, що переживає горе, погіршується. Спостерігається втрата апетиту, м'язова слабкість, сповільненість реакцій. Те, що відбувається переживається як нереальне. Людина в стані шоку може робити щось дійсно необхідне, пов'язане з організацією похорону, або ж її активність може бути безладною, буває і повна відчуженість її від того, що відбувається. Також людина майже не висловлює почуттів з приводу того, що сталося, може здаватись байдужою до всього. Заціпеніння – найбільш яскрава риса цього стану.

Буває, що людина на цій стадії відчуває себе цілком добре. Вона не страждає, знижується чутливість до болю і навіть «виліковуються» захворювання, які її турбували. Такий її стан може розцінюватись оточуючими як бездушність, недостатність любові і егоїзм. Тим часом, іноді саме така «нечутливість» свідчить про тяжкість і глибину переживань. І чим довше триває цей «світлий» проміжок, тим довше і важче мо-

жуть бути наслідки.

Вважається, що комплекс шоківих реакцій пов'язаний з роботою механізмів психологічного захисту (заперечення факту або значення смерті) охороняє людину, яка зазнала втрату, від різкого зіткнення з жахом події. Шок залишає людину в тому часі, коли померлий був ще живий. Людина зосереджена на якихось дрібних турботах і подіях, які не пов'язані з втратою, або вона психологічно залишається в минулому, заперечуючи реальність, в такому випадку вона і справляє враження приголомшеної або сонної: майже не реагує на зовнішні стимули, повторює якісь дії.

Часто на зміну шоківих реакцій приходить відчуття злості. Злість виникає як емоційна специфічна реакція на перешкоду в задоволенні потреби, в даному випадку – потреби залишитися в минулому разом з померлим. Будь-які зовнішні стимули, які повертають людину в сьогодення, можуть проковувати це почуття. Злість також свідчить про глибину отриманої психічної травми. Це обумовлено різкою фрустрацією: неможливістю здійснення планів, бажань, пов'язаних з померлим.

Наступна стадія горя – *стадія пошуку* – характеризується прагненням повернути померлого і запереченням безповоротності втрати. Людині, яка зазнала втрату, часто здається, що вона бачить померлого в натовпі на вулиці, чує його кроки в сусідній кімнаті і т. і. Оскільки більшість людей, навіть відчуваючи дуже глибоке горе, зберігають зв'язок з реальністю, подібні ілюзії можуть лякати, викликати думки про божевілля. Перехід від стадії шоку до стадії пошуку поступовий, особливості стану і поведінки, характерні для цієї стадії, можна помітити на 5-12-й день після смерті близького, але деякі наслідки шоку можуть проявлятися ще досить довго.

Третя стадія – *гострого горя* – триває до 6-7 тижнів з моменту втрати. Зберігаються і спочатку можуть посилюватися фізичні симптоми: утруднене дихання, м'язова слабкість,

фізична втома навіть при відсутності реальної активності, підвищена виснаженість, відчуття порожнечі в шлунку, утруднення в грудях, клубок у горлі, підвищена чутливість до запахів, зниження або незвичайне посилення апетиту, порушення сну. В цей час людині буває важко утримати свою увагу в зовнішньому світі, реальність ніби покрита прозорим серпанком, вуаллю, крізь яку часом пробивається відчуття присутності померлого.

Це період найбільших страждань, гострого душевного болю. З'являється безліч важких, іноді дивних і страшних, думок і почуттів. Це відчуття порожнечі і безглуздості, відчай, відчуття самотності, злість, вина, страх і тривога, безпорадність. Типовими є незвичайне поглинання образом померлого та його ідеалізація, підкреслення його незвичайних чеснот, уникнення спогадів про його погані риси і вчинки. Горе накладає відбиток і на стосунки з оточуючими, може спостерігатися втрата теплоти, дратівливості, бажання усамітнитися. Змінюється повсякденна діяльність. Людині важко буває сконцентруватися на тому, що вона робить, важко довести справу до кінця, а складно організована діяльність може на якийсь час стати і зовсім недоступною. Часом виникає несвідоме ототожнення з померлим, що виявляється в мимовільному наслідуванні його ходи, жестів, міміки.

У період гострого горя його переживання стає провідною діяльністю. Це найважчий період. Основним переживанням стає почуття провини. Стадію гострого горя вважають критичною щодо подальшого переживання втрати. Людина поступово «йде» від померлого і з боєм переживає дійсне віддалення його образу. Розрив старого зв'язку з померлим і створення образу пам'яті, образу минулого і зв'язку з ним – основний зміст «роботи горя» в цей період.

Стадія відновлення, четверта стадія синдрому втрати, настає днів через 40 після події і триває приблизно рік. У цей період відновлюються фізіологічні функції, професійна

діяльність. Людина поступово приймає факт втрати. Вона як і раніше переживає горе, але ці переживання вже набувають характер окремих нападів, спочатку частих, потім поодиноких.

Звичайно, напади горя можуть бути дуже болючими. Людина вже живе нормальним життям і раптом знову повертається в стан туги, скорботи, відчуває безглуздість свого життя без минулого. Часто такі напади пов'язані зі святами, якимись пам'ятними подіями і взагалі – з будь-якими ситуаціями, які можуть асоціюватися з померлим. Річниця смерті символічно обмежує період горя.

Багато культур і релігій відводять на траур саме один рік, адже за рік людина проходить певний життєвий цикл, маркерами якого слугують традиційні дати і події. За цей період втрата поступово входить в життя. Людині доводиться вирішувати безліч нових завдань, і ці практичні завдання переплітаються з переживанням втрати. Вона дуже часто зв'язує свої вчинки з моральними нормами померлого, з тим, «що б він сказав». Поступово з'являється все більше спогадів, звільнених від болю, почуття провини, образи.

Приблизно через рік настає остання стадія переживання втрати – *завершальна*. Біль стає більш терпимою, і людина потроху повертається до колишнього життя. У цей період відбувається «емоційне прощання» з померлим, усвідомлення того, що немає необхідності наповнювати болем втрати все життя. Життя бере своє.

Хоча сама послідовність етапів типова і передбачувана, але вони часто перекривають один одного. Переживання горя є індивідуальним процесом, і характерні ознаки етапів можуть співіснувати у різних поєднаннях, створюючи унікальні можливості для позитивних змін.

Горе – це природний процес, і людина в більшості випадків переживає його без професійної допомоги. Хоча втрати і є невід'ємною частиною життя, важкі втрати порушують осо-

бисті кордони і руйнують ілюзії контролю і безпеки. Тому процес переживання горя може трансформуватися в розвиток хвороби: людина як би «застряє» на певній стадії синдрому втрати. Найчастіше такі зупинки відбуваються на гострій стадії посилюються і зберігаються протягом тривалого часу симптоми, характерні для цього періоду, тому розрізняють нормальні реакції на втрату і патологічні (ускладнені) [23, с. 426-428].

На особливостях проходження стадій переживання горя дитиною зосереджується А. Андреева [2]. Авторка зазначає, що першою реакцією дитини на смерть, це *шок*. У дітей він зазвичай виражається мовчазним відходом або вибухом сліз. Розвага (взяти на руки, купити іграшку або солодощі, включити телевізор) виявляється не найкращою стратегією в такій ситуації, вона лише на час відволікає увагу дитини і не допомагає впоратися з горем. Авторка рекомендує дорослому обняти дитину, дати їй розслабитись, поплакати, посидіти або полежати, але не поводитись так, немов у дитини болять зуби. Їй потрібен час, щоб посумувати, поговорити про матір, батька, брата чи сестру. Якщо дитина досить велика, можна дати їй можливість брати участь в приготуванні до похорону, і вона не буде відчувати себе самотньою серед засмучених і зайнятих справами дорослих.

Заперечення смерті – наступна стадія переживання горя. Діти знають, що близька людина померла, бачили його мертвою, але всі їхні думки настільки зосереджені на ній, що вони не можуть повірити, що її більше немає поруч.

Пошуки – для дитини це дуже логічна стадія горя. Вона втратила когось, тепер вона повинна знайти його. Неможливість знайти породжує страх. Іноді діти переживають ці пошуки як гру в хованки, візуально представляють, як померлий родич входить в двері.

Відчай настає час, коли дитина усвідомлює неможливість повернення померлого. Вона знову починає плакати, крича-

ти, відхилити любов інших людей. Тільки любов і терпіння можуть подолати цей стан.

Гнів виявляється в тому, що дитина сердиться на батька, який його «покинув». Маленькі діти можуть почати ламати іграшки, влаштовувати істерики, б'ючи ногами по підлозі, підліток раптом перестає спілкуватися з матір'ю, «ні за що» б'є молодшого брата і т. і.

Тривога і почуття провини ведуть до депресії. Крім того, дитину можуть турбувати різні практичні питання («Хто буде проводити мене в школу?» «Хто допоможе з уроками?» «Хто дасть кишенькові гроші?»). Для більш старших дітей смерть батька може означати неможливість продовжити навчання і т. і. [2, с. 87 -97].

Вікові особливості переживання горя дітьми визначені С. Шефовим у роботі «Психологія горя».

У віці *до двох років* смерть одного з батьків не може бути зрозумілою для дитини, але вона помічає відсутність одного з батьків і емоційні зміни в людях, які про неї піклуються. Маленька дитина стає більш дратливою, галасливою. Також в неї можуть спостерігатись фізіологічні зміни: розлади процесу травлення, акту сечовипускання тощо.

Дворічні діти (*від двох до трьох років*) знають про те, якщо близькі люди відсутні в полі зору, то їх можна покликати або знайти, пошуки померлого – типове вираження горя в цій віковій групі. Потрібен час для того, щоб дитина усвідомила, що близька людина не повернеться. В цей час діти потребують надійного, стабільного оточення і поруч повинні бути люди, які будуть піклуватись про них, підтримувати колишній режим травлення і сну.

Розуміння смерті у віці *від трьох до п'яти років* все ще обмежено. Дітям цієї вікової групи потрібно м'яко пояснити, що смерть не є сном і тато (мама) помер і ніколи не повернеться. У дитини в цей час також можуть спостерігатися проблеми з травленням і сечовипусканням, болі в животі, го-

ловні болі, шкіряні висипання, зміни настрою. Дитина може почати боятися темряви, відчувати сум, гнів, тривогу, часто плакати. Вона може думати, що її вчинки могли стати причиною смерті близької людини і якщо, про це дитина говорить, то дорослим потрібно переконати її, що це не так. Важливо, щоб дитина знала, що про неї піклуватимуться і що сім'я залишиться разом. Корисно згадувати з дитиною деякі позитивні моменти, які батько (мати) робив з нею (спільні ігри, свята тощо).

У віці *від шести до восьми років* діти все ще відчують труднощі в розумінні реальності смерті. Вони переживають почуття невизначеності і ненадійності, мають схильність постійно знаходитися поруч з живим з батьків. Діти, які переживають втрату можуть поводитись в класі не так як завжди, проявляти агресію до вчителів, однокласників.

Переживання втрати дитиною у віці *від дев'яти до дванадцяти років* може призвести до безпорадності, у дитини можуть виникнути проблеми з визначенням своєї ідентичності, приховувані емоції, все це негативно впливає на її подальший розвиток. Діти цієї вікової групи можуть намагатися прийняти на себе роль померлого батька (матері), що не повинно заохочуватись дорослими. У дитини повинно бути достатньо часу для гри, спорту і дозвілля. Важливо, щоб у неї були друзі її віку. Дитині, яка пережила горе, потрібно допомогти зрозуміти, що бути щасливою і радіти поточним подіям – це нормально.

Підлітки, які переживають горе часто шукають допомоги поза сім'єю. Деякі з них відчують себе в ізоляції, тому що спостерігають, що друзі уникають їх або бентежаться і не знають, що сказати. Підлітки можуть поводитись невідповідним чином: тікати з дому, змінювати друзів, вживати алкоголь і наркотики, мати суїцидальні прояви. Підліткам не можна говорити, що вони займуть місце померлого з батьків, скоріше, їм потрібно допомогти сфокусуватися на їхніх по-

требах, пов'язаних з власним майбутнім, таких як освіта або професійна підготовка [55, с. 112-114].

Для створення програми допомоги людині, яка переживає втрату, у літературі пропонується застосовувати підхід Дж. Вордена, згідно з яким, у процесі горювання людина повинна вирішити таких 4 завдання (їх виконання психолог має супроводжувати):

1. Визнати втрату. Усвідомити, що людина пішла і її більше ніколи не буде.

2. Відчути і прожити біль втрати. Важливо пояснити людині, що при втраті відчувати біль – це нормально. Треба пройти через цю стадію – адже уникаючи болю, ми його не позбуваємося, а тільки відкладаємо в часі й поглиблюємо.

3. Змінити життя на новий лад, перелаштуватися, особливо в тих аспектах, де відчувається відсутність померлого. Почати будувати нові відносини, набувати корисні навички. Якщо це завдання не вирішене, то людина зберігає свою безпорадність.

4. Вилучити емоційну енергетику зі старих відносин і перенести її в нові стосунки [40, с. 40 -41].

У додатку Е надана пам'ятка для батьків «Як допомогти дитині пережити втрату близької людини».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский. – М. : Наука, 1976. – 272 с.

2. Андреева А. Д. Как помочь ребенку пережить горе / А. Д. Андреева // Вопросы психологии. – 1991. – №2. – С. 87 – 97.

3. Бадьина Н. П. Психологическая помощь ребенку, пережившему психическую травму : [Методические рекомендации для педагогов-психологов ОУ] / Н. П. Бадьина. – Курган, 2005. – 63 с.

4. Беберашвили З. Травма и психосоциальная помощь. Практическое руководство, основанное на опыте НПО Грузии / З. Беберашвили, Д. Джавахишвили, Н. Махашвили, Н. Сарджвеладзе. – Тбилиси ; Баку : Норвежский Совет по Женщам, 2001. – 92 с.

5. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми [Текст] : монографія / О. А. Блінов. - Київ : Талком, 2016. - 246 с.

6. Божович Л. И. Личность и её формирование в детском возрасте / Л. И. Божович. – М. : Просвещение, 1968. - 484 с.

7. Венгер А.Л. Психологическая помощь детям и подросткам после бесланской трагедии [Электронный ресурс] / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. – Режим доступа : <http://www.psy-dnu.narod.ru/venger.pdf>

8. Вовканич М. Д. Технології соціально-психологічної роботи з клієнтами, які схильні до суїциду [Текст] : навч.-метод. посібник / М. Д.Вовканич - Ужгород : УНУ, 2012. – 122 с.

9. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства - від знущань у сім'ї до політичного терору [Текст] / д-р Джудіт Герман ; з англ. пер. Оксана Лизак,

Оксана Наконечна, Олександр Шлапак. - Львів : Старий Лев, 2015. - 413с.

10. Гиппенрейдер Ю. Б. Общаться с ребенком. Как? / Ю. Б. Гиппенрейдер. - М. : ЧеРо, Сфера, 2003. - 240 с.

11. Гринберг Дж. Управление стрессом / Дж. Гринберг. - [7-е изд.] – СПб. : Питер, 2002. – 496 с.

12. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання [Електронний ресурс] / Н. Є. Гоцуляк // Збір. наук. праць Національної академії Державної прикордонної служби України. - 2015. - № 1. - С. 378-390. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnarv_ppn_2015_1_31 - (Серія: Педагогічні та психологічні науки).

13. Димитрова Л. М. Причини та соціальні фактори суїцидальної поведінки підлітків [Електронний ресурс] / Л. М. Димитрова, Г. О. Кіхтан // Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». - 2012. - № 3. - С. 72-77. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKPI_soc_2012_3_14 - (Серія: Політологія. Соціологія. Право.)

14. Дюркгейм Э. Самоубийство [Текст] : социологический этюд / Э. Дюркгейм ; пер.с фр. А. Н. Ильинский ; подгот. В. А. Луков. - СПб. : Союз, 2010. - 496 с. - (Психология и социология : страницы классики).

15. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги післятравматичного стресового розладу. Методичні рекомендації / [О. С. Мусій, І. Я. Пінчук, О. О. Хаустова та ін.]. – Київ : УНДІССПН МОЗ України, 2014. - 32 с.

16. Кириленко Т. С. Психологія травмуючих ситуацій [Текст] : навч. посіб. для студентів ВНЗ / Т. С. Кириленко. - К. : Київ. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка, 2014. - 135 с.

17. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / Римас Кочюнас. – М. : Академ. проект, 1999. – 240 с.

18. Крюкова М. А. Экстренная психологическая помощь : [Практ. пособие] / М. А. Крюкова, Т. И. Никитина,

Ю. С. Сергеева. - М. : НЦ ЭНАС, 2001.

19. Литвиненко С. А. Психологія травми: трансгенераційний та феноменологічний аспекти [Електронний ресурс] / С. А. Литвиненко, В. М. Ямницький // Психологія: реальність і перспективи. - 2015. - Вип. 4. - С. 14-17. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2015_4_6

20. Лукашевич Н. М. Фактори ризику розвитку суїцидальної поведінки у підлітків [Електронний ресурс] / Н. М. Лукашевич // Судово-медична експертиза. - 2013. - № 2. - С. 28-32. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/sme_2013_2_10

21. Луценко Ю. А. Особливості організації психологічного супроводу внутрішньо переміщених осіб / Ю. А. Луценко // Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту: навчально-методичний посібник. – К. : Агенство «Україна». – 2015. – С. 143-149.

22. Маккей М., Девис М., Фенинг П. Как победить стресс и депрессию / М. Маккей, М. Девис, П. Фенинг. – СПб.: Питер, 2011. – 288 с.

23. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005. – 960 с.

24. Мандзик Л. В. Соціально-педагогічна профілактика суїцидальної поведінки у підлітковому віці [Електронний ресурс] / Л. В. Мандзик // Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. - 2015. - Вип. 220. - С. 258-262. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvnuai_ped_2015_220_42 - (Серія: Педагогіка, психологія, філософія.)

25. Мартинюк І. А. Психологічна травма та посттравма: сутність і способи подолання [Електронний ресурс] / І. А. Мартинюк // Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. - 2015. - Вип. 230. - С. 276-282. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvnuai_ped_2015_230_44 - (Серія: Педагогіка, психологія,

філософія)

26. Моя майбутня професія: шлях до успіху : [курс за вибором для учнів 10 (11)-х класів загальноосвітніх навчальних закладів (52 год.)] / [В. Г. Панок, О. В. Мельник, О. Л. Морін, Л. А. Гуцан, І. І. Ткачук // Збірник програм факультативних курсів, курсів за вибором та спецкурсів. – К. : Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2013. – 1 електрон. опт. диск (CD-ROM), 12 см.

27. Музиченко І. В. Психологічна травма: аналіз проблеми та шляхи подолання / І. В. Музиченко // Роль психологічної служби системи вищої освіти України у час суспільних трансформацій : матер. Всеукр. наук.-практ. конф. (Львів, 19-20 травня 2017 р.) – Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2017. – С.119-123.

28. Оверченко А. І. Психологія травмуючих ситуацій [Текст] : навч. посібн. / А. І. Оверченко ; Нац. акад. внутр. справ – К. : НАВС, 2013. – 179 с.

29. Овсяннікова Я. О. Психологічна допомога дітям, які пережили психічну травму внаслідок надзвичайної ситуації [Електронний ресурс] / Я. О. Овсяннікова // Право і Безпека. - 2012. - № 1. - С. 317-321. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pib_2012_1_71

30. Панок В. Г. Психологічна служба : [Навч.-метод. посіб. для студентів і викладачів] / В. Г. Панок. – Кам'янець-Подільський : ТОВ Друкарня Рута, 2012. – 488 с.

31. Панок В. Г. Психологія життєвого шляху особистості : [моногр.] / В. Г. Панок, Г. В. Рудь– К. : Ніка-Центр, 2006. – 280 с.

32. Прийменко В. Психолого-педагогічна допомога дитині в переживанні гострої психологічної травми / В. Прийменко // Психолог. - 2007. - № 38.- С. 4-8

33. Пипа Л. В. Депресія й пов'язана з нею суїцидальна поведінка в дітей і підлітків: сучасні уявлення і стан проблеми : Ч. 1 [Електронний ресурс] / Л. В. Пипа, С. В. Римша,

Р. В. Свістільнік, Ю. М. Лисиця // Здоров'є ребенка. - 2014. - № 6. - С. 92-99. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2014_6_17

34. Поляков І. Встановлення психологічного контакту із потенційним суїцидентом при спробі ним скоєння фатального кроку з території висотних споруд [Електронний ресурс] / І. Поляков, С. Щербак, В. Потеряхін // Проблеми екстремальної та кризової психології. - 2013. - Вип. 14 (3). - С. 178-185. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekp_2013_14\(3\)_29](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekp_2013_14(3)_29)

35. Поляков І. О. Основні причини та приводи здійснення потенційними суїцидентами фатального кроку [Електронний ресурс] / І. О. Поляков, С. М. Щербак // Проблеми екстремальної та кризової психології. - 2014. - Вип. 15. - С. 208-214. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekp_2014_15_31

36. Профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій [Текст] : навч. посіб. / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. - К. : Міленіум, 2011. - 271с.

37. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій [Текст] : метод. посіб. / [З. Г. Кісарчук та ін.] ; за заг. ред. З. Г. Кісарчук ; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. - Київ : Логос, 2015. - 206 с.

38. Психологія суїциду [Текст] : посібник / В. П. Москалець [та ін.] ; ред. В. П. Москалець. - К. : Академвидав, 2011. - 287 с.

39. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : [навч. посібник] / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. - К. , 2012. - 275 с.

40. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посіб. для практиків соціальної сфери / Мельник Л. А. та ін. ; за ред. Волинець Л. С. - К. : Видавничий дім «Калита», 2015.

– 72 с.

41. Рибалка В. В. Психологія суїцидальних тенденцій проблемної особистості / В. В. Рибалка. – К. : Шкільний світ, 2009. – 128 с.

42. Романів О. П. Суїцид: сучасні підходи до профілактики [Електронний ресурс] / О. П. Романів, О.О. Хаустова // Ліки України. - 2013. - № 1. - С. 89-94. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/likukr_2013_1_17

43. Романчук О. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки та сучасні підходи до терапії // НейроNEWS: психоневрологія і нейропсихіатрія. - 2012. - № 1 (36).

44. Рябчич Я. Є. Аналіз підходів, методів та технік діагностико-корекційної роботи з кризовими суїцидонебезпечними станами особистості [Електронний ресурс] / Я. Є. Рябчич // Актуальні проблеми психології. - 2012. - Т. 1, Вип. 35. - С. 144-147. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/appsub_2012_1_35_32

45. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період : метод. рек. / Н. П. Бочкор, Є. В. Дубровська, О. В. Залеська та ін. – Київ : МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. – 84 с.

46. Суїцидальна поведінка дітей та підлітків: методи профілактики [Електронний ресурс] - Назва з екрану: <http://diplomukr.com.ua/raboti/21674>

47. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб : Питер, 2001. – 272 с.

48. Титаренко Т. М. Личностное здоровье в условиях травматизации: поиск путей восстановления / Т. М. Титаренко // Теория и практика психотерапии / Т. М. Титаренко, 2016. – С. 7 – 13.

49. Ткачук І. І. Підготовка старшокласників до професійного самовизначення у роботі практичного психолога /

І. І. Ткачук // Організація та науково-методичне забезпечення діяльності психологічної служби і ПМПК / [Гаркавенко З. О., Гобод І. Ю., Жук Т. В. та ін. ; наук. ред. В. Г. Панок, І. І. Цушко]. - [2-е вид., випр.]. - К. : Ніка-Центр, 2014. - С. 79-88.

50. Федоренко Р. П. Психологія суїциду [Текст] : навч. посіб. / Р. П. Федоренко. – Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2011. – 260 с.

51. Федосєєва І. В. Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків / І. В. Федосєєва // Молодий вчений. – 2016. – № 9.1 (36.1). – С. 161-165.

52. Халепа К. Ф. Особливості психологічної допомоги дітям, які зазнали психологічної травми [Електронний ресурс] / К. Ф. Халепа // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. - 2013. - Вип. 114. - С. 195-198. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPH_2013_114_41 - (Серія: Психологічні науки)

53. Цицей Р. М. Психічна травма як наслідок пережитої людиною надзвичайної ситуації [Електронний ресурс] / Р. М. Цицей // Проблеми екстремальної та кризової психології. - 2013. - Вип. 13. - С. 258-265. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pepr_2013_13_32

54. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры / Ф. Шапиро ; пер. с англ. А. С. Ригина. — М. : Независимая фирма «Класс», 1998. – 496 с. – (Библиотека психологии и психотерапии).

55. Шефов С. А. Психология горя / С. А. Шефов. — СПб. : Речь, 2006. - 144 с.

56. Cannon K.E. Suicide: Phenomenology and Neurobiology / Cannon K.E., Hudzik T.J. (eds.). - Springer, 2014. - 309 p.

57. Lewin P. Understanding Childhood Trauma. First Aid for Accidents and Falls. Healing Past Trauma / P. Lewin. - Mothering, 1994. – P. 49-54.

ДОДАТКИ

Додаток А

Експрес-методика «Карта ризику суїциду»

Інструкція. З метою визначення ступеня вираженості чинників суїцидального ризику у підлітків пропонується експрес-методика «Карта ризику суїциду». Для отримання даних необхідно позначити ступінь вираженості кожного чинника ризику у відповідній колонці (обвести кружечком): а) не виявлений, б) слабо виражений, в) значно виражений.

Чинник ризику	Не виявлений	Слабо виражений	Значно виражений
<i>I. Біографічні дані</i>			
1. Раніше мала місце спроба суїциду	- 0,5	+ 2 ;	+ 3
2. Суїцидальні спроби у родичів	- 0,5	+ 1	+ 2
3. Розлучення або смерть одного з батьків	- 0,5	+ 1	+ 2
4. Недолік тепла в сім'ї	- 0,5	+ 1	+ 2
5. Повна або часткова бездоглядність	- 0,5	+ 0,5	+ 1
<i>II. Актуальна конфліктна ситуація</i>			
А – вид конфлікту:			
1. Конфлікт з дорослою людиною (педагогом, батьком)	- 0,5	+ 0,5	+ 1
2. Конфлікт з однолітками, відторгнення групою	- 0,5	+ 0,5	+ 1

Додатки

3. Тривалий конфлікт з близькими людьми, друзями	- 0,5	+ 0,5	+ 1
4. Внутрішньоособистісний конфлікт, висока внутрішня напруженість	- 0,5	+ 0,5	+ 1
Б – поведінка в конфліктній ситуації:			
5. Висловлювання із загрозою суїциду	- 0,5	+ 2	+ 3
В – характер конфліктної ситуації :			
6. Подібні конфлікти мали місце раніше	- 0,5	+ 0,5	+ 1
7. Конфлікт обтяжений неприємностями в інших сферах життя(навчання, здоров'я, знехтувана любов)	- 0,5	+ 0,5	+ 1
8. Непередбачуваний результат конфліктної ситуації, очікування його наслідків	- 0,5	+ 0,5	+ 1
Г – емоційне забарвлення конфліктної ситуації :			
9. Почуття образи, жалості до себе	- 0,5	+ 1	+ 2
10. Почуття втоми, безсилля, апатія	- 0,5	+ 1	+ 2
11. Почуття непереборності конфліктної ситуації, безвиходу	- 0,5	+ 0,5	+ 2
III. Характеристика особи			
А – вольова сфера особи :			
1. Самостійність, відсутність залежності в ухваленні рішень	- 1	+ 0,5	+ 1
2. Рішучість	- 0,5	+ 0,5	+ 1
3. Наполегливість	- 0,5	+ 0,5	+ 1
4. Сильно виражене бажання досягти своєї мети	- 1	+ 0,5	+ 1
Б – емоційна сфера особи :			

5. Хворобливе самолюбство, ранимість	- 0,5	+ 0,5	+ 2
6. Довірливість	- 0,5	+ 0,5	+ 1
7. Емоційна в'язкість ("застрягання" на своїх переживаннях, невміння відволіктися)	- 0,5	+ 1	+ 2
8. Емоційна нестійкість	- 0,5	+ 2	+ 3
9. Імпульсивність	- 0,5	+ 0,5	+ 2
10. Емоційна залежність, потреба у близьких емоційних контактах	- 0,5	+ 0,5	+ 2
11. Низька здатність до створення захисних механізмів	- 0,5	+ 0,5	+ 1,5
12. Безкомпромісність	- 0,5	+ 0,5	+ 1,5

Обробка та інтерпретація отриманих результатів

Для визначення ступеня вираженості чинників ризику підраховується загальна сума балів (з урахуванням знаку «+» чи «-») і отриманий результат співвідноситься з приведеною нижче шкалою:

менше 9 балів – ризик суїциду незначний;

9 – 15,5 балів – суїцидальний ризик є присутнім;

більше 15,5 балів – суїцидальний ризик значний.

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

(М. Горська)

Мета: виявлення схильності індивіда до суїцидальної поведінки.

Форма проведення: індивідуальна чи групова.

Час: 30-45 хв.

Вік: із 14 років.

Інструкція досліджуваному. Зараз вам зачитують твердження, навпроти кожного з них ставте оцінку за таким принципом: якщо твердження вам підходить - то 2, якщо не зовсім підходить - 1, якщо зовсім не підходить - 0.

Бланк опитувальника

1	Часто я не впевнений у своїх силах	2	1	0
2	Нерідко мені здається, що ситуація безвихідна	2	1	0
3	Я часто залишаю за собою останнє слово	2	1	0
4	Мені важко змінювати свої звички	2	1	0
5	Я часто червонію через дрібниці	2	1	0
6	Неприємності мене дуже тривожать, і я занепадаю духом	2	1	0
7	Нерідко в розмові я перебиваю співрозмовника	2	1	0
8	Мені важко переключитися з однієї справи на іншу	2	1	0
9	Я часто прокидаюся вночі	2	1	0
10	У випадку неприємностей я зазвичай звинувачую лише себе	2	1	0
11	Мене легко розсердити	2	1	0
12	Я дуже обережний стосовно змін у своєму житті	2	1	0

13	Я легко засмучуюся	2	1	0
14	Нещастя й невдачі нічого мене не вчать	2	1	0
15	Мені доводиться часто робити зауваження іншим	2	1	0
16	У суперечці мене важко переконати	2	1	0
17	Мене хвилюють навіть уявні неприємності	2	1	0
18	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її марною	2	1	0
19	Я хочу бути авторитетом для навколишніх	2	1	0
20	Часто мене не покидають думки, яких варто було б позбутися	2	1	0
21	Мене лякають труднощі, з якими доведеться зустрітися в житті	2	1	0
22	Нерідко я почуваюся беззахисним	2	1	0
23	У будь-якій справі я не задовольняюся малим, а хочу домогтися максимального успіху	2	1	0
24	Я легко зближуюся з людьми	2	1	0
25	Я часто копаюся у своїх недоліках	2	1	0
26	Іноді в мене бувають стани розпачу	2	1	0
27	Мені важко стримувати себе, коли я гніваюся	2	1	0
28	Я дуже переживаю, якщо в моєму житті щось занацька змінюється	2	1	0
29	Мене легко переконати	2	1	0
30	Я почуваюся розгубленим, коли в мене виникають труднощі	2	1	0
31	Волю керувати, а не підкорятися	2	1	0
32	Нерідко я проявляю впертість	2	1	0
33	Мене турбує стан мого здоров'я	2	1	0
34	У важкі хвилини я іноді поведжуся, як дитина	2	1	0
35	Я різко, грубувато жестикулюю	2	1	0
36	Я не люблю ризикувати	2	1	0
37	Мені важко очікувати	2	1	0

38	Я думаю, що ніколи не зможу виправити свої недоліки	2	1	0
39	Я мстивий	2	1	0
40	Мене хвилюють навіть незначні порушення моїх планів	2	1	0

Обробка результатів

I. Шкала тривожності: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37.

II. Шкала фрустрації: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38.

III. Шкала агресії: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.

IV. Шкала ригідності: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

Інтерпретація результатів:

Для кожної групи можлива кількість балів від 0 до 20, де «0» визначається як невиявлений прояв цієї характеристики.

I. Шкала тривожності – визначає рівень здатності індивіда до відчуття тривоги:

0-7 балів – низький рівень тривожності;

8-11 балів – середній рівень тривожності;

12-16 балів – високий рівень тривожності;

17 балів і більше – дуже високий рівень тривожності.

II. Шкала фрустрації – виявляє ступінь розчарування, яке виникає через реальні або уявні перешкоди, що заважають досягненню мети:

0-7 балів – низький рівень фрустрації; 8-9 балів – середній рівень фрустрації; 10-15 балів – високий рівень фрустрації;

16 балів і більше – дуже високий рівень фрустрації.

III. Шкала агресії – виявляє підвищену психологічну активність, прагнення до лідерства через застосування сили до інших людей. Для суїцидентів допускається зниження агресивності від 10 до 0:

0-10 балів – низький рівень агресивності;

11-12 балів – середній рівень агресивності;

- 13-16 балів – високий рівень агресивності;
- 17 і більше – дуже високий рівень агресивності.

IV. Шкала ригідності - ускладнення у зміні визначеної суб'єктом діяльності за умов, що така перебудова справді потрібна. Для осіб із суїцидальною поведінкою – 13 балів і вище:

- 0-10 балів – низький рівень ригідності;
- 11-12 балів – середній рівень ригідності;
- 13-16 балів – високий рівень ригідності;
- 17 балів і більше – дуже високий рівень ригідності.

Психолог додає всі бали за 4 шкалами і визначає показник схильності до суїцидальної поведінки:

0-38 балів – рівень схильності до суїцидальної поведінки низький;

39-45 балів – рівень схильності до суїцидальної поведінки потребує уваги до підлітка;

46 балів і більше – рівень схильності до суїцидальної поведінки високий, потрібна корекційна робота.

Проективна методика «Незакінчені речення»

Метод «Незакінчені речення» дозволяє з'ясувати ставлення досліджуваного до інших і певні особистісні установки.

Досліджуваний повинен продовжити такі речення:

- Завтра я...
- Коли я закінчу школу...
- Настане день, коли...
- Я хочу жити, тому що...

Опрацьовуючи результати, варто зауважити особливості сприйняття підлітками оточення, а також наявність або відсутність усвідомленого прагнення до збереження життя.

Анкета «Вихід є!»
(Ю. Калініна)

Інструкція. Прочитайте кожне з тверджень і оберіть той варіант, який найточніше відображає Ваше самопочуття зараз. Над запитаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

1. Ваш вік.
2. Ваша стать
3. Мені легко приймати рішення
а) так б) ні
4. Мені легко роботи те, що я вмію
а) так б) ні
5. Мій настрій набагато гірший ніж колись
а) так б) ні
6. Я втомлююсь без очевидних причин
а) так б) ні
7. У мене поганий нічний сон
а) так б) ні
8. Надій на краще у мене менш, ніж колись
а) так б) ні
9. Я задоволений собою
а) так б) ні
10. Іноді я думаю, що поганого в мене більш ніж в інших
а) так б) ні
11. Я живу досить повноцінним життям
а) так б) ні
12. У мене іноді виникає бажання померти
а) так б) ні
13. Я рідко плачу
а) так б) ні

14. Я виглядаю погано
а) так б) ні
15. Я відчуваю неспокій і не можу всидіти на місці
а) так б) ні
16. Завтра буде краще ніж сьогодні
а) так б) ні

Оцінювання результатів:

- За відповідь «так» на питання: 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15 – 2 бали; за відповідь «ні» на питання: 3, 4, 9, 11, 13, - по 1 балу.
- 0 – 4 бали – депресія відсутня
5 – 10 балів – легкий ступінь депресії
11 – 18 балів – середній ступінь депресії
19 і більше – високий ступінь депресії

Методика «Депресія»
(Е. Бек)

Інструкція. Прочитайте твердження, розташовані навпроти порядкових чисел, і виберіть таке, що найточніше визначає ваше самопочуття в цей момент. У рамках пронумерованих позицій можна вибрати кілька тверджень.

Отже, спочатку прочитайте всі пункти розділу, а потім оберіть те, що дійсно вас стосується.

1.

- а) я почуваюся добре;
- б) мені погано;
- в) мені весь час сумно, і я нічого не можу із собою вдіяти;
- г) мені так нудно й сумно, що я не можу більше цього витримувати.

2.

- а) майбутнє мене не лякає;
- б) я боюся майбутнього;
- в) мене ніщо не радує;
- г) моє майбутнє безпросвітне.

3.

- а) у житті мені здебільшого щастило;
- б) невдач і провалів у мене більше, ніж у когось іншого;
- в) я нічого не досягнув у житті;
- г) я отримав повне фіаско - як партнер, дитина, на професійному рівні - словом, усюди.

4.

- а) не можу сказати, що я незадоволений;
- б) як правило, я нудьгую;
- в) що б я не робив, ніщо мене не радує, я – як заведена машина;

г) мене не задовольняє абсолютно все.

5.

а) у мене немає відчуття, що я когось скривдив;

б) може я й скривдив когось, сам того не бажаючи, але я про це нічого не знаю;

в) у мене таке відчуття, начебто я всім приношу лише нещастя;

г) я погана людина, надто часто кривдив інших людей.

6.

а) я задоволений собою;

б) іноді я почуваюся нестерпно;

в) часом я переживаю комплекс неповноцінності;

г) я зовсім нікчемна людина.

7.

а) у мене немає враження, що я заслуговую на покарання;

б) я відчуваю, що мене покарано або буде покарано за якусь провину;

в) я знаю, що заслуговую на покарання;

г) я хочу, щоб життя мене покарало.

8.

а) я ніколи не розчаровувався в собі;

б) я багато разів розчаровувався в самому собі;

в) я себе не люблю;

г) я себе ненавиджу.

9.

а) я нічим не гірший, ніж інші;

б) іноколи я можу помилитися;

в) просто жахливо, як мені не щастить;

г) я сію навколо одні нещастя.

10.

а) я люблю й не кривджу себе;

б) іноді я хочу зробити рішучий крок, але не наважуюся;

- в) краще було б зовсім не жити;
г) я думаю про те, щоб покінчити життя самогубством.
- 11.
- а) у мене немає причин плакати;
б) буває, що я й поплачу;
в) тепер я плачу постійно і не можу виплакатися;
г) раніше я плакав, а тепер якось не виходить, навіть коли дуже хочеться;
- 12.
- а) я спокійний;
б) я легко дратуюся;
в) я відчуваю по постійне напруження;
г) мені тепер усе байдуже: речі, які раніше дратували, зараз мене ніби не стосуються.
- 13.
- а) прийняти рішення мені не важко;
б) іноді я відкладаю рішення на потім;
в) приймати рішення для мене проблематично;
г) я взагалі ніколи нічого не вирішую.
- 14.
- а) я не думаю, що в мене поганий вигляд чи гірший, ніж раніше;
б) мене хвилює мій поганий вигляд;
в) у мене поганий вигляд, і що далі, то гірше;
г) я потворний, у мене просто відразлива зовнішність.
- 15.
- а) щось зробити для мене не проблема;
б) мені доводиться на кожному кроці змушувати себе щось робити;
в) щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато докласти зусиль;
г) я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.
- 16.
- а) я сплю спокійно й добре висипаюся;

б) вранці я прокидаюся стомленішим, ніж був до того, як заснув;

в) я прокидаюся рано й відчуваю, що не виспався;

г) іноді я страждаю від безсоння, інколи прокидаюся кілька разів за ніч, загалом я сплю не більше п'яти годин на добу.

17.

а) у мене збереглася колишня працездатність;

б) я швидко втомлююся;

в) я почуваюся зтомленим, навіть якщо майже нічого не роблю;

г) я так утомився, що нічого не можу робити.

18.

а) апетит у мене такий, як і був завжди;

б) у мене зник апетит;

в) апетит у мене набагато гірший, ніж колись;

г) у мене взагалі немає апетиту.

19.

а) бувати на людях мені так само приємно, як і раніше;

б) мені доводиться і змушувати себе зустрічатися з людьми;

в) у мене немає ніякого бажання бувати в товаристві;

г) я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.

20.

а) мої еротично-сексуальні інтереси залишилися на колишньому рівні;

б) секс уже не цікавить мене так, як колись;

в) зараз я міг би с покійно обходитися без сексу;

г) секс узагалі мене не цікавить, я втратив до нього бажання.

21.

а) я почуваюся здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше;

б) у мене постійно щось болить, я живу на одній воді, у мене то понос, то запор – це створює багато проблем;

в) з моїм здоров'ям серйозні проблеми, я весь час про це думаю;

г) моє фізичне самопочуття жахливе, болі просто мучать мене.

Оцінка: а – 0 балів; б – 1 бал; в – 3 бали; г – 4 бали.

Підрахуйте загальну кількість балів (якщо в окремих позиціях ви вибирали не одне, а кілька тверджень, урахуйте їх теж).

Результати:

Кількість балів	Міра депресії
0-4	Відсутня
5-7	Легка
8-15	Середня
16 і більше	Висока

Пам'ятка для батьків

Як допомогти дитині пережити втрату близької людини

(джерело: Андреева А. Д. Как помочь ребенку пережить горе / А. Д. Андреева. // Вопросы психологии. – 1991. – №2. – С. 87 – 97.)

Якщо в сім'ї горе то важливо, щоб дитина бачила це і могла висловити його разом з усіма. Навіть якщо в сім'ї є з дитина з психічними вадами, то неможна недооцінювати її здатність зрозуміти, що відбувається, а також глибину її емоцій. Вона, як і інші діти, повинна бути включена в переживання всієї родини, і їй потрібні додаткові знаки любові і підтримки.

Не треба намагатися робити вигляд, що нічого не сталося і життя йде своєю чергою. Всім нам потрібен час, щоб звикнути жити без коханої людини. Це не зменшує емоційного потрясіння і не гарантує від несподіваних і трагічних реакцій, але дозволяє запобігти виникненню глибоких страхів, які можуть призвести до важких психологічних проблем багато років потому. У цей важкий час дітям перш за все потрібна підтримка, демонстрація любові і турботи.

Період гострого переживання горя у дитини зазвичай коротше, ніж у дорослого (сльози часто змінюються сміхом), але при зіткненні з новими життєвими ситуаціями її горе знову «оживає» («У перший день в школі я побачив, що всі прийшли з мамами, і тільки я прийшов з татом»).

Перш за все необхідно, щоб переживання поділялося всіма членами сім'ї. Горе ніколи не проходить. Ми зберігаємо близьких живими в нашій пам'яті, і це дуже потрібно нашим дітям. Це дозволить їм отримати позитивний досвід горя і підтримає їх в житті.

Найскладніше для дорослого – це повідомити дитині

про смерть близької людини, найкраще, якщо це зробить хтось із рідних. Якщо це неможливо, то повідомити повинен той дорослий, якого дитина добре знає і якому вона довіряє. У цей момент дуже важливо взяти її руки в свої, обійняти, можливо, взяти на руки. Дитина може продемонструвати спалах гніву по відношенню до дорослого, який приніс сумну звістку. Не треба в цей момент умовляти дитину взяти себе в руки, бо горе, що не пережите вчасно, може повернутися місяці або роки потому. Старші діти вважають за краще в цей момент самотність. Не сперечайтесь з ними і не приставайте до них, їхня поведінка природна і є свого роду психотерапією.

Дитина повинна відчувати, що її як і раніше люблять і що вона не буде позбавлена уваги. Важливо також, щоб у дитини не виникло почуття провини у зв'язку зі смертю близької людини. Дитину треба оточити фізичною турботою: готувати їй їжу, стелити постіль і т. ін. Не треба звальювати на неї в цей період дорослих обов'язків. Стимування сліз протиприродно для дитини і навіть небезпечно. Але не треба і змушувати дитину плакати, якщо вона цього не хоче.

У період горя у сім'ї не слід ізолювати дитину від сімейних турбот. Всі рішення повинні прийматися усією сім'єю. Бажано, щоб дитина говорила про свої страхи, але не завжди легко її до цього спонукати. Потреби дитини здаються нам очевидними, проте мало хто з дорослих розуміє, що дитині потрібно визнання її болю і страхів, їй потрібно висловити свої почуття в зв'язку з втратою близької людини.

Вважається, що після похорону життя сім'ї приходить в норму: дорослі повертаються до роботи, діти – до школи. Саме в цей момент втрата стає найбільш гострою. У перші дні після трагедії діти знають, що правомірним є будь-який прояв почуттів. З плином часу на зміну можуть прийти такі явища, як енурез, заїкання, сонливість або безсоння, дитина починає гризти нігті тощо.

Неможливо дати рецепт для кожного окремого випад-

ку. Головне – виходити з потреби дитини в любові та увазі до неї. Якщо, наприклад, дитина відмовляється від їжі, можна запропонувати їй допомогти приготувати обід для всієї сім'ї. Протягом багатьох місяців, навіть усього першого року, гострі емоційні спалахи будуть затьмарювати такі події, як Різдво, день народження тощо. Потім емоційний сплеск, як правило, слабшає. Втрата не забувається, але сім'я вчиться керувати нею.

В яких випадках дитині потрібна професійна допомога. Зазвичай батьки намагаються уникнути звернення до психіатра. Буває і навпаки: при найменшій підозрі на незвичайність поведінки дитини батьки кидаються до лікаря, в той час як допомога потрібна їм, а не дитині. В якості тривожних симптомів можна виділити наступні: тривала некерована поведінка, гостра чутливість до розлуки, повна відсутність будь-яких проявів почуттів; анорексія, безсоння і галюцинації (все це частіше зустрічається у підлітків). Депресія підлітків – це часто гнів, загнаний всередину.

Загальна порада: насторожує відстрочене переживання горя, надто тривале або незвичайне занепокоєння, а також завжди турбує відсутність переживань.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Музиченко Ірина Вікторівна - кандидат психологічних наук, науковий співробітник лабораторії прикладної психології освіти Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи НАПН України

Ткачук Ірина Іванівна - кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник лабораторії прикладної психології освіти Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи НАПН України

ВИРОБНИЧО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ

АВТОРИ:

МУЗИЧЕНКО Ірина Вікторівна, ТКАЧУК Ірина Іванівна

ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ДИТЯЧОЇ ПСИХОТРАВМИ В ДІЯЛЬНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ

Методичні рекомендації

Оригінал-макет *А.А. Мельник*

Видано державним коштом. Продаж заборонено
Номер державної реєстрації НДР 0116U002432

Підписано до друку 29.06.2017. Формат 60x84/16
Папір офсетний. Умовн. друк. арк. 5,12
Тираж 300 пр. Зам. № 14

Видавець:

УНМЦ практичної психології і соціальної роботи,
01032, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 27-а,
тел/факс 252-70-11, e-mail: UCAP@ukr.net
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів
видавничої справи ДК №4537 від 07.05.2013

Віддруковано:

ТОВ «Видавництво «Ніка-Центр»
03142, м. Київ, вул. Кржижановського, 4
тел/факс 390-11-39, e-mail: psyhea9@gmail.com