Інститут соціальної та політичної психології
Національної академії педагогічних наук України
Всеукраїнська громадська організація "Арт-терапевтична асоціація"
Благодійне об'єднання "Міжнародний благодійний фонд
"ТВОРЧА КРИЇВКА"
Громадська організація "МЕРЕЖА СИЛИ "РІВНОВАГА"
Громадська організація "Асоціація фахівців з подолання наслідків
психотравмуючих подій" (Психологічна кризова служба)
Рада волонтерів при Міністерстві оборони України
За підтримки Міністерства оборони України
За підтримки Громадської організації "Гільдія "Батьки і діти України"

Матеріали

Першої всеукраїнської
науково-практичної конференції

РОБОТА З ТРАВМАМИ ВІЙНИ. УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД

28–31 березня 2018 року

м. Київ

УДК 159.98
ББК 84.5

Робота з травмами війни. Український досвід : матеріали Першої всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 28–31 березня 2018 р.) / [за наук. ред. Л. А. Найдьонової, О. Л. Вознесенської, В. В. Савінова]. – К. : Золоті ворота, 2018. – 170 с.

Редакторська група: Л. А. Найдьонова
О. Л. Вознесенська
В. В. Савінов
М. С. Дворник
К. В. Мирончак

У збірці представлено тези доповідей та концепції майстер-класів Першої всеукраїнської науково-практичної конференції "**Робота з травмами війни. Український досвід**" (м. Київ, 28–31 березня 2018 р.), які відображають сучасний стан теорії й практики арт-терапевтичної допомоги особистості у вирішенні життєвих проблем, пошуку внутрішніх ресурсів особистісного зростання.

Для психологів, психіатрів, соціальних працівників та всіх, кому цікавий вітчизняний та світовий досвід травмотерапії.

Автори несуть відповідальність за зміст тез.

ISBN

© Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2018
© ВГО "Арт-терапевтична асоціація", 2018

РОБОТА З ТРАВМАМИ ВІЙНИ.
УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД
Перша всеукраїнська
науково-практична конференція
(Київ, 2018)

ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Віталіна Маслова, голова Правління,
Юлія Богословська, координатор
Благодійна організація "Міжнародний благодійний фонд "Творча Криївка"
https://www.facebook.com/Tvorcha.Kryivka/

Олена Вознесенська, президент
Всеукраїнська громадська організація "Арт-терапевтична асоціація"
http://art-therapy.org.ua/
https://www.facebook.com/groups/158280630927838

Володимир Савінов (лабораторія соціальної психології особистості)
Наталія Дідик (лабораторія психології масової комунікації та медіаосвіти)
Інститут соціальної та політичної психології Національної академії педагогічних наук України
http://ispp.org.ua;
https://www.facebook.com/Інститут-соціальної-та-політичної-психології-НАПН-України-1065444166833052/
https://www.facebook.com/personlab/
https://www.facebook.com/ Лабораторія-психології-масової-комунікації-та-медіаосвіти-152670988408524/

Тетяна Назаренко, член Правління, ГО Асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій (Психологічна кризова служба)
www.pss.org.ua
www.psyservice.org
https://www.facebook.com/groups/726089177499557/

Лариса Радкевич, співзасновник, керівник
Олег Гуковський, співзасновник
Громадська організація "Мережа сили "Рівновага"
https://www.facebook.com/equilibrium.ua/

ЗАГАЛЬНИЙ РОЗКЛАД КОНФЕРЕНЦІЇ

День перший, 28 березня 2018 року (середа)

14.00. Реєстрація учасників.

15.00. Офіційне відкриття конференції, вітальне слово.

15.30. Пленарне засідання (доповіді для всіх учасників).

17.00. Кава-пауза.

17.30. Круглий стіл (спільне обговорення доповідей).

19.00. Неформальне спілкування.

День другий, 29 березня 2018 року (четвер)

10.00. Пленарне засідання (продовження).

11.30. Кава-пауза.

12.00. Робота в секціях (доповіді для учасників фахових груп).

14.00. Перерва на обід.

15.00. Робота за напрямками (практичні заняття для учасників робочих груп).

17.00. Чай-пауза.

17.30. Круглий стіл (спільне обговорення доповідей і практичних занять).

19.00–20.30. Перформанс плейбек-театру.

День третій, 30 березня 2018 року (п'ятниця)

10.00. Пленарне засідання (продовження).

11.30. Кава-пауза.

12.00. Робота в секціях (доповіді для учасників фахових груп).

14.00. Перерва на обід.

15.00. Робота за напрямками (практичні заняття для учасників робочих груп).

16.30. Чай-пауза.

17.00. Офіційне закриття конференції (підбиття підсумків роботи).

19.00. Вечірня культурна програма.

День четвертий, 31 березня 2018 року (субота)

10.00. Відкритий простір ("Задушливі обійми реабілітації: робота з травмами війни – погляд ізсередини").

11.30. Кава-пауза.

12.00–14.00. Відкритий простір (продовження).

Регламент роботи:

- Доповідь на пленарному засіданні – *до 15 хв.*
- Доповідь на секціях – *до 10 хв.*
- Практичне заняття – *від 20 до 90 хв.*
- Виступи в обговоренні на круглих столах – *до 5 хв.*

Місце проведення конференції: Центральний будинок офіцерів Збройних Сил України (*за адресою:* м. Київ, вул. М. Грушевського, 30/1)

Секції, *модератори*:

1. Первинна психологічна допомога учасникам бойових дій, *Тетяна Ярошенко, Людмила Новіцька*.
2. Робота з родинами учасників АТО *Державіна Алла, Стрельчук Юлія*.
3. Робота з родинами загиблих *Вікторія Кочубей, Дана Нагорна, Сусанна Ангелова*.
4. Психологічна та комплексна реабілітація учасників бойових дій, *Тетяна Назаренко, Олег Новак*.
5. Психологічна робота з постраждалими внаслідок воєнізованого конфлікту дітьми та з внутрішньо переміщеними особами, *Борис Лазоренко, Ольга Сімонова, Юлія Гундертайло*.
6. Професійне вигоряння фахівців, які працюють з постраждалими, *Олена Вознесенська, Тетяна Ларіна*.

Робочі групи (напрямки), *координатори*:

1. Групова терапія, *Галина Дичковська*.
2. Індивідуальні консультації, *Юлія Боринець*.
3. Тілесна терапія, *Людмила Новіцька*.
4. Драма, театр, *Володимир Савінов*.
5. Терапія з використанням образотворчого мистецтва, *Віталіна Маслова*.

ДЕНЬ ПЕРШИЙ, 28 березня 2018 року (середа)

Реєстрація учасників

(14.00–15.00, хол)

Офіційне відкриття конференції

(15.00–15.15, актова зала)

- ***Маслова Віталіна Юріївна*** – ініціатор та голова оргкомітету конференції, голова правління БО "Міжнародний благодійний фонд "Творча Криївка" (м. Київ);
- ***Вознесенська Олена Леонідівна*** – співголова оргкомітету конференції, президент ВГО "Арт-терапевтична асоціація", с. н. с. Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, к. психол. н. (м. Київ).

Вітальне слово:

(15.15–16.00, актова зала)

- ***Петренко Анатолій Григорович*** – заступник Міністра оборони України з питань європейської інтеграції, генерал-лейтенант ЗСУ;
- ***Титаренко Андрій Анатолійович*** – головний спеціаліст Відділу з питань цивільного контролю над Воєнною організацією і правоохоронними органами Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради з прав людини;
- ***Майборода Ганна Анатоліївна*** – співголова Ради волонтерів при Міністерстві оборони України (м. Київ);
- ***Найдьонова Любов Антонівна*** – заступник директора з наукової роботи Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, керівник медіапсихологічних досліджень ВГО "Асоціація медіапсихологів і медіапедагогів України", член-кореспондент НАПН України, д. психол. наук (м. Київ);
- ***Гончарова Ольга Володимирівна***, к. е. н., інструктор з роботи із шоковою травмою в рамках бодинаміки, член правління ГО "Мережа сили "Рівновага"; ***Галащук Володимир В'ячеславович***, інструктор з роботи із шоковою травмою в рамках бодинаміки;
- ***Назаренко Тетяна Вікторівна*** – член правління ГО "Асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій" (Психологічної кризової служби);
- ***Тука Георгій Борисович*** – заступник Міністра з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб України.

Пленарне засідання (доповіді для всіх учасників)

(15.30–17.00, актова зала)

- ***Тука Георгій Борисович*** – заступник Міністра з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб України:

  Психосоціальна підтримка внутрішньо переміщених осіб.

- ***Титаренко Андрій Анатолійович*** – головний спеціаліст Відділу з питань цивільного контролю над Воєнною організацією і правоохоронними органами Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради з прав людини:

  Захист прав людини в зоні ведення бойових дій.

- ***Бутник Олена Анатоліївна*** – психоаналітичний психотерапевт, член Української асоціації психоаналітичної психотерапії (УАПП), член Європейської федерації психоаналітичної психотерапії (ЄФПП), психолог-тренер ГО "Ліга офіцерів" із психологічного виживання і професійного відновлення військовослужбовців, учасників бойових дій:

  Етичні аспекти професійної діяльності психологів, що працюють в українській армії.

- ***Телечкун Дмитро Олександрович*** – психолог, бізнес-тренер, консультант, експерт з виховання та проведення корекційних програм з батьками та дітьми, співзасновник ГО "Учбовий центр порятунку життя" (м. Київ):

  Проблеми, які існують щодо психологічної роботи з травмою у дітей із "сірої зони" і зони проведення АТО, та можливі шляхи їх подолання.

- ***Шеповалова Світлана Вікторівна*** – голова правління БО "Міжнародний благодійний фонд "Чисте небо", керівник Центру допомоги учасникам АТО при Київській обласній державній адміністрації:

  Психологічна реабілітація на місцях: міф чи реальність?

Кава-пауза

(17.00–17.30, хол)

Круглий стіл (спільне обговорення доповідей)

(17.30–19.00, актова зала)

Модератори: *Олена Вознесенська, Віталіна Маслова, Тетяна Назаренко.*

Неформальне спілкування

(з 19.00)

ДЕНЬ ДРУГИЙ, 29 березня 2018 року (четвер)

Пленарне засідання (продовження)

(10.00–11.30, актова зала)

- ***Титаренко Тетяна Михайлівна*** – завідувач лабораторії соціальної психології особистості Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, чл.-кор. НАПН України, д. психол. наук, професор (м. Київ):

  Дорожня карта соціально-психологічної реабілітації особистості, що постраждала від воєнної травматизації.

- ***Гуковський Олег Віталійович*** – психотерапевт, психіатр, бодинаміст-практик, тренер ГО "МС "Рівновага" (м. Тернопіль):

  Потреба в сучасних валідизованих та адаптованих діагностичних інструментах. Результати емпіричного дослідження.

- ***Кочубей Вікторія Анатоліївна*** – автор та керівник проекту "Родинне коло" для сімей загиблих, травмотерапевт (м. Київ):

  Практичний та методичний досвід роботи з родичами загиблих у проекті "Родинне коло" (2014–2018 рр.): порівняльна характеристика українського та норвезького досвіду надання психологічної допомоги особам, які пережили втрату близьких (на прикладі Центру по роботі з тяжкими втратами університетської лікарні "Акерсгус").

- ***Вознесенська Олена Леонідівна*** – співголова оргкомітету конференції, президент ВГО "Арт-терапевтична асоціація", с. н. с. Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, к. психол. н. (м. Київ):

  Профілактика емоційного вигоряння фахівців, що працюють з травмами війни.

- ***Маслова Віталіна Юріївна*** – ініціатор та голова оргкомітету конференції, голова правління БО "Міжнародний благодійний фонд "Творча криївка" (м. Київ):

  Методичні підоснови та фактичні передумови виникнення методики "творча реабілітація".

- ***Інжиєвська Леся Анатоліївна*** – викл. каф. психології та особистісного розвитку ДВНЗ "Університет менеджменту освіти", член ВГО "Арт-терапевтична асоціація", член ГО "Асоціація фахівців з подолання на-слідків психотравмуючих подій", к. психол. н. (м. Київ):

  Мультимодальні способи допомоги в контексті роботи із сім'ями, групами та спільнотами під час і після особистої чи соціальної травми: шлях до зцілення і ресурсів.

Кава-пауза (*11.30–12.00, хол*)

Робота в секціях (доповіді для учасників фахових груп)
(12.00–14.00)

Секція № 1. Первинна психологічна допомога учасникам бойових дій
(*модератори: Тетяна Ярошенко, Людмила Новіцька*)

- ***Зданевич Наталія Анатоліївна*** – с. н. с. Національного наукового центру радіаційної медицини Національної академії медичних наук України, доц. каф. неврології та психіатрії КМУ, лауреат держпремії "Найталановитіший молодий учений у галузі прикладних і фундаментальних наук 2012 р.", к. мед. н.:

  Науково-організаційні підходи до охорони психічного здоров'я учасників АТО. Діагностика ПТРС у добровольців та методи лікування.

- ***Журба Ірина Олександрівна*** – волонтер:

  Виявлення проблем зі здоров'ям в АТОвців та проблематика надання їм кваліфікованої психологічної допомоги під час лікування.

- ***Маслова Віталіна Юріївна*** – ініціатор та голова оргкомітету конференції, голова правління БО "Міжнародний благодійний фонд "Творча Криївка" (м. Київ):

  Особливості роботи з учасниками бойових дій у форматі реабілітаційних заїздів.

- ***Гуковський Олег Віталійович*** – психотерапевт, психіатр, бодинаміст-практик, тренер ГО "Мережа сили "Рівновага" (м. Тернопіль):

  Проблеми диференційної діагностики військовослужбовців. Психіатр vs психотерапевт: співпраця чи конкуренція? Діагностика, дифдіагностика, постдіагностика бойового стресу (емпіричне дослідження бодинамічного тренінгу посттравматичного росту)

- ***Циганенко Галина Валентинівна*** – с. н. с. Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, к. психол. н. (м. Київ):

  Особливості конкурентно-конфліктної взаємодії між військовими і цивільними. Результати масового опитування уявлень, які провокують конкуренцію та конфлікти в середовищі цивільних і військових.

- ***Мирончак Катерина Володимирівна*** – н. с. Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, к. психол. н. (м. Київ):

  Пошук ресурсу для відновлення самоефективності при переживанні втрати військовими.

- ***Череповська Наталія Іванівна*** – с. н. с. Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, к. психол. н. (м. Київ):

  Психосоціальна підтримка комбатантів: медіапсихологічні ресурси.

- ***Дідик Наталія Федорівна*** – н. с. лабораторії психології масової комунікації та медіаосвіти Інститут соціальної та політичної психології:

  Роль сім'ї у підтримці психологічного стану військовослужбовця на різних етапах виконання службово-бойового завдання

Секція № 2. Робота з родинами учасників АТО
(*модератори: Державіна Алла, Стрельчук Юлія*).

- ***Державіна Алла Іванівна*** – голова ГО "Трансформація – спільнота психологів-волонтерів", фахівець соціальної роботи в роботі з учасниками АТО та членами їхніх родин Голосіївського районного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, організатор програми Френка П'юселіка "Профілактика та запобігання ПТСР, кращий світовий досвід" (м. Київ):

  Робота із сім'ями у форматі групи підтримки: особистий досвід і професійна складова. Правила успішної комунікації.

- ***Інжиєвська Леся Анатоліївна*** – викл. каф. психології та особистісного розвитку ДВНЗ "Університет менеджменту освіти", член ВГО "Арт-терапевтична асоціація", член ГО "УАФПНПП", к. психол. н. (м. Київ). Майстер-клас:

  Арт-техніка відновлення внутрішнього стану після стресових подій: "І Я такий/а" у роботі з сім'ями учасників АТО.

- ***Денисевич Наталія Юріївна*** – аспірант лабораторії соціальної психології особистості Інституту соціальної та політичної психології НАПН України (м. Київ):

  Особливості психологічної діагностики подружньої взаємодії у родинах ветеранів АТО

- ***Волошин Володимир Миколайович*** – психолог реабілітаційного відділення при Інституті медицини праці НАМН України, Центрального військового шпиталю, HealthRight International (м. Київ):

  Мультимодальний, міждисциплінарний підхід у реабілітації учасників АТО і членів їхніх родин.

Секція № 4. Психологічна та комплексна реабілітація учасників бойових дій (*модератори: Тетяна Назаренко, Олег Новак*)

- ***Боринець Юлія Орестівна***– Українська спілка психотерапевтів, спеціаліст 1-ї категорії (м. Івано-Франківськ):

  Досвід психологічного супроводу військових у стаціонарі.

- ***Миколенко Володимир Вадимович*** – психолог, сімейний психотерапевт, автор психотерапевтичної теорії та методики Емоційного Моделювання, голова секції системної сімейної психотерапії Київської філії Української спілки психотерапевтів, засновник і керівник Школи Емоційного Моделювання (м. Київ):

  Через негативні переживання до життя в теперішньому і планів у майбутньому. На прикладі Емоційного Моделювання.

- ***Капустинська Наталія Степанівна*** – БО "Міжнародний благодійний фонд "Творча Криївка" (м. Одеса):

  Нові методи тілесної терапії в комплексній реабілітації учасників бойових дій.

- ***Дичковська Галина Орестівна*** – Українська спілка психотерапевтів, к. філос. наук, доцент (м. Івано-Франківськ):

  Українські архетипи в груповій роботі з людьми бойового досвіду.
- ***Обухова Наталія Олександрівна*** – н. с. лабораторії психології масової комунікації та медіаосвіти Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, член ВГО "Арт-терапевтична асоціація" (м. Київ):

  Використання комплексного підходу в роботі з травмою війни.
- ***Шевченко Віра Георгіївна*** – кризовий психолог, член ГО "УАФПНПП" (ПКС), почесний член ВГО "Арт-терапевтична асоціація":

  Алгоритм декомпресії учасників бойових дій.

Секція № 5. Робота з дітьми, що постраждали внаслідок воєнізованого конфлікту, та внутрішньо переміщеними особами
(*модератори: Борис Лазоренко, Ольга Сімонова, Юлія Гундертайло*)

- ***Сухова Ірина Віталіївна*** – БФ "Надія по всьому світові" (м. Київ):

  Програма "Діти і війна. Навчання технік зцілення". Досвід використання методики в Україні.
- ***Чаплінська Юлія Сергіївна*** – к. психол. н., с. н. с. лабораторії психології масової комунікації та медіаосвіти Інституту соціальної та політичної психології НАПН України (м. Київ):

  Діти війни: особливості проживання (відреагування) травми.
- ***Плетка Ольга Тарасівна*** – м. н. с. лабораторії психології малих груп та міжгрупових відносин Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, член ВГО "Арт-терапевтична асоціація" (м. Київ):

  Відреагування спогадів травматичних подій: разом ми сила (на прикладі роботи з групою вимушено переселених осіб).
- ***Савінов Володимир Вікторович*** – співорганізатор конференції, м. н. с. Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, керівник Відділення плейбек-театру ВГО "Арт-терапевтична асоціація", Київського плейбек-театру "Дежа вю плюс", секції гештальт-терапії Київської філії УСП, Української школи плейбек-театру (м. Київ):

  Особливості використання плейбек-театру в роботі з ВПО.

Секція № 6. Професійне вигоряння фахівців, які працюють з постраждалими (*модератори: Олена Вознесенська, Тетяна Ларіна*)

- ***Вронська Вікторія Миколаївна*** – ст. викл. каф. педагогіки психології та корекційної освіти Рівненського ОІППО (м. Рівне):

  Психологічна підтримка медичних сестер задля їхнього самоусвідомлення.
- ***Григор'єв Іван Мар'янович*** – художник, БО "Міжнародний благодійний фонд "Творча Криївка" (м. Київ):

  Практичний досвід проекту художньої майстерні в допомозі подоланню емоційного вигорання у волонтерів.

Перерва на обід (14.00–15.00)

Практичні заняття для учасників робочих груп
(15.00–17.00)

Робоча група 1. Групова робота, координатор – *Галина Дичковська*

- ***Миколенко Володимир Вадимович*** – психолог, сімейний психотерапевт, автор психотерапевтичної теорії та методики Емоційного Моделювання, голова секції системної сімейної психотерапії Київської філії УСП, засновник і керівник Школи Емоційного Моделювання (м. Київ):

  Через негативні переживання до життя в теперішньому і планів у майбутньому.

- ***Телечкун Дмитро Олександрович*** – психолог, бізнес-тренер, консультант, експерт з виховання та проведення корекційних програм з батьками та дітьми, співзасновник ГО "Учбовий центр порятунку життя" (м. Київ). Майстер-клас-презентація:

  Принципи і техніки роботи з травмою.

- ***Дичковська Галина Орестівна*** – Українська спілка психотерапевтів, к. філос. наук, доцент (м. Івано-Франківськ):

  Алгоритм роботи з втратою

Робоча група 2. Індивідуальні консультації,
координатор – *Юлія Боринець*

- ***Фількіна Тетяна Михалівна*** – Волонтерська психологічна служба ГО "РЦ Св. Павла" (м. Одеса), ГО "Українська спілка прикордонників". Майстер-клас.

  ННС та МАК у роботі з родинами учасників бойових дій

- ***Назаренко Тетяна*** – член Правління, ГО "Асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій" (Психологічна кризова служба), член ВГО "Арт-терапевтична асоціація". Майстер-клас:

  Техніка "Безпечне місце" з використанням МАК-карт на етапі стабілізації під час роботи з травмою.

Робоча група 3. Тілесна терапія, координатор – *Людмила Новіцька*

- ***Гуковський Олег Віталійович*** – психотерапевт, психіатр, бодинаміст-практик, ГО "Мережа сили "Рівновага" (м. Тернопіль). Майстер-клас:

  Піковий досвід.

- ***Петровська Славія*** – евритміст, приватна практика, Клініко-терапевтичний інститут, Сімейна клініка "Мітера", ***Ірина Левинська*** – лікувальний евритміст, приватна практика. Майстер-клас:

  Евритмія як засіб у роботі з травмою.

Робоча група 4. Драма, театр, координатор – *Володимир Савінов.*

Новгородська Анастасія Олегівна, волонтер Асоціації підтримки України, актриса, джокер (фасилітатор) театру пригноблених "Theatre Open Doors" (м. Київ). Майстер-клас:

Театр пригноблених як інструмент роботи зі спільнотами, які постраждали внаслідок збройного конфлікту.

Емоційний зворотний зв'язок, обговорення.

Робоча група 5. Використання образотворчого мистецтва в роботі з травмами війни, координатор – *Віталіна Маслова*

- ***Григор'єв Іван Мар'янович*** – художник, БО "Міжнародний благодійний фонд "Творча Криївка". Майстер-клас та обговорення:

  Малювання з натури як засіб розкриття творчого потенціалу особистості.

- ***Сухар Надія Василівна*** – психолог, ГО "Цей світ для тебе". Презентація практичного досвіду та обговорення:

  Плетіння мандали-оберега у відновлювальній роботі.

- ***Шевченко Віра Георгіївна*** – кризовий психолог, член ГО "УАФПНПП" (ПКС), почесний член ВГО "Арт-терапевтична асоціація". Презентація практичного досвіду та обговорення:

  Робота з депресивними станами методами арт-терапії.

- ***Гундертайло Юлія Данилівна*** – співзасновник ВГО "Арт-терапевтична асоціація" (Київ), м. н. с. Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, професійний член ГО "Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій", волонтер Психологічної Кризової Служби, волонтер "Армії спасіння", керівник проекту соціально-психологічної адаптації для ВПО "Нові кияни". Презентація практичного досвіду та обговорення:

  Прекрасні миттєвості – шлях до позитивного світобачення.

Дискусія в групі.

Чай-пауза

(17.00–17.30, хол)

Круглий стіл (спільне обговорення доповідей і практичних занять)

(17.30–18.45, актова зала)

Модератори: *Олена Вознесенська, Віталіна Маслова, Тетяна Назаренко.*

Перформанс плейбек-театру

(19.00–20.30, актова зала)

Перформанс Київського плейбек-театру "**Дежа вю плюс**" – розповідання глядачами особистих історій та їх миттєва сценічна імпровізація командою акторів. **Ведучий:** ***Володимир Савінов.***

ДЕНЬ ТРЕТІЙ, 30 березня 2018 року (п'ятниця)

Пленарне засідання (продовження)
(10.00–11.30, актова зала)

- ***Возніцина Ксенія Борисівна*** – зав. відділення реабілітації ДУ "Інститут медицини праці НАМН України", невролог вищої категорії (м. Київ):
  Комплексна реабілітація учасників АТО: медико-психологічна модель.

- ***Дячук Віталій Васильович*** – організатор гірських походів для учасників АТО, гірський гід організації "Nomad. live" (м. Київ):
  Гірські походи як засіб психофізіологічної реабілітації.

- ***Найдьонова Любов Антонівна*** – заступник директора з наукової роботи Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, керівник медіапсихологічних досліджень ВГО "Асоціація медіапсихологів і медіапедагогів України", чл.-кор. НАПН України, д. психол. наук (м. Київ):
  Дитина в умовах гібридної війни: міжнародний досвід вивчення механізмів медіатравмування і деструктивних впливів медіа.

- ***Колєва Ганна Михайлівна*** – асист. каф. Донецького медичного уні-верситету, керівник Центру медико-психологічної реабілітації Кіровоградського госпіталю (м. Кропивницький):
  Досвід організації психологічної реабілітації учасників АТО на базі Кіровоградського госпіталю для ветеранів війни.

- ***Чернуха Наталія Олександрівна*** – психолог, реабілітація в тілесно-орієнтованому напрямку (м. Київ):
  Комплексна реабілітація БО "Серце Воїна" за методом психо-фізичної програми Soma System.

Кава-пауза *(11.30–12.00, хол)*

Робота в секціях (доповіді для учасників фахових груп)
(12.00–14.00)

Секція № 1. Первинна психологічна допомога учасникам бойових дій
(*модератори: Тетяна Ярошенко, Людмила Новіцька*).

- ***Титаренко Андрій Анатолійович*** – гол. спец. Відділу з питань цивільного контролю над Воєнною організацією і правоохоронними органами Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради з прав людини (м. Київ):
  Вплив термінів перебування в районі проведення бойових дій на психологічний стан військовослужбовців.

- ***Гончарова Ольга Володимирівна***, к. е. н., інструктор з роботи із шоковою травмою в рамках бодинаміки, член ГО "Мережа сили "Рівновага" (м. Київ):
  Мережа взаємопідтримки за принципом "рівний-рівному" та бодинамічного методу як елемент посттравматичного зростання ветеранів.

- ***Ярошенко Тетяна Вікторівна*** – психолог, інструктор з тактичної медицини (м. Київ):

  Навчання бійців основ першої психологічної допомоги в рамках курсу тактичної медицини.

- ***Новіцька Людмила Русланівна*** – магістр психології, психолог-консультант, тілесно-орієнтований психолог, психотерапевт біосугестивної терапії корекції психосоматичних розладів, дійсний член ГО "УАФПНПП", авторка та тренерка тренінгів з надання першої психічної допомоги та кризової інтервенції (м. Київ):

  Підготовка офіцерів керівного складу з питань психологічного супроводу та кризової інтервенції.

- ***Дворник Марина Сергіївна*** – науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, к. психол. н. (м. Київ):

  Мобільні застосунки на допомогу постраждалому від травматичних подій.

Секція № 3. Робота з родинами загиблих учасників АТО

(*модератори: Олена Декар, Вікторія Кочубей, Сусанна Ангелова*)

- ***Нурєєва Олена Станіславівна*** – провідний психолог ЦСССДМ, член ради проекту "Родинне Коло Харківщини", голова секції системної сімейної психотерапії Української спілки психотерапевтів (м. Харків):

  Психологічний супровід сімей загиблих. Харківський досвід.

- ***Нагорна Дана*** – гештальт-терапевт, дитячий психолог, кризовий психолог, координатор по роботі з дітьми проекту РОДИННЕ КОЛО, член "Української асоціації фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій" (м. Київ):

  Важливість психоедукації щодо втрати з батьками дітей та підлітків загиблих та фахівців допомагаючих професій. Основні рекомендації.

- ***Ангелова Сусанна Олегівна*** – психолог проекту "Родинне коло" (м. Київ):

  Системна групова робота з втратою на прикладі норвезького Центру по роботі з тяжкими втратами , адаптована до українських реалій фахівцями РОДИННОГО КОЛА

- ***Волошин Володимир Миколайович*** – психолог реабілітаційного відділення при Інституті медицини праці НАМН України, Центрального військового шпиталю, HealthRight International (м. Київ). Презентація практичного досвіду:

  Кризова ситуація як можливість для особистісного зростання.

Секція № 4. Психологічна та комплексна реабілітація учасників бойових дій (*модератори: Тетяна Назаренко, Олег Новак*)

- ***Попов Дем'ян*** – психотерапевт, лікар-гомеопат, тренер Української спілки психотерапевтів (м. Київ):
  Досвід організації групи психологічної реабілітації для учасників АТО на базі військового шпиталю в м. Ірпінь (2014–2015 рр.).
- ***Сябренко Геннадій Петрович*** – головний лікар Кіровоградського обласного госпіталю ветеранів війни, голова ГО "Асоціація головних лікарів" у Кіровоградській області, заслужений лікар України, к. мед. н. (м. Кропивницький):
  Особливості надання психологічної допомоги та реабілітації учасників АТО в системі госпіталів України. Досвід Кіровоградського шпиталю.
- ***Новак Олег Олександрович*** – травматерапевт, член ГО "УАФПНПП" (м. Київ):
  Презентація роботи центру травматерапії "Повернення" в м. Київ.
- ***Перро Олексій Юрійович*** – ГО "Агенція регіонального розвитку "Причорномор'я"; ***Діордієв Олександр Дмитрович*** – ГО "Агенція регіонального розвитку "Причорномор'я" (м. Миколаїв):
  Волонтерський опорний пункт "Душа Півдня" на о. Джарилгач – кемпінг для волонтерів та бійців.
- ***Лазоренко Борис Петрович*** – п. н. с. Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, к. філос. н., доц., член ВГО "Арт-терапевтична асоціація", ГО "Асоціація політичних психологів України", Асоціація медичної та психологічної реабілітації, Товариства конфліктологів України (м. Київ):
  Доповідь-презентація: Досвід "Школи соціально-психологічної допомоги" в реабілітації ветеранів АТО і волонтерів.
- ***Квітницький Олександр Романович*** – волонтер ГО "КОЛО МЕДІА" (м. Київ):
  Презентація ВОП "Душа Півдня".
- ***Аскандарова Есіна Енверівна*** – лікар-психотерапевт (м. Київ):
  Використання інтегративного підходу в лікуванні гострої психотравми і ПТСР.

Секція № 5. Робота з дітьми, що постраждали внаслідок воєнізованого конфлікту, та внутрішньо переміщеними особами (*модератори: Борис Лазоренко, Ольга Сімонова, Юлія Гундертайло*)

- ***Найдьонова Любов Антонівна*** – заступник директора з наукової роботи Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, керівник медіапсихологічних досліджень ВГО "Асоціація медіапсихологів і медіапедагогів України", чл.-кор. НАПН України, д. психол. наук (м. Київ). Воркшоп:

Український досвід захисту дитини в медіапросторі. "Інформаційна безпека дитини: рекомендації медіаіндустрії щодо запобігання вторинній травматизації глядачів у процесі висвітлення війни" – у формі ознайомлення з рефлексивною технологією комунікації узгодження, технікою "єдиного протоколу" та підготовкою робочого тексту документа, що буде запропоновано підписати провідним українським медіагрупам як зобов'язання включити в редакційні стандарти роботи.

Секція № 6. Професійне вигоряння фахівців, які працюють з постраждалими (*модератори: Олена Вознесенська, Тетяна Ларіна*)

- ***Шевченко Віра Георгіївна*** – кризовий психолог, член ГО "УАФПНПП" (ПКС), почесний член ВГО "Арт-терапевтична асоціація". Майстер-клас:

"Робота з депресивними станами методами арт-терапії"

Емоційний зворотний зв'язок, обговорення.

Перерва на обід (14.00–15.00)

Практичні заняття для учасників робочих груп
(15.00–16.30)

Робоча група 1. Групова робота, координатор – *Галина Дичковська*

- ***Лазоренко Борис Петрович*** – п. н. с. Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, к. філос. н., доц. Майстер-клас та обговорення:

Технології використання парадоксальної реакції у відновленні особистості, яка пережила наслідки травматичних подій.

- ***Волошин Володимир Миколайович*** – психолог реабілітаційного відділення при Інституті медицини праці НАМН України, Центрального військового шпиталю, HealthRight International (м. Київ). Майстер-клас:

Біосугестивна терапія у відновленні учасників АТО і членів їхніх родин.

Робоча група 2. Індивідуальні консультації, координатор – *Юлія Боринець*

- ***Бочарова Оксана Борисівна*** – магістр психології, ГО "УАФПНПП". Майстер-клас:

Мій дім – моя фортеця чи поле бою?

Робоча група 3. Тілесна терапія, координатор – *Людмила Новіцька*

- ***Чернуха Наталія Олександрівна*** – БО "Серце Воїна", член ГО "УАФПНПП" (ПКС). Майстер-клас:

Психофізична методика Soma System.

Робоча група 4. Драма, театр, координатор – *Володимир Савінов*

- ***Лаура Чаупале,*** режисер, викладач акторської майстерності в публічних промовах, комунікації, ораторському мистецтві, волонтер БО "Творча криївка" (м. Рига, Латвія). Майстер-клас:

  Елементи акторської майстерності для відновлення психологічної рівноваги учасників бойових дій, їхніх родини та близьких.

Робоча група 5. Використання образотворчого мистецтва в роботі з травмами війни, координатор – *Віталіна Маслова*

- ***Фесенюк Наталя Петрівна*** – психолог, художник, БО "Міжнародний благодійний фонд "Творча Криївка". Презентація перформансу:

  "Соціальний живопис".

- ***Маслова Віталіна Юріївна*** – художник, художній терапевт, ініціатор та голова оргкомітету конференції, голова правління БО "Міжнародний благодійний фонд "Творча Криївка" (м. Київ). Майстер-клас:

  Вправи "світло-темрява" в програмі "Творча реабілітація".

Дискусія. Підбиття підсумків роботи групи

Чай-пауза (16.30–17.00, хол)

Офіційне закриття конференції (спільне підбиття підсумків роботи)
(17.00–18.45, актова зала)
Модератори: Олена Вознесенська, Віталіна Маслова, Володимир Савінов.

Вечірня культурна програма (з 19.00)

ДЕНЬ ЧЕТВЕРТИЙ, 31 березня 2018 року (субота)

Відкритий простір (“Задушливі обійми реабілітації: робота з травмами війни – погляд ізсередини”)
(10.00–11.30, актова зала)

Модератор: *Ірина Гамбарян.*
Майданчик не-конференції створений для тих, кого психологи називають “клієнтами”, менеджери проектів та “програм” – “цільовою аудиторією” (ЦА), а ми – побратимами та посестрами посттравматичного зростання. За результатами не-конференції буде створено збірку ідей, думок та рекомендації – для вільного розповсюдження серед зацікавлених установ, осіб, організацій, а ще розроблено спільні плани подальших дій. У планах закладатимуться основи мережування та співпраці однодумців.

Кава-пауза
(11.30–12.00, хол)

Відкритий простір (продовження)
(12.00–14.00, актова зала)

РОБОТА З ТРАВМАМИ ВІЙНИ. УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД

Перша всеукраїнська
науково-практична конференція
(Київ, 2018)

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

ДОСВІД ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ УЧАСНИКІВ АТО ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ В ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНІЙ ЛІКАРНІ № 3 МІСТА ІВАНО-ФРАНКІВСЬК

Боринець Юлія Орестівна,
член Української спілки психотерапевтів,
спеціаліст 1-ї категорії (Івано-Франківськ)

Обласна лікарня постійно змінюється і розвивається. Головний лікар, Мулик М. І., переймає світовий досвід наближуючи психіатричну допомогу до світових стандартів. Майже всі відділення реконструйовані, умови перебування досить комфортні. Працюють творчі майстерні та терапія зайнятістю, іпотерапія, фізкабінет та масажист.

Фахівці лікарні проходять стажування в Польщі, зокрема на базі клініки Міністерства оборони Польщі.

У кожному відділенні працюють 1-3 психологи, завданнями яких є психодіагностика, психологічний супровід пацієнтів та їх родин. Кожен психолог має психотерапевтичну освіту. Проводиться патопсихологічне обстеження, індивідуальна, сімейна та групова психотерапія, тренінги. У кожному відділенні проводиться самоврядування пацієнтів. На зустрічах обирають старосту, вирішують організаційні питання, висловлюють пропозиції щодо покращення умов перебування, організовують дозвілля. Ветерани часто обираються на посаду старости, оскільки є активними, прагнуть щось змінити.

За 2015-2017 рр. прийнято в стаціонар 276 учасників АТО. Крім того, проводиться амбулаторний консультативний прийом.

Пацієнтів умовно можна поділити на декілька категорій.

За способом направлення:

- з військової частини;
- від райпсихіатра;
- від лікарів нашої лікарні;
- зі швидкої допомоги;
- самозвернення.

За діагнозом при поступленні (дані за 2017 рік, 115 пацієнтів):

- реакція на стрес та порушення адаптації (гостра реакція на стрес, ПТСР, депресивна, тривожна та інші реакції) – 27 %;
- розлади психіки і поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин – 65 %

– окремі випадки органічних розладів, тривалих депресій, психотичних, шизоафективних розладів.

Іноді пацієнти звертаються з приводу зловживання алкоголем, а при подальшому обстеженні виявляється ПТСР. Зловживання є супутнім. Або навпаки, направляють з підозрою на ПТСР, але його не виявляють. Натомість, стрес провокує початок психічного захворювання.

Мотивація до лікування теж різниться:

– проходження обстеження щодо придатності до служби;

– лише детокс у відділенні реанімації;

– комплексне обстеження і лікування.

У відділенні реанімації пацієнти отримують консультацію психолога, обстеження, інформацію, мотивуються до подальшого лікування. З ними працює сестра Маркіяна, яка одночасно виконує фукнкції психолога і духовної особи: вміє підтримати, вселити надію.

Більшість учасників АТО проходять лікування у відділенні № 8. За 2017 рік у це відділення було госпіталізовано 101 учасника АТО. Для їх лікування та адаптації використовується весь арсенал наявних у лікарні засобів: патопсихологічне обстеження, медикаментозне лікування, різні методи діагностики, консультація різними спеціалістами, індивідуальна, сімейна та групова психотерапія, тренінги, іпотерапія, масаж, фізпроцедури, терапія зайнятістю, тілесно-рухова терапія тощо.

В діагностиці ПТСР користуємось переважно “Скринінг PCL-5”, “CAPS”, Місісіпська шкала.

Згідно із нашими спостереженнями, пацієнти добре реагують на тимчасову ізоляцію та наявність певного постійного розпорядку у відділенні. Це допомагає стабілізувати їхній стан. Деяким госпіталізованим важко прийняти рамки перебування в стаціонарі (куріння і прогулянки в певний час, не дозволено мати колючо-ріжучі предмети). Вони висувають вимоги на засіданнях груп самоврядування, намагаються знайти компроміс з керівництвом.

Змішане відділення (разом лікуються чоловіки та жінки з різними діагнозами) позитивно впливає на стан пацієнтів, оскільки спонукає переключатись, зменшується ризик ретравматизації.

Поряд з демобілізованими лікуються і військовослужбовці.

В діагностичному плані доводиться диференціювати різні види залежності та ПТСР. Наркотична залежність часом стає поштовхом

для розвитку психозів та шизоафективних розладів, депресивні розлади часто супроводжують ПТСР та інші реакції на стрес, органічні розлади внаслідок контузій та травм теж часто є супутніми. Але досить часто залежність є основною проблемою, яка була задовго до АТО, а пережитий стрес лише загострює її.

Залежні є в той чи інший спосіб травмованими (травми розвитку). Тут справедливий вислів: "Не всі травмовані алкоголіки, але всі алкоголіки травмовані".

Медикаментозне лікування допомагає налагодити сон, стабілізувати стан.

Ветерани добре почувають себе в психодинамічних групах та на тренінгах разом з іншими пацієнтами. Така співпраця корисна для обох сторін. Багато хто знаходить собі заняття до душі. Доступними є малювання, орігамі, декупаж. Окремими напрямами є тілесно-рухова терапія, масаж. Однак відчувається брак спортзалу, тренажерів. Натомість, організовують зарядку, багато гуляють.

Іпотерапія проводиться ветераном АТО. Катання без сідла сприяє тісному зв'язку з твариною, заспокоює, дає позитивні емоції.

Важливою була б організація екскурсій, концертів та інших заходів, аби урізноманітнити перебування в стаціонарі.

Просвітницька робота зосереджена на стрес-менеджменті, навчання методикам стабілізації емоційних станів.

Переважно в стаціонарі йдеться про фазу стабілізації, а не опрацювання самої травми. Лише деякі ветерани готові говорити про це. Психологи лікарні проходили навчання травма-фокусованої терапії під керівництвом Світлани Кузик. Для багатьох пацієнтів стабілізації виявляється достатньо (особливо, коли є підтримка родини, робота). Їм рекомендовано участь у реабілітаційних заїздах "Творчої криївки" чи інших проектів, які працюють в області (Володимир та Олена Рожнови, отець Рохман, "Лицарі Колумба"), амбулаторне консультування. Надаємо інформацію про спілки, громадські організації, що допомагають, курси тощо.

Часом ветеранам потрібна подальша адаптація, вони не готові повертатися додому. В лікарні налагоджена співпраця з "Бандерівським схроном", де такі постраждалі можуть тривалий час жити, разом будувати дім, вести господарство, бути серед побратимів, поволі адаптовуватись до мирного життя. Це місце, куди можна відправити кризових ветеранів. Керівник центру – Ігор Чернецький, також ветеран –

часто провідує побратимів у лікарні, підтримує, допомагає вирішувати різні питання.

Крім роботи в стаціонарі, досвід співпраці з "Творчою криївкою" довів, що ця організація є зразком добре продуманої комплексної реабілітації, та інших успішних програм. За короткий час відновлювальної роботи хлопці стабілізують свій стан, багато переосмислюють, готові йти далі.

Сподіваємося, що Віталіні Масловій вдасться якнайшвидше побудувати постійно діючий центр "Бережниця", який міг би подібно до "Бандерівського схрону" приймати на тривалу реабілітацію.

За наявності більшої кількості таких центрів, забезпечених досвідченими фахівцями, розвинутої мережі соціальних служб, які б підтримували, забезпечували роботою, навчанням, то багатьом ветеранам не довелося б ставати пацієнтами лікарень.

В ідеалі Міністерство оборони України мало б взяти на себе цю функцію, подібно до досвіду Ізраїлю, бо прикро чути від матерів, що держава використала дітей для своєї оборони і покинула.

Бракує системності і наступності допомоги.

Великою проблемою є учасники АТО із залежностями. Потрібні центри по відповідному лікуванню, яке є тривалим і дороговартісним. Існуючі центри є комерційними, і не відомо, чи здатні компетентно справитися з ПТСР, органічними та іншими супутніми розладами. Потрібно також удосконалити роботу в санаторіях, використовуючи знання, досвід громадських організацій, налагодити співпрацю, проводити навчання. Головне, щоб усім сторонам вдалося досягнути єдності, системності допомоги постраждалим. Адже одним з перших і найважливіших факторів в лікуванні стресу – стабільність того, хто допомагає.

Травма спричиняє кризу, кожна криза має два шляхи розвитку – регрес або зростання. Все буде залежати від преморбіду. Щоб відбулося зростання, потрібен власний ресурсу та / або зовнішні сприятливі умови, стабільність, підтримка і час.

ПРОФІЛАКТИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ ФАХІВЦІВ, ЩО ПРАЦЮЮТЬ З ТРАВМАМИ ВІЙНИ

Вознесенська Олена Леонідівна,
старший науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України,
президент ВГО "Арт-терапевтична асоціація",
член ради правління ГС "Національна психологічна асоціація"
кандидат психологічних наук (Київ)

Робота з тими, хто пережив травматичні події, впливає на того, хто з ними працює. Натомість, у фахівця можуть виникнути переживання, схожі на ті, які відчувають травмовані клієнти. Це явище отримало назву ***вторинної*** або ***вікарної травматизації***. *Ліза Маккенн* та *Лаура Перлман* описують її як порушення власних уявлень про навколишній світ та про себе як про фахівця, який допомагає травмованій людині. Розповіді клієнтів можуть викликати шокову реакцію та призвести до стійких змін в особистості фахівця [6].

Вторинний травматичний стрес пов'язаний з так званим "синдромом ***вигоряння***", хоча і не є його повним аналогом. Проте, і вторинна травматизація, і емоційне вигоряння (1) мають тенденцію до накопичення і (2) приводять до схожих наслідків: астенізація, тривога, вина, безсоння, депресії, порушення комунікації з сім'єю і значущими для цієї особи людьми, психосоматичні розлади, психогенні реакції у вигляді нав'язливих фантазій, думок, фобій, зміна ставлення до клієнтів та колег тощо.

Відмінності між ними криються в причинах виникнення цих станів: вікарна травматизація найчастіше виникає як вторинна реакція на емпатійне співпереживання клієнта з травматичними чи проблемними ситуаціями, синдром вигоряння може виникати при роботі з будь-якими клієнтами [7]. Отже, коли ми говоримо про роботу з фахівцями, що працюють з травмами війни, маємо чітко розуміти, чи це вигоряння, чи вікарна травматизація. Адже шляхи подолання наслідків будуть різні. Відпочинок, що допомагає на ранніх стадіях емоційного вигоряння, не є ліками від травми. При поверненні на роботу людина, що отримала вторинну травму, стикається з ретравматизацією і продовжує страждати. Зважаючи також на те, що фахівець може мати власні психотравми.

Розглянемо обидва явища трохи детальніше.

Термін **"*вигоряння*"** характеризує психічний стан здорових людей, які знаходяться в інтенсивному і тісному спілкуванні з іншими в атмосфері емоційного перенавантаження у процесі надання професійної допомоги (лікарі, священики, юристи, соціальні працівники, і, звісно, – психіатри, психотерапевти, психологи). Вони постійно стикаються з негативними емоційними переживаннями клієнтів. **Синдром вигоряння визначається як** поразка, виснаження, що відбувається в людині внаслідок завищених вимог до власних ресурсів і сил. Визначають основні ***симптоми емоційного вигоряння***: емоційне виснаження (почуття емоційного спустошення, втоми від роботи), деперсоналізація (цинічне ставлення до праці та людей) та брак почуття особистого досягнення (почуття некомпетентності, неуспіху) [5]. На сьогодні існує певна кількість теорій, які визначають ***стадії емоційного вигоряння***.

Повернемося до поняття ***вторинної травматизації***, що описує вплив на фахівця співпереживання клієнтові, який отримав психічну травму. Цього впливу важко уникнути: допомога клієнтові часто заснована саме на співчутті його стражданням, що й спричиняє вторинну травматизацію. Це схоже з таким видом шокової травми як "Я-очевидець". Крім того, клієнт розповідає про обставини, події, що були травматичними, виражає складні сильні почуття, і, в той же час, швидкі зміни в стані клієнта неможливі, хоча спеціаліст дуже прагне полегшити біль клієнта, і це зумовлює почуття власного безсилля, посилює дію вторинної травми [3]. Саме ця обставина додає вікарній травмі відтінку такого виду шокової травми як "Я-винуватець". Якщо емоційне вигоряння розвивається завжди поступово (накопичений стрес), то вторинна травма може виникнути раптово [1] як реакція на інформацію щодо первинної травми, яку зазнала людина, і без жодної можливості запобігти цьому.

Процес вторинної травматизації супроводжується сильними почуттями жаху та безпорадності. Деякі симптоми вторинного травматичного стресу схожі на класичні симптоми посттравматичного стресового розладу:

– повторне переживання травматичної події в сновидіннях або спогадах;

– уникнення ситуацій, думок, вражень, які можуть бути пов'язані з травматичною подією, і, як наслідок, відмова від певних видів діяльності, спілкування з певними людьми тощо;

– постійне збудження, розлади сну, проблеми концентрації уваги тощо.

Ці симптоми виникають безпосередньо після зіткнення з травматичною подією, їх наявність є природньою впродовж місяця після стресу та може бути ознакою вторинного травматичного розладу, якщо продовжуються довше [4]. Але важливим є те, що, крім стандартних симптомів посттравматичного стресового розладу, до вікарної чи вторинної травми належать ще і порушення в когнітивних схемах та базових переконаннях терапевта [8].

На вторинну травматизацію впливають як ***ситуаційні чинники*** (умови роботи, характер травми, політичний, соціальний і культурний контекст отримання травми), так й особистісні (професіоналізм, наявність підтримки, особистісна історія, актуальна життєва ситуація тощо) [3]. Травма завжди містить симптоми втрати: коли фахівець кожного дня зустрічається з жахливою реальністю своїх клієнтів, це руйнує його уявлення про стабільність і передбачуваність світу, безпеку та захищеність, про здатність людини контролювати своє життя, нести за нього відповідальність. Концепція вторинної травми заснована на конструктивістській теорії розвитку особистості, що розглядає "симптоми" як спосіб адаптації до травматичної події, сприйняття травми як частини власної історії. Ірраціональні та спотворені уявлення відображають спробу людини захистити систему цінностей і внутрішніх орієнтирів від руйнувань, викликаних травмою. І вторинна травма викликає ті ж самі зміни (іноді меншою мірою), що і під час травматичної події.

Людина може відчувати втрату стабільності та здатності підтримувати внутрішню рівновагу, бути переповненою переживаннями, в неї знижується поріг чутливості, з'являється почуття тривоги, може бути відчуття відстороненості та деперсоналізація. Порушення соціальних зв'язків призводить до ізоляції, екзистенційного відчаю, самотності. Послаблення ресурсів спеціаліста спричинює втрату здатності приймати рішення, професійні помилки, він часто не може відділити власні почуття від почуттів клієнтів. Спостерігається втрата довіри до

себе та інших. Іноді виникає відчуття безпорадності, потреба в гіперконтролі – контролювати інших, кожну їхню дію, кожен крок.

Вторинна травма – не окрема подія, а процес, в якому задіяні сильні почуття та особисті способи захисту від них. Тому фахівцям важливо розуміти, що таке психічна травма, посттравматичний стресовий розлад, посттравматичне зростання, вторинна травма, та бути уважними до власних потреб. Це допоможе і не потрапити до пастки вторинної травматизації, і запобігти емоційному вигоранню.

Найважливіша профілактика вторинної травматизації – це:

– усвідомлення її проявів;

– турбота про себе та зниження рівня стресу завдяки релаксації, отримання задоволення, грі, вмінню відволікатися від переживань, пов'язаних із роботою;

– трансформація негативних переконань, почуття відчаю, втрати сенсу і безнадії за допомогою прагнення віднайти сенс як у важливих подіях, так і буденних справах життя: заході сонця, тілесному контакті з близькими, спілкуванні з колегами.

Ірина Ільїна та *Марія Соловейчик* виділяють три аспекти роботи з вторинною травмою: усвідомлення, баланс (в тому числі, баланс роботи та відпочинку, розумової та фізичної праці, внутрішню рівновагу) та зв'язок з іншими, з Богом (природою, мистецтвом тощо), тому що фахівцю важливо зберегти цілісне бачення світу [3].

Отже, через вторинну травматизацію та емоційне вигоряння ***актуальними викликами*** професіоналам в галузі психотерапії є психологічна допомога фахівцям, яка повинна будуватися на вирішенні наступних завдань:

– психологічна просвіта (щодо наслідків психотравмуючих подій, симптомів емоційного вигоряння тощо) та профілактика емоційного вигоряння та вторинної травматизації;

– діагностика та виявлення перших наслідків емоційного вигоряння і мотивація на відпочинок та задоволення власних потреб;

– діагностика та виявлення вторинної травматизації;

– подолання наслідків емоційного вигоряння у та заходи з реабілітації.

Стратегія роботи з фахівцями, що зазнали емоційного вигоряння, будується наступним чином:

– підвищення мотивації на психологічну роботу;

– розвиток навичок саморегуляції.

– відновлення виснажених ресурсів;

– пізнання себе, усвідомлення власних потреб, бажань, деструктивних моделей поведінки, відновлення відчуття особистісної цінності, укріплення образу Я та впевненості у власних силах;

– пошуки смислів життя, вирішення екзистенційних питань;

– навчання новим моделям комунікації, відновлення відчуття приналежності к певним групам та спільнотам.

За останні 4 роки в нас була можливість відпрацювати цю стратегію на різних групах фахівців, що працюють з травмами війни:

– з літа 2014 р. навчальні семінари в Києві, щойно звільненому Лісичанську, Львові з тематики "Арт-терапія в подоланні травми";

– восени 2015 р. участь у проекті "Медіація-Мир-Стабільність", який реалізувався за підтримки Міністерства закордонних справ Німеччини, в рамках 9-денної школи з медіації та арт-терапії для 60 волонтерів з різних міст України, яка відбувалася на базі санаторію в м. Трускавці (за підтримки Ausbau der Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft in den Ländern der Östlichen Partnerschaft), Центральної Спілки Українців в Німеччині, Німецько-українсько-білоруського товариства "Європа без кордонів" та Europa Grenzenlos e.V.);

– 2015-2016 рр.– арт-терапевтичний проект подолання наслідків емоційного вигоряння у волонтерів та громадських активістів в межах роботи Соціально-психологічного методичного реабілітаційного центру Інституту соціальної та політичної психології НАПН України;

– весна 2017 р. участь в проведенні "Майстерні волонтерів" на базі табору "Лісова застава" (МБФ "Надійний тил", ВБФ "За право на життя", провідній організації в області миротворчості International Alert, Ukraine);

– весна-літо 2017 р. супервізії фахівців, що працюють в Центрі психосоціальної підтримки в м. Бахмут та мобільних бригадах в "сірій зоні" в Донецький області.

Етапи роботи:

– **І етап:** техніки, спрямовані на ***саморегуляцію*** ("Мандала", писанкарство, тілесні вправи з "заземлення", "контейнування" тощо). Важливою є робота ***з вивільненням затиснутих важких почуттів*** – гніву, провини, сорому, страху. Найкращим для цього є використання тривимірних матеріалів – глини, пластиліну, які сприяють можливості

повернутися до тілесних відчуттів, малювання руками, тілесні вправи. Власна творчість учасників дозволяє доторкнутися до творчого Я, знайти ресурси в дитячих забавах.

– **ІІ етап:** ***усвідомлення та задоволення власних потреб та пошук ресурсів***. Тілесні вправи, що націлені на усвідомлення власних відчуттів, потреб, оволодіння навичками самовідновлення (дихальні вправи, методи аутотренінгу, засоби розслаблення). Для пошуку ресурсів використовуються різноманітні матеріали та техніки – фольга для ліплення, авторська методика "Чарівна паличка", створення власного світу з солоного тіста та природних матеріалів, робота з крупами та вовною. Учасники проекту визнають, що мають бажання, та навчаються їх формулювати і втілювати у реальність власноруч.

– **ІІІ етап:** ***побудова нових, більш конструктивних моделей поведінки*** в роботі. Основними методиками на цьому етапі є методики драматерапії: використовується робота з масками (наприклад, створення маски такого себе, яким я себе не знаю), Мистецтво драми є інструментом комунікації – міжособистісної, міжгрупової й внутрішньособистісної. Позитивно зарекомендував себе підхід системних структурних розстановок, націлених на результат. Можна вигадати казкову ситуацію, у якій кожен з учасників зможе взяти будь-яку роль; розіграти спільну драму, звільнивши свою креативність без заданих рамок. Дуже важливим є обговорення теми психологічного насильства (ідея Володимира Савінова). Кожен "Рятівник" швидко перетворюється на "Жертву". У кожного героя драматизації можуть бути свої ресурси протидії психологічному насильству. Важливо зрозуміти, що спільного є з ними і як в житті можна чинити опір, опановувати негативні емоції та знаходити ресурси для продовження своєї справи.

Позитивно зарекомендував себе метод, що ми з колегою Наталією Романь метафорично назвали "***Казкотерапевтичний форум-театр***". Це – нова форма драматерапії, що поєднує класичні форми драматерапії з Форум-театром та казкотерапію [2]. В драматерапевтичній роботі важливим є те, що тут не буває помилок та неможливо схибити, тому що такий театр – це гра та творчість, простір уяви та свободи. Учасники можуть обрати та спробувати будь-яку стратегію, отримати зворотній зв'язок від інших і перенести її в реальність життя, якщо вона виявиться успішною в безпечному просторі театру. Як основу сюжету пропонується використати ***типові казкові ситуації***,

пов'язані з насильством та конфліктом. Тіло людини-актора розглядається як полотно, як матеріал для проживання і змін. Клієнти не просто грають чужі ролі. Обираючи собі роль, вони спираються на ті частини себе, які відгукуються на цього персонажу. Саме це створює можливості для діалогу, критичної рефлексії соціальної реальності учасників, пошуку рішень соціальних проблем. Жанр, що ми плануємо використати, – ***жива скульптура*** – містить кілька компонентів. Художній образ, втілений у формі нерухомій формі, говорить про спорідненість з образотворчим мистецтвом, а саме пластичними видами. Скульптура дозволяє знайти найбільш виразні пози, рухи задля презентації певної сцени, певного напруження, конфлікту. Водночас нерухомість дозволяє тим, хто є учасниками сцени, максимально сконцентруватися на своїх відчуттях, почути "внутрішній голос" персонажу, віднайти ті потаємні куточки свого "Я", що відгукуються чи говорять цим голосом.

Література:

1. *Вознесенська О. Л.* Арт-терапія у подоланні психічної травми : практичний посібник / Олена Вознесенська, Марина Сидоркіна ; вид. 2-ге, випр. та доповн. – К. : Золоті ворота, 2015. – 202 с.

2. *Вознесенська О. Л.* Казкотерапевтичний форум-театр / Вознесенська Олена, Романь Наталія // Простір арт-терапії: творча інтеграція та трансформація в епоху плинного модерну : матер. XV Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції (м. Львів, 16-18 лютого 2018 р.) / [за наук. ред. А. П. Чуприкова, Л. А. Найдьонової, О. Л. Вознесенської, О.М. Скнар]. – К. : Золоті ворота, 2018. – С. 128–130.

3. Конфликт и травма. Выпуск 1. Актуальные вопросы оказания помощи при травматических и посттравматических стрессовых расстройствах / [под общ. ред. И. Г. Ильиной, М. Я. Соловейчик]. – СПб., 2002. – 132 с.

4. *Малкіна-Пих І. Г.* Психологічна допомога в кризових ситуаціях / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Ексмо, 2005. – 960 с.

5. *Maslach C, Letter M.P.* The truth about buout*:* How organization cause personal stress and what to do about it // Maslach C*,* Letter M.P. – San Francisco*,* CA*:* Jossey-Bass*,* 1997. *– 202 p.*

6. *McCann, I., & Pearlman, L.* Vicarious traumatization: Aframework for understanding the psychological effects of working withvictims// McCann*, I., &* Pearlman*,* L. – Journal of Traumatic Stress, 3. – 1990. – P. 131–149.

7. *O'Halloran, T. M., & Linton, J. M.* (). Stress on the job: Self-care resources for counsel-lors // O'Halloran, T. M., & Linton, J. M. – Journal of Mental Health Counseling, 22. – 20003. – P. 54–364.

8. *Pearlman*, L. A.; *Mac Ian*, P. S. Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists// Pearlman, Laurie Anne; Mac Ian, Paula S. – Professional Psychology: Research and Practice. – Vol. 26(6), Dec. – 1995. – P. 558–565.

МУЛЬТИМОДАЛЬНА І МІЖДИСЦИПЛІНАРНА МОДЕЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Волошин Володимир Миколайович,
психолог реабілітаційного відділення
при Інституті медицини праці НАМН України,
Центрального військового шпиталю,
HealthRight International (Київ)

У значної частини людей, які пережили кризові події, спостерігаються зміни на різних рівнях їх функціонування: здоров'я, соціальна взаємодія тощо. Переживши кризові події, людині бажано пройти комплекс заходів з відновлення свого фізичного та психологічного здоров'я. Реабілітаційні програми мають загальну основу. Кожна реабілітаційна програма корегується залежно від потреб клієнта.

У значної частини людей, які пережили кризові події спостерігаються зміни на таких рівнях: особистому, міжособистісному, організаційному, соціальному (середовище/ громада, суспільство/країна).

Успіх реабілітації залежить не лише від роботи з клієнтом на всіх цих рівнях. Потрібно проводити комплексну роботу з усіма учасниками перерахованих рівнів.

Опираючись на міжнародний досвід реабілітації і власний досвід (з 2014 року), враховуючи зміни усіх рівнів, ми дійшли до мультимодальної, міждисциплінарної моделі реабілітації учасників АТО і членів їх родин. У цій моделі в центрі знаходиться клієнт, а навколо нього спеціалісти різних напрямів: психологи, соціальні працівники, медики, психіатри, юристи, представники ГО.

Психіатра в цій моделі ми відокремили від медиків, таким чином показавши, що в роботі з ПТСР, ГСР, згідно з державними нормативами, цей спеціаліст займає провідну роль.

Необхідною умовою є обов'язкове проходження усіма спеціалістами системи регулярних індивідуальних та групових супервізій.

Тривалість реабілітаційного курсу для частини учасників АТО і членів їх родин бажано збільшити до 40-45 днів. Збільшення часу реабілітаційних заходів дозволить більш глибоко опрацювати травматичні події, соматичні розлади і вибудуваи ефективні форми взаємодії з соціумом на різних рівнях.

Для частини учасників АТО, особливо з діагнозом комплексного ПТСР, потрібно проводити реабілітацію декілька разів на рік. Обов'язково проводити дистанційну діагностику клієнтів після проходження курсу реабілітації через 3–5 місяців.

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ТА СПРИЯННЯ ЇХНЬОМУ САМОУСВІДОМЛЕННЮ

Вронська Вікторія Миколаївна,
старший викладач кафедри педагогіки психології та корекційної освіти Рівненського ОІППО (Рівне)

Ми вже переконалися в тому, що закордонний досвід, який намагаємося брати за основу для надання ефективної психологічної допомоги людям, не може вирішити специфічні завдання, які постали перед українськими фахівцями.

Важливе місце у наданні допомоги відводиться діяльності медичних сестер. Вони, як і інші фахівці допоміжних професій, намагаються надати своєчасну кваліфіковану допомогу.

Однією з тенденцій сучасної психології стало винесення на перший план питань психологічної підтримки особистості, сприяння її розвитку, становлення і самореалізації (А. Г. Асмолов, В. О. Петровський, Є. М. Шиянов).

Питання виховання різних якостей особистості, що лежать в основі активної громадянської позиції і відповідальної соціальної поведінки, знаходимо у працях Ш. А. Амонашвілі, Б. С. Братуся, Т.М. Буякас, Є. В. Головньової, Г. Є. Залісського, К. Мудзибаєва.

Досвід експериментальної роботи, здійсненої в Рівненському районі, дає змогу стверджувати, що крім звичних функцій медична сестра здійснює і психологічну, і соціальну підтримку хворих та їх близьких; здійснює навчання хворих і членів їх родин з питань дотримання санітарно-гігієнічних вимог, профілактики та догляду за хво-

рим. "Медсестринство – це галузь медичної науки про потенційні та існуючі проблеми в індивідуальному та громадському здоров'ї, які формуються під впливом зовнішніх та внутрішніх чинників, та шляхи їх вирішення медичними сестрами в межах своєї компетенції в системі охорони здоров'я (соціальних служб) з метою підтримання здоров'я або поетапного надання медичної (соціальної) допомоги" [5]. Очевидно, що сьогодні є потреба у компетентних фахівцях сестринської справи, які володіють суміжними медичними спеціальностями, з високим ступенем адаптивності, готовністю до професійного зростання, здатних до самоосвіти та самовдосконалення.

Узагальнена мета національного медсестринства полягає в реалізації науково обґрунтованих профілактичних, діагностико-лікувальних та реабілітаційних заходів, які відносяться до медсестринської компетенції для забезпечення збереження та зміцнення здоров'я окремих людей і населення в цілому, оптимального рівня догляду та опіки над пацієнтами, відновлення працездатності або використання залишкової працездатності хворих. Водночас, науковці стверджують, що "діяльність медичних сестер за операційно-технологічним змістом можна віднести до емоційно напружених. Від характеру та ступеня вираженості нервово-психічного напруження, що супроводжує виконання професійних обов'язків медсестер залежить продуктивність їхньої праці та психологічного здоров'я. Контекст вивчення терапевтичної ефективності взаємодії в системі "медична сестра – хворий" показує, що комунікативна діяльність медичних сестер зумовлена емоційними складовими" [2, с. 12]. Тому в ході експериментальної роботи ми збирали медичних сестер на групових зустрічах і працювали над формуванням їхньої психологічної компетентності. В результаті у них удосконалювалися психологічна стійкість та здатність до співпереживання – якості, що допомагають медичним сестрам у професійній діяльності. Ще одним результатом групових зустрічей є підвищення самоусвідомлення медсестер. Це важливо, адже висновки про саму себе людина отримує в ході *самоусвідомлення* – "процесу свідомої концентрації знань про власні сутнісні сили з формуванням узагальненої картини своєї структури" [1, с. 72].

В ході групових зустрічей ми працювали над формуваннях психотерапевтичних умінь медичних сестер і над удосконаленням їхніх операційно-базових знань, рефлексивно-орієнтованих смислів та емоційно-сензитивних переживань (див. Таблицю).

Таблиця

Програма групових зустрічей на тему самоорганізації особистості

Самоорганізація особистості як відображення саморуху матерії, як єдність процесів саморозвитку та саморегуляції, як внутрішній зміст діяльності	Когнітивний блок: "Що я можу знати?"	Самоспостереження; Самопізнання; Самоусвідомлення; Самовизначення.
	Практичний блок: "Що я мушу робити?"	Самообмеження; Самовповноваження; Самопрограмування; Самовдосконалення; Самоактуалізація.
	Корекційний блок: "На що я можу сподіватися?"	Самореалізація; Самоаналіз; Самооцінка; Самоконтроль; Самоврядування.

Висновок. Враховуючи специфіку та особливості роботи фахівців допоміжних професій, варто працювати над формуванням їх психологічної компетентності, а саме: не допускати емоційне травмування, адже воно призводить до втрати психоемоційного балансу людських стосунків і до загрози сприятливого розвитку дітей та їх батьків, до загострення патологічних процесів у житті суспільства. Тому з метою попередження нервово-психічного напруження, врахування психологічних особливостей хворого та надання ефективнішої медичної допомоги здійснювалися професійні групові зустрічі медичних сестер Рівненського району в рамках експериментальної роботи.

Література:

1. *Нестеренко Г. О.* Особистість у нелінійному суспільстві : монографія / Г. О. Нестеренко. – Запоріжжя : Просвіта, 2004. – 140 с.

2. *Павлюк Т. М.* Емпатійні чинники професійної адаптації медичних сестер / Т. М. Павлюк. Автореферат. – Ів-Франківськ, 2007. – 24 с.

3. *Шегедин М. Б.* Майбутнє медсестринства як наукової дисципліни / М.Б. Шегедин // Медсестра Галичини. – № 2, травень, 2011. – С. 2.

МЕРЕЖА ВЗАЄМОПІДТРИМКИ ЗА ПРИНЦИПОМ "РІВНИЙ-РІВНОМУ" ("PEER-TO-PEER") ТА БОДИНАМІЧНОЇ МЕТОДИКИ ЯК ЕЛЕМЕНТ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ВЕТЕРАНІВ

Гончарова Ольга Володимирівна,
член правління ГО "Мережа сили "Рівновага",
інструктор з роботи із шоковою травмою в рамках бодинаміки,
кандидат економічіних наук (Київ)

У XXI столітті Україна знову стикнулась з війною на своїй території. Згідно досліджень, навіть у мирний час 84 % людей піддаються травмуванню впродовж життя [2]. Шокові травми, отримані населенням впродовж останніх чотирьох років, можуть отримати свій відголосок упродовж наступних п'яти поколінь. Тому психосоціальна реабілітація є невід'ємною частиною реінтеграції колишніх бійців, їх родин та осіб, постраждалих від війни. Зазвичай під цим мається на увазі практика індивідуальної терапії, до якої залучається кожен боєць окремо, а психолог-терапевт є невід'ємним учасником процесу. Основною відмінністю мережі взаємопідтримки є надання допомоги не тільки кваліфікованими фахівцями, а й іншими ветеранами-учасниками терапії, довіра до яких обумовлена принципом рівний-рівному (peer-to-peer). Він передбачає проведення терапії у групах, де всі учасники та учасниці, а також принаймні частина тренерів-терапевтів пережили певні шокові події, пов'язані з війною, що надає більшого розуміння, відвертості, глибини та сприяє позитивній динаміці у проведенні терапії.

Дана методика була розроблена датським психологом Дітте Марчер та впродовж 30 років використовувалась школою тілесно-орієнтованої психотерапії Bodynamic International AsP [3] при роботі з військовими, ветеранами, цивільним населенням та дітьми, що пережили шокову травму, зумовлену збройними конфліктами в різних країнах і територіях (Схід України, Боснія та Герцеговина, Палестина та Ізраїль, Ліван, Південна Америка, країни Африки) [4]. В Україні її використовують такі громадські організації, як, наприклад, "Рівновага" та "Побратими" [5].

Одним з ключових позитивних аспектів продовження терапії є створення по її закінченні тренінгів малих груп (від трьох учасників)

за географічним принципом з метою комунікації, взаємопідтримки, навчання та подальшої соціальної адаптації. В таблиці представлено SWOT-аналіз даної методики.

Таблиця

SWOT-аналіз груп взаємопідтримки за принципом рівний-рівному (peer-to-peer) та бодинамічній методиці

Можливості: • створення самоорганізованої мережі взаємопідтримки по закінченню тренінгу; • можливість розвивати мережу і формувати осередки без участі тренерів; • створення ресурсу для учасників/-ниць, що полягає в допомозі іншим.	Сильні сторони: • високий рівень відвертості та довіри серед учасників/-ниць та тренерів, що зумовлюється спільним досвідом, пов'язаним з війною; • методика заснована на позитивній терапії; • тілесні практики; • створення кола довіри поза війною (альтернатива колу побратимів, які переживали певний досвід разом); • подолання страху перед приходом до психолога ("тренери такі ж ветерани, як і я"); • методика заснована на принципах гідності та взаємопов'язаності [1].
Загрози: • труднощі в організації зустрічей в населених пунктах, де мешкає >2 учасників/-ниць тренінгу; • позитивна динаміка залежить від самоорганізованості та бажанні змінюватись та отримувати допомогу (характерно для більшості психотерапевтичних методик).	Слабкі сторони: • необхідність на початкових етапах (після одноденного тренінгу) залучення кваліфікованого тренера до проведення малих груп; • дієво для ветеранів, їх сімей, ВПО, але не включає дійсних військових (за виключенням окремих бодинамічних практик: безпечні люди, дихальні практики, вправи на підтримку тощо); • не розраховано на осіб, які потребують медичної психіатричної допомоги.

Принцип взаємопідтримки рівний-рівному показав високі результати в психо-соціальній адаптації учасників, створив передумови для започаткування власної справи [6], досягнень у спорті [7], публіцистиці та тренерській діяльності. Так, ряд учасників тренінгу посттравматичного зростання виявили бажання взяти участь та успішно пройшли тренінг Базової Бодинаміки (Bodynamic Foundation Training),

частина з них успішно веде тренерську діяльність [8] з реабілітації ветеранів, їх родин та інших категорій населення.

Література:

1. *Marcher, L & Fich, S. Body Encyclopedia.* A Guide to the Psychological Functions of the Muscular System / Marcher, L & Fich. – North Atlantic Books, 2010 –545 с.

2. PTSD United [Електронний ресурс]: PTSD Statistics. – Режим доступу: http://www.ptsdunited.org/ptsd-statistics-2/

3. Bodynamic International [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.bodynamic.dk/

4. Bodynamic International [Електронний ресурс]: Somatic Development Psychology. – Режим доступу: https://www.bodynamic.com/about/

5. Красноградська районна державна адміністрація. Для учасників АТО та їх сімей буде проведена зустріч у форматі "рівний-рівному" [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://krasnogradrda.gov.ua/2018/01/25/dlya-uchasnikiv-ato-ta- %D1 %97x-simej-bude-provedena-zustrich-u-formati-rivnij-rivnomu/

6. М2 Квадратні метри [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://m2-house.cn.ua/

7. Ігри нескорених [Електронний ресурс]: Александр Чуб. – Режим доступу: https://invictusgames.stb.ua/ru/member/aleksandr-chub/

8. The Ukrainians [Електронний ресурс]: Автомати без запобіжника. – Режим доступу: https://theukrainians.org/avtomaty-bez-zapobizhnyka/

ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД ПРОЕКТУ ХУДОЖНЬОЇ МАЙСТЕРНІ

Григор'єв Іван Мар'янович,
художник БО "Міжнародний благодійний фонд "Творча Криївка" (Київ)

У роботі з бійцями в складі БФ "Творча криївка" було проведено ряд заходів: "Портрет бійця" – малювання портретів учасників бойових дій і волонтерів, відвідування музеїв Києва, а також майстер-класи з малювання.

Протягом останніх чотирьох років я спробував розробити певний підхід до художньої освіти для дорослих людей, що не мають спеціальної освіти та технічної підготовки. Такого плану заняття ми спробували проводити з ветеранами і волонтерами.

Як правило, за основу я беру роботу з натури: це може бути фотографія, репродукція іншої картини, але частіше ми брали за основу натюрморт.

У цих заняттях я вирішив не приділяти спеціальної уваги звичайним елементам художньої школи, таких як класична композиція, точні пропорції, контури, світлотінь і т. і.

Замість цього був зроблений акцент на формальний, технічний і виразний аспекти образу.

Технічно найзручнішим матеріалом є вугілля та крейда на кольоровому папері.

Для початку ми спробували використовувати пакувальний папір крафт, вугілля, крейду, сангіну, а потім поступово підключали до цього додаткові кольори, пастель, акварель. Техніка такого типу має ряд переваг: ці матеріали дуже доступні, крім того, ця техніка дає можливість отримувати швидкий ефект, виразний результат.

Я пропонував брати по можливості великі аркуші і малювати максимально швидко, не озираючись на результат. При малюванні, використовуючи кілька нескладних прийомів вугіллям чи сангіною, радив студентам малювати, по можливості, широко й максимально помітно, не відриваючи руки, класти крейду плазом, зафарбовуючи площини, при необхідності змахувати, протирати або навпаки закріплювати малюнок за допомогою лаку для волосся.

Швидкий темп малювання не дає можливості студенту підключати власну критичну оцінку своєї роботи. Критерії оцінки художником власного твору взагалі є складною і нерозкритою проблемою. На своїх заняттях я робив так: в якийсь момент зупиняв студента, пропонував подивитися на свою роботу з відстані, показував малюнок іншим студентам, просив їх оцінити, сам коментував, а також пропонував робити фотофіксації етапів роботи – добре що сучасні гаджети дозволяють це.

Вважаю, що ці нескладні прийоми дають більший ефект для становлення художнього бачення, ніж вивчення перспективи і анатомії.

З огляду на психологічні ефекти, найважливішим було наше спілкування зі студентами. На прикладах їхніх робіт я намагався, по можливості, розкривати основні області та завдання малювання, розповідав про історію мистецтва, багато чого зрозумів сам.

Після роботи з бійцями я усвідомив, що люди, які пройшли війну, – стикнулися з реальністю; а ми, мирне населення, – постійно опи-

няємося втягнутими в певну ілюзію. Як художник я постійно шукаю прояви реального життя, адже тільки ці явища можуть служити темою і приводом створення предметів мистецтва. Ті, хто пройшов війну, виявилися свідками та справжніми співучасниками чистого буття і, по суті, є носіями правди.

Це відчуття є важливою складовою робіт бійців, а перед педагогом стоїть завдання допомогти проявити й відзначити їх. Провідним завданням є не стільки надати можливість забути про враження війни, скільки спробувати надати цим спогадам і враженням сенс й перевести їх у площину мистецтва.

По-справжньому, з Майдану і з цієї війни розпочалася історія нашої країни, нашої цивілізації, що відкриває нові можливості для проявів творчої енергії. Волонтери і бійці є людьми, що володіють найбільшим креативним потенціалом, і для мене є надзвичайно важливим долучитися до цього потоку, зосередивши зусилля на відповідній допомозі.

ПСИХІАТР VS ПСИХОТЕРАПЕВТ: СПІВПРАЦЯ ЧИ КОНКУРЕНЦІЯ?[1]

***Гуковський Олег Віталійович*,**
психотерапевт, психіатр, бодинаміст-практик,
тренер ГО "Мережа сили "Рівновага" (Тернопіль)

Психіатр:

Плюси:

- обстеження;
- суміжні консультації;
- ліки;
- санітари або "стіни лікують";
- …

Мінуси:

- психіатричний облік;
- стигма;
- залежність від ліків та переоцінка їх ефективності;

[1] В тексті представлено конспект доповіді (*ред.*).

– ігнорування внутрішньої роботи та опрацювання досвіду;
– короткочасний ефект фокус на зняття симптомів;
– обмежений арсенал та ініціатива;
– …

Психотерапевт/психолог:

Плюси:

– орієнтація на посттравматичний ріст особистості, а не лише на зменшення інтенсивності симптомів;
– залучення соціальних контактів ветерана;
– можливість повноцінного повернення в суспільство;
– довготривалий ефект;
– …

Мінуси:

– необхідна мотивація споживача послуг;
– довготривалий процес;
– необхідна вибудована цілісна система діагностики, травматерапії, супроводу та реабілітації;
– …

Необхідна консультація психіатра/нарколога та ймовірна госпіталізація:

– високий ризик суїциду;
– насилля щодо інших;
– психотичні симптоми/розлади (відсутність критики, марення, галюцинації, психомоторне збудження);
– виражена тривога, депресія, паніка, маніакальний стан;
– стійкі порушення сну.

Поле співпраці:

– перша психологічна допомога;
– психодіагностика (скринінг ПТСР, депресії, подальші тести);
– підтримка психіатра при проведенні травматерапії, реабілітації (лікування загострень, підтримуючі антидепресанти тощо).

Чим же регулюється діяльність психіатрів/лікарів первинної ланки при наданні допомоги особам із ризиком ПТСР чи встановленим діагнозом?

Відповідно до вимог наказу Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 23.02.2016 р. № 121, затверджено стандарти медич-

ної допомоги при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР). Документи містять:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад".

2. Адаптовану клінічну настанову, засновану на доказах "Посттравматичний стресовий розлад".

Звернемо увагу на пункти, що вимагають співпраці та/або психотерапевтичної освіти.

Дії лікаря.

Обов'язкові:

5. Надати рекомендації щодо необхідності дотримання вимог здорового способу життя, проведення заходів психологічної та соціальної реабілітації.

6. Запропонувати пацієнту використання психологічних технік управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо).

7. Надати рекомендації щодо немедикаментозного та медикаментозного лікування пацієнтам із ПТСР, які відчувають клінічно значущі симптоми: хронічний біль, безсоння, тривогу.

12. Із самого початку лікування слід зосередити увагу пацієнта на необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації. Інформувати пацієнта про потенційні переваги психосоціальної реабілітації та давати практичні поради про те, як отримати доступ до відповідної інформації та послуг. Сприяти духовній та соціальній підтримці.

Бажані:

1. Залучати пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції: психологічної, соціальної та фізичної реабілітації.

Перша медична допомога при ПТСР

1. Лікарі загальної практики – сімейні лікарі проводять активне виявлення ПТСР серед пацієнтів групи ризику. Часто скарги на соматичне нездужання.

2. У разі наявності окремих симптомів для верифікації ПТСР у пацієнтів групи ризику використовують стандартизований опитувальник, який включає 7 питань (табл. 1). Позитивна відповідь на 4 і більше питань вказує на вірогідність ПТСР.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОДРУЖНЬОЇ ВЗАЄМОДІЇ У РОДИНАХ ВЕТЕРАНІВ АТО

Денисевич Наталія Юріївна,
аспірант лабораторії соціальної психології особистості
Інституту соціальної та політичної
психології НАПН України (Київ)

Військові дії, що тривають в Україні з 2014 року змусили психологів екстрено досліджувати тему соціально-психологічної реабілітації постраждалих від військових дій. Безперечно, найбільшого травма тичного впливу зазнають військовослужбовці, що безпосередньо беруть участь у бойових діях, проте війна негативно впливає не лише на них. Психологічної допомоги потребують члени родин ветеранів (B. K. Jordan, A. Matsakis, D. A. Ryan, S. J. Verbosky, C. Williams, Y. Wosner).

Доведено, що участь у бойових діях впливає на особистість та здатна змінювати її. Цей вплив може бути конструктивним та призводити до посттравматичного зростання, проте, на жаль, частіше цей вплив виявляється деструктивним та призводить до погіршення психологічного здоров'я особистості. Без належної психологічної підтримки та заходів соціально-психологічної реабілітації людині, яка зазнала травматичного досвіду війни, важко відновити своє психологічне здоров'я (Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, О. В. Числицька). Оскільки в нашій країні не створено спеціалізованих центрів для надання якісної психологічної реабілітації, то для більшості ветеранів чи не єдиним джерелом підтримки та відновлення залишаються їхні родини. Слід зазначити, що сімейна взаємодія у родинах військовослужбовців під час їхнього перебування на фронті порушується, не всі подружжя можуть відновити конструктивні взаємини після повернення чоловіка з війни. Дружини військовослужбовців перебувають у стані підвищеної психологічної та фізичної напруги протягом всього часу перебування чоловіка на війні. У даній ситуації ресурсний потенціал сім'ї значно погіршується, що значуще впливає на якість виконання сім'єю своїх прямих функцій. Таким чином, ми вважаємо, що відновлення конструктивної подружньої взаємодії у сім'ях учасників АТО суттєво впливає на весь процес соціально-психологічної реабілітації комбатантів.

Для виявлення факторів, що можуть вплинути на особливості подружньої взаємодії в родинах комбатантів та визначення їх конс-

труктивних та деструктивних впливів, необхідно провести ґрунтовне дослідження з використанням цілої низки психодіагностичних методик. Попередньо нами було виокремлено наступні показники: особливості подружньої взаємодії у конфліктних ситуаціях, характер спілкування між подружжям, рівень задоволеності шлюбом, рівень сімейної адаптації та згуртованості, рівень ресурсного потенціалу сім'ї, показник суб'єктивної оцінки сімейних стосунків до та після участі чоловіка у військових діях.

Для визначення рівня конфліктності між подружжям та виокремлення найбільш конфліктних сфер сімейного життя нами використовується методика "Характер взаємодії подружжя в конфліктних ситуаціях" (Ю. Є. Альошина, Л. Я. Гозман, К. М. Дубовська). Опитувальник містить опис 32-х конфліктних ситуацій сімейного життя. Шкала відповідей, запропонована респондентам, диференціюється за двома параметрами: 1) погодження чи непогодження з партнером; 2) активність чи пасивність реакції.

Для визначення особливостей спілкування між шлюбними партнерами обрано методику "Спілкування в сім'ї" (Ю. Є. Альошина, Л. Я. Гозман, К. М. Дубовська). Опитувальник містить шість шкал: довірливість спілкування, взаєморозуміння між подружжям, подібність у поглядах подружжя, спільні символи сім'ї, легкість спілкування між подружжям, психотерапевтичність спілкування.

Для визначення рівня задоволеності-незадоволеності шлюбом використовується опитувальник "Задоволеність шлюбом" (В.В. Столін, Т. Л. Романова, Г. П. Бутенко), який має на меті визначити особливості різних сфер подружнього життя. Даний тест являє собою одновимірну шкалу, яка складається з 24 питань закритого типу.

Рівень сімейної адаптації та згуртованості визначається за методикою "Шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES III)" (Д. Олсон, Дж. Портнер, Р. Белл адапт. Е. Г. Ейдеміллер, О. Г. Лідерс, М. Ю. Городнова). Опитувальник містить три шкали: сімейна згуртованість, сімейна адаптація та сімейна комунікація [1, с. 130-139].

Рівень ресурсного потенціалу сім'ї значною мірою обумовлює успішність процесу психологічної реабілітації особистості, що зазнала травматичного досвіду війни. Для визначення цього показника нами обрано методику "Тест сімейних ресурсів II" (О. В. Махнач, Ю. В. Постилякова). Ця методика має на меті визначення подружжями суб'єктивної оцінки їхніх сімейних ресурсів. Опитувальник містить шість

шкал: сімейна підтримка, фізичне здоров'я членів родини, вирішення проблем в сім'ї, сімейні ролі та правила, емоційний зв'язок в сім'ї, фінансова свобода в сім'ї, сімейна комунікація, керування сімейними ресурсами [1, с. 145-153].

Для визначення суб'єктивної оцінки подружжям особливостей сімейної взаємодії до відбуття чоловіка на війну та після його повернення нами був розроблений опитувальник "Вплив військового досвіду на сімейні стосунки у родинах учасників АТО". Опитувальник розроблено у двох варіантах – для чоловіків та жінок. Кожен варіант опитувальника містить 13 запитань закритого та відкритого типу.

Статистична обробка результатів, які будуть отримані за допомогою вищеперерахованих методик, у подальшій роботі дозволять нам встановити значущі зв'язки між вказаними показниками та виявити фактори, що суттєво впливають на процес відновлення гармонійних подружніх стосунків у родинах учасників АТО.

Література:

1. *Махнач А. В.* Психологическая диагностика кандидатов в замещающие родители / А. В. Махнач, А. М. Прихожан, Н. Н. Толстых. – М. : Изд-во "Институт психологии РАН", 2013.

2. Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : методичні рекомендації / НАПН України, Ін-т соц. та політ. психології ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2017. – 80 с.

УКРАЇНСЬКІ АРХЕТИПИ В ГРУПОВІЙ РОБОТІ ДЛЯ ЛЮДЕЙ З БОЙОВИМ ДОСВІДОМ

Дичковська Галина Орестівна,
психотерапевт Української спілки психотерапевтів в методі позитивної психотерапії,
кандидат філософських наук, доцент (Івано-Франківськ)

Поняття архетипу вже давно і суттєво зайняло своє важливе місце в філософії, психології та психотерапії. Юнгіанська "самість", яку так важко осягнути в психотерапії та в повсякденному житті, в ситуації межової лінії "ЖИТТЯ – СМЕРТЬ", виявляється швидко, чітко і однозначно. Власне, всі психотравми війни, так чи інакше, торкаються цієї лінії "життя-смерть". Незрозуміла "привабливість" війни часто

зумовлюється саме цією можливістю бути в самості. Відпадає потреба носити маски, людина не просто торкається своєї сутності, вона тривалий час живе у безпосередньому контакті із своєю глибинною суттю. Звідси всі розповіді про містичну інтуїцію, про надзвичайні ситуації та надзвичайні здібності звичайних людей.

З одного боку, такий досвід є важливою цінністю як для людини безпосередньо, так і для суспільства загалом, з іншого боку, люди часто є не готовими до таких переживань і не вміють опрацьовувати свій досвід та адекватно використовувати його при поверненні до звичайного громадянського життя.

Другим важливим архетипом є архетип "братства", який безпосередньо пов'язаний із архетипом "самості". Якщо архетип "самості" нам відомий із робіт К.-Г. Юнга, то архетип "братства" – це унікальний прояв стихійної ініціації, який відбувається часто хаотично та несвідомо, однак є не менш важливим, ніж самість. Більше того, якщо "самість" – поняття для людей часто незрозуміле, надто академічне, без адекватних критеріїв, то "братство" – цілком зрозуміле і своєрідно "предметне", осягнуте. Найпростіший його вияв – бажання знаходитися у колі людей, що мають бойовий досвід. Це певна зона комфорту і безпеки. "Братство" – це своєрідне взаємовизнання тих, хто торкнувся "самості". Важливість і цінність цього досвіду переважує навіть кровноспоріднені зв'язки. Фактично боротьба йде "за тебе, за мене і за твоїх та моїх дітей". Це звернення в майбутнє є водночас і самістю, і ініціацією, і можливістю формувати новий тип стосунків.

В українських реаліях архетипи "самості" і "братства", які, без сумніву, мають загальнолюдську природу, мають також свої специфічні культурні вияви. Зокрема, "братство" містить не лише взаємодію між бійцями, "братство" включає в себе історичні постаті та легендарних героїв. Бандерівці, петлюрівці, гайдамаки, козаки, княжі дружинники – уся історико-героїчна рать стає своєрідною посвятою для бійців, їх життя і досвід включається в архаїчну і своєрідну містичну структуру роду, у надособистісний смисл, у своєрідний потік сили і слави.

Варто також звернути увагу на згадані феномени: "сила" і "слава". Сила, окрім звичного її трактування у фізичному та вольовому контекстах, має ще аспект "посилення взаємодії", це резонансне взаємопідсилення людей, що перебувають у контакті із своєю самістю. Слава є аналогом визнання, прийняття і схвалення.

Таким чином, розглянуті архетипічні феномени є досить ресурсними і можуть використовуватися в реабілітаційній роботі.

РОЛЬ СІМ'Ї У ПІДТРИМЦІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ВИКОНАННЯ СЛУЖБОВО-БОЙОВОГО ЗАВДАННЯ

Дідик Наталія Федорівна,
науковий співробітник лабораторії психології масової комунікації та медіаосвіти Інституту соціальної та політичної психології НАПН України (Київ)

Всім відомо, що сім'я є одним із факторів, який впливає на психологічний стан військовослужбовця під час виконання службових завдань. Про це говорять як зарубіжні [1], так і вітчизняні дослідники [2; 3; 4]. Це питання набуло ще більшої ваги в українському суспільстві разом з початком військового конфлікту на сході України (квітень 2014 р.), визначеного нормативними актами як антитерористична операція (далі – АТО). Захищаючи свою Батьківщину, військовослужбовці Збройних Сил України (далі ЗСУ) та Національної гвардії (НГУ) захищають, перш за все, свою сім'ю та її майбутнє – про що вони завжди говорять в інтерв'ю журналістам [6]. У критичних моментах під час виконання бойових завдань саме сім'я може бути тим єдиним стимулом, щоб знайти рішення та вихід із вкрай складної ситуації. Із розповідей військовослужбовців у мережі facebook, які перебували в полоні, та членів їх сімей саме підтримка сім'ї була ключовим стимулом протриматися до моменту визволення та не перейти на бік ворога [5]. Разом із тим, буває і кардинально протилежний вплив сімейних стосунків на психологічний стан та службу військовослужбовця. Зі слів старшого офіцера відділу оперативного психологічного супроводження, бувають випадки, коли за півтора місяці до завершення контракту військовослужбовець вимагає звільнити його за будь-яких обставин, оскільки дружина подала на розлучення через постійну відсутність чоловіка вдома [6]. Хоча фактор сім'ї для військовослужбовців є досить вагомим, роль сім'ї у підтримці психологічного стану військовослужбовця на різних етапах виконання службових завдань досліджено недостатньо. Також кількість заходів спрямованих на підтримку сімей, які проводяться на базі військових формувань, є недостатньою.

Для визначення ролі сім'ї у підтримці психологічного стану військовослужбовця ми вирішили провести аналіз емпіричного дослідження можливих проблем на різних етапах виконання бойових за-

вдань та узагальнити інформацію в таблиці [7]. Дослідження проводилося методом глибинних інтерв'ю (в межах співпраці ГО "Жіноча сила України" з Національною гвардією України). Опитано 12 фахівців НГУ: 10 військових психологів та 2 капелани [7] (див. *Таблицю*).

Таблиця

Проблеми в сімейних стосунках на різних стадіях виконання завдань у зоні АТО

Проблеми в сімейних стосунках перед АТО (2-3 тижні – 1 місяць)		Проблеми в сімейних стосунках під час АТО (2-3 місяці)		Проблеми в сімейних стосунках після повернення з АТО (між відрядженнями)
Військовий	Дружина	Військовий	Дружина	Подружжя
-Емоційне напруження через емоційно-поведінкові прояви дітей; -Турботи через неординарні побутові моменти, які існують на момент відрядження	-Страх дружини за життя чоловіка; -Турботи через неординарні побутові моменти, які існують на момент відрядження	-Невиправдані очікування в емоційній підтримці зі сторони дружини; -Хвилювання за здоров'я рідних, поведінку дітей в школі та матеріальне забезпечення родини; страх зради присутній лише у молодих військовослужбовців, які нещодавно одружилися	-Невиправдані очікування в емоційній підтримці зі сторони чоловіка; -Недовіра, страх зради та алкоголізації чоловіка, що виливається в конфлікти по телефону (при поганих стосунках до АТО); -Постійний стрес, втома у зв'язку з підвищеною відповідальністю за сімейні побутові питання	- Напружені стосунки в подружжі через замкненість та відчуження чоловіка, або страх дружини через незвичні (у тому числі алкоголізація, побутова агресія) прояви поведінки чоловіка; -Холодність в стосунках між батьком і дитиною; -Недостатньо часу на дозвілля з родиною між службовими завданнями; -Порушення інтимних стосунків

У доповнення до вище зазначеного дослідження ми провели анкетування військових капеланів (в межах співпраці ГО "Жіноча сила України" з Синодальним управлінням Української православної церк-

ви Київського патріархату (далі СУВД УПЦ КП), під час якого вони відповідали на два запитання: 1) Які прояви стресу ви спостерігали у військових у зоні АТО? 2) Чи доводилося вам допомагати військовому впоратися з наслідками стресу і в який спосіб? Тут ми висвітлимо лише ті результати, які стосуються нашої теми.

В опитуванні взяли участь 110 військових капеланів СУВД УПЦ КП (серед яких капелани, які несуть службу у різних військових формуваннях на посадах та капелани, які є волонтерами, але також їздять у відрядження в зону АТО).

Серед опитаних 5,5 % (6 капеланів) поділилися досвідом спостереження спалахів агресії, замкнутості через проблеми вдома, про які військовослужбовці дізнаються з дому по телефону.

Також 19 % опитаних (21 респондент) зазначили, що завдяки розмовам про Бога, про сім'ю та її майбутнє, нагадуванням про те, що на бійця чекають вдома вдавалося допомогти військовослужбовцям вийти із депресивних станів, апатії, розпачу, позбутися суїцидальних думок.

Підсумовуючи вище викладений матеріал, можна зробити висновок, що кожне відрядження в зону бойових дій є стресовим фактором як для бійця, так і для його сім'ї. Рівень впливу сімейних проблем на психологічних стан бійця і його дружини залежать від стану міжособистісних стосунків подружжя та від того, наскільки кожен із подружжя здатен впоратися з новими умовами та стресовими станами, з якими вони зіштовхуються на кожному етапі виконання завдання. При наявності гармонійних стосунків в сім'ї, вона стає ресурсом та підтримкою для військовослужбовця, навіть, у найкритичніших ситуаціях. На думку фахівців, завчасне інформування військовослужбовців та членів їх родин про можливі зміни у стосунках та надання відповідних рекомендацій (наприклад, у форматі буклетів, інформаційних зустрічей тощо) здатні попередити виникнення більшості проблем у родинах військовослужбовців. Саме тому важливо у військових підрозділах проводити роботу щодо сімейних питань як серед військовослужбовців так і серед членів їх сімей на системній основі.

Література:

1. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. – К. : Наш формат, 2017. – 1068 с.

2. *Лесков В. О.* Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів : автореф. канд. психол. наук : 19.00.09 "Психологія діяльності в особливих умовах" / В. О. Лесков. - Хмельницький, 2008. – 22 с.

3. *Агаев Н. А.* Проблема психологического обеспечения психического здоровья военослужащихи членов их семей [Електронний ресурс] / Н. А. Агаев, О. В. Флоранская // Екологічна психологія в Україні. – 2003. – Режим доступу: http://ecopsy.com.ua/data/zbirki/2003_01/sb01_01.pdf

4. *Стасюк В. В.* Психологія локальних війн та збройних конфліктів : підручник для слухачів та студентів вищих навчальних закладів / В. В. Стсюк. – К. : НАОУ, 2006. – 570 с.

5. ПодружжяПісляАТО [Електронний ресурс] / Жіноча Сила України. – Режим доступу: https://www.facebook.com/syla.in.ua/photos/a.1493232400952388.1073741827.1493225824286379/1919922314950059/?type=3&theater

6. Газета "День". Основа армії – солдат [Електронний ресурс] / Газета "День" // Газета "День". – 2017. – Режим доступу: https://day.kyiv.ua/uk/article/podrobyci/osnova-armiyi-soldat.

7. *Дідик Н. Ф.* Соціально-психологічна підтримка членів родин військовослужбовців як чинник впливу на морально-психологічний стан бійця під час виконання завдань у зоні АТО / Наталія Федорівна Дідик // Український психологічний журнал : зб. наук. праць. – 2018. – № 1 (7). – С. 41–56.

ФЕНОМЕН ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ: ПОГЛЯД ВЕТЕРАНА БОЙОВИХ ДІЙ

Інжиєвська Леся Анатоліївна,
доцент кафедри психології та особистісного розвитку
Навчально-наукового інституту менеджменту та психології
ДВНЗ "Університет менеджменту освіти",
член ВГО "Арт-терапевтична асоціація",
член ГО "Асоціація фахівців з подолання наслідків
психотравмуючих подій", кандидат психологічних наук (Київ)
Чаморсов Олексій Юрьович,
студент 2 курсу Навчально-наукового інституту менеджменту
та психології ДВНЗ "Університет менеджменту освіти" (Київ)

На теренах нашого сьогодення, в ситуації глобальних змін, які вражають стрімкістю, глибиною та раптовістю, нестабільністю у сфері соціально-економічних процесів, коли країна оповита гібридною вій-

ною, спостерігаються парадоксальні явища: в рамках одного людського життя присутній досвід існування не лише у різних соціально-економічних формаціях (часто з діаметрально протилежними вимогами та ціннісними орієнтирами), але і в різних цивілізаціях.

На противагу традиції розглядати лише наслідки травматичного досвіду у "патологізованій" парадигмі, сьогодні проявляється інтерес до дослідження проблеми позитивних ресурсів особистості та розкриття особистісного потенціалу. Вивчення феномену посттравматичного зростання (post traumatic growth) було відображено у наукових працях вітчизняних вчених В. В. Горбунової, В. О. Климчука, О.А. Шелюг та С. Л. Чечко [1, 2, 3], а піонери дослідження цього феномену Р. Тедескі та Л. Калхоун визначають посттравматичне зростання не як статичний результат травми, а як безперервний процес, що збагачує життєву історію-наратив-особистості [5].

На нашу думку, яскравим прикладом феномену посттравматичного зростання є наративна розповідь ветерана бойових дій на Сході України О.Ч.: "Кінець жовтня 2015 року. Я вже більше 2х годин майже нерухомо сиджу на кухні перед вікном. З вікна мого старого двоповерхового будинку видно частину вулиці і школу. По вулиці рухаються поодинокі перехожі, на подвір'ї школи порожньо – почались уроки.

За вікном тепло і сонячно – такі дні часто трапляються серединою осені.

Я вдягнутий у "піксельку" – військову форму ЗСУ. Берці скинуті на порозі, там же залишився важкий військовий рюкзак. Я демобілізований військовослужбовець третьої хвилі мобілізації, який дві години тому вийшов з електрички на своїй станції, що недалеко від дому.

Повернутись з війни на Сході в мирне життя з технічної точки зору, як на мене, вийшло досить просто. Довгоочікуваний наказ на звільнення нарешті був отриманий стройовою частиною нашого підрозділу. Нас почали відправляти додому невеликими групами по 8 – 10 бійців. На заміну нам прибувало нове поповнення п'ятої хвилі мобілізації.

Одна година тряскої дороги в кузові тентованого "урала", ніч потягом до Києва, дві години електричкою. Коли потяг Костянтинівка – Київ проминав мою станцію, я не вірив очам. Все було саме так, як рік тому. Ніяких мінометних обстрілів, зруйнованих мостів, порожніх згорілих хат. Ніби я пройшов через портал і опинився в іншому вимірі.

Поки добирався дому, мимоволі вслухався в людські розмови. Про курси валюти, чергове подорожчання в магазинах, роботу, навчання, відпочинок. Жодного слова про війну, яка була тоді моєю реальністю. Цей раптовий перехід приголомшував, притискав додолу. Щось важке не давало рухатись, виходити з дому, спілкуватись з довоєнними друзями та близькими.

Поступово приходило розуміння, що зі мною щось не так, щось негаразд. Мене дратував навколишній світ, соціум. Це було взаємно – я теж не подобався суспільству.

Уже котрий місяць по поверненню я не здатен був примусити себе хоча б переодягтись з військової форми у цивільне.

Про працевлаштування мови взагалі не було – важко було навіть вийти з дому в магазин. Та й займатись дизайном (справою всього мого попереднього життя) я не мав більше жодного бажання.

До всього мене почали суттєво непокоїти наслідки перенесеної контузії та інші військові травми.

Ситуація мене зовсім не влаштовувала, і я почав її вивчати. Так я дізнався про ПТСР і виявив в себе майже всі його ознаки. Стрес – гостра реакція на стрес – ПТСР – стійка зміна особистості – ця загальна схема з Міжнародної класифікації хвороб виглядала для мене цілком природно.

Декілька програм з соціальної та психологічної адаптації, на які я згодом потрапив, додали мені знань і навичок. Найбільш значущим для мене виявився шоковий тренінг в організації "Побратими". Він був побудований за принципом "Рівний – рівному". Досвідчені військові психологи та ветерани, які раніше самі пройшли цей тренінг, навчали мене тому, що вже вміли самі. А саме прийомам подолання наслідків військової травми.

Впродовж та майже одразу після закінчення тренінгу в мене з'явилась впевненість у можливості позитивних змін. Я познайомився з теорією посттравматичного зростання. Також я зрозумів, що першим кроком на шляху до цього зростання в мене було виникнення бажання вивчати проблему, а не здаватися. Я прийняв рішення і надалі навчатися для того, щоб ділитися набутими знаннями і навичками з іншими ветеранами, які зазнали схожий зі мною досвід по поверненню. Так виникла ідея вивчати психологію у вищому навчальному закладі, і я склав іспити в магістратуру.

Паралельно я став працювати в організації "Побратими" вже в якості тренера.

Кінець жовтня 2015 року. Я нерухомо сиджу на кухні біля вікна. Я подавлений і пригнічений. Я відчуваю нестерпне бажання повернутися назад – на війну. Мене охоплює липкий гнітючий сором від того, що я вже дома, а мої побратими ще там, на Сході.

Виходить, що тоді я так і не повернувся. Моє повернення розтягнулося у часі – і воно досі триває.

Того осіннього дня я не переодягнувся, не зателефонував мамі і сестрі. Досидівши біля вікна до вечора, я взяв рюкзак і пішов на станцію. Там я придбав квиток і сів на вечірній потяг до Харкова. В Харкові я мав зустрітись із дівчиною свого загиблого побратима. Я сподівався повернути їй декілька світлин, які мій друг завжди носив із собою в кишені".

Посттравматичне зростання не є поверненням функціонування після подолання психічної травми – це досвід глибинного самовдосконалення, якісних змін і трансформації особистості, набуття нею нових смислів, зростання її оптимізму. У результаті посттравматичного зростання спостерігаються суттєві зміни в патернах поведінки людини. Посттравматичне зростання відбувається через подолання людиною травматичної події, освоєння нею нової посттравматичної реальності й оцінюється витраченими на це зусиллями [4, 5].

Література:

1. Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції: матеріали міжвідом. наук.-практ. конф. (Київ, 30 березня 2016 р.): у 2 ч. / [ред. кол. : В. В. Чернєй, М. В. Костицький, О. І. Кудерміна та ін.]. – К. : Нац. акад. внутр. справ, 2016. – 248 с.

2. *Чачко С. Л.* Проблема посттравматического роста: попытка теоретического анализа / С. Л. Чачко // Вісник Одеського національного університету ім. І. І. Мечникова, 2010. – Том 15, Випуск 11. – С. 140–148.

3. *Шелюг О. А.* Багатовимірність феномену посттравматичного росту: біологічний, психологічний та соціокультурний складники особистісних трансформацій / О. А. Шелюг // Психологія і особистість. – 2014. – № 1. – С. 112–129.

4. *Tedeschi R. G.* The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun // Journal of Traumatic Stress. – 1996. – Vol. 9. – P. 455–471.

5. *Tedeschi R. G.* Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun // Psychological Inquiry. – 2004. – № 1. – Vol. 15. – P. 1–18.

6. Голос війни. Історії ветеранів: збірка оповідань. / Підготовлено ГО "Інтерньюз-Україна". – К., 2017. – 224 с.

ДОСВІД "ШКОЛИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ" У РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ АТО ТА ВОЛОНТЕРІВ

Кальницька Катерина Олексіївна,
завідувач кафедрою соціально-психологічної допомоги населенню Чернігівського національного технологічного університету, кандидат психологічних наук (Чернігів)

Лазоренко Борис Петрович,
провідний науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, член ВГО "Арт-терапевтична асоціація", ГО "Асоціація політичних психологів України",Асоціації медичної та психологічної реабілітації,Товариства конфліктологів України, кандидат філософських наук, доцент (Київ)

Смоляр Яніна Леонідівна,
волонтер (Чернігів),

Василенко В'ячеслав Васильович,
ветеран АТО (Чернігів)

Нагальною потребою українського суспільства є надання соціально-психологічної допомоги різним групам населення у зв'язку з переживанням ними наслідків травматичних подій. Перш за все, це стосується ветеранів АТО та волонтерів, які мають посттравматичні стресові стани, суттєві прояви психоемоційного виснаження. Також зростає необхідність в урізноманітненні форм надання такої допомоги, удосконаленні технологій реінтеграції та реадаптації особистості, що зазнала психотравмуючого впливу воєнних подій. Також важливою є профілактика вторинної психотравматизації населення, яка виникає внаслідок взаємодії учасників бойових дій (чоловіків і жінок), які мають психотравми, із близьким оточенням, перш за все, з чоловіками/жінками, дітьми.

Відгуком на ці потреби є організована кафедрою організації соціально-психологічної допомоги населенню Чернігівського НТУ спільно з ІСПП НАПН України школи соціально-психологічної допомоги. Серед основних завдань, які ставились перед школою, є зменшення напруги стресових та посттравматичних станів, поліпшення проактивної адаптивності щодо своїх особистих та соціальних умов життя, а також покращення якості життя. Зокрема, засвоєння учасниками навичок саморегуляції, навичок надання первинної психологічної допомоги близьким та рідним, набуття ефективних комунікативних практик вирішення своїх життєвих завдань. Одним із важливих завдань було також проведення емпіричного дослідження отриманих результатів.

Заняття школи проводилися на добровільний основі та волонтерських засадах, безоплатно на базі ЧНТУ. Всього було проведено дванадцять занять, кожне з яких тривалістю три учбові години, одне заняття на тиждень протягом чотирьох місяців з грудня 2017 р. по березень 2018 р. включно. При цьому в процесі навчання поєднувалися індивідуальна та групова роботи, виконання домашніх завдань із засвоєння навичок саморегуляції психоемоційних станів, участь у групових волонтерських заняттях у період між тижневими сесіями.

Теоретичними засадами і принципами надання соціально-психологічної допомоги слугували теорія особистісного життєконструювання та концепція соціально-психологічної реабілітації особистості Т. М. Титаренко, суб'єктно-вчинковий підхід В. О. Татенка, принцип парадоксальності трансформації негативних травматичних станів у позитивні на основі парадоксальної інтенції Віктора Франкла, психотехніки парадокса Джеральда Р. Уікса, Лучіана Л'Абата, а також техніка безпеки у запобіганні ретравматизації особистості та принцип конфіденційності.

Основними етапами реалізації зазначених засад і принципів у процесі навчання учасників школи виокремлено реінтеграцію особистості на основі застосування принципу парадоксальності трансформації травматичних станів у ресурс особистісного зростання та соціально-психологічний супровід реадаптації особистості щодо забезпечення сталого позитивного зв'язку особистості із її родинним та соціальним оточенням.

Однією з важливих особливостей проведення школи було емпіричне дослідження досягнутих результатів учасників ШСПД з числа ветеранів АТО та волонтерів. Загальна їх кількість склала 29 осіб, ві-

ком від 21 до 66 років, з них 15 жінок і 14 чоловіків. Серед них 11 ветеранів АТО і 15 волонтерів, у тому числі члени родин учасників АТО. У якості дослідницького інструментарію були використані: "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції, адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника USA National Center for PTSD В. Г. Безшейка; Багаторівневий особистісний опитувальник "Адаптивність" А. Г. Маклакова і С. В. Чермянина; "Опитувальник самооцінки змін у якості життя учасників Школи соціально-психологічної допомоги" К. О. Кальницької та Б. П. Лазоренка. Тестування досліджуваних проводилося на початку дослідження та після його завершення.

За попередніми результатами аналізу отриманих даних з'ясувалося наступне. Стосовно ветеранів АТО основними запитами були: стабілізація психологічного стану та самодопомога. У результаті участі у заняттях школи у них зменшились прояви симптомів ПТСР та знизились показники порушень адаптивності. За їх оцінками покращився рівень якості життя: психологічний стан "покращився помірно"; "Навчився контролювати себе, перестав бути замкнутим у собі"; "Перестав бути категоричним"; ставлення до батьків, дружини "покращилось помірно/значно"; "Почав розуміти, що необхідно навести порядок у собі"; "Відчув моральну допомогу дружини"; "Почав більше цінувати сім'ю". Певна частина ветеранів АТО зазначили, що зможуть користуватися набутими навичками самодопомоги та допомагати своїм близьким.

Позитивні зміни у своїх психологічних станах та якості життя зазначили також волонтери. Серед їх запитів були: "вийти з депресії, підвищити кваліфікацію, навчитись більш якісно допомагати бійцям, а також стабілізувати свій психологічний стан". У результаті проходження навчання у волонтерів також зменшились прояви симптомів ПТСР та знизились показники порушень адаптивності. У цілому у них відбулись наступні зміни у якості життя: "Покращився фізичний і психологічний стан", "Стала спокійнішою, більш врівноваженою", "Адекватніше реагую, скоріше відновлююсь". Волонтери зазначили, що після завершення занять вони зможуть користуватись набутими навичками у самодопомозі, допомагати рідним і близьким та тим, хто цього потребує.

Для підвищення ефективності роботи школи були залучені важливі для фізичного та психологічного відновлення її учасників соціа-

льні ресурси. Зокрема створена інформаційна група обміну досвідом та підтримки у соціальній мережі Facebook "Разом ми сильніші", учасники активно долучались до танцювальних занять у школі танців "Viva La Vida" О. Буренок. Також відбулась продуктивна зустріч із Київським плейбек театром життєвих історій "Déjà vu plus" під керівництвом В. В. Савінова.

Серед перспектив розвитку активностей, пов'язаних із школою організаторами передбачено: консультативна підтримка та супровід її учасників із поглиблення і вдосконалення набутих навичок за допомогою сучасних інформаційних інтернет технологій (фейсбук, вайбер, скайп тощо); проведення зустрічей для зворотного зв'язку, корекції та дослідження отриманих результатів; підготовка виступів на наукових конференціях, творчих майстернях із поширення набутого досвіду.

НОВІ МЕТОДИ ТІЛЕСНОЇ ТЕРАПІЇ[2]

Капустинська Наталія Степанівна,
психотерапевт-реабілітолог БО "Міжнародний благодійний фонд "Творча Криївка" (Одеса)

Потоковий масаж за методом доктора Сімеона Пресселя – сучасна західноєвропейська тілесна терапія, яка базується на знаннях про те, що тіло людини на дві третини складається з води, і вода є джерелом життя для всього живого.

З потоками рідин людського організму пов'язані потоки життєвих сил, які підтримують у людині життя. "Дорогами" для цих потоків є м'язи та тканини тіла. І особливо важливо, чи можуть ці потоки життєвих сил вільно рухатись в тілі людини, пронизуючи його.

Якщо в будь-якому місці тіла виникає "затор" через напруження м'язів,спазм, душевне напруження, ці потоки спотворюються. Наслідками такого порушення гармонічної рівноваги є погіршення самопочуття, дратівливість, втомлюваність, поганий настрій. Пізніше можуть виявлятись різні захворювання.

Із врахуванням зазначеного, при проведенні масажу відбувається окремий вплив – спочатку на "нижню" людину, потім на "верхню".

[2] В тезах представлено практичний досвід автора (*ред.*).

Під час масажу пробуджуються і активуються глибинні сили в організмі людини. Під час першого сеансу організм отримує імпульс до гармонізації силових потоків, які діють в обміні речовин – "нижній" людині. Перерва між сеансами (3 ночі) дозволяє включитись перетворювальним процесам в усьому організмі. Наступний сеанс масажу дає гармонізуючий імпульс силовим потокам, які діють в ритмічній системі – "верхній" людині. Таке поступове просування в масажі має велике значення, бо таким чином не перевантажується організм.

Масаж доповнюється терапією основних органів, а також протишоковою терапією.

Олійно-дисперсійні ванни за методом доктора Юнге.

В 1937 році було вперше використано апарат Jungebad, виготовлений для проведення ванни. За його допомогою вода для ванни змішується з олією механічним способом, без застосування хімічних емульгаторів.Олія розбивається на найдрібніші крапельки у воді. При прийнятті ванни вона покриває тіло цілющою оболонкою, яка зберігається протягом кількох днів, а також всмоктується всередину через пори шкіри. Розчинені таким чином ефірні олії та олії-витяжки, які увібрали в себе сили сонця та життєві субстанції рослин, оздоровлюють і дають сили.

Щітковий масаж у ванні підсилює мікроциркуляцію рідин тіла та всмоктування олії. При цьому одночасно відбувається стимуляція нервово-чуттєвої системи та пробуджуються обмінні процеси в шкірі, а також у всьому організмі з урахуванням функціонально-рефлекторних зв'язків між шкірою і внутрішніми органами.

Після закінчення масажу пацієнта загортають у байкове чи махрове простирадло і закутують у вовняний плед.

У стані спокою відбувається зігрівання і глибинне засвоєння отриманого під час ванни та масажу. В організмі запускаються відновлювальний та гармнізуючий процеси.

МОДЕЛЬ ОРГАНІЗАЦІЇ ЦЕНТРУ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА БАЗІ КІРОВОГРАДСЬКОГО ОБЛАСНОГО ГОСПІТАЛЮ ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ[3]

Колєва Ганна Михайлівна,
практичний психолог, координатор Центру медико-психологічної реабілітації "КОМПАС" на базі Кіровоградського обласного госпіталю для ветеранів війни, керівник Кіровоградського осередку ВГО "Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій", асистент кафедри Донецького національного медичного університету (Кропивницький)

Дані по диспансеризації учасників АТО в Кіровоградській області.

На диспансерному огляді перебувають – 7095 осіб;

- комплексний медичний огляд – 7095 осіб;
- визначена потреба в медичній допомозі;
- медична та фізична – 3181 (44,8 %);
- психологічна – 4966 (70 %).

Психологічної допомога пораненим учасникам бойових дій:

- психологічний супровід, реабілітація, абілітація та ресоціалізація демобілізованих;
- робота з мобілізованими, психологічна підготовка, реабілітація в військових частинах, на полігонах та в зоні проведення АТО;
- робота з родинами загиблих учасників бойових дій;
- робота з родинами учасників бойових дій.

Схема взаємодії підрозділів Кіровоградського обласного госпіталю ветеранів війни та Центру медико-психологінчої реабілітації.

Етапи організації психологічної роботи в госпіталі.

1 етап: кожен пацієнт, який госпіталізується на лікування в госпіталь проходить обов'язковий скрінінговий психологічний тест та одна зустріч з психологом;

Мета першої консультації: проведення тестування, визначення стану клієнта, визначення обсягу необхідності надання психологічної допомоги; проведення психоедукації; складання плану реабілітації.

У разі відсутності потреби в психологічній допомозі – написання відмови від психологічного супроводу та консультування;

[3] В тезах представлено конспект доповоді (*ред.*).

2 етап: Проходження курсу медико-пихологічної реабілітації.

Мета етапу: проведення серії психологічних консультувань та заходів з психологічної реабілітації, абілітації, соціалізації тощо (індивідуальна та групова робота); запрошення на планову профілактичну зустріч з психологом (за місцем проживання).

Зразок карти індивідуального психологічного супроводу та психологічного консультування учасників АТО.

3 етап: Робота з психологічного консультування та психологічного супроводу в індивідуальному форматі, після виписки з госпіталю (за потребою);

Кіровоградський обласний госпіталь для ветеранів війни в області визначено організаційно методичним центром надання медичної та психологічної допомоги в області.

Робота в районах області:

– проведення заходів та відповідного навчання серед районних фахівців з надання медико-психологічної допомоги;
– забезпечення методичними матеріалами;
– виїзди психологів центру в райони області за потреби;
– щомісячні звіти від районних психологів за проведену роботу;
– гнучка міжвідомча взаємодія за індивідуальною потребою.

Критерії успіху в організації та наданні медико-психологічної реабілітації.

ДОСВІД ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ РОДИН ЗАГИБЛИХ В РАМКАХ ПРОЕКТУ "РОДИННЕ КОЛО" 2014–2018 РР.
(порівняльна характеристика українського та норвезького досвіду на прикладі Центру по роботі з тяжкими втратами університетської лікарні "Акерсгус")

Кочубей Вікторія Анатоліївна,
автор та керівник проекту "Родинне коло" для сімей загиблих, травмотерапевт (Київ)

Унаслідок трагічних подій січня-лютого 2014 року загинули люди, які прагнули жити у вільній незалежній Україні, які виборювали для своїх дітей та всіх громадян України можливість жити в країні без свавілля та тотальної корупції, де кожен має право бути почутим. У

кожного з них залишилися сім'ї та рідні, дехто з них до цього часу болісно переживає втрату. Ще на початку березня 2014 року у мене, як у психолога, яка займалася психологічним супроводом родин, виникла ідея проведення для них РОДИННОГО КОЛА, де б вони мали змогу познайомитися між собою, розділити власне горе із іншими та відчути підтримку людей, які розуміють їх як ніхто інший. У середині травня задум втілився у реальність. Ця перша зустріч показала наскільки важливими і потрібними є такі заходи. За період з травня 2014 року по вересень 2015 року було проведено чотири таких зустрічі, в яких взяли участь близько 80 родин загиблих на Майдані.

На жаль, сотнею убитих на Майдані рахунок гірких втрат в Україні не завершився. З початком антитерористичної операції стало зрозуміло, що важливо цей досвід використати в роботі з родинами загиблих військовослужбовців. Таким чином, допомога в індивідуальному та груповому форматі була надана близько 1000 родин (понад 2000 осіб за період 2014-2018 рр.) у Київській, Чернігівській, Кіровоградській, Закарпатській, Харківській, Херсонській, Вінницькій, Дніпропетровській, Івано-Франківській, Львівській, Тернопільській, Житомирській та Хмельницькій областях.

Також фахівцями проекту розпочата робота з сім'ями загиблих мирних мешканців Сходу України. Вперше РОДИННЕ КОЛО відбулось в листопаді 2015р. на Донеччині для мешканців Широкіно, Сартани, Маріуполя.

Завданнями проекту відповідно до різних етапів переживання втрати можуть бути: надання психологічної допомоги і підтримки членам сімей; надання духовного супроводу членам сімей через співпрацю з представниками різних конфесій; профілактика патологічного протікання процесу горя; зниження відчуття соціальної ізольованості членів сімей; зміцнення їх внутрішньосімейних зв'язків; створення умов для підтримки родин у побудові планів на майбутнє; сприяння формуванню готовності членів родин прийняти на себе відповідальність за власне життя; створення простору для спілкування родин між собою.

Протягом останніх трьох років фахівці РОДИННОГО КОЛА співпрацюють з норвезьким Центром по роботі з тяжкими втратами університетської лікарні Акерсгус. У рамках цієї співпраці було проведено 2 семінари, відбулася поїздка 4-х фахівців Родинного кола до центру в червні 2017 р. з метою обміну досвідом, а також була здійснена професійна редакція та адаптація до українських реалій двох ме-

тодичних посібників (по роботі з дорослими, дітьми та підлітками). Перекладається та готується до друку черговий посібник по роботі з родичами, хто втратив близьких через суїцид.

За цей час була можливість добре ознайомитись з методичним і практичним досвідом норвезьких колег. Порівнюючи працю Центру по роботі з тяжкими втратами університетської лікарні Акерсгус з нашим досвідом, можна відмітити багато спільного, а саме:

– надання переваги груповій роботі з тими, хто пережив втрату;

– можливість поряд з груповою роботою надавати індивідуальні або сімейні консультації;

– робота з сімейною системою, тобто одночасно з батьками/опікунами, дітьми та іншими родичами померлих;

– розподіл дорослих та дітей в групах згідно вікових особливостей, родинних стосунків (напр., групи вдів, матерів, братів/сестер), та за різновидами втрат (загиблі, безвісті зниклі тощо);

– систематичність надання допомоги;

– схожість в деяких методологічних підходах, зокрема можливості висловити свої почуття щодо переживання втрати, орієнтованість на пошук та використання ресурсів для відновлення членів родин.

Разом з тим слід відзначити відмінності між українським та норвезьким підходами. У теоретичній площині головна відмінність полягає у тому, що фахівці РОДИННОГО КОЛА використовують у своїй роботі поетапну модель горювання (напр. за R. Wilson), а наші колеги з Норвегії – модель дуального процесу горювання (Stroebe & Schut 1991, 2007).

Слід зазначити також, що за двадцять років роботи фахівці Центру по роботі з тяжкими втратами університетської лікарні Акерсгус розробили методичну програму, яка складається з 8 зустрічей з періодичністю в 3-4 тижні. Є окремі програми для 4-х вікових груп дітей та підлітків, а також дорослих, які переживають різні різновиди втрат: для батьків, які втратили дітей (окремо для батьків, які втратили дітей під час вагітності та пологів); для тих, хто втратив супутника життя, брата чи сестру.

Розроблена окрема програма для родичів хто втратив близьких через суїцид. Важливо наголосити, що саме цей досвід є цінним в українських реаліях з огляду на те, що ця тема часто є табуйованою в суспільстві, а також тому, що в українському професійному психоло-

гічному середовищі бракує як методичних посібників, так і практичного досвіду в цій темі, не зважаючи на її актуальність у нашому суспільстві.

Підводячи підсумок, можна сказати, що український досвід надання психологічної допомоги родинам загиблих у рамках проекту РОДИННЕ КОЛО, показав гарні результати в динаміці переживання втрати як дорослими так і дітьми. Результати могли б бути кращими, якби в Україні були створені центри по роботі з втратами подібні до норвезького Центру. Такий підхід зміг би забезпечити систематичність надання допомоги, а також професійне вдосконалення працівників, які б мали змогу бути задіяними на постійній основі.

ДОСВІД ВІДНОВЛЕННЯ ДІЮЧИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ПРАВООХОРОНЦІВ ТА ДОБРОВОЛЬЦІВ, ЯКІ НЕСУТЬ СЛУЖБУ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ (в рамках проекту "творча криївка для бійця" у форматі реабілітаційних заїздів)

Маслова Віталіна Юріївна,
засновник та голова правління
БО "Міжнародний благодійний фонд "Творча криївка",
художник, художній терапевт,
автор методики "творча реабілітація" (Київ)

40,3 % осіб з 484 чоловік, які взяли участь у наших реабілітаційних заїздах – це діючі військовослужбовці, правоохоронці та добровольці, які продовжують нести службу в зоні ведення війни. Вони потрапляють до нашої організації під час відпустки.

Оскільки основною проблемою у цієї категорії наших гостей є відсутність фізичного ресурсу, ресурсу життєвих сил, емоційна виснаженість, загострення хронічних хвороб або поява нових, нашою основним завданням було поповнення ресурсів на усіх рівнів особистості.

1. ***Ефективність елементів програми***.

Оскільки діючі військовослужбовці не мають на меті вирішення проблем з пошуком власного шляху в житті, наша робота зосереджується на максимальному відновленні життєвих сил. Ми пропонуємо досить розгорнуту програму з високим рівнем емоційної насиченості,

але для тих, хто повертається в зону бойових дій, рівень емоційної насиченості корегується і змінюється в кожному окремому індивідуальному випадку.

Певна частина наших гостей також потребує моральної підтримки, яка формулюється в питання "За кого та за що ми воюємо?".

Відновлення життєвих сил відбувається досить ефективно за допомогою:

- ритмічної діяльності,
- створення захищеного простору довіри,
- якісної свіжої домашньої їжі,
- перебуванні на природі,
- контакті з тваринами,
- тілесних та водних процедур тощо.

Підтвердження цінності захисту України на передовій отримується, в першу чергу, у взаємодії з місцевим населенням, яке висловлює свою вдячність та повагу; в спілкуванні зі школярами та представниками армії УПА, які мешкають в регіоні. Важливим для деяких гостей є спілкування зі священиком та відкриття для себе церковного життя як потенційного ресурсу.

2. ***Вплив тривалості програми***.

Тривалість стандартного реабілітаційного заїзду – 10 днів. Іноді трапляється так, що діючі військові вимушено скорочують перебування, оскільки мають бажання відвідати рідних чи друзів під час відпустки, побути вдома тощо. Існує також така категорія військових, які не мають ні житла, ні можливості зустрітися з рідними – вони лишилися на окупованій території. Слід зазначити, що скорочення перебування у реабілітаційному заїзді значно зменшує його ефективність.

3. ***Вплив комбінованого складу групи***.

У групі з 8-12 осіб, які приїжджають до нас на реабілітаційні заїзди, зазвичай є як діючі військові, так і демобілізовані, звільнені з полону, військові з відпусткою після лікування в госпіталі, військові виведені з зони бойових дій. Таке комбінування ми вважаємо досить позитивним явищем, адже в такій різноманітній за складом групі відбувається взаємообмін, взаємокорекція та потужна взаємопідтримка. Зазвичай на кожен заїзд припадає 2-3 "важких" особи, які потребують особливої підтримки та допомоги від групи.

Для більшості демобілізованих є важливим контакт з тими, хто повертається на службу, це своєрідний місток, що з'єднує їх з війною, яка стала найсильнішим враженням їхнього життя та найважливішим його етапом. А діючі військові мають можливість побачити власні перспективи після закінчення служби. Учасники заїзду разом з фахівцями та волонтерами є певною ідеальною моделлю суспільства, яким би воно могло бути.

4. ***Пропозиції щодо перспектив роботи у майбутньому***.

Маючи 4 роки досвіду проведення реабілітаційних заїздів, бачимо доцільність наступного:

– офіційну співпрацю з МОУ, МВС, Генштабом, коли діючі військові та правоохоронці направляються до нашої організації за потребою проходження відновлення чи психологічної реабілітації, а не витрачають час відпустки, який би вони могли присвятити рідним;

– важливість відсутньої на сьогодні картини анамнезу наших гостей – коли ми до останнього не уявляємо собі, хто та з яким потребами та проблемами приїде;

– потреба у збільшенні кількості осередків та кількості реабілітаційних заїздів – ми не покриваємо потреб усіх діючих військових та тих, кого було демобілізовано чи звільнено з полону;

– потреба кожного діючого військового раз на рік під час служби пройти відновлення впродовж мінімум 10 днів за нашою або подібною програмою (маємо досвід, коли до нас звертаються бійці повторно) та обов'язково після завершення служби (одразу чи через 3-4 місяці після звільнення).

МЕТОДИЧНІ ПІДОСНОВИ ТА ЗАГАЛЬНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ МЕТОДИКИ "ТВОРЧА РЕАБІЛІТАЦІЯ"

Маслова Віталіна Юріївна,
засновник та голова правління
БО "Міжнародний благодійний фонд "Творча криївка",
художник, художній терапевт,
автор методики "творча реабілітація" (Київ)

Ініціативна група, яка незабаром стала основою для формування БО МБФ "Творча Криївка" розпочала свою роботу з учасниками бо-

йових дій з 2 березня 2014 року. Це було 27 добровольців Майдану, які раптово для себе опинилися в епіцентрі бойових дій та отримали бойовий досвід без належної підготовки. Ми розробили експрес-курс (4 дні) для роботи з бойовим стресом та попередження розвитку його негативних наслідків. Згодом цей курс, який мав в своїй основі антропософське підґрунтя, було розширено та адаптовано до роботи з учасниками війни на Сході України.

Розглянемо антропософське підґрунтя методики та ті проблеми, які діяльність згідно методики може допомогти вирішувати.

Проблеми учасника бойових дій. Згідно з вхідними опитуваннями, які ми традиційно проводимо для учасників реабілітаційних заїздів, статистика по опису проблем зі здоров'ям така:

15,9 % – проблеми з тиском,

27,3 % – травми ніг,

40,9 % – контузія,

13,4 % – інші проблеми.

Проблеми різного характеру, які виникли під час (після) служби, які опитувані пов'язують з участю в бойових діях:

47,4 % – безсоння різного типу,

50,2 % – дратівливість,

28,9 % – неконтрольована агресія,

42,1 % – регулярні головні болі,

31,6 % – відчуття безсилля та втомлюваність,

15,8 % – проблеми з травленням,

20,3 % – інші проблеми.

Побажання щодо **покращення стану здоров'я**:

42,1 % – налагодити сон,

71,1 % – відновити сили,

55,3 % – мати можливість проаналізувати власну життєву ситуацію,

52,6 % – переключитися,

13,2 % – поспілкуватися з іншими учасниками війни,

18,4 % – інше.

Що обирають з **видів активності** в програмі, які зацікавили:

64,9 % – походи в гори,

29,7 % – катання на лижах, борди, сплави, квадроцикли, інші вили спортивного екстриму,

50 % – катання верхи,

56,8 % – тілесна терапія,
63,5 % – водні, термальні та інші процедури,
47,3 % – заняття мистецтвом,
13,5 % – спілкування з психологом,
63,5 % – знайомство з культурою регіону,
32,4 % – пасивний відпочинок,
16,2 % – інше.

З 314 осіб, які було опитано (з загальної кількості 484 особи, що взяли участь в реабілітаційних заїздах):

50,9 % – добровольці,
17 % – контрактні службовці,
18,9 % – мобілізовані,
13,2 % – добровольці, які згодом перейшли на контрактну форму служби.

Гендерні дані:
87 % – чоловіки,
13 % – жінки.

Вікові дані:
11,1 % – 18-25 років,
34,9 % – 25-35 років,
46,6 % – 35-45 років,
6 % – 45-55 років,
1,3 % – старше 55 років.

Освіта:
7,9 % – середня,
36,5 % – середня спеціальна,
52,4 % – вища,
3,2 % – незакінчена вища.

По статусу служби:
40,3 % – демобілізований,
40,3 % – продовжує службу,
14,5 %- звільнений за станом здоров'я,
3,1 % – на лікуванні,
1,8 % – в запасі.

Давайте розглянемо з точки зору антропософського погляду проблеми, які описують учасники програми, та ті види активності, які ми пропонуємо учасникам відповідно до методики "творча реабілітація".

Антропософська антропологія розглядає людину в комплексі поєднання декількох видів тілесності, структурованої душевної та духовної складової. Ми детальніше розглянемо структуру тілесності, оскільки для надання можливості відновлення особистості, в першу чергу, маємо подбати про належні умови для її тілесної складової.

Отже, тілесність людини з точки зору антропософського підходу розглядається як поєднання фізичного тіла, "ефірного" тіла (тіло життєвих сил), "астрального" тіла (носія емоцій та бажань) та "Я"-тіла (носій індивідуальності) (див. [2; 3]).

До проблем, пов'язаних з фізичним тілом (фізичні субстанції та хімічні сполуки) ми можемо віднести всі травми, поранення, які має суб'єкт. Частково до цієї категорії проблем ми можемо віднести всі хвороби. Часто ми стикаємося з тим, що фізичні травми, отримані нашими гостями, неможливо виправити. Це сфера тих проблем, з якими вони лишаються жити назавжди.

Частково тому, що в повній мірі захворювання, так само як порушення ритмічних видів діяльності тіла (порушення травлення, сну, проблеми з тиском тощо). В антропософській антропологічній картині тіло життєвих сил "відповідає" за ритмічні процеси, а також пам'ять [2]. Всі наші звички, хороші та погані, також пов'язані з цим тілом. Для того, щоб нормалізувати процеси, закріпити хороші звички чи викорінити погані, потрібен тривалий час, не менше місяця.

Сфера "відповідальності" "астрального" тіла – це відчуття, емоції, задоволення та відраза, симпатії та антипатії. Більш високий рівень почуттів, альтруїзму, волі та мислення належить до душевної складової [2]. Ми бачимо в цій сфері порушення – особливо, якщо бійці тривалий час безперервно перебували на "нульових" позиціях. З однієї сторони, це загальне притуплення відчуттів, з іншої – потреба в сильних враженнях, якими є екстремальні переживання на передовій. До сфери проблем "астрального" тіла також треба віднести відразливі картини, відсутність краси в тому, що оточує бійця, а також грубу, одноманітну їжу, яка не приносить емоційного задоволення.

Сфера "Я"-тілесності – це більш високі "поверхи" людської організації, те, що є в тілі носієм душевно-духовної складової, що пов'язує тілесне з духовним [2]. До проблем цієї сфери можна віднести переоцінку цінностей, втрату старого Я-образу та відсутність нового образу, можливості для формування Я-ідентичності. Проблеми втрати,

питання щодо моральності власних вчинків, совість та внутрішні конфлікти ми також можемо віднести до цієї сфери.

Отже, цей короткий опис говорить про те, що основною проблемою особи, яка бере чи брала участь у бойових діях, є наявність великих змін, навіть у розглянутих чотирьох рівнях тілесної організації. Знаходячись на фронті чи поринаючи у вихор домашніх проблем (сім'я, робота тощо) людина не має часу та ресурсу для вирішення власних тілесних проблем. Тіло не є більше опорою для душевно-духовної діяльності. Воно стає проблемою, яку потрібно вирішувати.

Приведені вище роздуми можна адаптувати для розгляду проблем будь-якої категорії дорослих людей, які причетні до військового конфлікту. Можна розглянути також узагальнення для людей, що перебувають у кризовому стані. З усіх учасників наших реабілітаційних заїздів ми мали справу з 18 бійцями, які не досягли віку 21 року, який вважається віком повноліття з антропософської точки зору.

Фізичне тіло: травми, поранення, контузії, незворотні зміни, деформація органів, обмеження в активності.

"Ефірне" тіло: хронічні та гострі захворювання, контузії, порушення ритмічної діяльності (проблеми зі сном, травленням, серцево-судинні, гормональні та ін.), проблеми з пам'яттю, погані звички. Потребує тривалого часу для змін.

"Астральне" тіло: негативні емоції, відраза, біль, страждання, відсутність краси, бідність смаку їжі, потреба в дуже сильних емоціях, притуплення відчуттів.

"Я"–тіло: переоцінка цінностей, відсутність реальної картини себе, відсутність умов для формування понять про власну ідентичність, моральні проблеми, мотивація для того, щоб навчитися жити з невідворотними змінами (фізичне тіло) та тривалий час працювати над нормалізацією ритмічних збоїв та проблем зі здоров'ям, які можна виправити («ефірне" тіло).

Давайте розглянемо ті види активності, які ми пропонуємо бійцям, для того, щоб зрозуміти, як вони допомагають вирішити вищенаведені проблеми [1]:

– утримання від алкоголю – фізичне, "ефірне", "астральне", "Я",
– походи в гори – фізичне, "ефірне", "астральне", "Я",
– катання на лижах, борди, сплави, квадроцикли, інші види спортивного екстриму – фізичне, "ефірне", "астральне", "Я",

- катання верхи – “ефірне”, “астральне”, “Я”,
- тілесна терапія – “ефірне”, фізичне,
- водні термальні та інші процедури – “ефірне”, фізичне,
- заняття мистецтвом – “ефірне”, “астральне”, “Я”,
- спілкування з психологом – “Я”,
- знайомство з культурою регіону – “астральне”, “Я”,
- пасивний відпочинок – “ефірне”, фізичне,
- здорова смачна свіжа їжа – “ефірне”, “астральне”, фізичне,
- нові враження – “астральне”, “ефірне”,
- безпечне середовище – фізичне, “ефірне”, “астральне”, “Я”,
- взаємодія з людьми, які не знають тебе – “астральне”, “Я”,
- взаємодія з вдячним місцевим населенням – “астральне”, “Я”,
- наявність чіткого розкладу, визначеність в програмі – “ефірне”.

Тривалість програми в формі реабілітаційного заїзду на перший погляд є занадто короткою для формування позитивних звичок та нормалізації ритмічних процесів. Але з іншого боку, зі збільшенням тривалості зменшилася б ефективність впливу на “астральне” тіло (новизна, незвичність), що призвело б до появи нових проблем. Тому час проведення заїзду терміном 10 днів вважаємо достатнім.

Щодо результатів роботи. Традиційно проводимо вихідне опитування та опитування через деякий час (від 3-х місяців), оскільки при позитивному сприйнятті досвіду, отриманого під час заїзду, та можливості знайти для себе ресурсну діяльність вже після повернення додому чи на службу, ми бачимо пролонгованість впливу перебування бійця на заїзді. Часто одразу учасники не здатні оцінити важливість для них того чи іншого виду діяльності, розуміння приходить пізніше: через 3-4 місяці чи навіть рік. Типовим є те, що ті бійці, які 10-ти денну програму, хочуть відправити на творчу реабілітацію своїх побратимів, командира чи підлеглих. Тоді ефективність нашої роботи підвищується, оскільки той, хто приїздить по запрошенню побратима, вже розуміє, куди та для чого він їде.

Нижче наведено порівняльні дані опитування одразу після завершення заїзду та через деякий час:

Зміни фізичного стану відносно очікувань(в балах, від 5 до -5):

5(неймовірно покращився) – 14,3 %,

4 – 22,2 %,

3 – 44,4 %,

2 – 15,9 %,
1 – 16,2 %,
0 (ніяк не змінився)- 0.
-1–1,3 %.

Зміни емоційного стану (в балах від 5 до -5,червоним – опитування через деякий час):

5 – 23,8 %,
4 – 30,2 %,
3 – 36,5 %,
2 – 9,5 %.

Зміни морального стану від 5 до -5(червоним – опитування через деякий час):

5 – 17,5 %,
4 – 28,6 %,
3 – 31,7 %,
2 – 14,3 %,
1 – 0,
0 – 7,9 %.

Найдієвішими засобами під час реабілітації бійця називають (червоним – опитування через деякий час):

66,7 % – походи та прогулянки,
20,6 % – екстремальна активність,
12,7 % – катання верхи,
42,9 % – тілесна терапія,
51,7 % – водні та СПА процедури,
55,6 % – мистецтво,
61,9 % – знайомство з культурою,
42,9 % – бесіди з психологом,
5,4 % – інше.

Непотрібними в процесі реабілітації вважають:

0 % – походи та прогулянки,
12,7 % – екстремальна активність,
4,8 % – катання верхи,
9,5 % – тілесна терапія,
0 % – водні та СПА процедури,
6,3 % – мистецтво,
0 % – знайомство з культурою,
19 % – бесіди з психологом,

12,5 % – інше,

34, 2 % – все було потрібно, не було зайвого.

Недоліки в програмі (див. [1]):

– через відсутність оплати праці (всі фахівці беруть участь як волонтери) – відсутність постійної команди фахівців, раптові зміни складу групи фахівців, витрачання великої кількості часу та сил на пошуки та підготовку фахівців до роботи;

– відсутність власної бази для проведення заїздів;

– відсутність стабільного фінансування;

– відсутність "передачі" за такої потреби учасника заїзду (за потребою) до інших установ та організацій, де б він міг отримати необхідну допомогу.

Пропозиції щодо співпраці з колегами.

Шукаємо для співпраці колег, які можуть надавати таку допомогу нашим гостям:

– пропозиції щодо якісного обстеження здоров'я;

– пропозиції щодо тривалої психологічної або психотерапевтичної підтримки;

– наркологічне лікування;

– можливість для проходження курсу тілесної, живописної та інших видів терапії (тривалого);

– можливість надання психологічного консультування членам родини;

– підтримка в розвитку бізнесу;

– коучінг;

– перекваліфікація та отримання нової освіти.

Українські фахівці та організації сьогодні мають всі потрібні якості, щоб за належної підтримки сформувати таку всеукраїнську мережу, яка якісно та ефективно працює з травмами війни серед усіх категорій населення, узгоджуючи дії та доповнюючи дії колег.

Література:

1. *Маслова В.* Метод творчої реабілітації в роботі з учасниками бойових дій / Маслова Віталіна, Лубківський Ігор// Простір арт-терапії : [Зб. наук. праць] / УМО, 2015, ВГО «Арт-терапевтична асоціація», 2015; [Редкол.: Лушин П.В., Чуприков А.П. та ін.]. – К. : Золоті ворота, 2015. – Вип. 2 (18). – 112 с. – С. 62-77.

2. *Штайнер Р*. Теософия (Введение в сверхчувственное познание мира и назначение человека) / Рудольф Штайнер. – [Электронный ресурс]. – режим доступа: http://www.lib.ru/URIKOVA/STEINER/stein2.txt.
3. *Штайнер Р*. Философия свободы / Рудольф Штайнер. – [Электронный ресурс]. – режим доступа: http://lib.misto.kiev.ua/URIKOVA/STEINER/freedom.txt#0.

ПОШУК РЕСУРСУ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ САМОЕФЕКТИВНОСТІ ПРИ ПЕРЕЖИВАННІ ВТРАТИ ВІЙСЬКОВИМИ

Мирончак Катерина Володимирівна,
науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, кандидат психологічних наук (м. Київ)

Психологічна територія втрат неоднозначна і суперечлива. З одного боку, це спустошення, з іншого боку – простір для нового. Втрата має багато різноманітних форм і є безперервним і генетично обумовленим досвідом життя.

В умовах військової служби питання життя і смерті набувають особливого звучання. Наслідки військових травм без належного їх опрацювання можуть призвести до соціальної дезорієнтації, втрати ідентичності, втрати цілісності "Я", порушення сприйняття людини світу і своєї соціальної ролі у цьому світі, втрати соціальних контактів, відчуття розпачу, спустошеності, вини, що можуть поглиблювати індивідуальні соціально-психологічні кризи особистості тощо.

Для того, щоб запобігти таким негативним наслідкам постає питання підвищення рівня самоефективності особистості як ключового ресурсу конструктивного переживання втрат з метою віднайдення індивідуально-особистісних ресурсів людини та можливостей трансформації її травматичного досвіду.

Головним методичним інструментарієм стало глибинне напівструктуроване інтерв'ю. Така процедура застосовувалася нами з метою максимально глибоко і точно розібратися у досліджуваному феномені, в його характеристиках, визначити, як саме втрата знижує рівень самоефективності особистості та віднайти ресурси, які можуть його відновити, підвищити.

До інтерв'ю було залучено 9 військових, що наразі проходять військову службу і безпосередньо перебувають у зоні бойових дій. Ви-

бірка дослідження була сформована з використанням техніки цільового відбору, а саме гомогенний відбір (військові, що перебувають на передовій). Усі досліджувані чоловічої статі, віком від 24 до 33 років, з терміном перебування на війні не менше ніж рік. На основі перших 5 проведених інтерв'ю було побудовано попередню модель пошуку ресурсу для відновлення самоефективності при переживанні втрати військовими.

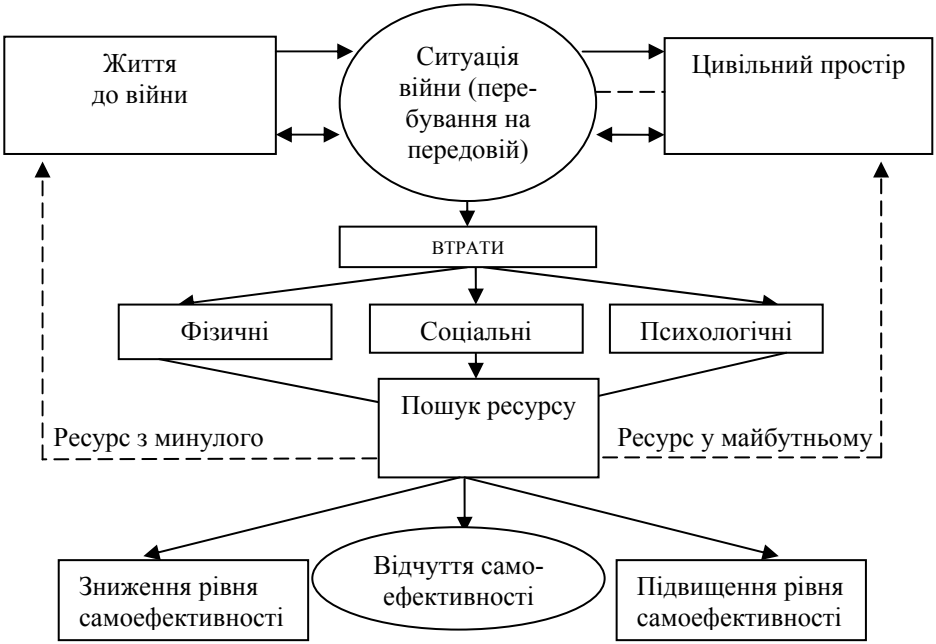

Рис. 1. Модель пошуку ресурсу для відновлення самоефективності при переживанні втрати військовими.

Запропонована структура моделі дає змогу побачити як переживання втрати пов'язане із життєвим простором особистості і її життєвим ресурсом, що безпосередньо впливає на відчуття самоефективності особистості. Спершу варто зрозуміти специфіку життєвого простору військового, який перебуває на передовій, а саме, особливості його темпоральності та локалізацію. Якщо у звичайної пересічної людини життя має класичні три виміри (минуле, теперішнє і майбутнє) з відносною неперервністю та хронологією, то життя військового досить різко ділиться на життя до війни, життя на передовій і життя після

війни у цивільному просторі. Відбувається свого роду виривання особистості з одного контексту і переміщення її у новий (абсолютно відмінний, несхожий на попередній). Відбувається вихід із звичних способів взаємодії зі світом і виникає потреба у досить швидкому напрацюванні нового досвіду, особливо за умови неможливості інтегрувати старі схеми поведінки та мислення у новий контекст. Що ж стосується військових, то така зміна контекстів відбувається з ними двічі: вперше, коли солдат із мирного життя попадає на війну; вдруге, коли адаптований до умов війни повертається до мирного життя.

Наступний елемент моделі є безпосередньо втрати, які є невід'ємною частиною територіальних, соціальних, психологічних змін, яких зазнають військові. Основні типи втрат розподілено за критерієм модальності на три групи: фізичні, соціальні, психологічні.

Незалежно від різновиду втрати у людини природньо виникає потреба заповнити виниклу пустоту через пошук ресурсу, який би допоміг пережити цей період, замістити тимчасово об'єкт втрати хоча б частково до моменту відновлення життєвої рівноваги. Ресурсом у даному контексті може бути абсолютно будь-що, що здатне людину підтримати, підбадьорити, тримати у оптимальному тонусі для вирішення супутніх життєвих завдань, вселити у неї віру і впевненість у собі у разі посилення негативного впливу сумнівів, зневіри чи низької самооцінки. Ресурс також має тривимірну локалізацію відносно до особистості: ресурс, що напрацьований (набутий, природньо даний) за життя військового до війни, наприклад, гармонічні, міцні, підтримуючі стосунки з сім'єю, відмінна фізична підготовка, міцна імунна система, надихаючі, приємні спогади, успішний досвід перебування у нетипових або екстремальних життєвих обставинах тощо; ресурс, що локалізований у момент переживання втрати і може виникати спонтанно, неочікувано для самої людини, наприклад, звернення до Бога з проханням вижити, навіть якщо до цього вважав себе атеїстом *("там без віри ніяк не вижити", "я вперше почав молитися саме там", "коли повертаєшся живим після нічної вилазки без мінної карти, то в Бога легко повірити"*) або ж навпаки, коли віра у Спасителя зникає, а натомість формується і зміцнюється віра у власні сили ("*коли бачиш стільки насильства, тоді запитуєш себе, а де ж у всьому цьому хаосі місце Богу? Тому лишається лише сподіватися на себе і власні сили, на тих, хто з тобою поруч пліч о пліч щоденно відвойовує право на життя. Якби це не звучало дико, але саме там прорізується зір і по-*

чинаєш бачити, на що може бути здатна людина"; та ресурс, якого ще не має у життєвому просторі військового, але його ментальна конструкція, що орієнтована на майбутнє, безсумнівно відіграє важливу роль у процесі відновлення його самоефективності, наприклад, мрії і роздуми про життя після війни, фантазування про щось важливе, цінне, значиме для людини, конструювання планів на майбутнє тощо.

Відповідно до того, як людина буде реагувати і справлятися із ситуацією втрати, якими ресурсами вона володітиме і користуватиметься на момент зіткнення із нетиповою стресогенною життєвою подією буде залежати рівень її самоефективності. Залежно від індивідуальних особливостей особистості, наявності у неї актуальних ресурсів, необхідних для конструктивного переживання події втрати, рівень самоефективності може залишатися відносно стійким, забезпечуючи необхідну адаптивність людини до нових умов життя, або ж знижуватися при нефункціональних ресурсах особистості чи їх відсутності.

ПОБУДОВА СИСТЕМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ДЛЯ ЖИТЕЛІВ ДОНЕЦЬКОЇ І ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ В УКРАЇНІ

Назаренко Тетяна Вікторівна,
член Правління ГО "Асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій" (Психологічна кризова служба),
член ВГО "Арт-терапевтична асоціація" (Київ)

Наслідки військового конфлікту підривають психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя майже всіх жителів України. На сході України державні, неурядові та міжнародні організації фіксують численні випадки порушень прав людини, погіршення психічного стану місцевих жителів та ВПО, соціальні конфлікти та напруження. Для подолання цих наслідків та покращення психосоціального благополуччя потрібна ефективна координація між урядовими і неурядовими організаціями та застосування дієвих практик усіма фахівцями, що надають гуманітарну допомогу.

Керівництво Міжвідомчого постійного комітету (МПК) з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) в умовах над-

звичайних ситуацій було перекладено міжнародною організацією IMC (International Medical Corps) та адаптовано спільно з НАУКМА та українськими громадськими організаціями (БФ "Наснага", ГО "Ресурс" та ін.).

Для реалізації проекту "Психосоціальна стабілізація постраждалих внаслідок військового конфлікту в Україні", який виконує ГО "Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій", в Донецькій та Луганській областях згідно Керівництву було створено наступний план дій мінімального реагування:

1. Координування. У всіх локаціях, де розташовані центри психосоціальної адаптації та офіси мобільних бригад, на початковому етапі проекту були проведені Круглі столи з метою ознайомити місцевих фахівців, лідерів громадської думки, активістів з проектною діяльністю, яка буде проходити в цій місцевості. Це допомогло налагодити співробітництво з громадським та державним сектором для побудови єфективної системи перенаправлень постраждалих.

2. Оцінування та моніторінг. У проекті регулярно оцінюються кількісні та якісні показники проекту. Всі беніфіциари заносяться в електрону базу даних Сайрекс, кодування є анонімним. В базу даних також заносяться послуги, які отримує беніфіциар. Це дозволяє отримати актуальну інформацію та зробити якісний аналіз. Наприклад, які послуги є популярними серед клієнтів, скількі проведено груп, консультацій фахівцями проекту.

У результаті Круглих столів отримали запити потреб громади в рамках психосоціальної підтримки.

3. Захист прав людини. У межах діяльності проекту поважається право клієнта на конфеденційність та поінформовану згоду. Клієнти залучаються до більш широких програм підтримки з метою уникнення стигматизації. Персонал проекту допомогає тим, хто отримує підтримку щодо розуміння своїх прав.

4. Людські ресурси. Персонал та волонтери наймаються на містах та розуміють місцеву культуру та особливості. Усі співробітники проекту ознайомлені з етичним кодексом поведінки ГО УАФПНПП. Організовано навчання для працівників, що надають допомогу (тренінги з Керівництва МПК з ПЗПСП, Першої психологічної допомоги та кризової інтервенції тощо). З метою попередження професійного вигоряння регулярно проводяться індивідуальні та групові супервізії.

5. Мобілізація громади і підтримка. Для підсилення спромогності громади регулярно проводяться навчання місцевого населення

основам першої психологічної допомоги та домедичної допомоги. Також в рамках психосоціальної підтримки проводяться інтеграційні заходи: свята як культурні так і релігійні, групові зустрічі тощо. Також регулярно проводяться заняття для підтримки дітей та їхніх опікунів.

При реалізації цього плану всіма співробітниками дотримуються основні принципи Керівництва МПК з ПЗПСП: права людини та справедливість, участь громади, "не нашкодь", використання доступних ресурсів, інтегрування систем підтримки щодо заходів та програм, багаторівнева підтримка (див. *мал. на стор. 80.*).

Таким чином використання Керівництва МПК з ПЗПСП є ефективним для побудови мінімального плану ключових дій щодо подолання наслідків надзвичайних подій. Це керівництво може бути використано для підтримки всіх кризових груп, які з'явилися внаслідок військових дій на сході України, та надає можливість для ефективної кооперації всіх організацій, що працюють в гуманітарній сфері.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ТРЕНІНГУ З БОДИНАМІКИ

***Новак Олег Олександрович*,**
травматерапевт ГО "УАФПНПП" (Київ)

***Гуковський Олег Віталійович*,**
психотерапевт, психіатр, бодинаміст-практик,
тренер ГО "Мережа сили "Рівновага" (Тернопіль)

Міжнародний досвід країн, громадяни яких беруть участь у бойових діях, свідчить про необхідність комплексних програм соціально-психологічної підтримки комбатантів. Кожна держава проходить свій шлях пошуку та створення програм зниження ризиків соціально-економічних наслідків проблемної адаптації ветеранів. Нечисленні соціально-психологічні дослідження серед комбатантів в Україні свідчать про значний спектр існуючих проблем, у тому числі, з питань доступності до засобів інформаційної, психологічної, соціальної, медичної та інших видів підтримки. Однією з причин такої ситуації є недостатня методологічна та практична готовність до реалізації відповідних комплексних заходів, прагнення вирішувати нові суспільні виклики старими методами.

Мал. Піраміда інтервенцій з ПЗПСП

На відміну від поняття “адаптації” ветерана, нам більше імпонує підхід, що має більш позитивну конотацію – “абілітація”. Філософія цього підходу основана на тому, що замість прагнення повернути ветерана до “нормального життя” (що означає відмову від здобутого досвіду), варто знаходити можливості для застосування нового знання, того, яким він став, для благополуччя та успішного життя у суспільстві. До того ж, саме суспільство, за умови зниження стигматизуючих переконань щодо “психічно хворих” комбатантів, може багато чому в них повчитися.

Хочемо представити тренінг для учасників бойових дій, заснований на бодинамічному підході та орієнтований на посттравматичне зростання учасників бойових дій, зниження у них симптоматики ПТСР та коморбідних розладів.

Бодинаміка – це сучасний метод тілесно-орієнтованої психотерапії, для якого характерне особливе розуміння психомоторного розвитку і структур характеру, поєднання цілісного підходу до людської особистості з глибоким знанням м’язової анатомії [1]. Програма тренінгу базується на таких положеннях:

1. Позитивне спрямування – акцент на посттравматичному зростанні замість реабілітації.

2. Використання бодинаміки як ефективного методу психотерапії.

3. Робота включає тіло для інтеграції досвіду через недостатню символізацію переживань.

4. Відновлення прив’язаності. Використання методу “рівний-рівному” – ветеран працює з ветеранами.

Тренінг складається із 4-х рівнів:

1. Розуміння.

2. Ресурси.

3. Глибина.

4. Переорієнтація.

Учасники: ветерани, військовослужбовці, члени родин, капелани. У рамках співпраці Інституту Бодинаміки із ГО “Серце Воїна” у 2016 році повний тренінг пройшло 28 чоловік, що дало їм можливість стати інструкторами в роботі з шоковою травмою. Ще близько 2000 осіб відвідали різні рівні тренінгу.

Із тих хто пройшов повний тренінг:

– 15 % почали здобувати вищу освіту у сфері психології, державного адміністрування, академії внутрішніх справ,

– 30 % – завершили освіту в Тернопільській бізнес-школі та Миколаївському бізнес-інкубаторі для ветеранів,

– 35 % – працевлаштувались або відкрили власну справу,

– 25 % – продовжили свою участь у соцпроектах відносно ветеранів, ВПО,

– наркозалежних у якості тренерів/тренерок,

– 2 випускників брали участь в Invictus Games (Торонто, Канада),

– написано 2 книги,

– 1 випускник продовжив свою діяльність як учасник театрального дансько-українського проекту "Контакт",

– 45 % продовжили подальшу освіту в Інституті Бодинаміки.

Методики. З метою оцінювання ефективності тренінгів на різних етапах проводилась оцінка психологічного стану учасників за методиками:

1. Оцінка ймовірності ПТСР, прояв симптомів ПТСР: PCL-5, PTSS-10, скринінгу ПТСР.

2. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій: MS.

3. Дисоціативні розлади: DES.

4. Депресивні розлади: PHQ-9.

5. Оцінювання посттравматичного росту PTGI.

6. DRRI-2.

Використані методи математичної статистики: t-критерій Стьюдента, U Манна-Уїтні (достовірність змін) та коефіцієнт кореляції Пірсона (взаємна залежність показників) статистичного пакету SPSS 17.0.

Висновки.

1. Для оцінювання психологічного стану серед учасників тренінгу можна рекомендувати такі методики:

– PCL-5, PTSS-10 (оцінка ймовірності ПТСР, прояв симптомів);

– DES (дисоціативні розлади);

– PHQ-9 (депресивні розлади);

– PTGI, DRRI-2 (посттравматичне зростання).

2. Для групи "1.0" на достовірному рівні значущості виявлено зниження симптомів ПТСР за період від 2 до 4 рівня (IES, $t=2,42$, $p<0.05$; PTSS-10 $t=2,31$, $p<0.01$). Лікувальний ефект зберігався також через 4 місяці по завершенні тренінгу (PTSS-10, $t=2,1$, $p<0.05$).

4. Найважливішим фактором зменшення симптомів ПТСР для групи "1.0" є чинник посилення віри і розуміння того, що учасник

може здолати існуючі труднощі (rxy=-0,766, p<0.01 за PCL-5; rxy=-0,8, p<0.01 за тестом Скринінг ПТСР; rxy=-0,671, p<0.05 за PTSS-10). Він також пов'язаний із зменшенням депресії (rxy=-0,579, p<0.05) та дисоціативних розладів (rxy=-0,603, p<0.05).

5. Найбільший терапевтичний ефект для групи "2.0" пов'язаний із появою в учасників нових інтересів: спостерігається зниження симптоматики ПТСР за всіма трьома тестами (PCL-5, Скринінг ПТСР, PTSS 10), зниження симптоматики дисоціативних розладів (rxy=-0,733, p<0.01).

6. Встановлено, що посттравматичне зростання пов'язане із зменшенням показників депресивної симптоматики ("1.0", rxy -0,641, p<0.05). Сила посттравматичного зростання залежить від того, наскільки учасник бойових дій відчуває підтримку оточення та визнання своєї служби у Збройних Силах України ("2.0", rxy=0,558, p<0.05).

7. Фактор можливості розраховувати на підтримку членів сім'ї або друзів впливає на зменшення дисоціативних симптомів ("2.0", rxy=-0,586, p<0.05), а також симптомів ПТСР (rxy=-0,558, p<0.05).

8. Зниження депресивної симптоматики пов'язано із зростанням усвідомлення цінності власного життя, можливістю скеровувати своє життя новим шляхом (rxy=-0,796, p<0.01), здатністю виражати свої емоції та переживання (rxy=-0,72, p<0.01), відчуттям спроможності покращити своє життя (rxy=-0,684, p<0.05), відчуттям готовності та спроможності вносити зміни у своє життя (rxy=-0,668, p<0.01).

9. По завершенні курсу в опитуваних найбільше проявляється (за тестом PCL-5) група симптомів "Втручання спогадів" (B), найменше – "Уникнення" (C). "Відчуження, неможливість переживати позитивні емоції" (D) та "Надзбудження" (E) займають проміжне місце.

10.У цілому, проведений аналіз дозволяє стверджувати, що проходження бодинамічного тренінгу посттравматичного росту виявляє в учасників тенденцію до зменшення симптоматики ПТСР (на статистично значущому рівні), депресивних і дисоціативних розладів, та спрямований на посттравматичне зростання.

МЕТОДОЛОГІЯ "ТЕАТРУ ПРИГНОБЛЕНИХ" АУГУСТО БОАЛЯ

Новгородська Анастасія Олегівна,
студент факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка,
2 курс магістратури (Київ)

З огляду на соціально-політичну ситуацію, яка склалася в сучасній Україні, відкритим залишається питання надання психосоціальної підтримки мирному населенню, яке систематично піддається впливу військової та інформаційної агресії. На сьогоднішній день існує досить багато методик роботи зі спільнотами, які перебувають у конфлікті, однією з таких методик є "Театр пригноблених" Аугусто Боаля. Ця методика зарекомендувала себе, як одна з найбільш ефективних та екологічних форм взаємодії з групами людей, що сприяє налагодженню діалогу. Сьогодні в багатьох європейських країнах функціонують декілька форум-театрів, які створені для вирішення нагальних соціальних проблем.

Театр пригноблених – це театральна методика, яка була створена бразильським режисером та політиком Аугусто Боалем у 1960-х роках минулого століття під час диктатури у Бразилії. За допомогою методики Театру пригноблених Боаль прагнув створити безпечний простір для участі кожного у творчому процесі та обговорення і вирішення соціально-економічних проблем людей, які страждають від пригноблення та несправедливості [3].

У класичних формах театру глядачі спостерігають за діями акторів (або персонажів). У виставі Театру пригноблених глядачів не існує в розумінні "глядач = дивитись"; у цьому театрі бути глядачем означає бути учасником, який втручається в дію; бути глядачем означає готуватись до дії, а підготовка – це вже сама по собі дія.

У класичному театрі є домовленість: глядач не втручається в дію. У Театрі пригноблених образи представляються так, щоб була змога зруйнувати їх та замінити їх іншими образами. Однією з відмінних ознак Театру пригноблених є наявність Джокера – персонажу, який може зупиняти дію і звертається до глядачів безпосередньо, а після вистави запрошує глядачів вийти на сцену або взяти участь у обговоренні [2; 27].

Мета Театру пригноблених полягає в тому, аби створити дисбаланс, який може підготувати ґрунт для дії. Його мета – динамізація. Ця динамізація та дія, до якої вона призводить (і яку розігрує один глядач-актор від імені всіх), руйнує певні блоки, які можуть завадити здійсненню катарсису у процесі цієї руйнації.

Театр вивчає множинні взаємодії чоловіків і жінок, які живуть в суспільстві, а не обмежується роздумами про кожну конкретну людину. Театр демонструє конфлікт, протиріччя, непокору. Драматична дія проявляється в різних варіаціях і рухах цих протидіючих сил [1; 34].

Театр пригноблених створений для вирішення питань розподілення ресурсів між людьми і налагодження діалогу між ними. У ситуації пригноблення завжди є пригноблювач і пригноблений, які часто асоціюються з жертвою та агресором. Під пригноблювачем мається на увазі людина, що має великий ресурс (економічний, соціальний, психологічний тощо) і з певних причин не хоче ділитися ним з пригнобленим, який цього ресурсу не має, або його вкрай мало.

Одним із найпопулярніших форматів ТП є ***форум-театр***. Окрім форум-театру до арсеналу методик театру пригноблених входять ***театр образів, веселка бажань, невидимий театр, театр газет, законодавчий театр*** та ***пряма дія*** [3].

Аугусто Боаль інтенсивно працював із групами людей із міст, профспілок і церков, а також з іншими групами бідних, які використовували театр як спосіб зрозуміти власні проблеми і спробувати знайти власні рішення, а не просто досліджувати ці питання у контексті персонажів вистави [1; 57].

Отже, за підходом роботи Боаля для існування театру не потрібні ані сцена, ані глядачі. Театру не потрібні навіть професійні актори, адже естетична дія, яка народжується в естетичному просторі, за своєю суттю і є "професійною", у тому сенсі, що вона притаманна всім людям і проявляється постійно в наших стосунках з іншими людьми.

Література:

1. *Боаль А.* Веселка бажань : методика театру та терапії Аугусто Боаля / Боаль Аугусто ; [пер. з англ., 1-е вид.]. – К., 2017. – 172 с.

2. *Боаль А.* Ігри для акторів та неакторів / Боаль Аугусто ; [пер. з англ. – 1-е вид.]. – К., 2016. – 264 с.

3. Про методику театру пригноблених [Електронний ресурс] : вебсайт Громадської організації "Театр для діалогу". – Режим доступу : http://tdd.org.ua/uk/pro-metodiku-teatru-prignoblenih

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА РОДИН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ЗАГИНУЛИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ АТО. ХАРКІВСЬКИЙ ДОСВІД

Нурєєва Олена Станіславівна,
провідний психолог ЦССДМ, член ради проекту "Родинне Коло Харківщини", голова секції системної сімейної психотерапії Української спілки психотерапевтів (Харків)

В 2014 році група харківських волонтерів психологів, які на той час вже мали неабиякий досвід роботи, були представниками різних професійних громадських організацій, об'єдналась з метою надання кваліфікованої комплексної психологічної, соціальної, юридичної та духовної підтримки тим, хто втратив найдорожче в боях за суверенітет і територіальну цілісність нашої держави. Крок за кроком, у тісній співпраці з Всеукраїнським проектом "Родинне коло" із супроводу родин загиблих громадської організації "Українська Асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій", психологи Харкова допомагали сім'ям загиблих проживати біль втрати. Організацію проекту взяла на себе Громадська організація "Харківський фонд психологічних досліджень" під керівництвом Тетяни Гріди, координатором проекту стала Світлана Муравська.

Отже про наш досвід за ці непрості роки.

Наш проект складається з:

– індивідуального супроводу сімей загиблих (очні зустрічі і спілкування по телефону);

– регулярних зустрічей сімей в групах психологічної підтримки;

– проведення спільних заходів пам'яті для спілкування сімей в колі підтримки;

– створення медіа-проекту "Книга Пам'яті";

– професійної підтримки психологів, в тому числі і отримання супервізії.

Основна місія нашої роботи – організація безпечного і захищеного місця, де люди, які пережили втрату близької людини, можуть отримати підтримку, інформаційний супровід, кваліфіковану психотерапевтичну допомогу.

Структура проекту має такі напрямки:

Індивідуальний супровід. Сім'я загиблого учасника АТО, закріплюється за психологом, який постійно підтримує з нею зв'язок і надає індивідуальний супровід та психологічну допомогу. За потреби, в разі виникнення у родини складностей в юридичній, адміністративній, комунікативній або іншій площині, він зв'язується з організаціями, які можуть надати таку допомогу. На деякий час саме психолог стає своєрідною "нянькою" для родини. Не забуваючи про перебіг горювання, надаючи родині саме ту опору, яка допомагає їй самій стати на ноги, поступово оговтатись, отримати власні сили, і, в результаті, стати такою ж опорою та підтримкою для інших родин. Найважливіше в цей час для родини є людина, яка вміє спокійно бути поруч, в телефонному режимі, але поруч. І дійсно – це психолог волонтер, який вміє бути спокійним, підтримувати у важкі години, уважно слухати про спогади, розпач, агресію, розділяти погляди, і, найголовніше, завжди пам'ятати, дзвонити, не залишати наодинці з бідою.

В комплексному психологічному супроводі є місце і очним зустрічам з сім'єю в цілому, і окремо з членами родини, проведення роботи для стабілізації стану, терапії проживання втрати, надання допомоги в адаптації в суспільство як дорослим, так і дітям. Часто психолог стає посередником між різними членами родини, надає простір для їх примирення та відновлення спілкування, спільного вшанування пам'яті, спільної турботи про дітей. Кожний психолог працює в притаманному йому методі роботи, але приймаючи структурний погляд на сім'ю, як систему, що втратила одну точку опори.

Регулярні групові заняття. На Харківщині проводяться регулярні (не рідше 1 разу на місяць) зустрічі груп членів сімей загиблих учасників АТО, спрямованих на отримання психологічної допомоги в проживанні втрати і взаємодопомоги для поліпшення адаптації в соціумі. Групи формуються за принципом сімейних відносин із загиблим: матерів, батьків, дітей, вдів. Дуже важлива структура проведення групової роботи, яка включає в себе такі традиційні частини як привітання, розповідь про те гарне, що відбувалося за місяць (найменша радісна подія, найменша перемога у боротьбі за свої права має велике значення у відновленні людини), підтримка групи, так і притаманні проживанню втрати вправи, що надають змогу відновлення самовідчуття, самосприйняття, сімейного, суспільного і професійного статусу. Обов'язково в груповий процес включаються арт-техніки, які допомагають заповнити порожнечу від втрати утворенням краси та радості.

Групи мають різні цілі, різну швидкість процесу відновлення, але обов'язково проходять всі кроки проживання втрати до прийняття свого нового статусу, вшанування пам'яті загиблого, побудови нового життя з новим досвідом.

Група харківських фахівців, які займаються супроводженням сімей загиблих вдячна Вікторії Кочубей за можливість взяти участь в навчальному семінарі колег з Норвегії по роботі з членами родин, що втратили близьких. Матеріали цього семінару допомагають нам вивіряти кожен крок на важкому шляху проживання втрати, надають пояснення та наукове підґрунтя тієї роботи, яку ми проводимо.

Спільні заходи пам'яті. Інтегруючим акордом нашої роботи є спільні заходи пам'яті, в яких беруть участь майже всі організації, небайдужі до сімей загиблих, незалежно від їх форми діяльності, а саме, представники адміністрації, обласного військкомату, соціальні служби, громадські організації, благодійні фонди, волонтерські об'єднання. На жаль, на цю діяльність не передбачено державних коштів.

З історії проведення Родинного Кола Харківщини. Перше родинне коло було проведено в лютому 2015 року, в ньому взяло участь лише 35 родин загиблих воїнів АТО. На 2-й зустрічі були – 62, на 3-й – 97, на 4-й – 107, на 5-й – 119. Наразі група психологів-волонтерів підтримує близько 200 сімей.

Спільні заходи пам'яті проводяться два рази на рік, перший нам вдалось провести на три дні, що дозволило створити безпечне і захищене місце, атмосферу розуміння і прийняття, де люди, які пережили втрату близької людини, змогли отримати кваліфіковану психотерапевтичну допомогу і підтримку. На жаль, інші заходи проходили в один день, і стали можливими завдяки тісній співпраці і підтримці ректора Харківського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України Бєлової Людмили Олександрівни. Та все одно вони мають велике значення в системі підтримки сімей загиблих, об'єднанні і самих членів родин і всього небайдужого простора. В структурі Родинного Кола Харківщини знаходиться місце і час для офіційного спілкування з громадою та представниками адміністрації, для приватних консультацій з фахівцями, для груп взаємопідтримки, для вшанування пам'яті.

Створення медіа-проекту "Книга Пам'яті" передбачає інтерв'ю з родинами загиблих учасників АТО, проведених журналістами за допомогою психологів. Зібрані матеріали об'єднуються в книгу.

За час роботи проекту наша команда психологів набула досвіду, розширилась та зміцніла. Це відбувається завдяки постійному навчанню та самовдосконаленню, постійно діючій супевізійній групі, чіткій організації роботи та взаємопідтримці.

"Родинне Коло Харківщини" – це емоційний і духовний простір, у якому батьки, дружини, діти, рідні та місцева громада можуть об'єднатися разом і підтримати один одного.

Минуле важливе, його треба пам'ятати, щоб утримати зв'язок між поколіннями, заради майбутнього.

ДІТИ ВІЙНИ: ОСОБЛИВОСТІ ПРОЖИВАННЯ (ВІДРЕАГУВАННЯ) ТРАВМИ

Плетка Ольга Тарасівна,
молодший науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, член ВГО "Арт-терапевтична асоціація"(Київ)

Чаплінська Юлія Сергіївна,
старший науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, кандиат психологічних наук (Київ)

Сьогодення формує новий погляд на теорію та практику психологічного консультування людей, що постраждали внаслідок травмівний подій на сході країни. Наразі гостро стоїть питання впровадження у практику консультування новітніх методів та технологій роботи з такими категоріями населення. Психотерапевтичні школи пропонують власні здобутки, теоретики досліджують механізми та фактори, які впливають на перебіг станів людини, що постраждала. Фахівці завзято відповідають викликам, але відчувають дефіцит методологічного та методичного матеріалу. Поступово спеціалісти набувають певного досвіду роботи з даною категорією населення. Вже впроваджено у практику низка заходів реабілітаційного характеру, в країні діє багато адаптованих програм відновлення, є досвід розробки власних проектів. Наразі увагою фахівців охоплено й вимушено переселених осіб, й демобілізованих військовослужбовців, й їх родини. Велика увага приділяється роботі з дітьми вище названих категорій. Специфіка роботи

з ними описана багатьма вітчизняними та зарубіжними авторами. Але нам хотілось би зупинитися на власному досвіді роботи з дітьми, що постраждали від наслідків воєнного конфлікту.

Діти війни – різного віку, різної статі, але їх об'єднує одне горе, одна біда. Дуже часто діти, які пережили травмуючі події, мають фізичні прояви травми, такі як: енурез, заїканням чи випаданням волосся. Найбільш розповсюдженими серед психологічних наслідків є агресія (як внутрішнього – самоушкодження, так і зовнішнього – "покарання інших" характеру), емоційна замороженість та внутрішнє заглиблення, закритість, відстороненість.

Відреагування отриманих психологічних травм у кожної дитини відбувається індивідуально та залежить від родинних, соціальних та особистісних умов відновлення. Головною умовою успішної реабілітації може виступати прозорість стосунків між дорослими та дітьми, а також своєчасна психоедукація станів дитини. Коли мама, тато чи інші близькі для дитини дорослі самі перебувають у критичних станах чи мають негайно реагувати на зовнішні небезпечні обставини, зазвичай дитина сприймається як особа, що має мовчки слідувати за дорослими та виконувати їх вимоги. Така постанова питання є конструктивною у разі небезпеки, але коли ситуація змінилася або родина вже перебуває у безпечному місці, має змінитися відношення до дітей, що перебувають разом з дорослими. Тобто, потрібно проінформувати дитину про те, що відбувається, як треба діяти, як запобігти небезпеці та інші нагальні питання, які б допомогли дитині відновитися.

Так, наприклад, ми працювали з дівчинкою 6-ти років, яка перестала розмовляти під час бомбардування її міста. Вони з мамою, що була вагітна другою дитиною, та вітчимом бігли до бабусі, щоб сховатися у приватному будинку. Перебігаючи міську площу, попали у епіцентр вибуху. На очах дитини загинув вітчим та була серйозно поранена матір. Дівчинка прибігла до бабусі у крові та стала показувати, куди бігти. Вона не змогла промовити ані слова, ніби оніміла від побаченого та пережитого. На час роботи з нею минуло 3 місяці від події. Мама перебувала у лікарні – її рятували і там же вона народила другу дитину. Дівчинка проживала у іншому місті разом з родиною тітки. Родичі не повідомили дитині жодної інформації про її матір. Під час роботи з'ясувалося, що дитина навіть не знає жива її мама чи ні. Охоплені горем та проблемами дорослі не звернули увагу на потреби дівчинки, просто віддали її до першого класу, де, власне, дівчинка і

потрапила до психолога. Робота з дитиною розпочалася з прийняття її почуттів: вона тихо, майже без звуку, проплакала 15 хвилин і тільки після цього змогла намалювати ті страшні для неї події. Працювали в авторській методиці "Книга про війну" (дитячий варіант). Наприкінці заняття вона змогла навіть назвати своє ім'я. Таке досягнення стало можливим завдяки визнанню дорослими її невичерпного горя. Після роботи була проведена консультація з тіткою дитини і висловлені рекомендації: розказати дитині, що з її мамою, розповісти про власні переживання і страхи та у подальшому ділитися з нею новинами та обговорювати нагальні для дитини питання. Дівчинка відновлювалася поступово, повільно, багато уваги в роботу було приділенні подавленим емоціям та розвитку емоційної сфери загалом, на даний момент часу це жвава говірка школярка. Однією з найкращих по роботі з емоційною сферою вважаємо методику Удо Баера "Зірка почуттів".

Доля іншого хлопчика склалася трохи по-іншому. На час нашого знайомства йому було 5 рочків. Батьки навчили дитину падати ниць, коли чутко вибухи, пояснили як захищатися та, що робити в разі небезпеки (бути разом з мамою або татом, ховатися, не йти з незнайомцями, захищати менших). На момент початку роботи, дитина знаходилася у літньому таборі для дітей-переселенців, що організовував Червоний Хрест України. Основний у роботі був значні тілесні ушкодження, які хлопець отримував самостійно, оскільки при будь-яких різких звуках падав ниць не розбираючись куди саме летить. Також він носив з собою величезний дрючок: "для захисту" та демонстрував агресивність і самовпевненість ("я – переможець по життю"). Інші діти, які настільки налякані подіями минулого, визнавали його своїм лідером незважаючи на те, що за віком він був молодшим. Робота з хлопчиком тривала не довго – але була перш за все направлено на роботу зі звуковим "якорем" або тригером травми, навчанням аналізувати навколишню дійсність – усвідомлюючи чи є небезпека чи ні, озиратися навколо та обирати безпечні для схорону. Значну допомогу у роботі з хлопцем привносили батьки, які у ігровій формі разом з ним відпрацьовувати всі запропоновані вправи. Для хлопця було важливим відчувати підтримку батьків, їх турботу про нього та їх прийняття.

Отже, схемою роботи для успішного відновлення після травмівних подій є, по-перше, своєчасна психоедукація та увага до потреб дитини, по-друге, робота з її емоційним станом та надання можливості різними способами пройти відреагування травмуючого досвіду. Це можуть бути вправи на вивільнення агресії (такі як побити подушку, з

силою малювати олівцями, рвати папір та інше), робота з горем, робота з тілом та зажимами, які утворилися внаслідок травмівної події. Для дітей підліткового віку обов'язково вибудовування лінії часу травмівної події – для того, щоб повернути їм контроль над їхніми спогадами та можливістю контролювати власне життя. Також важливо з дітьми старшого шкільного віку працювати над побудовою життєвої перспективи, оскільки багато хто з них внаслідок травмівних подій бояться будувати плани на майбутнє, бо все може змінитися в будь-яку хвилину, вони не відчувають основи і стабільності, а побудова планів, яка буде залежати від них самих і втілюватись життя ними – повертає дітям відчуття стабільності, впевненості та контролю над власним життям.

ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ТЕРАПІЇ ТВОРЧІСТЮ У МЕТОДІ ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПЕЗЕШКІАНА З МЕТОЮ ЗАПОБІГАННЯ ВИГОРЯННЯ СПЕЦІАЛІСТІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ, ОСОБИСТИЙ ТА СВІТОВИЙ ДОСВІД

***Репницька Марина Віталіївна*,**
психотерапевт-консультант, член УСП, член WIAPP,
Центр розвитку особистості "Positum" (Київ)

"Надія спонукає людину кожного дня до нових звершень"
Східна мудрість [7]

Сьогодні суспільство України зіштовхнулося з випробуваннями та соціальними потрясіннями, яких не було в досвіді становлення та розвитку незалежності нашої держави. Тому в кризові періоди суспільства постає дуже важливе завдання – допомогти тим, хто не може сам адаптуватися до змін, для кого випробування виявилися занадто складними.

Навіть не всі психологи виявилися готовими до сучасних запитів суспільства [5].

Стрес переживає кожна людина – питання в тому, якого ступеню цей стрес, та чи може людина після нього привести своє життя до рівноваги чи наслідки стресу зроблять його хворим [2]. Зміни легше переживають ті, в кого є ресурси, хто впевнено дивиться у майбутнє, чітко знає свої цілі та свої можливості [5].

Метод Позитивної психотерапиії Пезешкіана був розробений германським психіатром іранського походженням, доктором медицини, професором Носсратом Пезешкіаном як транскультуральний конфлікт-центрований короткостроковий психодінамічний метод, і працює як засіб співпорозуміння та подолання внутрішніх конфліктів у людей різних світоглядів [1, 2, 3].

В основі методу лежать принцип надії, принцип консультування та принцип самодопомоги. Зараз метод прийнятий світом та більш ніж у 100 країнах світу включений до методів, де послуги спеціалістів сплачуються державним страховим полісом. Спеціалісти з методу готуються в Україні вже 24 роки та представлені у світовому реєстрі.

Мій авторський Проект "Майстерня творчості та самопізнання "Квітка Душі" процює 4 роки. За цей час мною проведені ряд практичних майстер-класів, в яких поєднані засоби мистецтва та інструменти Позитивної психотерапіі Пезешкіана (надалі ППТ), які я використовую в декількох напрямках.

1. Я використовую картини художників в якості проективних карт для аналізу з використанням Моделі Балансу та Моделі Ідентифікації ППТ:

– актуального стану людини (колір, символи, композиція та сюжет картини);

– актуальних потреб людини (як людина тлумачить те, що на картині зображено, що це для неї означає);

– аналізу та пошуку власних та зовнішніх ресурсів людини;

– контакту людини зі сферами тіла, емоційною сферою (сферою контактів), сферою діяльності (мислення) та сферою сенсів;

– для знаходження метафори сучасного стану людини та виявлення запиту на подальшу терапію;

– для апроксимаційного типологічного аналізу у рамках проективних тестів, а саме "Будинок, Дерево, Людина", методики "Мандала" (якщо такі символи людина вибирає чи бачить на картинах) та інших верифікованих проективних методик [6].

2. Створення людиною власного витвору мистецтва, а саме:

– картини з вовни;

– картини за допомогою акрілу на холсті;

– картини на склі;

– колажу на холсті;

- склянки з елементами декупажу та розпису;
- виробів з глини;
- вовняної іграшки чи прикраси, тощо.

Для цього я запрошую професійних художників, членів Спілки Художників України. Учасник майстер-класу створює свою власну картину чи творчу роботу для вирішення свого актуального запиту, за підтримки фахівця.

Запитом для практики може бути пошук ресурсу, гармонізація емоційного стану, вирішення питання у царені сфери стосунків, робота зі сферою змістів тощо. При цьому фахівець допомагає використати інструменти та художні засоби людині так, щоб вона змогла зосередитися на питаннях змісту та сприйняття себе.

3. Аналіз роботи та внесення змін у роботу для підсилення чи зміни отриманого актуального стану після роботи над картиною чи твором мистецтва. [4]

Для цього ми аналізуємо з використанням засобів ППТ (Моделі балансу та Моделі ідентифікації) виконану роботу та співпоставляємо намір, запит та результат. У разі виявлення потреби в зміні деяких елементів роботи ми разом з учасником майстер-класу змінюємо колір, убираємо чи доповнюємо образи та символи на картині, підсилюючи, послаблюючи чи змінюючи отриманий результат власного сприйняття зробленого твору та процесу роботи.

4. На початку практики та по закінченні зайняття учасникам пропонується намалювати мандалу. Це я використовую як засіб виміру змін, які отримані завдяки участі у творчій діяльності. Для аналізу та тлумачення змісту мандал я використовую відомі верифіковані методики [6].

Всі майстер-класи ми проводимо з використанням П'ятикрокової моделі ППТ.

Також я використовую набори карт із Притчами та Актуальними здібностями людини, на базі яких у методі ППТ формується Профіль особистості.

Я пропоную також зробити індивідуальний профіль особистості на основі Вісбаденского опитування, який показує у вигляді графіка порівнювальний розподіл актуальних здібностей і можливості для подальшого розвитку задля покращення якості життя людини [2].

Я отримала позитивні відгуки від психологів та психотерапевтів, які прийняли участь у майстер-класах. В результаті участі у цій роботі стовідсотково всі учасники відмітили підсилення та зростання своєї самооцінки, покращення настрою, переосмислення багатьох речей у своєму світогляді, розширення змісту понять, розуміння можливості покращити рівень свого життя незалежно від віку завдяки розвитку своїх здібностей.

Практично всі учасники програм приймали участь у такій роботі вперше, тому вона для них носила відзнаки ініціації у творчій простір та можливість творчого саморозкриття в подальшому. А це ресурсно та позитивно впливає на світосприйняття.

Позитивні враження від такої роботи тривають довгий час після участі у програмі, надають надію та підтримують людину на шляху до післякризового зростання.

Література:

1. *Пезешкіан Н.* Тренінг розв'язання конфлікту, психотерпія повсякденного життя, 2001.

2. *Пезешкіан Н.* проф., д-р мед. Як позитивно подолати втому та перенапруження, 2003. – 198 с.

3. *Пезешкіан Н.* Психосоматика та позитивна психотерапія, 1996. – 464 с.

4. *Удо Баер.* Творча терапія – терапія творчістю, 2013. – 528 с.

5. *Вознесенська О. Л.* Арт-терапія у подоланні психічної травми: практичний посібник / Олена Вознесенська, Марина Сидоркіна. – К. : Золоті ворота, 2015. – 148 с.

6. *Копитін А. И.* Психодіагностика у Арт-терапії, 2014. – 274 с.

7. Позітум Україна. Науково-практичний журнал. – 2013. – № 5. – С. 8.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПЛЕЙБЕК-ТЕАТРУ В РОБОТІ З ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМИ ОСОБАМИ

Савінов Володимир Вікторович,
молодший науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України,
психолог Будинку дитячої творчості Подільського району м. Києва,
керівник Відділення плейбек-театру ВГО "Арт-терапевтична асоціація", Київського плейбек-театру "Дежа вю плюс",
секції гештальт-терапії Київської філії УСП,
Української школи плейбек-театру (Київ)

Метою даного аналізу буде пошук особливостей виступу плейбек-театру для групи ВПО. Чи змінюється структура та динаміка перформансу? Які теми та феномени слід обходити стороною, а які акцентувати? На що варто особливо звертати увагу, аби не зачепити загострені почуття і не спричинити ретравматизації? Де шукати психологічний ресурс і яким чином? Які важливі психологічні нюанси у взаємодії з переселеними сім'ями, дітьми? Як відновитися самим, якщо травматичні історії дуже зачепили плейбек-команду?.. Над цими запитаннями намагатимемося поміркувати.

Отже, плейбек-театр починається з ***позиціонування*** для аудиторії, яке варто робити *з* ***акцентом*** не на психологічних ефектах, а ***на самому мистецькому дійстві, театрі***. Особливістю становища переселених людей є не лише психологічні труднощі, а на сьогодні, й насиченість, якщо не перенасиченість, психологічною допомогою. При цьому інші соціально-побутові проблеми є основною, суб'єктивно найближчою реальністю, з якою треба поратись, вправлятися, тому психологія/психотерапія/тренінг часто сприймаються як щось не зовсім обов'язкове, додаткове, ба й "невчасно" відволікаюче від основних турбот виживання. Театр є більш зрозумілим, традиційним заняттям, тому, з нашого досвіду, люди готові з більшим ентузіазмом виділити час на перегляд перформансу, спектаклю чи як його ще назвати. Наші приїзди до них, наприклад, ми описували як виступ "театру імпровізації реальних історій глядачів".

Знаючи основні особливості аудиторії, про них варто ніби "забути", тобто ***не створювати у трупи*** жодних ***настанов***, не формувати очікування історій, наприклад, про горе, психологічні травми, політи-

ку, неприйняття умов життя, обуреність на когось, почуття жалості і т. д. Йти до аудиторії у стані "табула раса", "чистого листа", який готовий точно сприйняти будь-яку історію, не очікуючи чогось конкретного, зокрема й негативного. Тим більше, що у людей, які живуть в стресових умовах, пригнічене почуття довіри, оскільки ті, хто приходить допомагати, не пережили всього, що довелося пережити їм. Тож кондактору варто також ставитись до аудиторії без жодних специфічних настанов, а у вступному слові відмежуватися від упередженої позиції, чітко знати і нейтрально ***донести свою зацікавленість, мету плейбек-театру і роль у спілкуванні*** з ними.

Для використання плейбек-театру з метою реагування на психосоціальні потреби ВПО варто користуватись і напрацюваннями фахівців з психологічної допомоги, терапії ПТСР та ускладненого горювання, корекції, супроводу тощо. Так, наприклад, у моделі реабілітації біженців "Іди" угорського фонду "Корделія" фахівці відвідують найбільш психічно травмованих людей прямо вдома (на їхній житловій площі, напр., в притулку для біженців) задля ***психологічного ефекту "господаря"***, коли постраждалі відчувають хоч якусь владу й контроль, що символізує для них "перше безпечне місце" [3, с. 28] у нових нестабільних умовах вимушеного переселення.

У плейбек-театрі для переселених осіб так само: дуже важливо підкреслювати, що саме "ми прийшли до вас у гості", "це ваш дім, ваша територія", а по змісту дійства – також ***акцентувати, що*** й "перформанс знаходиться ***під вашим контролем і владою***, оскільки, за ритуалом, саме ви задаєте зміст всього того, що відбуватиметься на сцені…". Крім того, ***розподіл відповідальності*** як принцип психологічної допомоги (у т. ч. профілактики споживацтва) також варто підкреслювати у плейбек-театрі – ми для вас робимо перформанс, а ви для нас що? Розповідатимете власні історії…

Для травматичних історій, які потенційно можуть бути розказані, варто спочатку ***сформувати*** надійний ґрунт – ***психологічний ресурс***, до якого можна буде в будь-який момент апелювати у важких моментах перформансу. Звідки його взяти? Це абсолютна творчість кондактора, про що запитувати і яким чином спрямовувати аудиторію на початку перформансу, але при цьому можна підкреслювати, складати одна до одної "цеглини" позитивних, ресурсних відгуків/почуттів глядачів: про стан прямо "тут і тепер" в аудиторії, про повсякденні вирішувані турботи, про переваги перебування в цьому місці прожи-

вання та соціальному середовищі (наприклад, нові знайомства, щирих друзів, поновлення сімейних зв'язків, розрив нездорових стосунків [2, с. 62]), про приємні моменти з минулого, надихаючі плани і мрії для майбутнього, "дрібні" успіхи й радощі теперішнього тощо.

Коли аудиторія вже насичена психологічними ресурсами – висловлене найбільш актуальне, зіграні почуття залу, дві-три малих форми, проговорено спільні позитивні чи умовно позитивні моменти, лише тоді можна переходити до повної "свободи" глядачів. При цьому варто усвідомлювати, що травмована аудиторія – це не те саме, що травматична історія. Хоча другі можуть виникнути у окремих оповідачів, але вони не об'єктивуються, не будуть розказані, якщо не буде створено ***достатніх соціально-психологічних умов*** – довіри, щирості, відкритості, прийняття, неспішності тощо. Те саме і з ***темпоритмом*** розповідей – варто бути більш терплячими в очікуванні дозрівання наступної історії, не заважати їй виникнути, а оповідачеві – наважитись вийти і розповісти… Іноді паузи можуть бути удвічі, утричі більшими, ніж на пересічних плейбек-перформансах, нехай вони будуть нерівномірними, але у тиші народжується суттєве.

І тут ми користуємось ***принципом клубка ниток*** – не можна підганяти і "тягнути" аудиторію "за язика", от розкажіть нам про найважчі історії, які вас турбують, діліться тими ситуаціями, де вам було найтяжче, розкажіть про головну проблему чи психологічну травму, будьте якомога щирішими й відвертішими і т. і. А якщо сформувалася справжня довіра, то глядачі самі дійдуть до розповіді найважливішого, найболючішого, того, у чому їм насправді потрібна психологічна підтримка. І ***динаміка перформансу***, послідовність історій не відрізняється від традиційної, тобто ***вибудовується в умовну параболу*** (U-образну арку), де зміст розгортається від поверхні до глибини або, точніше, від легкого, позитивного до важкого, негативного – і потім знову на "поверхню", у ресурсну ситуацію, з виходом оптимізм, свідому рівновагу, можливо, через самокритику та гумор. Як у постмодерній арт-терапії, коли "дії кожного перетворюються в значущу подію для всіх, що зачіпає почуття кожного" [1, с. 34], не завадить підкреслювати значущість цієї спільності і мати на увазі оновлену наративну структуру даної групи. Цю ***параболічність*** спільної ***червоної стрічки*** перформансу варто уважно і вдумливо ***прослідковувати кондактору*** для того, щоб: зрозуміти, як пов'язані історії одна з однією, іноді проговорюючи ці зв'язки; вчасно відчути, оповідача з якою історією викликати наступ-

ним; зробити акценти-зв'язки у плейбек-інтерв'ю, погоджуючи/запитуючи цю інтерпретацію з кожним оповідачем; вловити "найвагомішу" історію перформансу – яка і дуже психологічно важка і водночас достатньо спільна для всіх, аби приділити їй більшої уваги, певним чином пропрацювати; побачити, коли треба завершувати – не раніше історії-"відповіді" на найважчу історію, але й не пізніше потужного позитивного виплеску, зрозумілого для оповідача і такого, що поділяється більшістю аудиторії; сформулювати (обрати спільно з глядачами) точну, лаконічну і зв'язну назву перформансу, а також червону стрічку-оповідь про нього: що розповідали, чим же ми живемо зараз, як починалося і до чого прийшли.

Саме розігрування у плейбек-театрі найважчих (зазвичай "найвагоміших" у перформансі) історій – окрема тема [див.: 6]. Тут зазначимо лише те, що методологічно відновлення життєвої неперервності (когнітивної, міжособистісної, функціональної та особистісної) – важливий орієнтир психологічної допомоги тим, хто пережив психотравмуючі події [2, с. 67–68]. А оскільки плейбек-театр сприяє створенню наративу, тобто зв'язної оповіді про себе, то саме під час оповіді та її візуалізації, втілення на сцені ***відбувається*** і ***робота над відновленням неперервності*** життя глядачів. Загалом, якщо плейбек-команда справді знаходиться у режимі служіння, намагання щиро зрозуміти та втілити суть кожної історії, то, як показали наші емпіричні дослідження, ***спрацьовуватимуть такі основні відновлювальні ефекти***: 1) знаходження нових зв'язків між складовими травматичної історії, тобто часткова переінтерпретація ситуації із самостійним виявленням прихованих ресурсів; 2) відчуття підтримки з боку інших людей завдяки переживанню почутості, розділеності емоційного стану; 3) власне катарсичний ефект, коли актори виражають почуття людини, які вона не в змозі самостійно і повно виразити; 4) ефект відстороненості, "неучасті" – підкріплення розуміння людиною того, що вона вже не знаходиться у пережитій ситуації [7, с. 142]. Ми сподіваємося, що у плейбек-театрі перегляд найважчих ситуацій, в т. ч. втрати, з поступовим виходом на психологічний ресурс також сприятиме психологічному відновленню, не нашкодивши оповідачеві.

Багато історій звучать про родини та близьких людей, оскільки переселення – це обов'язково зміна психологічного простору особистості, розставання з родичами, інше коло й розпорядок спілкування, трансформації стосунків у сім'ї та ін. Так, наприклад, у вимушено пе-

реселених дітей дуже вірогідне погіршення стосунків з батьками через пережиті обставини та важке звикання до нових умов життя, часто відбувається захисне витіснення "неприємних відтінків взаємин", змінюється типова поведінка у стосунках, природно сформована – "безпечна" (надійна) або "амбівалентна" (умовно ненадійна) – прив'язаність дітей до матері (чи, рідше, батька) порушується, набуваючи ознак "уникаючого" типу (ненадійного) [4, с. 61]. Відбувається так звана ***"психологічна інкапсуляція"*** дітей, з іншого боку, конфлікти з батьками обумовлені тим, що ***діти трошки швидше й легше адаптуються*** до нових соціальних умов, а батьки, не поспішаючи за ними, намагаються утримати попередні усталені взаємини. Тобто ***відновлення здорової прив'язаності дітей до батьків***, обережної відкритості, щирості у почуттях та взагалі можливості їх проговорювати – точка контролю плейбек-театру під час виступів для ВПО, якщо там є родини з дітьми.

Був цікавий випадок, коли одна з груп ВПО самі дописали на афіші нашого перформансу "тільки для дорослих". Можливо, після першого виступу, зрозумівши, яким чином все відбувається і які у нас створені можливості для них, дорослі хотіли розповідати свої найбільш важкі історії, які не можна чути дітям? А можливо, вони підсвідомо відчували, що самі адаптуються повільніше за дітей, і тому більше потребують підтримки? Хто знає…

Сама соціально-психологічна адаптація, як відомо, має чотири основні стратегії: інтеграція, асиміляція, сепаратизм та маргіналізація, залежно від комбінування ідентичності вже існуючої та нової, ближчої до теперішнього соціального середовища. Найбільш здоровою в психологічному відношенні вважається стратегія *інтеграції* [5, с. 83], коли особистість включається в оновлене середовище, не полишаючи при цьому свою ідентичність, тобто гармонійно поєднуючи "збережене старе" з "вимушеним новим". Тобто у виступі плейбек-театру для даної аудиторії *не бажано*: підсилювати власну активність та ініціативність, а радше стимулювати ці якості у глядачів; підкреслювати свою автономність, більше відшукуючи спільне між театром і аудиторією; і *бажано*: пам'ятати про важливість ідентифікації глядачів як з персонажами, так і з самим акторами, тобто критерії глибини розуміння суті історії та достовірності й влучності її втілення ставити на перше місце, а креативність, яскравість, артистизм – на друге; почуватись компетентним у тому, що робимо, а саме: чітко знати мету плей-

бек-театру, його цінність для глядачів, всі правила і обмеження, психотерапевтичні ефекти і естетичну роль тощо.

Література:

1. *Вознесенська О. Л.* Арт-терапевтичний простір постмодерністського часу / Олена Вознесенська // Простір арт-терапії : зб. наук. статей / УМО НАПН України, ВГО "Арт-терапевтична асоціація" ; [редкол. : Лушин П. В., Чуприков А. П. та ін.]. – К. : Золоті ворота, 2013. – Вип. 1 (13). – С. 26–37.

2. *Гундертайло Ю. Д.* Арт-терапевтичні технології надання психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам : розд. 7 / Ю. Д. Гундертайло // Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : метод. рек. / НАПН України, Ін-т соц. та політ. психології ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2017. – 80 с. – С. 61–69. – Режим доступу: http://lib.iitta.gov.ua/708240/

3. *Лазос Г. П.* Психотерапія постраждалих внаслідок тортур: огляд сучасних досліджень та психотерапевтичних моделей / Лазос Г. П. // Актуальні проблеми психології. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. Максименка С. Д. – К. : Логос, 2017. – Вип. 13. – 264 с. – С. 8–46. – Режим доступу: http://lib.iitta.gov.ua/711158/

4. *Омельченко Я. М.* Відновлення безпечних стосунків психотерапевта з дітьми внутрішньо переміщених родин / Омельченко Я. М. // Актуальні проблеми психології. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. Максименка С. Д. – К. : Логос, 2017. – Вип. 13. – 264 с. – С. 46–73. – Режим доступу: http://lib.iitta.gov.ua/711158/

5. *Плескач Б. В., Уркаєв В. С.* Соціально-психологічні аспекти психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам / Б. В. Плескач, В. С. Уркаєв // Актуальні проблеми психології. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. Максименка С. Д. – К. : Логос, 2017. – Вип. 13. – 264 с. – С. 74–91. – Режим доступу: http://lib.iitta.gov.ua/711272/

6. *Савінов В. В.* Важкі історії в плейбек-театрі: ресурс теперішнього для прийняття минулого / Савінов Володимир // Простір арт-терапії: творча інтеграція та трансформація в епоху плинного модерну : матер. XV міжнар. міждисциплін. наук.-практ. конф. (м. Львів, 16–18 лютого 2018 р.) / за наук. ред. А. П. Чуприкова, Л. А. Найдьонової, О. Л. Вознесенської, О. М. Скнар. – Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2018. – 196 с. – С. 171–173. – Режим доступу: https://www.academia.edu/36138956/

7. *Савінов В. В.* Идеи об игре травмы в плейбек-театре / Владимир Савинов. – Режим доступу (з 15 серпня 2016 року): https://vk.com/topic-118203482_34606378

ПРОГРАМА "ДІТИ І ВІЙНА. НАВЧАННЯ ТЕХНІК ЗЦІЛЕННЯ". ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ В УКРАЇНІ

Сухова Ірина Віталіївна,
психотерапевт БФ "Надія по всьому світові" (Київ)

Знайомство. Про себе та проект "Рука допомоги Україні", в рамках якого ведеться активна робота з методикою "Діти і війна".

Історія створення методики. Програма "Діти і війна. Техніки зцілення", розроблена в рамках співпраці Інституту психіатрії (Лондон, Велика Британія), Центру кризової психології (Берген, Норвегія). Навчальна методика розроблена на основі доказового когнітивно-поведінкового підходу терапії посттравматичних розладів у дітей.

Історія появи в Україні. Методику перекладено та адаптовано фахівцями Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії (УІКПТ, Львів, Україна). Методика знаходиться у відкритому доступі. Інститут психічного здоров'я Українського Католицького Університету спільно з Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії та за підтримки доктора Дениса Угрина з Королівського Коледжу Лондона організував у жовтні 2014 р. та у листопаді 2015 р. навчання тренерів даної методики (всього 40 психологів з різних регіонів України), залучивши до викладання провідних фахівців з Великобританії та Норвегії, зокрема співавторів методики – професора Вільяма Юле та доктора Елін Хордвік. В 2016 р. група українських фахівців за підтримки фонда Ахметова адаптувала програму для використання в закладах освіти України, програма "Діти і війна" отримала гриф Міністерства освіти.

Валідність та ефективність. Методику апробовано у низці країн, що були охоплені війною чи постраждали від природних стихійних лих (Греція, Туреччина, Шрі-Ланка, Іран, Боснія). Дослідження, проведені за результатами її застосування в різних країнах світу, показали її ефективність. Цифри. Досвід застосування програми фахівцями проекту "Рука допомоги Україні" показав її ефективність в мирних і воєнних областях України, а також безпосередньо в зоні бойових дій.

Можливості опанування. Ця методика є швидка у застосуванні, вона залучає як дітей, так і батьків та фахівців (освітян, психологів), допомагаючи останнім стати надійним джерелом підтримки для дітей у подоланні стресу. Цю методику можна опанувати у стислі терміни –

що є теж важливо, оскільки дозволяє швидко підготувати в Україні психологів, які могли б застосувати її у допомозі дітям війни.

Структура програми, особливості використання в Україні. Наразі вважається, чим скоріше допомогти дитині упоратися зі стресами війни, тим краще вона почуватиметься і тим менший ризик виникнення проблем у майбутньому. Програма "Діти і війна. Техніки зцілення" розроблена для того, щоб допомогти якомога більшій кількості дітей, які пережили події війни, стрес та травматичні переживання. В рамках цієї програми діти будуть навчатися певним навичкам, щоб позбутися психологічних проблем, які виникли внаслідок війни та насилля. На перших трьох заняттях розглядаються нав'язливі думки та почуття: такі проблеми як погані спогади, порушення сну та прокручування в пам'яті того що сталося. На четвертому та п'ятому занятті – розглядається дитяча збудженість, неможливість розслабитися й сконцентруватися та безсоння. Діти навчаються технікам релаксації та відновлення сну. На шостому та сьомому занятті – розглядаються феномен уникання місць, людей та ситуацій, які нагадують про пережиті події; робота з дитячими страхами та труднощами сприйняття усього, що нагадує про події, пов'язані з війною, переселенням та травмою. Діти навчаються не замовчувати свої переживання, ділитися один з одним та зі своїми батьками, надавати підтримку. Програма є також профілактичною. Дітей навчають інструментам психологічної самодопомоги, якими вони зможуть користуватися в подальшому житті, особливо в стресових ситуаціях. Заняття відбуваються у невеликих групах (10-15 осіб) для дітей віком від 8 до 18 років (формуються вікові групи). Курс занять для дітей та їхніх батьків триває 7 тижнів (2-годинне заняття 1 раз на тиждень). Важливим елементом програми є проведення занять для батьків одночасно із заняттями для дітей, метою якого є формування знань щодо впливу травматичних подій на розвиток та життєдіяльність дитини та оволодіння методами самодопомоги для себе та своїх дітей.

Географія застосування в Україні. Карта міст та селищ, де працює програма. Кількість тренерів, що пройшли навчання за цією програмою. Діти і батьки, учасники програми, цифри.

МЕНЕДЖМЕНТ ТА ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА БАЗІ ГОСПІТАЛІВ ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА ЦЕНТРАЛЬНИХ РАЙОННИХ ЛІКАРЕНЬ В УКРАЇНІ

Сябренко Геннадій Петрович,
головний лікар Кіровоградського обласного госпіталю ветеранів війни, голова ГО "Асоціація головних лікарів" у Кіровоградській області, заслужений лікар України, кандидат медичних наук (Кропивницький)

Колєва Ганна Михайлівна,
практичний психолог,координатор Центру медико-психологічної реабілітації "КОМПАС" на базі Кіровоградського обласного госпіталю для ветеранів війни, керівник Кіровоградського осередку ВГО "Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій", асистент кафедри Донецького національного медичного університету (Кропивницький)

Актуальність проблеми. Україна вперше за роки своєї незалежності змушена вести бойові дії на власній території. Тисячі демобілізованих громадян і кадрових військових кількох хвиль демобілізаці вже повернулися додому і потребують медичної, психологічної та соціальної реабілітації. Учасники бойових дій постійно піддавалися впливу стресорів надзвичайно високої інтенсивності: постійна загроза життю, тривалі обстріли артилерії, необхідність вбивати та бачити смерть товаришів, реальні можливість полону й тортур і т. п.

Дані світової статистики такі: кожен третій учасник бойових дій, страждає на нервово-психічні розлади та потребує комплексної медичної та психологічної реабілітації. На підставі аналізу літературних даних [1–4], з метою оптимізації підготовки особистості до проходження процесу медико-психологічного прийняття власних змін, нами розроблено модель медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації.

Ми розглядаємо особистість, як цілісну структуру, тому її підготовка і реабілітації має проходити в рамках системних етапів згідно **"*Індивідуальної структурної схема медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації*"** (Рис 1).

Рис. 1. Індивідуальна структурна схема медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації

Схема включає такі етапи: Мирне життя; Підготовка до мобілізації; Мобілізація; Підготовка до участі у бойових діях; Перебування в зоні бойових дій; Перебування в зоні бойових дій в АТО; Ротація; Демобілізація; Медико-психологічна реабілітація.

Наша стаття присвячена етапам: демобілізації та медико-психологічної реабілітації.

Для забезпечення потреби медико-психологічної реабілітації, створення умов ресоціалізації та ефективної адаптації учасників АТО, на базі Кіровоградського обласного госпіталю ветеранів війни організована діяльність Центру медико-психологічної реабілітації КОМПАС та розроблена програма створення системи Центрів медико-психологічної реабілітації в кожному районі області.

Основні завдання та мета створення Центру медико-психологічної реабілітації на базі госпіталю:

1. надання комплексної медико-психологічної допомоги;
2. створення умов комплексної реабілітації учасникам бойових дій;
3. підготовка та впровадження фахових уніфікованих методик і підходів до реабілітації, для передання досвіду створення Центру реабілітації на базі інших госпіталів України;
4. підготовка фахівців з надання психологічної допомоги та організації заходів з психологічного супроводу учасників бойових дій;
5. організація доступності медико-психологічної допомоги для кожного демобілізованого учасника бойових дій.

Центр медико-психологічної реабілітації легко і практично інтегрувався в структуру Кіровоградського обласного госпіталю. Медичну реабілітацію здійснюють фахівці закладу, Центр здійснює психологічну реабілітацію всіх пацієнтів госпіталю, медичного персоналу, членів родин учасників бойових дій, родин загиблих військовослужбовців, волонтерів.

Завдяки організованій системній роботі кожен пацієнт госпіталю має змогу пройти діагностику психологічно – емоційного стану та поспілкуватися з психологом. Пацієнти мають змогу працювати з психологом, як в індивідуальному, так і в груповому режимі, отримувати рекомендації та довготривалу консультативну допомогу [5].

Структура роботи Центру реабілітації дозволяє максимально ефективно і результативно організувати надання психологічної допомоги, та складається з таких відділень:

– Відділення психологічної реабілітації та психологічного супроводу учасників бойових дій учасники бойових дій;

– Відділення психологічної реабілітації та психологічного супроводу осіб, які не приймають участь у бойових діях (члени родин учасників бойових дій, волонтери, медичний персонал);

– Факультативне відділення підготовки до участі у бойових діях та розробки програм підготовки;

Структура Центру складається з керівника центру та психологів центру, які розподілені по відділення психологічної реабілітації та підготовки. Спеціалістами нашого центру розроблено спеціальну "Дорожню карту надання медико-психологічної допомоги в Кіровоградській області" для діючих військовослужбовців та демобілізованих учасників АТО (рис. 2).

Програма медико-психологічної реабілітації Центру КОМПАС включає наступні етапи:

1. Підготовчий (до 21 дня).
2. Діагностично – лікувальний (тривалість 21 діб).
3. Реабілітаційний (тривалість етапу 24 доби).
4. Профілактично – стабілізаційний (тривалість від 3-6 місяців).
5. Повторний: у разі необхідності чи регресії стану клієнта [6].

Заходи з медико-психологічної реабілітації, які застосовуватися під час реабілітації учасників бойових дій:

– психологічна просвіта та консультування;

– психологічна діагностика (тестування, анкетування, опитування, спостереження);

– індивідуальне консультування;

– групова робота (лекції, семінари, тренінги, бесіди);

– консультативна робота та супровід сімей членів сімей військовослужбовців;

– заходи соціально-психологічного розвантаження та реабілітації (зустрічі з волонтерами та представниками громадських організацій, участь у концертах, виставках, лекціях, семінарах, тощо).

– заняття з психоемоційного розвантаження (вправ на релаксацію та медитації);

– заняття з психологічної корекції та проектування майбутнього (індивідуальні та групові) тренінги: на тему цілепокладання, мотивації, об'єднання лінії життя).

Рис. 2. Дорожня карта медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації військовослужбовців після демобілізації в Кіовоградській області.

На кожному етапі проводиться робота з психологом за індивідуальною програмою та з урахуванням потреб клієнта та членів його родин, характеру травми та здатності до реабілітації.

Задачі психологічної реабілітації:

1. Нормалізація психічного стану.
2. Відновлення порушених (втрачених) психічних функцій.
3. Гармонізація Я-образу ветеранів війни зі сформованою соціально-особистісної ситуацією (поранення, інвалідизація та ін.).
4. Надання допомоги у встановленні конструктивних відносин з референтними особистостями і групами та ін.

Психологічна реабілітаціїя здійснюється за такими принципами:

– принцип превентивності;

– невідкладності (“хвилини року бережуть”);

– принцип наближення реабілітаційних установ до лінії фронту (для осіб, що повертаються в бойовий стрій);

– принцип простоти заходів (доступність для самих військовослужбовців, командирів, офіцерів органів ВР);

– принцип наступності та індивідуалізації заходів та ін.

Щоб максимально та системно налагодити роботу з психологічної реабілітації в Кіровоградській області, пропонується така схема створення системи таких Центрів на базі Центральних районних лікарень в кожному районі області. Там, де кількість демобілізованих перевищує 200- 250 осіб на районі в штат таких Центрів має бути залучений фахівець-психолог. Базова структура районних Центрів пропонується така: керівник Центру (демобілізований учасник АТО або волонтер (радник голови райдержадміністрації з питань АТО), лікар по ветеранам війни ЦРЛ та психолог);

Центри медико-психологічної реабілітації створено в Кіровоградському та Знам’янському районах Кіровоградської області.

Завдання таких районних центрів медико-психологічної реабілітації:

– надання оперативної медичної, психологічної допомоги та консультації;

– моніторинг психологічного стану демобілізованого, членів його родини та умов проходження адаптації до мирного життя;

– скриніг стану клієнта та направлення на стаціонарне лікування чи реабілітацію за потреби;

– проведення медичної диспансеризації демобілізованих учасників АТО;

– надання психологічної допомоги членам родин учасників АТО та членам родин загиблих учасників АТО;

Переваги організації системи медико-психологічної реабілітації в Україні на даному етапі:

– існуюча матеріально-технічна база:

– підготовлені фахівці з медичної допомоги;

– фінансова економічність такої системи;

– можливість швидко організувати процес реабілітації за такою системою;

Прогнозовані результати реалізації програми реабілітації учасників бойових дій:

1. Зменшено наслідки гострих кризових реакції (зменшення рівня тривожності, збільшення ресурсності та стресостійкості організм) в учасників бойових дій;

2. Відновлення психічної рівноваги, стрестостійкості та працездатності учасників бойових дій;

3. Підготовка до подальшої участі у бойових діях;

4. Створення успішної адаптації на ситуацію повернення до мирного способу життя;

5. Успішна профілактика прояву психотравматичного синдрому;

6. Успішна корекція соціальної поведінки учасників бойових дій, розвиток здатності до саморегуляції, сімейних конфліктів.

7. Створення оптимальних умов соціальної адаптації учасника бойових дій у колі родини.

Висновок. Результати системи медико-психологічної реабілітації інтегрованої в структуру Кіровоградського обласного госпіталю свідчать про ефективність схеми організації реабілітації, і можуть бути рекомендовані для впровадження в практичну діяльність.

Система роботи Центрів в районах вже випробувана в двох районах Кіровоградської області і показала свою ефективність при мінімальних фінансових затратах.

Методики та система організації надання медико-психологічної допомоги та психологічної реабілітації осіб після участі у бойових дій адаптована до сучасних українських умов з урахуванням системи фун-

кціонування існуючих госпіталів та існуючої системи лікарень МОЗ України.

Медико-психологічна реабілітація учасників бойових дій потребує подальшого вивчення та постійного удосконалення.

Література:

1. *Петровский А. В.* Психология. 2-е изд., стереотип. / А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский. – М. : Академия, 2000. – 512 с.

2. *Узнадзе Д. Н.* Психология установки / Д. Н. Узнадзе. – СПб. : Издательство ПитерГод, 2001. – 416 с.

3. Психологический словарь-справочник / М. И. Дьяченко, Л. А. Кандыбович. – Минск : Харвест, 2004. – 576 с.

4. *Гершкович Т. Б.* Толерантность к старению: история и современность / Т. Б. Гершкович. – Екатеринбург : УрГУ, 2005. – 24 с.

5. Роль и место медицинской психологии в системе медицинской помощи населению / В. В. Кришталь, Б. В. Михайлов, Н. А. Марута [и др.] // Медицинская психология. – 2006. – № 1. – С. 3–6.

6. *Сябренко Г. П.* Досвід організації центру медико-психологічної реабілітації "КОМ-ПАС" на базі Кіровоградського обласного госпіталю для ветеранів війни / Г. Сябренко., Г. Колєва // Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя / [за ред. С. Кузікової]. – Суми : Вид-во. СумДПУ А.С. Макаренка, 2015. – С. 279–282.

ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В ГОСПІТАЛЯХ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

Сябренко Геннадій Петрович,
головний лікар Кіровоградського обласного госпіталю ветеранів війни, голова ГО "Асоціація головних лікарів" у Кіровоградській області, заслужений лікар України, кандидат медичних наук (Кропивницький)

Законодавчі акти для організації реабілітації на базі госпіталів для ветеранів війни.

Закон України "Про внесення зміни до ст. 6 Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" від 01.07.2014 р. № 1547-VII. Окреме термінове доручення Міністерства охорони здоров'я України на виконання Протокольного рішення по

результатах наради в Адміністрації Президента України від 16.09.2014 р. Указ Президента України "Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 04.11.2014 р. "Про невідкладні заходи із забезпечення державної безпеки" від 14.11.2014 р. № 880/2014.Указ Президента України "Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО" від 18.03.2015 р. № 150. Розпорядження Кабінету Міністрів України "Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО" від 31.03.2015 р. № 359-р. Наказ МОЗ України "Про затвердження Плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО" від 19.06.2015 р. № 351. Постанова КМУ від 27.01.2016 р. № 34 "Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в закладах охорони здоров'я для ветеранів війни".

В госпіталях проводиться лікування та реабілітація ветеранів війни та осіб, на яких поширюється чинність Закону України № 3551-XII від 22.10.1993 р. "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту".

В Україні на диспансерному обліку в закладах охорони здоров'я перебуває 1 173 349 ветеранів війни, інвалідів війни – 86 251 – 7,4 %; учасників бойових дій – 217 771 – 18,6 %; учасників війни – 730 177 – 62,2 % осіб, прирівняних за пільгами – 139 150 – 11,9 %.

Функції та напрямки госпіталів для ветеранів війни:

– лікування та комплексна реабілітація; організаційна; інформаційна; аналітична; координаційна ;

– взаємодія з іншими закладами охорони здоров'я з питань реабілітації учасників АТО; взаємодія з військовими комісаріатами, соціальними службами, громадськими організаціями, волонтерами.

Результати роботи за 2014-2017 роки: Відкрито обласний госпіталь ветеранів війни в Івано-Франківській області на 75 ліжок.

В госпіталях ветеранів війни створено: Центри медико-психологічної та психосоціальної реабілітації (Волинський, Дніпропетровський, Житомирський, Кіровоградський, Миколаївський, Полтавський обласний, Полтавський (м. Кременчук), Рівненський, Черкаський, Чернігівський); Відділення (УДМСЦВВ – неврологічне відновного лікування, медико-психологічної реабілітації, Харківський – спеціалізоване відділення реабілітації хворих ортопедо-травматологічного та невро-

логічного профілів, Хмельницький – неврологічне відновного лікування);Відділення нейрореабілітації – Львівський, Київський міський; в процесі створення – Рівненський.

Введено додаткові посади:

Психологів – 24 госпіталів (Вінницький, Волинський, Дніпропетровський, Житомирський, Закарпатський, Івано-Франківський, Кіровоградський, Львівський, Миколаївський, Одеський, Полтавський (м. Кременчук), Рівненський, Сумський, Тернопільський, Харківський, Херсонський, Хмельницький, Черкаський, Чернівецький, Чернігівський, Київ, УДМСЦВВ)

Психіатрів – 15 госпіталів (Вінницький, Дніпропетровський, Закарпатський, Львівський, Миколаївський, Одеський, Полтавський (м. Кременчук), Рівненський, Хмельницький, Херсонський, Черкаський, Чернігівський, Київ, УДМСЦВВ)

Психотерапевтів – 18 госпіталів (Вінницький, Дніпропетровський, Житомирський, Закарпатський, Запорізький, Львівський, Одеський, Полтавський, Кременчуцький, Сумський, Херсонський, Харківський, Черкаський, Чернівецький, м. Київ, Лісова Поляна).

В госпіталях ветеранів війни активно проводиться комплексна реабілітація та реадаптація – медична, фізична, психологічна та соціальна.

Медична реабілітація включає в себе як медикаментозне соматичне, хірургічне, офтальмологічне, стоматологічне лікування, так і використання лікувальних властивостей фізичних факторів: електроенергії, світла, води, тепла.

Психологічна реабілітація.

Важливою складовою комплексної реабілітації в госпіталях ветеранів війни являється психологічна реабілітація.

За даними Міністерства оборони України кількість бійців, які брали або беруть участь в АТО становить понад 350 тис. осіб.

Завдання:

– організувати модель надання медичної, психологічної та соціальної допомоги, яка ефективно інтегрується в діючі медичні та соціальні системи України;

– забезпечити комплексний підхід в медико-психологічній реабілітації та реадаптації ветеранів війни;

– забезпечити доступність послуг з психологічної допомоги, реабілітації та реадаптації;

– забезпечити передумови тривалої медико-психологічної реабілітації та реадаптації учасників бойових дій – ветеранів війни (від 10 років і більше);

– створити конкурентний інтерес до проблем реадаптації;

– забезпечити відповідальність фахівців за результати медико-психологічної реабілітації та реадаптації.

Принципи реалізації запропонованої системи.

– комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації та реадаптації;

– простота та ефективність;

– індивідуальний підхід;

– доступність реабілітаційних послуг;

– відповідність організації процесу до потреб даної категорії;

– розкриття та залучення особистісного потенціалу кожного ветерана.

– адаптація та реадаптація актуальна для всіх і для кожного: учасників бойових дій, членів їх сімей, медичних працівників, волонтерів та важлива для осіб на яких покладено функції держави про піклування за суспільство;

– готовність фахівців брати відповідальність за результати діяльності.

Проміжні результати.

За період 2014 – 2017 років:

– проліковано – 2727 осіб;

– психологічну допомогу та консультування отримали – 2384 особи;

– впроваджено стандарти медико-психологічної допомоги в лпу (психофармакотерапія, психотерапія, психологічний супровід (тактика та стратегія життя);

– діє програма довготривалого медико-психологічного супроводу;

– діє програма по дороговартісному обстеженню та лікуванню для учасників бойових дій (АТО);

– завершений капітальний ремонт кіровоградського обласного госпіталю для ветеранів війни.

Учасники АТО, які пройшли медико-психологічну реабілітацію та реадаптацію:

– працевлаштовані – 87 %;

– продовжили службу – 51 %;

– обрані депутатами різних рівнів -31 особа;
– 424 особи поступили в вищі навчальні заклади;
– відкрили власну справу – 27 осіб;
– громадська діяльність – 84 %.

Основні проблемні питання:

– Система, яка уповноважена державою на виконання функцій медико-психологічної та соціальної реадаптації – відсутня.

– Механізм співпраці МОЗ, Мінсоцполітики з МО, МВС з питань реабілітації та абілітації діючих військовослужбовців – відсутній.

– Повноцінна психологічна реабілітація замінена на короткотривалий курс.

– Санаторно-курортного лікування.

– Організаційні системи госпіталів для ветеранів війни, та їх роль, перспектива функціонування в законопроектах реформування медичної галузі – не визначена.

– Нові виклики та запити на потреби в медико-психологічній та соціальній реадаптації (сім'я, працевлаштування, побут) вимагають швидкого реагування.

– Відсутність фахівців, так як відсутня мотивація та законодавча база.

– Відсутність солідарної, персональної відповідальності та контролю за результати психологічного супроводу.

Висновки: система організації медичної та психологічної допомоги учасникам АТО в Кіровоградській області:

Легко інтегрується в діючу систему надання соціальної медичної та психологічної допомоги ветеранам війни.

Відповідає законодавчій базі України з питань реабілітації та реадаптації ветеранів війни.

Довела свою ефективність протягом 2014-2017 років.

Запропонована концепція відповідає змісту та напрямкам Розпорядження КМУ від 12 липня 2017 року № 475 "Про схвалення Концепції Державної цільової програми з фізичної і соціальної та професійної реадаптації учасників АТО на 2020 роки".

Система госпіталів для ветеранів війни в Україні, при реформуванні, має зайняти ключове місце в організації медико–психологічної допомоги ветеранам війни.

Система медико-психологічної реабілітації ветеранів війни має важливе гуманітарне, соціальне та політичне значення.

ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ТРАВМОЮ У ДІТЕЙ ІЗ "СІРОЇ ЗОНИ" І ЗОНИ ПРОВЕДЕННЯ АТО ТА МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ЇЇ ПОДОЛАННЯ[4]

Телечкун Дмитро Олександрович,
психолог, бізнес-тренер, консультант, експерт з виховання та проведення корекційних програм з батьками та дітьми, співзасновник ГО "Учбовий центр порятунку життя" (Київ)

Перш ніж починати говорити про допомогу дітям з сірої зони і зони проведення АТО, пропоную визначитися з поняттям травми як такої, щоб не виглядати людьми, які "ловлять" певні тренди, але не бачать масштабність всієї проблеми.

Травмою називають потрясіння, викликане якоюсь подією, з якими людина (дитина) не змогла впоратися. Якщо зовсім коротко це – реакція нормальних людей на ненормальну ситуацію, яка завдала шкоди людині на фізіологічному і психологічному рівні.

Поняття "норми" і "не норми" дуже розтяжне – те що для однієї людини (дитини) сприймається як стрес-фактор, іншим не сприймається як позамежний вплив. Дитина, піддаючись впливу стрес факторів – отримує травму, якщо організм визначає ці фактори як позамежні.

Інформацію про травмуючи впливи, яких зазнала дитина ми можемо спостерігати по його реакціям та змінам поведінки. Хвороби, сварки батьків, насильство, смерть близьких, аварії тощо – це те що може бути стрес фактором – замкнутість, закритість, агресія, насильство по відношенню до інших, поведінка, що відхиляється від прийнятої, внутрішнє напруження, заїкання тощо – це можливі симптоми, за якими ми можемо побачити, що дитині потрібна допомога.

Людський організм дуже мудра і складна система і може задіяти механізми самовідновлення, але за умови, що сила і тривалість дії дозволяє відновитися, і людина навчена справлятися з ***домінантою напруги***.

Деякі дорослі роблять помилкові висновки, що якщо дитині з самого початку створити стресові умови, він швидше "загартує" свою психіку – але це працює не так, і крім шкоди такий підхід нічого не дає. З перших днів життя на людину починають впливати сотні факто-

[4] Текст є конспектом доповіді (*ред.*)

рів, і тисячі біт інформації, яку необхідно постійно обробляти, тому наша система видумала свій вихід – створювати власні програми з обробки інформації. Як результат видають нам готові найкращі рішення, які є в нашому досвіді або досить близькі до них (Система Анохіна).

Програми бувають ідеальними, застарілими і непрацюючими.

Приклад з голубом і приклад з дитиною.

Будь-яка наше дія обумовлена найкращою відповіддю в існуючих обставинах. У кожної дитини є цілі (в кожному віці дитина вирішує абсолютно різні, необхідні для дорослішання завдання) – вони направляють поведінку дитини, а внутрішній програміст – свідомість "пише" під це програми.

Свідомість оберігає нас від потрясінь, але на певному етапі вона "робить" два дуже суперечливих висновки. Перший – що програми це і є сама людина, і другий – що свідомість (яке живе в неокортексі) найважливіша і головна в організмі.

Дві найважливіші цілі організму – це прагнення до безпеки і отримання задоволення, причому домінуючим є прагнення до безпеки, тому що це прописано на генному рівні. Будь-яка спроба переписати програму, сприймається свідомістю як смертельна небезпека для організму, і вона включає механізм опору.

Тіло – головний індикатор змін в організмі і посилає імпульси в вигляді комфорту або дискомфорту – свідомість часто ігнорує ці сигнали, що тільки погіршує ситуацію.

Як відновити взаємозв'язок, прибрати напругу і запустити систему самовідновлення?

Не потрібно боротися зі свідомістю на її полі, потрібно просто прислухатися до тіла і звертати увагу на імпульси що йдуть від тіла.

Провести демонстрацію. Показати пару технік зниження і нейтралізації напруги.

Висновки.

Не можна ділити дітей на тих, хто з зони АТО, і хто потребує допомоги – велика частина всіх дітей України травмована, тому що ми передаємо травми у спадок.

Батьки, самі того не розуміючи, створюють передумови до створення невірних програм. Діти не усвідомлюють важливості розуміння себе і не сприймають сигналів свого тіла.

Діти не отримують права на емоції.

Діти не отримують інструментів як справлятися зі стресовими ситуаціями. З перших днів діти виховуються в обмеженнях і в стратегії виживання, а не творення.

Війна та бойові дії не є причиною, вони тільки є каталізатором вже закладених непродуктивних програм.

Дорослі вчать дітей терпінню, а не вільному самовираженню.

Затиснуті і закриті дорослі вчать дітей бути вільними.

Що робити:

Проводити широкомасштабну едукаційну роботу серед батьків і педагогів на рівні державних програм.

Ввести в дитячі установи програми по роботі зі своїм тілом і ключами до самовідновлення.

ДОРОЖНЯ КАРТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ, ЩО ПОСТРАЖДАЛА ВІД ВОЄННОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ

Титаренко Тетяна Михайлівна,
завідувач лабораторії соціальної психології особистості
Інституту соціальної та політичної психології НАПН України,
доктор психологічних наук, професор,
член-кореспондент НАПН України (Київ)

Наслідки дії тривалої, багатоаспектної травматизації, яку спричиняє сучасна війна, проявляються на різних рівнях особистісного функціонування. На соціально-психологічному рівні відбувається зменшення схильності до співробітництва, здатності співпереживати, падіння довіри до світу; на ціннісно-смисловому рівні – тимчасово втрачається здатність до пошуку нових життєвих перспектив, погіршується осмислення досвіду, знижується можливість отримувати задоволення від повсякдення; на індивідуально-психологічному рівні переживається розщепленість, порушується цілісність, відбуваються інші деструктивні зміни ідентичності, зменшується потреба у самореалізації, знижується збалансованість, адаптивність.

Соціально-психологічна реабілітація є не пасивною реадаптацією, поверненням людини до колишнього життя, яке було в неї до травматизації. Це радше активізація здатності життєтворення, тобто здатнос-

ті перепроектовувати власне життя та втілювати, реалізовувати ці оновленні проекти в сімейній, особистій, професійній та інших сферах.

Процес реабілітації особистості складається з підготовчого, базисного та підтримувального етапів. На кожному етапі доцільно використовувати певні реабілітаційні технології, що складаються з відповідних технік. Лише органічне поєднання процедурних, технічних моментів реабілітації та ціннісно-смислових аспектів підтримання та відновлення психологічного здоров'я особистості забезпечує послідовне і успішне проходження кожного з етапів.

Технології, які доцільно використовувати на підготовчому етапі реабілітації:

а) технологія подолання недостатньої, чи навіть негативної мотивації щодо власного психологічного здоров'я (техніки активізації бажання самозмін, активізації позитивних спогадів, стимуляції позитивним прикладом);

б) технологія вибудови нових ефективних мотиваторів (техніки мрій про бажане майбутнє, активізації ресурсу подолання перешкод; перших кроків, активізації підтримки оточення)

в) технологія виявлення та активізації сліпих зон уваги стосовно можливостей досягнення психологічного благополуччя (техніки опису власного дня; активізації бажання самозмін);

Технології, які доцільно використовувати на базисному етапі реабілітації:

а) технологія відновлення творчого проектування власного майбутнього за допомогою зважених і відповідальних життєвих виборів (техніки підтримки бажання самозмін, підвищення відповідальності за власне життя, відтермінування задоволень, підвищення інтересу до нового, роботи зі страхами, тренування гнучкості, зміни фокусу автобіографування);

б) технологія апробацій оновленого життєвого проекту за допомогою актуальних і оперативних життєвих завдань (техніки первинного структурування майбутнього, оцінювання наявних обмежень, зважения майбутніх зусиль, своєчасного самоозадачування, редагування власного життєпису, моделювання межі, зміни адресатів, діалогового пошуку подієвих зв'язків);

в) технологія успішної реалізації поставлених завдань за допомогою все більш успішного перепристосування до мирного життя, компетентного практикування (техніки подолання калейдоскопічності

спогадів, зміни масштабів пережитого, спільного бачення життєвої ситуації).

Технології, які доцільно використовувати на підтримувальному етапі:

а) технологія переінтерпретації травматичних спогадів (техніки наративно-ментативного аналізу власного життя, зміни ракурсу, порівняння версій Я-чуттєвого і Я-рефлексивного, фрагментації життєвої історії);

б) технологія вироблення нового ставлення до травми як до ресурсу (техніки психоедукації, інформування про ймовірність посттравматичного зростання, позитивної переоцінки ситуації, перетворення енергії стресу, покращення контактування з оточенням, відновлення здатності до сенсотворення, поглиблення уваги до себе).

в) технологія опосередкованого впливу на особистість через організацію більш екологічного, комфортного, естетичного середовища життєдіяльності (техніка активізації взаємодії людини з природою; техніка зниження тривоги, десенсибілізації, посилення самоконтролю; техніка покращення умов існування).

Реабілітаційні впливи розгортаються у 4-векторній – персонально-інструментально-просторово-часовій площині, в межах якої всі чотири напрями реабілітації мають взаємопідсилювальний вплив:

– у напрямі персонального вектора зусилля спрямовано на відновлення частково втраченої цілісності особистості, її збалансованості, самоврегульованості;

– у напрямі інструментального вектора роботу зосереджено навколо відновлення втраченої самоефективності особистості, її здатності самореалізовуватися у різних видах діяльності;

– у напрямі просторового вектора увагу спрямовано на підвищення комунікативної компетентності особистості, налагодження стосунків, подолання почуття відчуження від оточення, конструктивне розв'язання конфліктів;

– у напрямі часового вектора увагу сконцентровано на ціннісно-смисловій сфері особистості, переоцінці цінностей, активізації пошуку нових життєвих орієнтирів, нових сенсів.

Ресурсами, що забезпечують підтримку і оновлення психологічного здоров'я, виступають:

1) здатність до відновлення втраченої цілісності, вибудови нових життєвих перспектив;

2) здатність до інтенсифікації ціннісно-смислового пошуку особистості як енергетичного двигуна змін;

3) здатність до підвищення самоефективності;

4) здатність до збереження і відновлення значущих стосунків,

5) розвиток вміння приймати і надавати допомогу.

Дослідження співробітників лабораторії соціальної психології особистості Інституту соціальної та політичної психології НАПН України свідчать, що найважливіші аспекти реабілітації в умовах масивної та пролонгованої травматизації, викликаної переживанням подій війни, це:

– оперативне відновлення індивідуально-психологічних, особистісних і соціально-психологічних ресурсів життєздатності;

– регенерація частково зруйнованої ціннісно-смислової структури та активізація тимчасово недієвих ресурсів заради підвищення самоефективності;

– навчання проблемної молоді майбутній професії, стимуляція професійної активності, створення сім'ї, робота у групах взаємодопомоги;

– використання арт-терапії у роботі з внутрішньо переміщеними особами з метою відновлення втраченої особистісної цілісності та неперервності;

– апробація спеціальних реабілітаційних програм для телефону чи планшету, які сприятимуть підвищенню саморегуляції, кращому осмисленню досвіду, побудові планів на майбутнє, залученню до спільнот взаємодопомоги;

– залучення до психологічної реабілітації великих груп людей плейбек-театру як методу покращення самоприйняття, реконструюванню ідентичності, інтеграції травматичного досвіду у цілісну життєву історію.

СТАВЛЕННЯ ДО СПОСОБІВ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ: ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МІЖ СКІЛЛОЮ І ХАРІБДОЮ?

Циганенко Галина Валентинівна,
старший науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, кандидат психологічних наук (Київ)

На початок 2018 року за даними Державної служби у справах ветеранів війни та учасників АТО статус учасників АТО отримали близько 32 тис. осіб. Всі вони мають досвід війни, багато отримали поранення, більше 5-ти тис. мають статус інваліда, серед учасників АТО є і ті, хто були заручниками. Очевидно, що участь у бойових діях змінює людину, і це не лише пов'язано з бойовим стресом і посттравматичним стресовим розладом, як про це масово говорять в ЗМІ, а швидше з тим, що перебування у зоні війни – це важка робота, яка потребує фізичної, тактичної та психологічної підготовки. А повернення на мирну територію, або ж звільнення з військової служби потребує адаптаційного переходу, а іноді й медичної, соціальної та психологічної реабілітації.

Варто визнати, держава взяла на себе зобов'язання забезпечити таку реабілітацію. Прикладом того є постанова від 21 червня 2017 р. № 432, якою Кабінет Міністрів України затвердив порядок організації соціальної та професійної адаптації учасників антитерористичної операції та розпорядження Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 р. № 475-р "Про схвалення Концепції Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадаптації учасників антитерористичної операції на період до 2022 року". Проте, варто визнати, що в реальності, держава таку реабілітацію надає дуже обмежено. За даними DW лише 12 тис. військових за 3 роки отримали психологічну реабілітацію в санаторіях і 27 тис. звернулось протягом 2017 року у центри соціально-психологічної допомоги [1]. Це мізерні цифри, а якщо ще з'ясувати характер і способи цієї реабілітації, то може виявитись не дуже приваблива картина. У більшості випадків санаторії, особливо у контексті соціально-психологічної адаптації і реабілітації, все ще не надають послуги відповідної якості, не відпрацьовані ті способи і форми, які є привабливими для військового і його сім'ї.

Подекуди маємо добрі приклади апробованих форм і способів соціально-психологічної адаптації і реабілітації, які застосовуються недержавними громадськими та релігійними організаціями [2]. Проте, їх діяльність не є систематичною і плановою, і залежить чи знайдені кошти і чи погодились спеціалісти психологи, реабілітологи і абілітологи надати відповідні послуги. Наразі співпраця державної і недержавної сфер є лише в планах. Чи вони зреалізуються, будемо бачити.

Якою ж вона має бути, адаптація і реабілітація військових в уявленнях як самих військових, так і цивільних? Одним із завдань дослідження в рамках проекту "Альтернативи конфлікту та насильству"[5] було з'ясування особливостей ставлення до соціально-психологічної адаптації та реабілітації військових. На якісному етапі дослідження учасники фокус-груп говорили про брак кваліфікованих психологів у армії, які би виконували просвітницьку роботу, а в разі потреби здійснювали психотерапевтичну допомогу. Серед запитів на роботу з психологом найчастіше згадувались: конфлікти у закритих колективах, сімейні конфлікти та знецінюючі реакції цивільних (сприймання військових як кризову групу, з якою треба працювати як "з дітьми"). Названі на якісному етапі дослідження способи реабілітації було використано для кількісного етапу (див. *табл. на стор 124*).

Аналіз результатів дає підстави виділити такі особливості: більшість військових вважає, що психологічна реабілітація потрібна, але варто її надавати за необхідності, для конкретного військовослужбовця. На противагу принципу "потрібності", на якому наполягали військові, 41 % цивільних хотів би бачити обов'язковий формат психологічної реабілітації після завершення служби військового. Ймовірно, ця настанова "коли інший потребує реабілітації" почасти підкріплює уявлення про те, що всі військові хворі, "ненормальні". Це початково є стигматизуюча настанова, яка може провокувати конфлікти. така патологізація може суттєво погіршувати процес адаптації, провокувати спротив та негативні стосункові тенденції зазначених груп.

[5] Соціально-психологічне дослідження включало якісний, на 63 респондентів (31 військовий та 32 цивільних) та кількісний етап, на 1270 респондентів, з них 646 військових (51 %) і 624 цивільних (49 %), здійснювалась з вересня 2016 року по березень 2017 року дослідницькою групою ГО «Психологічна кризова служба «Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій»» за участю О. Кухарук та к. психол. н. О. Овчар під керівництвом к. психол. н. Г. Циганенко. Проект виконано за сприяння канадської неурядової організації Stabilization Support Services та фінансової підтримки Уряду Великої Британії.

Таблиця

Розподіл відповідей на запитання: "Яка психологічна допомога, на Вашу думку, потрібна військовим після участі в бойових діях?" між основними групами респондентів (вибір до трьох варіантів відповідей)

Варіанти відповідей	Групи респондентів	
	військові	цивільні
Ніяка.	11 % *	2 %
Психологічне навчання і підготовка під час служби.	27 %	32 % *
Після участі в бойових діях має бути примусова психологічна реабілітація.	11 %	18 % *
Підготовка до мирного життя перед звільненням з армії.	24 %	28 %
Обов'язкова психологічна реабілітація для всіх після завершення служби.	23 %	41 % *
Психологічна реабілітація для тих, кому вона потрібна.	55 % *	45 %
Робота з сім'ями, дружинами/чоловіками військових.	35 %	39 %
Групи спілкування та взаємодопомоги військових та ветеранів.	23 %	22 %
Ваш варіант напишіть.	2 %	1 %

* – позначено значущі відмінності відсотків на рівні 0,05 і вище.

Дещо загрозливою є тенденція примусовості, але добре, що її прихильників в обох досліджуваних групах не багато. Важливим виявилось питання залучення до психологічної реабілітації членів сім'ї військових. Проте, про таку потребу значуще частіше говорили жінки-цивільні (45 %), а не чоловіки (33 %). Ця тенденція зберіглася і серед військових – відчували потребу в психологічній реабілітації рідних 55 % жінок-військових і 32 % чоловіків-військових. Варто звернути увагу і на таку форму психологічної реабілітації, як підготовка до звільнення. На жаль, вона не здобула значної прихильності як серед цивільних, так і військових. А цей метод у США показав свою ефективність. Оскільки дає змогу перелаштовуватись з військового життя на цивільне – давати собі час на це.

Література:

1. *Климчук О.* Українські ветерани війни на Донбасі: один на один з реальністю [Електронний ресурс] / Олег Климчук. – Режим доступу: https://tinyurl.com/y9knblhu

2. *Миськевич Т.* Реабілітація військових АТО в Україні [Електронний ресурс] / Т. Миськевич. – Режим доступу: http://nbuviap.gov.ua/index.php ?option=com_content&view=article&id=2572:reabilitatsiya-vijskovikh-ato-v-ukrajini&catid=8&Itemid=350

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА КОМБАТАНТІВ: МЕДІАПСИХОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ

Череповська Наталія Іванівна,
старший науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, кандидат психологічних наук (Київ)

Психологічно травмовані в ході війни військові, їхні родини, діти, а також внутрішньо переміщені особи обов'язково мають проходити процедуру відновлення психологічного благополуччя. При цьому важливо знати, що окрім фізичної, медичної, психолого-психіатричної, соціально-побутової реабілітації, також існують допоміжні способи у подоланні різних форм стресового стану. Так, психосоціальна підтримка має на меті надання допомоги постраждалим як у матеріально практичному, інформаційному, так і в емоційному планах. Зокрема, емоційна, ментальна підтримка комбатантів спрямована на стабілізацію їхньої емоційної сфери, підвищення саморегуляції, поліпшення внутрішнього стану загалом. Психосоціальна підтримка певних груп суспільства, травмованих війною, не є спеціалізованою (наприклад, як медична чи психіатрична допомога) і включається до послуг гуманітарної підтримки як такої [1; 2]. Вона може бути складовою роботи практичних психологів, капеланів, психологів-волонтерів, соціальних працівників тощо. Якщо потреба у здійсненні емоційної, ментальної підтримки травмованих війною комбатантів та інших груп наших громадян не викликає сумніву, то проблема недостатньої розробленості дієвого практичного інструментарію в цій галузі теж є не менш очевидною.

Ми вважаємо, що медіапсихологія, як нова гуманітарна галузь, може надати саме й новий формат психосоціальної підтримки для постраждалих від воєнних дій. Саме застосування медіапсихологічних ресурсів у роботі з комбатантами стане не тільки ефективним засобом оптимізації внутрішнього стану ветеранів війни, розв'язання ними внутрішніх проблем, поліпшенню саморегуляції щодо адаптації в соціумі, а й превентивним засобом порушень психічного здоров'я військовослужбовців.

Медіапсихологічні ресурси в роботі з комбатантами умовно можна розподілити за такими складовими: медіадидактичний ***відеоматеріал*** (що?), ***цілі*** його використання (для чого?), ***способи опрацювання*** медіаконтенту відповідно поставленим цілям (як?). Отже, розглянемо більш детально.

1. Медіадидактичний відеоматеріал становить різні формати медіапродукції: від фрагментів теленовин, аналітичних програм, пропагандистських постів, роликів, документальних фільмів до художніх стрічок короткого і повного метру.

Нами було здійснено аналіз воєнного медіаконтенту у форматі художніх стрічок, які презентують суспільству драматизм психології воїна в умовах навчання, бойових дій, інтенсивних негативних впливів на нього в умовах війни, а також соціальні, психологічні проблеми ветерана після повернення до мирного життя. Результати аналізу понад 30 стрічок воєнної тематики показали, що за критерієм ймовірного психологічного впливу на глядача їх можна класифікувати за трьома основними видами: *фільми-ресурси, фільми-ризики, нейтральні.* У реалізації емоційної підтримки комбатантів класифікація допомагає психологу обирати з зазначених видів медіаконтенту саме той, який відповідає поставленій меті.

2. Використання фрагментів новинного, інформаційного документального, художнього воєнного медіаконтенту у процесі психосоціальної роботи з комбатантами передбачає три напрями роботи і відповідно три різні цілі. Це:

1) ***розвиток медіаграмотності*** комбатантів і критичного мислення у тому числі, як профілактики деструктивних інформаційних впливів медіа: психологічної протидії пропаганді, маніпуляціям, фейковій інформації;

2) ***поширення психоедукації*** як психологічної просвіти щодо кращого розуміння комбатантами власного психологічного стану піс-

ля перенесеного стресу; психоедукація здійснюється за допомогою відеоматеріалів: "нарізок" з фільмів, відео – усього того, що наочно ілюструє і полегшує сприйняття і засвоєння інформації про ознаки ПТСР, перебіг травми, шляхи її подолання;

3) ***навчання елементам самодопомоги*** для покращення власного психологічного стану за допомогою застосування художнього медіаконтенту та ретельного опрацювання сприйнятого; аналіз емоцій і поведінки кіногероя, мисленнєве проживання його життєвого шляху і співставлення зі своїм досвідом дозволяє комбатантам розв'язувати власні проблеми і будувати власний життєвий шлях після травмівного стресу [4].

3. Опрацювання сприйнятого медіаконтенту здійснюється у форматі цілеспрямованої групової роботи. Поширеним способом організації такої роботи є методика "Медіаклуб". Доробком автора стала модифікація зазначеної методики, яка полягає у розширенні і поглибленні її процесуальної частини [3]. Так "традиційний" і "рольовий" формати було доповнено "інтерпретаційним", "ідентифікаційним", "стопкадр", "ілюстративним" різновидами. Головною перевагою медіаклубу є його етап спільного обговорення фільму в групі, під час якого кожен з учасників може висловити свою думку, почути думку іншого, подивитися на свою проблему з іншого боку, планувати і вибудовувати своє майбутнє.

Психосоціальна підтримка за допомогою медіапсихологічних ресурсів потребує подальших розробок і вдосконалення існуючих. Проте, вона вже є ефективною для оптимізації внутрішніх станів комбатантів і досить привабливою в роботі для психологів, які з ними працюють.

Література:

1. *Вознесенська О. Л.* Арт-терапія у подоланні психічної травми: практичний посібник / Олена Вознесенська, Марина Сидоркіна. – К. : Золоті, ворота, 2015. – 148 с.

2. Матеріали конференції "Проблеми психосоціальної підтримки та психологічного супроводу ветеранів війни та цивільних, які постраждали через збройний конфлікт" / Національний університет "Києво-Могилянська академія" (НаУКМА), Національна компанія адвокації за права ветеранів (USAID). – Київ, 24-25 березня 2017 року. – С. 5, 8.

3. *Череповська Н. І.* Медіаосвітні ресурси розвитку патріотизму і критичного мислення молоді : навчально-методичний посібник / Наталія Іванівна Череповська. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2017. – 156 с.

4. *Череповська Н. І.* Психосоціальна підтримка комбатантів за допомогою медіапсихологічних ресурсів. – [Електронний ресурс] / Н.І. Череповська // Матеріали І Всеукраїнської наукової конференції "Медіатравма в умовах інформаційної війни: психологічний та педагогічний аспекти" (м. Київ, 20–21 червня 2017 р.) // mediaosvita.org.ua. – Режим доступу до ресурсу: http://mediaosvita.org.ua/book/cherepovska-n-i-psyhosotsialna-pidtrymka-kombatantiv-za-dopomogoyu-mediapsyhologichnyh-resursiv/

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ БО "СЕРЦЕ ВОЇНА" ЗА МЕТОДОМ ПСИХОФІЗИЧНОЇ ПРОГРАМИ "SOMA SYSTEM"

Чернуха Наталія Олександрівна,
Психолог, реабілітолог в тілесно-орієнтованому напрямку
БО "Серце Воїна" (Київ)

З 2015 року БО "Серце Воїна" займається реабілітацією ветеранів АТО, членів їх сімей, волонтерів та громадян, тимчасово переміщених з територій окупованого Донбасу.

У 2015-16 роках робота проходила наступним чином, ми набирали групу з 15–20-ти осіб, яка проходила через піврічну відновнувальну програму, по системі бодінамікі "Шокова травма". Паралельно, в цю реабілітацію входили заняття за методом американського вченого, засновника БО "Серце Воїна", Романа Торговицького, Soma System! Реабілітація складалася з 4 модулів по 7 днів, які проводилися з перервою на місяць. У період між модулями, хлопцям давалися домашні завдання як по основній програмі так і по вправам Soma System!

В одній такій групі, було 5 ветеранів з Харкова. Вони регулярно, раз на тиждень, зустрічалися і займалися тільки вправами за системою Soma System. По завершенню, програми реабілітації, пройшовши всі тести, результати цих хлопців, а це ⅓ всієї команди, були набагато вище за всіма показниками тестування!

Завдяки такому досвіду, команда БО "Серце Воїна", переорієнтувала свою програму відновлення учасників АТО і членів їх сімей на роботу за методом Soma System!

В 2017 році, БО “Серце Воїна” стала партнером мультимедійного проекту “Переможці” і надбала нового досвіду відновлення ветеранів АТО з ампутаціями кінцівок.

У програму Soma System входить теоретичний матеріал:

– як стрес виробляє фізіологічні зміни в тілі;

– взаємозв’язок м’язової напруги, безсоння, роздратування і, як наслідок, конфлікти з оточуючими.

Далі, ми навчаємо людей самостійно працювати зі своїм тілом:

– знаходити в тілі тригерні точки;

– делікатно працювати з чуттєвими зонами і вивільняти з них напругу;

– позбавлятися від болю в тілі;

– спостерігати за тілесними відчуттями;

– пробуджувати тілесну усвідомленість, тобто відслідковувати найменші імпульси і слідувати за ними.

Як це працює?

– У всіх вправах Soma System є як фізична складова так і психологічна. Головне – тренер дає чіткі інструкції до виконання вправ і весь час розставляє потрібні акценти психологічного характеру.

– Учасники, слідуючи чітким інструкціям, за допомогою спеціальних інструментів Soma System, самостійно працюють з м’якими тканинами тіла, знаходять тригерні точки і шляхом комфортного тиску, яке вони вибирають самі, і правильного дихання, розслаблюють спазмовану точку, і тим самим вивільняють “затиснуту” в ній енергію.

– Для того щоб вміти знайти ту саму чуттєву (тригерну) точку, людина повинна повністю спрямувати всю свою увагу (а значить і думки і свідомість) на відчуття, яке виникає в конкретній точці тіла, в даний момент часу. Уже в цей момент, людина повністю йде з розумового процесу, який викликає у нього емоційне перенапруження, в конкретне тілесне спостереження. Фактично, він навчається жити ТУТ І ЗАРАЗ!

– Потім, в наступний момент, переставляючи Soma м’ячик в наступну точку, він відстежує нові відчуття і порівнює їх з попередніми. Саме в порівнянні, в різниці відчуттів, можна зрозуміти яка точка більш-менш чуттєва і, визначити, тим самим, проблемну зону.

– Знайшовши таку чуттєву зону, людина має можливість самостійно відрегулювати (змінити) тиск в ній і послабити або посилити

його до приємного болю. І Вже в цей момент він робить ще дуже важливу для себе дію – він бере під контроль свій фізичний стан, впливає САМ на свої зміни – "бере своє життя в свої руки"!

Наступний крок – він залишається в чуттєвій зоні, з комфортним тиском і починає правильно, рівно і глибоко дихати. Видих – в два рази довше ніж вдих. Дихання по трикутнику давно практикується для зниження активності симпатичної нервової системи, а тут воно відіграє подвійну роль, допомагаючи розслабити м'язову напругу і послаблюючи нервову. Таким чином, система Soma System знижує роботу симпатичної нервової системи і підвищує активність парасимпатичної нервової системи.

В результаті занять, учасники позбавляються від конкретних індивідуальних болей, тому що кожен з них працює над власними тригерними точками; розслабляє нервову систему, шляхом правильного дихання і розслаблення м'язової напруги; пробуджують тілесну чуттєвість. Протягом дуже короткого часу, при регулярних заняттях, відновлюють сон.

Вони стають набагато спокійніше і, завдяки цьому, зменшується конфліктність з близькими та рідними.

РОБОТА З ТРАВМАМИ ВІЙНИ. УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД

Перша всеукраїнська
науково-практична конференція
(Київ, 2018)

КОНЦЕПЦІЇ МАЙСТЕР-КЛАСІВ

БІОСУГЕСТИВНА ТЕРАПІЯ У ВІДНОВЛЕННІ УЧАСНИКІВ АТО І ЧЛЕНІВ ЇХНІХ РОДИН

Волошин Володимир Миколайович,
психолог реабілітаційного відділення
при Інституті медицини праці НАМН України,
Центрального військового шпиталю,
HealthRight International (Київ)

На даному майстер класі ви можете на власному досвіді переконатись в оздоровчо-лікувальному ефекті БСТ.

Мета. Корекція психологічних порушень, соматоформних і психосоматичних розладів: безсоння, головна біль, хронічна втомлюваність, роздратування, тривога, панічні атаки, порушення у роботі серцево-судинної системи і шлунково-кишкового тракту.

Матеріали. Комфортне приміщення, 8 стільців.

Кількість учасників – 8 чоловік.

Тривалість майстер-класу – 40 хв.

Метод Біосугестивної терапії (БСТ) є швидким і ефективним засобом корекції психологічних, соматоформних і психосоматичних порушень. Автором методу є лікар психотерапевт, громадський діяч, письменник О. Стражний. О. Стражний займається терапією в країнах західного світу, переважно в Угорщині, де знаходиться його власна клініка.

З часу створення, близько 20 років тому, лікування БСТ успішно пройшли понад 20.000 людей.

В Україні метод БСТ рекомендовано для корекції психологічних, соматоформних і психосоматичних порушень Кризовим центром медико-психологічної допомоги Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України і Лігою психіатрів, психотерапевтів, наркологів, неврологів і психологів України у Донецькій області.

Процес терапії методом БСТ.

Стандартний курс БСТ складається з 8 психотерапевтичних сесій, як індивідуальних, так і групових.

Кожна сесія вміщує три частини: 1) індивідуальна бесіда з клієнтом, 2) групова бесіда з клієнтами (в разі групової терапії), 3) психотерапевтичний сеанс.

Для групової сесії оптимальна кількість учасників – 8 чоловік. Загальний час сесії складає – 40-45 хвилин.

1) Індивідуальна консультація з клієнтом націлена на корекцію акцентів сприйняття людиною своєї ситуації і своїх психологічних, соматоформних і психосоматичних порушень. Переконання: "В мене дуже-дуже велика проблема", трансформується на: "В мене є певні життєві питання, які треба вирішувати". Переконання: "Я дуже хвора людина", коригується на: "Так, ви людина хвора, але це не означає, що ви маєте нею залишатися все своє життя". "Ніхто не може мені допомогти", замінюється на "З будь-якої ситуації є вихід, і мінімум два".

2) Групова бесіда з клієнтами (в разі групової терапії). Цілю виступає запуск позитивної індукції, клієнтами, які відвідали декілька сесій.

3) Біосугестивний сеанс – це ведення психотерапевтом клієнта чи клієнтів у стан легкого трансу.

Сеанс БСТ відбувається за канонами класичної сугестивної терапії з двома модифікаціями.

1. Текст сеансу БСТ записується попередньо в студії. Перевагою аудіозапису є те, що сеанс записується тоді, коли терапевт знаходиться в оптимальному стані.

2. Під час сеансу терапевт у певному ритмі торкається тіла клієнта (клієнтів). За допомогою тілесної інтервенції увага клієнта акцентується на тій ділянці тіла, про яку в даний час йде мова (лоб, шия, грудна клітина, живіт, тощо).

Переваги Біосугестивної терапії

1. Висока ефективність. Тією чи іншою мірою позитивно реагують на терапію 95 % пацієнтів. Не відбувається ніякого покращення стану здоров'я лише у 5 % людей.

2. Більшість пацієнтів відчувають позитивні зміни у своєму самопочутті вже після 1-2 сеансу.

3. Для досягнення максимально можливого результату треба, як правило, не більше 8 сеансів.

4. Відбувається активізація вентрального вагуса.

5. Робота з групою дає можливість терапевту за робочий день прийняти більшу кількість клієнтів.

Література:

1. *Стражний О.* Болезни, в которые играют люди / О. Стражний. – Х. : КСД. – 2018. – 320 с.

2. *Марчант Дж.* Сила самонавіювання як наш розум впливає на тіло наука і вимисел / Джо Марчант. – К. : Азбука, 2016. – 352 с.

КРИЗОВА СИТУАЦІЯ ЯК МОЖЛИВІСТЬ ДЛЯ ОСОБИСТІСНОГО ЗРОСТАННЯ

Волошин Володимир Миколайович,
психолог реабілітаційного відділення
при Інституті медицини праці НАМН України,
Центрального військового шпиталю,
HealthRight International (Київ)

Ми досить часто чули, що кризова ситуації – це величезний ресурс для розвитку. На майстер-класі ми практично відчуємо, усвідомимо наш ресурс.

Мета. Усвідомлення та конструктивна інтеграція досвіду пережитої кризової ситуації.

Матеріал. МАК COUPE, аркуш паперу – А-1, фарби, кольорові олівці, малярська стрічка.

Тривалість майстер-класу – 1 година.

Кількість учасників – 8 людей.

Кожна кризова ситуація має декілька сторін, мінімум дві: негативну і позитивну. На перший погляд нам важко погодитися з таким твердженням. Як незданий іспит чи розбитий автомобіль, чи пожежа в будинку можуть мати для нас позитивні наслідки?

З одної сторони кризова ситуації змінює звичний для нас образ життя, може вибити нас з колії. З іншої – вона може сприяти процесам особистісного зросту.

На створення даної техніки надихнула вправа з метафоричними асоціативними картами (МАК) COUPE "Ріст після руйнування" і проходження навчання в Всеукраїнській громадській організації "Арт-терапевтична асоціація", яку очолює О. Вознесенська.

Стисло інформація по вправі "Ріст після руйнування". Матеріал МАК COUPE. Психолог пропонує клієнту взяти колоду МАК "лицем"

до низу, перемішати і розділити на чотири частини. Далі клієнт пригадує кризову ситуацію зі свого життя і відкриває по одній верхній карті з кожної купки. Перша карта символізує відповідь на питання: "Що ви втратили в кризовій ситуації?". Друга карта – "Чим ви були готові пожертвувати в кризовій ситуації?". Третя карта – "Що ви набули в кризовій ситуації?". Четверта карта – "Які ресурси ви хочете отримати в результаті пережитої кризової ситуації?". Якщо однієї карти недостатньо клієнту для відповіді, чи карта не відповідає переживанням клієнта, можливо відкривати додаткові карти з відповідної купки.

Одним із головних матеріалів для техніки "Кризова ситуація як можливість для особистісного зросту" була вибрана колода МАК COUPE. Пояснень даного вибору є декілька.

По перше, робота з МАК базується на явищі проекції, згідно розуміння підсвідомого в психоаналітичній теорії. Завдяки механізму проекції, людина неусвідомлено приписує зовнішньому світові (істотам, предметам) свої власні почуття думки, риси характеру тощо. Крім цього, завдяки проекції, можливо перевести з підсвідомого клієнта поведінкові патерни, витіснені переживання, спогади, досвід на рівень свідомості.

Іншим важливим механізмом у роботі МАК є явище ідентифікації. Ідентифікація може бути як ототожнення об'єкта з подібними (клас, ряд тощо), так і ототожнення себе з кимось або чимось. В більшості випадків явище ідентифікації запускає механізм асоціацій. Асоціація – тимчасовий закономірний зв'язок у досвіді індивіда між двома змістами свідомості (відчуттями, уявленнями, почуттями тощо), який виражає себе в тому, що поява в свідомості одного зі змістів провокує появу іншого явища.

По друге, МАК COUPE були створені спеціально для роботи зі стресом, травмою, кризовими ситуаціями. Основу створення даної колоди складає чотири принципи: 1) принцип нормалізації, 2) принцип набуття навиків самовладання, 3) принцип самовираження, 4) принцип створення особистої території видужання. Дані принципи допомагають людині прийняти і інтегрувати все те що відбулось в минулому і створити сприятливі умови для руху в майбутнє.

Кризова ситуація як можливість для особистісного зросту.

Мета. Усвідомлення та конструктивна інтеграція досвіду пережитої кризової ситуації.

Матеріал. МАК COUPE, аркуш паперу – А-1, фарби, кольорові олівці, малярська стрічка.

Хід вправи.

1. Клієнт бере колоду МАК COUPE "лицем" до низу і перемішує.

2. Клієнт пригадує кризову ситуацію зі свого життя, при згадці про котру не відчуває сильних негативних емоцій (SUD до 5).

3. Клієнт витягує з колоди та перевертає три карти.

4. Кожна карта символізує відповідь на питання: "Що ви набули в кризовій ситуації?" Клієнт розповідає про своє надбання в кризовій ситуації по кожній карті.

5. Після завершення обговорення про надбання, клієнт таким самим чином витягує ще три карти.

6. Кожна карта символізує відповідь на питання: "Як надбання з кризової ситуації можна втілити в своєму житті?" Клієнт здійснює розповідь по кожній з карт.

7. Клієнт розташовує на аркуші папера А-1 6 МАК COUPE за допомогою малярської стрічки і створює карту чи картину "Мій розвиток". По бажанню клієнта МАК COUPE можуть бути розташовані білля аркушу паперу А-1.

8. Клієнт відклеює МАК COUPE з поверхні паперу і зафарбовує виниклі пусті місця.

9. Клієнт складає розповідь по своїй карті чи картині "Мій розвиток".

При роботі з клієнтами, у яких діагностується високий рівень тривожності, працюємо лише з "відкритими" МАК – "лице" завжди догори.

Література:

1. *Малкіна-Пих І. Г.* Психологічна допомога в кризових ситуаціях / І. Г. Малкина-Пих – М. : В-цтво Ексмо. – 2005. – 960 с.

2. *Попова Г.* Метафоричні асоціативні карти у роботі практичного психолога: методика і практика / Г. Попова, Н. Милорадова. – Х.: ФЛП Бровін А. В., 2016. – 224 с.

3. *Тарабрина Н. В.* Практикум по психології посттравматичного стресу \ Н. В. Тарабрина – СПб.: Пітер. -2001. – 272 с.

4. Інструкція до метафоричних карт видавництва OH Verlag, Moritz Egetmeyer www.OH-Cards.com

ПРЕКРАСНІ МИТТЄВОСТІ – ШЛЯХ ДО ПОЗИТИВНОГО СВІТОБАЧЕННЯ

Гундертайло Юлія Данилівна,
співзасновник ВГО "Арт-терапевтична асоціація", молодший науковий співробітник Інституту соціальної НАПН України, професійний член ГО "Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій", волонтер Психологічної Кризової Служби, волонтер "Армії спасіння", керівник проекту соціально-психологічної адаптації для ВПО "Нові кияни" (Київ)

Травмівні події, що відбуваються останнім часом в Україні, часто звужують бачення людей, особливо тих, що безпосередньо стикнулися з драматичними переживаннями – своїми чи чужими. Тому, на наш погляд, важливо у контексті психологічної допомоги, розкривати їм інші перспективи, що також присутні у їх житті, однак не усвідомлюються.

Міжнародна практика психологічної допомоги опирається у своїй діяльності в першу чергу на поняття, що визначені у Міжнародній класифікації хвороб МКБ-10 [17] (на неї більше опираються в Європі) та *DSM-IV* [21] (**D**iagnostic and **S**tatistical **M**anual of mental disorders*)*, що використовується у США.

Тому для того, аби орієнтуватися в дискурсі щодо травмівних подій, важливо описати основні робочі поняття, важливі у даній темі.

Отож, ***травматичні ситуації*** розділяють на два види. Перший вид – ***короткострокова, несподівана травматична подія***. Це може бути непередбачувана ситуація, як от насильство, природні катастрофи, ДТП, снайперська стрільба. ***Серійна травматизація або пролонгована травмівна подія*** – постійний і повторюваний вплив травматичного стресора, наприклад, повторюване фізичне або сексуальне насильство чи бойові дії. Українці живуть у стані ***пролонгованої травматизації***, так як військові дії та окупація певної частини держави продовжується, тому практично щодня суспільству й окремим людям доводиться стикатися з болісними переживаннями.

Вторинна травматизація виникає в результаті негативних реакцій оточуючих людей, медичного персоналу та працівників соціальної сфери. Негативні реакції проявляються в ***запереченні*** самого факту травми, зв'язку між травмою і стражданнями індивіда, обвинуваченні

і навіть зневажанні жертв, відмову у наданні допомоги. Вторинна травматизація також може виникати в результаті ***гіпероніки*** постраждалих, навколо яких створюють "травматичну мембрану", яка відгороджує їх від зовнішнього світу, виводячи з-під переживань повсякденного життя. Тому важливо провадити профілактику вторинної травматизації за рахунок психоедукації у цілому суспільстві, так і у рамках підготовки персоналу (медичного, сестринського, соціальних службах).

Відразу після події і до 2-х днів після події стан людини описують як ***гостра стресова реакція***. Вона є транзиторною (перехідною) реакцією на особливо виражені соматичні або психічні стресові фактори. Її перебіг, як правило, включає два етапи. На початковому етапі спостерігається стан розгубленості, що характеризується дезорієнтацією, звуженням сприйняття і уваги. В подальшому розвивається тривога, паніка, вегетативно-соматичні симптоми, злість, відчай або ступор. У більшості випадків симптоми розвиваються протягом декількох хвилин, і їх вираженість зменшується через 24-48 годин. У цей час особи, що пережили травмуючі ситуації, потребують першої психологічної допомоги, що фокусується на емоційній стабілізації та відновленні когнітивної неперервності. Людям важливо донести пояснення про те, що з ними відбувається, нормалізувававши реакції.

Гострий стресовий розлад – це розлад що триває більше 2-х днів (до 4-х тижнів) і супроводжується диссоціативними симптомами. Дисоціацію визначають як порушення інтеграції сприйняття навколишнього, свідомості, пам'яті, власної ідентичності. Дані симптоми включають відчуття відгородженості і втрати зв'язку з реальністю, нечутливість, дереалізацію, деперсоналізацію і диссоціативна амнезію. Більшість людей здатні самостійно подолати виникаючі переживання, однак від 3 до 10 % (за різними оцінками) постраждалих потребуватиме невідкладної і потім тривалої психотерапевтичної допомоги. Переживання травмівної події не завжди призводить до *травми* – індивідуальної реакції на трагічні або надзвичайно значущі для особистості події, що викликає надмірне психічне напруження і наступні негативні переживання, які не можуть бути подолані самостійно і викликають стійкі зміни стану і поведінки. Участь (чи спостереження) у тій чи іншій катастрофічній події є необхідною, але ***недостатньою умовою для психічної травми***.

Важливим фактором прогнозу розвитку розладів після травматичної події є ***здатність відчувати позитивні емоції***. Американська

дослідниця Fredrickson BL. [4, 5, 6] створила теоретичну концепцію позитивних емоцій "Broaden-and-Build". Дана теорія підкреслює здатність позитивних емоцій розширювати репертуар поведінкових реакцій в критичних ситуаціях. Автор стверджує, що здатність відчувати позитивні емоції може бути фундаментальною для підтримки психологічної стійкості і пружності. Для обґрунтування теоретичних припущень в одному з досліджень було використано, окрім вербальних тестів, психофізіологічні вимірювання [4]. Було доведено, що досвід позитивних емоцій дозволяє проявити креативність в кризових ситуаціях, та сприяє легшому поверненню до стабільного емоційного стану після стресових навантажень. Дослідження, що були проведені до терористичної атаки 11 вересня, та після неї демонструють, що здатність переживати позитивні емоції є фактором для підтримки психологічного благополуччя навіть в умовах терористичних загроз. Отож автори пропонують використовувати позитивні емоції в якості профілактики стресових реакцій [5]. Для розвитку цього навику Fredrickson BL. вивчала вплив медитації люблячої доброти на здатність відчувати позитивні емоції. В результаті 7ми тижнів практики цього виду медитації, кількість позитивних емоцій в повсякденному житті зростала, рівень депресії знижувався. Також відмічено розвиток особистісних ресурсів учасників експерименту [6].

В нашій практиці ми створили арт-терапевтичну техніку "Прекрасні миттєвості". Людину щодня оточує багато краси, але вона лише зрідка на цьому зосереджується. Техніка передбачає попередню релаксацію, візуалізацію переживання, її вимальовування та письмовий опис. Таким чином, вона сприяє "заземленню", повернення до тілесного досвіду та акцент на позитивних емоціях. Техніка може виконуватись як в індивідуальному так і груповому форматі а також включена в життєві практики особистості.

На майстер-класі ми приділимо увагу прекрасним миттєвостям, сфокусуємо на них всі канали сприйняття та поділимося цим безцінним досвідом у групі.

Література:

1. *Гундертайло Ю. Д.* Потенціал арт-терапевтичних технологій відновлення життєвої неперервності переселенців / Ю. Д. Гундертайло // Простір арт-терапії: Зб. наук. ст. / УМО, 2016, ГО "Арт-терапевтична асоціація", 2016; Редкол.: Лушин П.В., Чуприков А.П. та ін. – К.: Золоті ворота, 2016. – Вип. 2 (21). – С. 21-30.

2. *Гундертайло Ю. Д.* Використання арт-терапевтичних методів для накопичення ресурсів особами, що пережили травматичні події / Ю. Д. Гундертайло // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей за матер. однойменного укр.-пол. наук. семінару (м. Київ, 20–21 червня 2015 р.) / Ін-т соц. та політ. психології НАПН України ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр ; [наук. ред. Т. М. Титаренко]. – К. : Міленіум, 2015. – 150 с. – С. 57–67.

3. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). – Електронне джерело. – Режим доступу: // http://mkb-10.com/.

4. *Fredrickson B., Tugade L.; Michele M.; Waugh, Christian E.; Larkin, Gregory R.* What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resiience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001.|Journal of Personality and Social Psychology, Vol 84(2), Feb 2003, 365-376. // Режим доступу: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755263/.

5. *Fredrickson B.; Cohn, M., Coffey A.;, Kimberly A.; Pek, Jolynn; Finkel, Sandra M.* Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources.//Journal of Personalty and Social Psychology, Vol 95(5), Nov 2008, 1045-1062. http://dx.doi.org/10.1037/a0013262// Режим доступу : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156028/.

6. *Fredrickson BL.* The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. American Psychologist. 2001; 56: 218–226. [PMC free article] [PubMed] //Режим доступу : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122271/.

АЛГОРИТМ РОБОТИ З ВТРАТАМИ

Дичковська Галина Орестівна,
психотерапевт Української спілки психотерапевтів в методі позитивної психотерапії,
кандидат філософських наук, доцент (Івано-Франківськ)

Даний алгоритм роботи з втратами сформувався на основі психотерапевтичних інструментів позитивної психотерапії, концепції архетипів К. Г. Юнга та аналізу архаїчних народних українських традиційно-ритуальних психотерапевтичних практик.

Людське життя, на жаль, пов'язане із втратами. Від найдавніших часів людям доводилося переживати найрізноманітніші втрати, одна з найболючіших – смерть рідних і близьких. Закономірно, що суспільство виробило механізми, які дозволяли психіці справлятися із цими складними ситуаціями. Більшість таких механізмів було введено в ритуальну практику та в тій чи іншій формі вони відігравали психотерапевтичну функцію. Практики мають давній, дохристиянський характер. Атеїстичні та формально-християнські тенденції протягом століть знищували цей цінний психотерапевтичний пласт української культури. Однак спорадичні залишки дають змогу відтворити і використати їх через призму сучасного наукового психотерапевтичного підходу.

В багатьох регіонах України досі на побутовому рівні можна сказати я пішов "за грибами, за сусідом, за макаронами". Але жодним чином і ніяк не можна сказати "пішов за водою". Таке висловлювання викликає гостру неприязнь і моментальне виправлення: "не ЗА водою, а ПО воду". Люди ретельно відслідковують цю мовну конструкцію і швидко її коректують, хоч, в більшості, не розуміють суті своїх висловлювань та зауважень.

Справа в тому, що дана мовна конструкція відображає давній спосіб поховання. Коли померлого клали в човен і відпускали "за водою", за течією. Наші південно-орієнтовані річки несли човен у "ирій" – вирій, рай. Піти "за водою" означало піти з цього світу, зникнути.

Архетипічна структура "відпускання човна в рай" є для українського регіону смислово значуща і через своєрідну предметну метафоричність дає змогу людині прожити і пережити "відпускання" втрати.

Алгоритм роботи включає в себе:

а) визнання і усвідомлення свого стану, пов'язаного із втратою;

б) визнання і усвідомлення тих потреб, які були задоволені в клієнта за допомогою людини (ситуації), яку втрачено;

в) визнання безповоротності втрати, символічне "відпускання" втраченого;

г) визнання необхідності задоволення цих потреб, незважаючи на втрату;

д) прийняття інших людей і іншого способу задоволення своїх потреб.

Метафорична символіка "за водою" передбачає відпускання "човна із втраченим" за течією, що може бути здійснено в арт-практиці, в медитації чи при взаємодії із реальною водоймою.

Проти течії, коли людина бачить воду, що пливе до неї, може бути здійснене прийняття майбутнього і власних потреб.

Проведення практики вимагає дуже високого рівня коректності і обережності, в силу того, що зачіпає дуже болючі моменти із життя людини.

ТЕХНОЛОГІЇ ВИКОРИСТАННЯ ПАРАДОКСАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ У ВІДНОВЛЕННІ ОСОБИСТОСТІ, ЯКА ПЕРЕЖИЛА НАСЛІДКИ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ

Лазоренко Борис Петрович,
провідний науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології НАПН України,
член ВГО "Арт-терапевтична асоціація",
ГО "Асоціація політичних психологів України",
Асоціація медичної та психологічної реабілітації,
Товариства конфліктологів України,
кандиат філософських наук, доцент (Київ)

Відновлення особистості, яка пережила наслідки травматичних подій є актуальним завданням сьогодення в умовах продовження військової агресії Росії проти України. Серед традиційних психотерапевтичних напрямів для вирішення цього завдання найбільш ефективними, з нашого досвіду, є ті технологічні підходи, які використовують психотравму як ресурс особистісного зростання.

Спираючись на досвід надання психологічної допомоги та соціально-психологічного супроводу людям, які живуть з ВІЛ/СНІД, а також досвід волонтерської роботи з учасниками революції гідності, нами була розроблена авторська методика спонтанно-конструктивного переживання і засвоєння негативних станів, їх трансформації у позитивний особистісний досвід. Ця методика була також використана при проведенні Школи соціально-психологічної допомоги ветеранам АТО, членам сімей загиблих, ВПО та волонтерам на базі Чернігівського національного технологічного університету (спільно з К. О. Кальницькою). Дана методика базується на механізмі парадоксальної реакції, який свого часу використовував засновник логотерапії В. Франкл у своїй методиці парадоксальної інтенції.

На наш погляд, важливою особливістю психотравми є те, що у взаємодії особи із зовнішньою стресовою подією, викликаний останньою негативний стан не сприймається особою як свій власний, а проектується на зовнішній стресовий чинник і ототожнюється з ним. Вихідним у використанні посттравматичних стресових станів, як ресурсів відновлення особистості, є їх сприйняття як сторін власних внутрішніх субособистісних конфліктів між позитивним "захисником" і негативним "ворогом", якого вона намагається всіляко позбутись у будь-який спосіб.

Відновлення цілісності особистості здійснюється відповідно до певного алгоритму, який складається з декількох кроків. Першим кроком є застосування технології розмежування зовнішнього ворожого впливу і внутрішньої закономірно негативної реакції на цей зовнішній нищівний вплив, допомога особистості в усвідомлені позитивного, захисного для неї характеру своєї реакції. Це не просто "нормалізація" негативної реакції, а її вітання, як вітальної, екзистенційно позитивної, життєзберігаючої рятівниці.

Другий крок – це обернення попереднього наміру позбутись своєї негативої реакції, на протилежний – на її сприйняття як своєї "рідної захисниці" з миром, повагою, вдячністю і надією на відновлення власної особистісної цілісності.

Наступний крок полягає у проживанні цієї негативної реакції такою як вона є у щирості наміру саме прийняти її і зжитися з нею як близькою і рідною фігурою, а не позбутись її як непотрібу. При цьому застосовуються дихальні психотехніки, за допомогою яких утримується контакт із негативним станом, регулюється глибина і інтенсивність його проживання, здійснюється внутрішній контроль та регуляція процесу.

Серед прикладів негативних реакцій і станів поширеними є страх, тривога, образа, злість, агресія, ненависть, сором, розпач, ступор розчарування, розгубленості, покинутості, самотність біль, тощо. Під час їх сприймаючого проживання ці стани поширюються, втрачають свою інтенсивність, зменшуються і трансформуються в інші стани. У цьому процесі важливо слідувати за спонтанним перебігом зміни станів і приймати їх такими, якими вони будуть проявлятися і тілесно, і емоційно до їх завершення позитивними станами, такими як умиротворення, доброзичливість, легкість, свобода, впевненість, сила, які засвоюються як власні ресурси подальшого особистісного зростання.

Завершальним кроком відновлення цілісності особистості є технологія укорінення і застосування здобутих позитивних станів у формі міні тренінгів та домашніх завдань як базових для її комунікації з близьким та зовнішнім соціальним оточенням на даному етапі життя.

Важливим аспектом алгоритму відновлення особистості є прийняття до її уваги можливості рецидивів проявів негативних станів, які потребують відповідного їхнього опрацювання за цією ж методикою.

Література:

1. *Лазоренко Б. П.* Парадоксальна реакція в соціально-психологічних технологіях опанування психотравми та ПСТР / Б. П. Лазоренко // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей укр.-пол. наук. семінару (Київ, 20–21 червня 2015 р.) / Ін-т соц. та політ. психології НАПН України ; Представництво Польської АН у м. Києві ; Соц.-психол. методич. реаб. центр ; [наук. ред. Т. М. Титаренко]. – К. : Міленіум, 2015. – 150 с. – С. 68–76.

2. *Лазоренко Б. П.* Технологія реінтеграції та реадаптації особистості, фрагментованої внаслідок психотравматизації / Б. П. Лазоренко // Наук. студ. із соц. та політ. психол. : зб. статей ; [редакційна рада: М. М. Слюсаревський (голова), В. Г. Кремень, С. Д. Максименко та ін.]. – К. : Міленіум, 2017. – Вип. 39 (42). – С. 168–177.

3. *Лазоренко Б. П.* Підвищення адаптивності проблемної молоді в умовах переживання наслідків травматичних подій / Б. П. Лазоренко // Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : методичні рекомендації / НАПН України, Ін-т соц. та політ. психології ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2017. – С. 55–60.

ВПРАВА “СВІТЛО-ТЕМРЯВА” ЯК ОЗДОРОВЛЮЮЧИЙ ЗАСІБ В ПРОЦЕСІ ТВОРЧОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Маслова Віталіна Юріївна,
засновник та голова правління
БО “Міжнародний благодійний фонд “Творча криївка”,
художник, художній терапевт,
автор методики “Творча реабілітація” (Київ)

Основа вправи – рекомендації очільниці художньої школи Ліани Колло Дербуа (Liane Collot d’Herbouis) щодо користі вправляння з передачею дії світла в темряві у художніх вправах.

Ця мистецько-терапевтична школа розглядає світло та темряву як два першопринципа, які в своїй зустрічі створюють кольори. Кожен колір є породженням певного характеру взаємодії світла та темряви, має здорову ситуацію та хворобливі прояви (занадто темний, світлий, брудний, яскравий тощо). Ліана Колло Дербуа пропонує вправи світло-темрява для відновлення розірваного або розвитку існуючого зв'язку між вольовою сферою (пітьма) та сферою мислення (світло). Сфери чуттєвій відповідають кольори. Звісно, темряву чи світло як такі ми не маємо змоги передати на папері чи полотні, бо вони невидимі. Видимими є лише кольори, а чорний та білий – кольорами не є, це скріше символи, які ми використовуємо для образного переживанні світла та темряви.

На реабілітаційних заїздах для бійців, їхніх родин, родин загиблих тощо ми застосовуємо вправи "світло-темрява" як підготовчі, які допомагають подивитися на образотворче мистецтво під іншим кутом, розширити сприйняття мистецтва та його задачі. Терапевтичні задачі за ті 3-4 заняття, які маємо можливість провести, втілити нереально. Але певний гармонізуючий особистість ефект має місце.

Для полегшення реалізації задачі та посилення емоційності через незвичайність та новизну використаних матеріалів, ми виконуємо вправу "світло-темрява" білою пастеллю на чорному папері, з подальшим додаванням незначної кількості інших кольорів.

Починаємо з визначення положення джерела світла на аркуші паперу, обговорюємо властивості світла та починаємо його поширювати, намагаючись гармонійно заповнити простір. Розглядаємо варіанти, коли світла забагато чи замало, важливість плавного переходу від білого до чорного тощо.

Другий крок – поява кольорів в світлі та темряві, перед світлом та за світлом. Знайомство з компліментарними кольорами, які як дві протилежності доповнюють один одного.

Завершальний етап – поява певного мотиву (пейзаж, жанрова сценка тощо), натяку на мотив. В традиціях інтуїтивного живопису ми не маємо жодних очікувань відносно того, які мотиви з'являться на папері, або можливий варіант абстрактної композиції.

Після завершення індивідуальної частини роботи ми оглядаємо та обговорюємо всі роботи, створені в групі (до 6 чоловік). Цей етап є важливим, оскільки дає можливість розширитися від сприйняття власного досвіду до інших варіантів інтерпретації вправи.

Тривалість заняття з групою – 90 хвилин. Декому треба більше, а комусь – менше часу, що вирішується індивідуально.

Часто після виконання вправи "світло-темрява" учасники здивовані результатом, їхні страхи щодо невміння малювати відходять, вони готові до роботи фарбами на картоні чи полотні.

Більшість учасників зазначає, що саме виконання цієї вправи було самим цікавим досвідом під час занять живописом на заїзді.

УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД ЗАХИСТУ ДИТИНИ В МЕДІАПРОСТОРІ: СХЕМА РЕГУЛЯТИВНОГО АКТУ ЩОДО ВИСВІТЛЕННЯ МІЖНАРОДНОГО ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ

Найдьонова Любов Антонівна,
заступник директора з наукової роботи Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, керівник медіапсихологічних досліджень ВГО "Асоціація медіапсихологів і медіапедагогів України", член-кореспондент НАПН України, доктор психологічних наук (Київ)

Протягом понад шість років триває робота психологів у співпраці з Національною радою України з питань телебачення і радіомовлення з налагоження співрегуляції і підтримки саморегулятивних процесів у медіапросторі, пов'язаних із забезпеченням більшої захищеності дитини. 2012 р. створено робочу групу, яка об'єднує фахівців різного профілю – юристів, журналістів, керівників медіагруп, представників медійної громадськості, науковців, які поєднують зусилля заради створення найкращих умов для здоров'я і розвитку дитини, зменшення медіаризиків. У цій робочій групі аналізується міжнародний досвід, вивчаються результати вітчизняних наукових медіапсихологічних досліджень, зокрема тих, що регулярно проводяться лабораторією психології масової комунікації та медіаосвіти Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, окремі з них включено до щорічних звітів Нацради (у 2012 р.).

Разом з тим, легитимізація напрацювань робочої групи відбувалася досить повільно, стикаючись насамперед із складністю процесів узгодження. Це уповільнення відбувається як на вищому законодавчому рівні (приклад – тривалий розгляд законопроекту про аудіовізуальні

послуги), так і щодо прийняття загальноукраїнського етичного кодексу медійників. Тому було висунуто пропозицію, що спиралася на застосування груп-рефлексивних технологій узгодження: було запропоновано форму затвердження актів узгодження на найбільш гострі вузькі теми, які стають саморегулівними актами, що підписуються медійниками як самозобов'язання, і таким чином набувають легитимізації.

Першою було обрано тему висвітлення сексуального насильства над дітьми, та забезпечення захисту дитини, що зазнала такого насильства при залученні її до медіавиробництва, вибір теми було зумовлено кількома прецедентами розгляду цієї теми в ток-шоу протягом 2015-16 р., з явним порушенням прав дитини. Робота над підготовкою акту сприяла підвищенню компетентності медіа в питаннях захисту травмованої дитини.

Наступною темою було обрано питання висвітлення випадків суїцидів, спровоковане телевізійним ажіотажем навколо смертельних квестів "Синій кит" і подібних груп у соціальних мережах. На жаль, висвітлення на телебаченні цієї теми призвело до лавиноподібного збільшення кількості учасників таких груп протягом перших же днів після телеповідомлень. Результатом роботи групи стала підготовка другого акту саморегуляції медіапростору. Пропри те, що не всі медіагрупи стали підписантами цих документів, розгортання публічного діалогу дало можливість змін у телепросторі на захист інтересів дитини.

Наразі у 2018 році за найбільш актуальну тему обрано висвітлення воєнних дій і трагедій, пов'язаних із міжнародним військовим конфліктом, який триває на території України.

Метою цієї публікації є представлення схеми документа, яка, на наш погляд охоплює необхідні для регулювання аспекти в межах зазначеної теми захисту дітей від медіаризиків війни. Обговорення цього проекту документа фахівцями, що працюють із дитячою травмою, допомагають стабілізувати психіку дітей, що зазнали травмівних ситуацій, сприятиме інтенсифікації суспільного діалогу в процесах захисту дитини в медіапросторі.

У вступі (преамбулі) акту № 3 має зазначатися суспільний контекст, який зумовлює необхідність регулювання медіапростору саме з даної теми. Зважаючи на стан гібридної війни, яку веде Україна з країною-агресором, її тривалий характер і персперктиви реінтеграції окупованих територій, що потребує перебудови як суспільства в цілому, так і медійного простору, медіаіндустрії варто самостійно взяти на се-

бе додаткові зобов'язання, які сприятимуть захисту дитинства і дитини-глядача в українському медіапросторі, прикладати всі можливі зусилля для того, щоб уникати медіатравматизації, нанесення шкоди емоційному, інтелектуальному, моральному і соціальному здоров'ю і розвитку дитини. З цією метою варто внести до редакційних стандартів і відповідати в своїй діяльності настановам, що регулюють висвітлення теми у доступний дитині час (до 21 години), а саме уведення обмежень за такими напрямами:

І. Діти – глядачі (хто дивиться)

1. Візуальні образи війни: смерті, рани, страждання, руйнування (розказувати можна, але візуалізація може лякати, фіксуватися і викривлювати моральний розвиток, зокрема осмислення смерті).

2. Спрощений образ ворога і заохочення ненависті (мають бути чіткі орієнтири, діти мають знати про війну як біду, спричинену ворогом, але без містифікації ворога, без створення залякуючих образів його сили, а нашої слабкості, без нагнітання ненависті і провокацій дій, війна – це справа дорослих).

3. Уникати використання прийомів (саспенс) для підкреслення емоційного ефекту, зокрема аудіального підсилення візуальних сцен страждань війни.

4. Уникати використання прийомів роблення сенсації з тематики війни (перша лінія повідомлень тощо).

5. Потрібно виробляти спеціальний дитячий продукт про війну (наприклад, мультфільми), в якому з дидактичною і захисною метою роз'яснювати дітям реальність і давати чіткі орієнтири. Зокрема попереджати про небезпеку замінованих предметів, зброї.

ІІ. Діти – медіагерої (про кого розказують)

6. Участь дітей у війні, героїзація (підсилюється ризик залучення дитини до воєнних дій, втеч на війну як способу самореалізації тощо).

7. Постраждалі дійти (ідентифікація з медіагероєм посилює ефект, відбувається фіксація страху, збільшується тривога).

8. Діти вимушено переселених осіб, дітей на окупованій території, тих, хто пережив загрозу життю тощо (має бути збалансоване висвітлення, без сприяння патологізації, стигматизації, провокацій дискримінації і насильства).

ІІІ. Діти в контексті проблем сім'ї (батьків), пов'язаних з війною, на які впливають медіа

9. Оскільки сімейні стресори суттєво впливають на морально-психологічний стан воїнів, потрібні месаджі про те, що діти можуть допомогти батькам, зменшуючи свої проблеми (в навчанні, в стосунках з близькими).

10.Потрібні "лікбези для батьків" щодо реакцій дітей на війну (часто прихованих) і порад, як допомогти дитині долати в зачатку дитячі проблеми, де "межа норми", коли потрібно консультуватися у фахівців.

У результаті розгляду даної схеми як первинного протоколу, за підсумками кількох проведених сесій обговорення, було зафіксовано дві тенденції:

1) розширення тематики, яка охоплює необхідність врахування інтересів інших суб'єктів, які також розміщено в інформаційному полі цієї тематики – посилення армії (позитивний образ армії, який не виступав би бар'єром для молодих хлопців вступати на службу); розширення профілактики небезпечних для дітей ситуацій (пов'язаних з мінуваннями, терористичними актами тощо);

2) звуження тематики з метою кращого фокусування на проблемі дітей на війні, характерній для міжнародних регулівних документах (протистояння залученню дитини до бойових дій).

Тема медіатравми розглядається медійниками як дискусійна, така, що потребує додаткових досліджень і аргументації, прояснення механізму травмування. Адже за телеперегляд особливо вразливою дитиною несуть відповідальність батьки, що мають регулювати експозицію індивідуально з урахуванням стану дитини. А обмеження медіаіндустрії в цьому напрямі будуть зменшувати не тільки конкурентні можливості, але й сутнісні функції – інформувати і піднімати питання захисту постраждалої дитини для дорослих глядачів, які мають краще захищати дитину в реальності.

Таким чином, дискусії, що розгортаються з даної теми потребують активізації досліджень і узагальнення досвіду надання психологічної допомоги дітям, що знаходяться в перманентній експозиції через медіа тематики війни. Як змінюється проходження дітьми екзистенційних криз опрацювання тематики смерті? Як впливає на це факт воєнних дій на території країни? Яку роль відіграють медіа? Як висвітлення війни в медіа, що закономірно збільшує обсяг медіанасильства, впливає на психологічне благополуччя дітей-глядачів? Ці та інші питання психологічних медіаризиків війни є надзвичайно затребуваними

і актуальними, що складає подальшу перспективу розвитку вітчизняної медіапсихології в найближчій перспективі.

Література:

1. Спільний акт узгодження № 1. Захист дитини, яка зазнала сексуального насильства, при залученні до медіа-виробництва. – ОПУБЛІКОВАНО, 19.11.2016 / Електронне джерело. – Режим доступу: https://www.nrada.gov.ua/71528-2/

2. Спільний акт узгодження № 2. Висвітлення засобами масової інформації теми суїциду. – ОПУБЛІКОВАНО, 06.12.2017 / Електронне джерело. – Режим доступу: https://www.nrada.gov.ua/72044-2/

ПІДГОТОВКА ОФІЦЕРІВ КЕРІВНОГО СКЛАДУ З ПИТАНЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ТА КРИЗОВОЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ

Новіцька Людмила Русланівна,
магістр психології, психолог-консультант,
тілесно-орієнтований психолог, психотерапевт
біосугестивної терапії корекції психосоматичних розладів,
дійсний член ГО "УАФПНПП", авторка і ведуча тренінгів з надання
першої психічної допомоги та кризової інтервенції (Київ)

Підготовка та перепідготовка дійсних військовослужбовців в даний час проходить в умовах ведення бойових дій на території нашої країни. Багато офіцерів уже мають досвід керування підрозділами в бойових умовах. Та, нажаль, раніше при підготовці керівного складу мало приділялось уваги психологічному супроводу та кризовій інтервенції. Зараз же приходить розуміння, що офіцер (командир) стає саме тим чинником, що упереджує військовослужбовців від бойового стресу та подальшого розвитку ПТСР.

Тому в своїй програмі по підготовці офіцерів керівного складу ми врахували досвід іноземних фахівців та позитивний досвід наших власних досягнень.

Важливо, щоб нові знання та навики гармонійно накладались на уже набутий життєвий досвід та попередні знання. Щоб офіцери змогли з легкістю побачити користь від нових знань та застосовувати їх на службі та в повсякденому житті.

Підготовка офіцерів керівного складу проводиться в рамках підвищення кваліфікації та окремими тренінгами.

Під час тренінгової роботи офіцери отримували базові знання про стрес, бойовий стрес, психотравму та відрацьовували навички надання першої психічної допомоги (ППД) та кризової інтервенції (КІ), а також застосування методів профілактики бойового стресу як до підлеглих, так і до колег в рамках допомоги "рівний рівному".

Основними темами під час навчання були:

– Знання психофізіологічних процесів та керування ними в рамках необхідних для виживання підроздлу.

– Підвищення боєздатності за рахунок грамотного психологічного супроводу.

– Методи надання першої психічної допомоги та кризової інтервенції.

– Упередження бойового стресу та розвитку ПТСР.

– Вміння диферінціювати гострі прояви та симптоми.

– Делегування надання допомоги санітарам та медичним працівникам.

– Використання навичок ППД та КІ в приватному житті.

Основним акцентом такої тренінгової роботи є те, що використання методів ППД та Кі та їх застосування в щоденній практиці піднімає рівень боєздатності підрозділу та підвищує рівень обороноспроможності всієї української армії, що дуже актуально в теперішні часи.

ВІДРЕАГУВАННЯ СПОГАДІВ ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ: РАЗОМ МИ – СИЛА (НА ПРИКЛАДІ РОБОТИ З ГРУПОЮ ВИМУШЕНО-ПЕРЕСЕЛЕНИХ ОСІБ)

Плетка Ольга Тарасівна,
молодший наковий співробітник ІСПП НАПН України,
керівник осередку Запорізької області
ВГО "Арт-терапевтична асоціація",
член Ради ВГО "УАТА", член ради правління
ГС "Національна психологічна асоціація" (Київ)

Вимушено переселені особи… Як багато вміщують ці слова, як змістовно говорять вони про сьогодення країни, як емоційно "чіпля-

ють" кожного, як невпинно нагадують нам про події, що тривають й досі. В далекому вже 2014 році, коли вперше ми стикнулися з даним явищем, в країні не було людей з досвідом взаємодії з даною категорією населення. Потоки людей заповнювали вокзали та гуртожитки, люди не розуміли головних речей: що буде з ними, наскільки часу вони приїхали, як прокормити родину, у що вдягнутися, де знайти роботу. Такі питання виникали на фоні шокового стану, коли психіка не може відновитися, а умови життя спонукають до певних дій, на які майже не спроможні.

На початку літа 2015 р. представники Червоного Хреста України вже мали досвід роботи з великими групами вимушено переселених осіб (надалі ВПО): їх зустрічали, кормили, одягали (за потребою), допомагали знайти тимчасове житло, опікувалися дітьми. Але гостро постало завдання надання психосоціальної підтримки цій категорії бенефіціарів. Уряд Японії разом з Японським представництвом Червоного Хреста та Напівмісяця зголосився профінансувати проект надання допомоги постраждалим. Починаючи з 2015 року триває підтримка вразливого населення за допомогою неурядових та урядових організацій різних країн. Долучення до волонтерського руху Червоного Хреста дозволило нам здійснювати допомогу ВПО на постійній основі.

Протягом 2015 року робота відбувалася з великими різновіковими групами ВПО: проводилися семінари емоційного розвантаження, стабілізуючи тренінги. В цей час не ВПО, ні психологи – волонтери до кінця не розуміли обсяг роботи та її тривалість. На той час здавалося, що пройде трохи часу і люди повернуться додому, тому заняття були спрямовані на від реагування емоційних станів та формування копінг-стратегій виживання та очікування на повернення. З часом тематика занять та наповненість груп була змінена. Супровід створених груп дозволив виокремити групи самодопомоги й групи підтримки. Якщо в групах підтримки працювали фахівці, які скеровували роботу за потребами її учасників, то в групах самодопомоги учасники самі визначалися з тематикою та напрямами роботи. На початку 2016 року створено групу підтримки для жінок з числа ВПО "Жіночій клуб "Орхідея". Цей клуб до сих пір функціонує, успішну адаптацію в нього пройшли близько 40 осіб.

На майстер-класі буде представлено одне з занять клубу, присвячене створенню перспективних планів на життя. Дане заняття проводилось для осіб, що пройшли довгий шлях відновлення і вже готові

для успішної реалізації своїх життєвих планів. Учасники жіночого клубу – це жінки від 35 до 75 років, які були вимушені поміняти місце свого проживання внаслідок воєнного конфлікту на сході країни. У кожній з них своя історія та свої можливості щодо відновлення, але вони завзято протягом 3 років відвідують заняття та піклуються про себе таким чином.

У наративній психології є поняття посттравматичного росту. Це поняття висвітлює ті надбання, які отримує людина, яка пережила психотравмуючу подію. Такий ріст можливий тоді, коли основні переживання, втрати прожито й відпущено, коли залишається розуміння незворотніх змін. Коли подія "вросла" у канву життєвого шляху і, оглядаючись назад, можна роздивитися ті ресурси, які стали доступніше, ті навички та розуміння, що прийшли в цей час. Вибудова перспективи власного життя з огляду на минулу психотравмуючу подію в якій ти вижив та став сильніше, вправніше спонукає до підвищення цінності власного життя, до прийняття себе та своїх рідних такими, якими вони можуть бути. Наприклад, жіночка 72 років постійно плакала, на заняття ходила ніби в тумані. Протягом 2-х років стабільних змін у її емоційному стані не спостерігалося. Визначалася набута неспроможність, "замороженість" (що я тут роблю, навіщо мені все це), апатія до життя, автоматизм дій, емоційна відстороненість. Але на заняття ходила постійно, не пропускала, казала, що вона ніби повертається у своє минуле життя, коли спілкується з групою, їй тут добре. Відновлення тривало довго та йшло повільно, зважаючи на стан та вік. Спостерігався регрес, коли вона дізналася про перейменування її вулиці у Пісках (як так, там вже поле, а вони що перейменовують?). Багато сліз, спогадів, розмов про те як жили, як тікали, як зараз, що вже не повернеться додому і не розуміє, що вона тут робить, але хоч разом з дончиною родиною, а не сама. Після такого від реагування, на наступне заняття прийшла під впливом вражень від відвідування Маріїнського парку. Розповідала про красу, про "гуляючи" пари і про своє нерозуміння (все чуже, це не моє місце, чому я тут). Психосоціальна підтримка відображена у нашому діалозі:

– Як це що Ви робите? Ви тут живете вже майже 3 роки. Це Ваше місто і парк цей для Вас. Чи могли Ви собі уявити років 10 тому, що Ви будете мешканкою столиці, що будете жити й гуляти Києвом просто так. Що вас можна вважати такою собі "столичною штучкою"?

– Що Ви мені таке кажете, яка “столична штучка”? В мене будинку нема, я живу на старості у гуртожитку як неприкаяна…

– Але ж Ви в Києві живете? Маєте можливість насолоджуватися його видами, парками.

– Так, але як без будинку, я вже стара щось будувати.

– Так у Вас донька є для цього… Спробуйте відчути той факт, що Ви тут вже декілька років і вважаєтеся мешканкою Києва, це ж так?

– Да, так… Але як я можу бачити красу, коли вдома вже зруйновано.

– Так краса тут для того, щоб життя продовжувалося. Спробуйте більше дізнатися про місця, якими мандруєте. Вас можуть гості столиці запитати що це, наприклад, таке чи як проїхати до чогось. І як Ви будете відповідати, коли не знаєте місто в якому живете.

Результатом цього діалогу стали події, які вона розказала на наступній зустрічі групи. Довго думаючи про почуте, жінка стала, гуляючи Києвом, спостерігати навколо, питатися про ці місця, милуватися краєвидами. Потім їй спало на думку, що вона може об’єднатися з іншими у своїх мандрах. І тому вона тепер дізнається про якесь цікаве місце все, що може, потім домовляється з такими як вона переселенцями про зустріч і вже для них екскурсії по цім містам. Сама себе заняла справами, іншим допомагає та і відновлення триває…

Отже, способів відреагування психотравмівного досвіду є багато. Від конгруентності їх вибору залежить успішність той чи іншої роботи. Хочеться зауважити, що засобами психосоціальної підтримки в цьому випадку виступають й арт-терапевтичні методики, й медіа продукти, й когнітивні та рефлексивні методи роботи. Успішність напряму залежить від компетенції фахівця та готовності бенефіціарів до відновлення. На майстер-класу учасники будуть мати змогу долучитися до такої форми роботи з ВПО.

ТЕХНІКА "ПЛЕТІННЯ МАНДАЛИ-ОБЕРЕГА" У РОБОТІ З ТРАВМОЮ

Сухар Надія Василівна,
психолог ГО "Цей світ для тебе" (Київ)

Мандала – символ і оберіг, який зустрічається в різних культурах світу. Його сенс – гармонія і відновлення внутрішнього і зовнішнього балансу.

Плетіння мандал – процес, який, крім створення красивого оберега, сприяє зняттю внутрішнього психологічного напруження у дітей і дорослих, підвищенню емоційного тонусу, спокою думок. Під час плетіння розвивається дрібна моторика, здатність до концентрації і утримування уваги, відбувається гармонізація роботи правої і лівої півкулі, що є профілактикою стресу.

Атмосфера занять – комфортна, орієнтована більше на процес, ніж на результат. Відсутність оцінювання і критики призводить до розкриття творчого потенціалу, підвищує впевненість у собі і своїх силах. Відбувається потужне підняття внутрішнього ресурсу.

Під час плетіння ми звертаємося до внутрішніх цінностей, які можуть стати назвою створеної мандали: Мандала Здоров'я, мандала Краси, мандала Світу, мандала Дружби, мандала Внутрішньої сили, мандала Сім'ї тощо.

Оволодіння мистецтвом йде поступово: від створення простих візерунків до більш складних. В процесі заняття проводиться індивідуальна робота (діагностична та терапевтична) з кожним учасником, з емоціями і переживаннями, які виникають в процесі плетіння.

Дуже важливий нюанс в процесі – робота з неумілістю і невпевненістю, іноді – безпорадністю – тими психоемоційними станами, які відчуває людина в травмуючих обставинах. Процес вибору кольорів ниток, візерунків, саме ставлення до нової справи, сила натяжіння, з якою людина плете, стереотипи і захисні фрази, які можуть виникати – все стає матеріалом для діагностики і екологічної корекції безпосередньо під час арт- класів.

Також одною з головних цілей, які досягаються під час плетіння, стає повне занурення в творчий процес. Він стає свідомим актом, дозволяючи дитині чи дорослому опинитися в моменті "тут і зараз", в

якому немає минулого і не існує майбутнього. При цьому вивільняється потужна і терапевтична енергія спонтанної творчості.

Зняття внутрішньої напруги. Іноді сила натяжіння нитки у того, хто плете, настільки сильна, що палички згинаються і навіть ламаються. Дуже важливо заспокоїти дитину чи дорослого і сказати, що "все добре: оберег виконав свою місію і взяв на себе негатив". (Може трохи ненауково, але працює стовідсотково, не викликає розпачу і одночасно дозволяє "спустити" пар).

Важливий посил під час плетіння мандали-оберега – "ми самі собі чарівники і маги". Тобто вчимося проживати і виходити із складних і травмуючих обставин в житті самостійно, спираючись на власний внутрішній ресурс.

Дуже добре плести мандали в групі. Спільні заняття творчістю сприяють об'єднанню групи, розвивають навички взаємодії і взаємодопомоги в колективі (навчився сам – допоможи іншому).

МЕТАФОРИЧНІ АСОЦІАТИВНІ КАРТИ (МАК) ТА НЕНАСИЛЬНІЦЬКЕ СПІЛКУВАННЯ (ННС) У РОБОТІ З ВЕТЕРАНАМИ ТА ЇХНІМИ РОДИНАМИ

Фількіна Тетяна Михайлівна,
психолог Волонтерської психологічної служби ГО "РЦ Св. Павла", ГО "Українська спілка прикордонників" (Одеса)

Використовуємо ресурсні колоди МАК "ОН", "Core", "Habitat" та картки почуттів і потреб з ННС. Картки відкриті.

Алгоритм роботи:

1) просимо клієнта знайти картинку, що відображає її ситуацію та/або стан пов'язаний з цим. Обговорюємо, називаємо почуття;

2) просимо людину знайти ці почуття серед карток почуттів. З якими потребами пов'язані ці почуття?

3) знаходимо пов'язані з почуттями потреби. Питаємо, задоволені чи не задоволені ці потреби?

4) просимо знайти серед МАК картинку стану/ситуації, який людина хоче відчувати. Як змінилися почуття?

5) просимо розказати, що треба зробити з потребами, щоб змінити ситуацію та почуття.

6) фіксуємо позитивний емоційний стан.

АЛГОРИТМ ВОЗВРАЩЕНИЯ ЦВЕТА

Шевченко Вера Георгиевна,
арт-терапевт, кризисный психолог, член ГО "УАФПНПП", "ESTSS", почётный член ВОО "Арт-терапевтическая ассоциация", координатор проекта "Волонтеры – волонтерам" группы "Ок!", координатор проекта по декомпрессии ГШМО ЗСУ (Киев)

С рождения у человека формируется богатство чувственного мира, слаженность интегративных внутренних откликов – как базовое восприятие мира, как самовосприятие. В последующем он будет интегрировать новый чувственный опыт, умножая многообразие как внутри отдельной чувственной модальности, так и согласованность этой модальности с другими чувственными модальностями образного ряда.

Задачу арт-терапии, и, в частности, изотерапии, цветотерапии можно сформулировать так: 1) в случае нарушений вернуть клиенту полноценное взаимодействие с миром чувственно, через цвет; 2) организовать процесс арт-терапии таким образом, чтобы клиенту нравилась деятельность, нравилось заниматься ею, нравилось взаимодействовать с цветом и со своим внутренним чувственным миром.

При эмоциональном выгорании, психоэмоциональном истощении и более того – депрессии – возникает ситуация, когда сильные эмоции непереносимы, когда клиенты говорят: "не могу чувствовать…" или: "нечем чувствовать, ничего не чувствую и не хочу… больно от яркого или от музыки (прежде желанной)…", "у меня внутри зима серая, и я ничего не хочу видеть", происходит как сужение цветового спектра, так и "гаснет" яркость, уходит многообразие образов и соответствующие переживаниям сила чувств. Подобные нарушения – проявление защитного механизма психики, получившей травмирующее ее событие и блокирующие оглушающие внешние воздействия. Психическая реальность человека капсулируется в "здесь и сейчас", блокируя не только целительные ресурсные источники прошлого и будущего, но также блокируя действие разрушительного подкрепления психотравм, прошлого неинтегрированного опыта.

Особенностью действия арт-терапевтического подхода является возможность обращения к таким образам подсознания – глубинным, архетипическим, природным, которые по своей сути являются цельными, непоражёнными, изначальными, базовыми. Являясь частью ли-

чного бессознательного, они тем не менее существуют вне личного травматического опыта и всегда являются ресурсным источником, к которому арт- терапевт и восстанавливает доступ от здесь и сейчас- в будущее. Обходя на первых этапах взаимодействие с сильно заряженными негативными содержимым образов, арт-терапевт восстанавливает вокруг "капсулы образа/образов) травмированного настоящего" – ресурсное пространство образов, которые противостоят негативному заряду образу травмы, и тот в процессе терапии как бы постепенно "тает", теряет свою отрицательную губительную заряженности, становясь просто интегрируемым опытом.

При работе с такими нарушениями было обнаружено, что рисовать графику людям легче, чем рисовать взаимодействовать с красками и разными цветами. Т. е. цветность – это и есть оценка заряженности образа, причём это ещё (учитывая все многообразие оттенков) – тончайший и точнейший "анализатор" заряда образа, оценок того как человек пережил, сохранил тот или иной опыт.

Таким образом, чувственный опыт, переживание и сохранение в памяти чувственного опыта в оценке "цветности образа", само выживание перерабатывается эмоциональным интеллектом как колоссальная потребность переживать цветность, как потребность в точной оценке безопасности. Опираясь на качества приятно-неприятно, опасно-безопасно, базовые свойства выживания, взаимодействие с цветом относится к основополагающим свойствам психики. И даже больше: визуальная модальность сохраняет буквально в себе поддержку информации об пережитом опыте из других модальностей: тяжелый темный (рассвет), застывший голубой (цвет неба), льющийся (свет) и т. д. Огромный опыт человечества зафиксирован в живописи, где есть понятия колорит, светотень и многие другие термины, описывающие "цветовые коды" эмоционального многообразия.

В состоянии эмоционального выгорания, депрессии и т. п. – наблюдается обесценивание, буквально – обесцвечивание внутренних позитивных образов, точнее – всех образов.

"Алгоритм возвращения цвета" (Шевченко В. Г.).

Сила заряда несовершённого действия, эмоциональная окраска его "хранится" в мышцах, как их напряжение. Прямые, резкие линии в спонтанном рисовании – аналог удара, отреагирования, действия, разрешения несовершённого действия, но при этом ограниченного полем листка, на котором рисуют. Таким образом создаются условия конт-

ролируемого состояния рисующего. В случае “низкого, вялого эмоционального тонуса” мы провоцируем заданием (инструкцией) активизацию запрещённого действия.

Данный подход исследовался на протяжении 12 лет в различных группах, на протяжении около 2-х лет – в больнице им. И. Павлова.

В ее основе используется техника спонтанного рисования. Темы – обычно рекомендуемые в спонтанном рисовании. Нашим предложением является алгоритм предлагаемого цветового наполнения.

Методика состоит из 8 шагов, каждый из которых имеет 3 этапа.

Рисунки первого этапа выполняются на бумаге А4 простым карандашом, второго – простым и цветными карандашами (которые постепенно определенным образом дополняются), на третьем этапе рисунки выполняются или фломастерами на бумаге А4, или маслинными мелками на большем формате А3.

Алгоритм работы.

Занятие 1.

Этап 1. Расслабьтесь, закройте глаза и ведущей рукой начните водить карандашом по бумаге. Важно дать руке возможность свободно двигаться руке, как и куда захочется, но не отрывая карандаша. Рисуем простым карандашом, не контролируя руку на протяжении 2-3 минут.

На первом занятии раскладываем перед комбатантом (клиентом) подготовленный набор карандашей. Ими и будет происходить раскрашивание выделенных на этапе 2 элементов (объёмов). При работе с цветом не используем тёмных цветов: голубой, светло-зеленый, желтый, оранжевый, сиреневый. Может быть не 5, а много карандашей в этой цветовой гамме, имеющие многообразие оттенков.

Предлагается выделить фигуры из фона: из множества пересечений линий выделить фигуру. Последовательно задания усложняются, как по 3 уровням сложности, так и творческом плане.

Этап 2.

Рисунок 1: выделяем фигуры рыб (обязательные элементы – хвост, тело, глаз рыбы), очерчивая их по контуру и раскрашивая тело рыбы.

Задача – “найти” и разукрасить как можно больше фигур.

Фигура 1 уровня сложности – рыба состоит из одного объёма, из единичных элементов (внутри нет никаких линий), как можно больше фигурок рыб.

Рисунок 2 – “рыбы 2-го уровня” внутри фигур рыб могут присутствовать линии (объёмы),

Рисунок 3 – “рыбы 3-уровня” – внутри фигур рыб присутствуют другие рыбы.

Занятие 2.

К предыдущему набору цветных карандашей добавляем розовый, оранжевый, темно- зелёный цвета.

Рисунок 4 – “цветы 1-уровня” состоит из одного объёма, из единичных элементов (внутри нет никаких линий), как можно больше рисунков цветов.

Рисунок 5 – “цветы 2-го уровня” – внутри фигур присутствуют линии (объёмы).

Занятие 3.

Добавляем к имеющемуся набору карандашей карандаши темно-синего, коричневого цвета.

Рисунок 6 – “птицы 1 уровня р” – состоит из одного объёма, из единичных элементов (внутри нет никаких линий),

Рисунок 7 – “птицы 2 уровня сложности” – внутри фигур птиц присутствуют линии (объёмы). Птицы могут быть разных форм, но выделенных из спонтанных линий.

Рисунок 8 – “птицы 3-го уровня” – внутри фигур птиц присутствуют другие птицы.

Занятие 4.

Добавляем к набору цветных карандашей коричневые и фиолетовые цветные карандаши.

Рисунок 9 – “деревья”. Данный этап начинается с задания определенного образа состояния, с учетом характера образа. Например, образ дерева в солнечный весенний ветряный день предполагает динамичный характер линий, из которого ищем затем дерево, с “летящей” кроной, согнутыми под порывом ветра ветками.

Занятие 5.

10 рисунок – “пейзаж”. Начинаем с задания образа, состояния, соответствующего пейзажа из положительных воспоминаний из прошлого или из мечтаний “видел по ТВ… хотел бы поехать” и затем приступаем к выделению частей пейзажа прежними приемами (т. е. набросок простым карандашом с последующим раскрашиванием), или сразу с использованием для набросков цветных карандашей. Иногда наблюдаем увлеченность нескольких набросков цветными карандашами- не стоит этому препятствовать, наоборот.

Занятие 6.

11 рисунок – “рисунок человека”. Задаём тему: вспомнить приятные занятия: человек отдыхающий, гуляющий с собакой на берегу, танцующий с кем- то, … спросить о хобби (например, ловля рыбы) и предложить нарисовать.

Этап 3.

Предлагаем нарисовать дерево в освоенной к этому времени технике, но раскрасить предлагается с помощью фломастеров или масляными мелками на большем формате А3. Если мы видим повышенную реакцию на последнем этапе (реакцию раздражительности, негативизм), мы прорабатываем эту тему с помощью карандашей, и только затем проверяем реакцию на триггер (красный, черный цвет) с помощью масляных мелко.

Избыточное использование коричневых, черных, красных цветов и реакция пациента на рисунок, наличие большого количества острых красных или черных объемов в рисунке говорит о проявлении повышенного напряжения. Мы должны обратить внимание на состояние пациента и возможность проработки его состояния, предложив нарисовать, несколько сменив тему, “волшебный цветущий сад” и т. п. Вполне возможно, что его ресурсные зоны уже достаточно активны.

4 этап.

Способ проработки на этом этапе – предложить “поиграть”, заменив все острые углы в рисунке на округлые. На таком приеме создано целое направление – нейрографика.

Ещё один приём “снятие заряженного состояния” – предложить заменить цвета на невероятные, “волшебные” – полностью убрав чёрный и темные цвета. Ещё днём примером работой с травмой (с которой как правило можно столкнуться при подобном виде проработки эмоционального цветового насыщения) – работа (отдельным блоком) с образом дерева.

Инструкция: Нарисуйте, пожалуйста, дерево, какой- то период из жизни дерева) и расскажите историю о нём. Рисунок может выполняться в такой последовательности: цветные карандаши -> мелки -> фломастеры. Размер листа может меняться в зависимости от состояния – от А4 -> А3 -> обои (рисунок мелками). Маленький рисунок бывает при зажатости, ощущении “уменьшености”, с минимумом энергии, избыточном контроле и недоверии к себе – при депрессии. Если

на 1й встрече клиент делал рисунок на А4, на следующей можно предлагать ему работать на А3. Можно рисовать на разноцветной бумаге.

Вариация “жизнь дерева” – время года, погода на картинке.

Также можно предложить нарисовать “комикс” из жизни дерева.

Предложенный “алгоритм возвращения цвета” хорошо зарекомендовал себя, однако требует профессиональной подготовки арт-терапевта.

РОБОТА З ТРАВМАМИ ВІЙНИ.
УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД
Перша всеукраїнська
науково-практична конференція
(Київ, 2018)

Резолюція конференції

За результатами роботи конференції було обговорено та прийнято пропозиції, з якими її учасники звертаються до Верховної Ради України, відповідних міністерств та відомств.

1. Ініціювати створення законодавчих актів щодо надання психологічних послуг та роботи психологів в умовах гібридної агресії.
2. Розглядати реабілітацію як комплекс заходів з профілактики, лікування, відновлення, реадаптації, які максимально наближені до клієнта, що не є ідентичними санаторно-курортному відпочинку.
3. Впровадити в програмах підготовки та підвищення кваліфікації психологів, лікарів, працівників освіти та культури, соціальних працівників курси з першої психологічної допомоги та кризисних інтервенцій.
4. Ініціювати та стимулювати дослідження наслідків психотравмуючих подій та верифікації реабілітаційних заходів на державному рівні.
5. Визначити та впровадити у практику критерії психологічної оцінки готовності до військової служби в умовах військового конфлікту.
6. Визначити та запровадити організаційні механізми співпраці цивільних та військових психологів.
7. Залучати громадські організації та цивільні дослідницькі інституції до проведення досліджень, пов'язаних з травмами війни у різних категорій населення, для більш достовірного збору інформації, прозорості висновків та врахування експертних оцінок від незалежних фахівців
8. Сприяти створенню груп соціально-психологічної підтримки та взаємопідтримки для постраждалих від травмівних подій.
9. Впровадити інститути супервізії, інтервізії та балінтівських груп для лікарів, вчителів, психологів задля запобігання професійного вигорання у фахівців, що працюють з постраждалими від воєнних дій.

Також в Резолюції зазначено важливу роль підвищення психологічної компетентності журналістів і випускаючих редакторів, врахування ними феномену медіапсихологічної травми при висвітленні війни в аудіовізуальній продукції для запобігання масової медіатравматизації населення і забезпечення й збереження психічного здоров'я населення та захисту дитини в інформаційному просторі. Також підкреслена значущість врахування ними феномену саморегулювання і

співрегулювання медіа для захисту дитини. Наголошено на важливості для подолання психічних наслідків гібридної війни та виходу суспільства з кризи підвищення рівня обізнаності людей за допомогою ЗМІ щодо роботи психологів і формування позитивного образу психолога та інших фахівців допомагаючих професій створить умови. Відповідні рекомендації, які розглянуто і затверджено на засіданні робочої групи із захисту дитини надано Національній раді України з питань телебачення і радіомовлення.

ЗМІСТ

ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ 4

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

Боринець Ю. О. Досвід психологічного супроводу учасників АТО під час лікування в психоневрологічній лікарні № 3 міста Івано-Франківськ …….. 22

Вознесенська О. Л. Профілактика емоційного вигоряння фахівців, що працюють з травмами…… 26

Волошин В.М. Мультимодальна і міждисциплінарна модель реабілітації ……... 33

Вронська В. М. Психологічна підтримка медичних сестер та сприяння їхньому самоусвідомленню…….. 34

Гончарова О. В. Мережа взаємопідтримки за принципом "рівний-рівному" ("peer-to-peer") та бодинамічної методики як елемент посттравматичного зростання ветеранів…….. 37

Григор'єв І. М. Практичний досвід проекту художньої майстерні 39

Гуковський О. В. Психіатр vs психотерапевт: співпраця чи конкуренція?…….. 41

Денисевич Н. Ю. Особливості психологічної діагностики подружньої взаємодії у родинах ветеранів АТО……... 44

Дичковська Г. О. Українські архетипи в груповій роботі для людей з бойовим досвідом……. 46

Дідик Н. Ф. Роль сім'ї у підтримці психологічного стану військовослужбовця на різних етапах виконання службово-бойового завдання …….. 48

Інжиєвська Л. А.,Чаморсов О. Ю. Феномен посттравматичного зростання: погляд ветерана бойових дій…….. 51

Кальницька К. О., Лазоренко Б. П., Смоляр Я. Л., Василенко В. В. Досвід "Школи соціально-психологічної допомоги" у реабілітації ветеранів АТО та волонтерів…….. 55

Капустинська Н. С. Нові методи тілесної терапії……. 58

Колєва Г. М. Модель організації центру медико-психологічної реабілітації на базі Кіровоградського обласного госпіталю для ветеранів війни…… 60

Кочубей В. А. Досвід психологічного супроводу родин загиблих в рамках проекту родинне коло 2014–2018 рр.…… 61

Маслова В. Ю. Досвід відновлення діючих військовослужбовців, правоохоронців та добровольців, які несуть службу в зоні бойових дій …… 64

Маслова В. Ю. Методичні підоснови та загальні передумови виникнення методики “творча реабілітація …… 66

Мирончак К. В. Пошук ресурсу для відновлення самоефективності при переживанні втрати військовими……. 74

Назаренко Т. В. Побудова системи психосоціальної підтримки для жителів Донецької і Луганської областей, які постраждали внаслідок військового конфлікту в Україні……. 77

Новак О. О, Гуковський О. В. Емпіричне дослідження результатів тренінгу з бодинаміки ……... 79

Новгородська А. О. Методологія “театру пригноблених” Аугусто Боаля…… 84

Нурєєва О. С. Психологічна підтримка родин військовослужбовців, які загинули під час проведення АТО. Харківський досвід…… 86

Плетка О. Т., Чаплінська Ю. С. Діти війни: особливості проживання (відреагування) травми……. 89

Репницька М. В. Використання засобів терапії творчістю у методі позитивної психотерапії Пезешкіана з метою запобігання вигоряння спеціалістів допомагаючих професій, особистий та світовий досвід……... 92

Савінов В. В. Особливості використання плейбек-театру в роботі з внутрішньо переміщеними особами……... 96

Сухова І. В. Програма "Діти і війна. Навчання технік зцілення". досвід використання методики в Україні……. 102

Сябренко Г. П., Колєва Г. М. Менеджмент та особливості організації медико-психологічної реабілітації на базі госпіталів для ветеранів війни та центральних районних лікарень в Україні… 104

Сябренко Г. П. Практичний досвід комплексної реабілітації демобілізованих учасників бойових дій в госпіталях ветеранів війни……. 111

Телечкун Д. О. Психологічна робота з травмою у дітей із "сірої зони" і зони проведення АТО, та можливі шляхи їх подолання…… 116

Титаренко Т. М. Дорожня карта соціально-психологічної реабілітації особистості, що постраждала від воєнної травматизації……... 118

Циганенко Г. В. Ставлення до способів соціально-психологічної адаптації і реабілітації військових: відповідальність між Скіллою і Харібдою?……. 122

Череповська Н. І. Психосоціальна підтримка комбатантів: медіа-психологічні ресурси……. 125

Чернуха Н. О. Комплексна реабілітація БО "Серце воїна" за методом психофізичної програми "Soma system"…….. 128

МАЙСТЕР-КЛАСИ

Волошин В. М. Біосугестивна терапія у відновленні учасників АТО і членів їхніх родин…… 132

Волошин В. М. Кризова ситуація як можливість для особистісного зростання……. 134

Гундертайло Ю. Д. Прекрасні миттєвості – шлях до позитивного світобачення…… 137

Дичковська Г. О. Алгоритм роботи з втратами……. 140

Лазоренко Б. П. Технології використання парадоксальної реакції у відновленні особистості, яка пережила наслідки травматичних подій…… 142

Маслова В. Ю. Вправа “Світло-темрява” як оздоровлюючий засіб в процесі творчої реабілітації…… 144

Найдьонова Л. А. Український досвід захисту дитини в медіапросторі: схема регулятивного акту щодо висвітлення міжнародного воєнного конфлікту на території України…… 146

Новіцька Л. Р. Підготовка офіцерів керівного складу з питань психологічного супроводу та кризової інтервенції……. 150

Плетка О. Т. Відреагування спогадів травмівних подій: разом ми – сила (на прикладі роботи з групою вимушено-переселених осіб)…….. 151

Сухар Н. В. Техніка “Плетіння мандали-оберега” у роботі з травмою……. 155

Фількіна Т. М. Метафоричні асоціативні карти (МАК) та ненасильніцьке спілкування (ННС) у роботі з ветеранами та їхніми родинами…….. 156

Шевченко В. Г. Алгоритм возвращения цвета……... 157

РЕЗОЛЮЦІЯ КОНФЕРЕНЦІЇ 164

Науково-практичне видання

РОБОТА З ТРАВМАМИ ВІЙНИ. УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД

Перша всеукраїнська
науково-практична конференція
(Київ, 2018)

Верстка – *Олена Вознесенська, Володимир Савінов*

Літературна редакція, коректура –
Олена Вознесенська, Володимир Савінов

Оригінал-макет виготовлений
в Інституті соціальної та політичної психології НАПН України